infosalus / **asistencia**

Fundación Freno al Ictus lanza un año más su campaña de sensibilización en transportes y suma a TRAM Barcelona en 2026



Fundación Freno al Ictus dispone un año más su campaña de sensibilización en transportes y suma a TRAM Barcelona en 2026 - FUNDACIÓN FRENO AL ICTUS

Infosalus
Publicado: viernes, 16 octubre 2026 19:04

IA
Seguir en

MADRID 16 Oct. (EUROPA PRESS) -

La Fundación Freno al Ictus ha dispuesto por cuarto año consecutivo su campaña de sensibilización en el transporte de viajeros y al respecto del accidente cerebrovascular, para lo que ha sumado en 2026 el apoyo de TRAM Barcelona al de Renfe y los Metros de Madrid, Bilbao (Vizcaya) y Málaga.

"En el ictus, actuar rápido es fundamental", ha indicado el presidente de la organización, Julio Agredano, quien ha añadido que, por ello, el objetivo es sacar los mensajes preventivos del entorno sanitario "y llevarlos a espacios cotidianos, como el transporte público". "Queremos que cualquier

X

ciudadano pueda reconocer las señales de alarma y sepa que, ante un posible ictus, hay que llamar inmediatamente al 112", ha explicado.

En este sentido, y con motivo del Mes del Ictus y de la celebración de su Día Mundial, que se conmemora el 29 de octubre, millones de viajeros volverán a encontrarse en sus desplazamientos diarios con un anuncio que puede salvar vidas, ya que anima a aprender a identificar los síntomas de un ictus y saber cómo actuar. De este modo, estaciones, trenes, metros y tranvías se convierten en espacios de sensibilización desde los que trasladar información sencilla y útil sobre actuar ante una posible emergencia.

La iniciativa adquiere importancia debido a que, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se producen en España alrededor de 120.000 nuevos casos de ictus. Más del 25 por ciento de las personas que sufren uno fallecen y dos de cada tres supervivientes presentan algún tipo de secuela, además de que continúa siendo la

primera causa de discapacidad adquirida en el adulto en el país.

ENFERMEDAD TIEMPO-DEPENDIENTE

Por ello, y porque es una enfermedad tiempo-dependiente, la acción divulga que aparición repentina de dificultades para hablar o comprender, pérdida de fuerza o sensibilidad en un lado del cuerpo, alteraciones de la visión, problemas de equilibrio o coordinación, o un dolor de cabeza intenso y diferente al habitual pueden ser señales de alarma.

Te puede gustar

De tienda a experiencia: así es el nuevo espacio sensorial que llega a Zaragoza en plenas Fiestas del Pilar

Europa Press

Cambiar de rumbo sin miedo: la filosofía de vida de Ana Mena que invita a pisar el acelerador

Europa Press

Consejo de un millonario español: prueba esto con 250 €

VeloTrade | Patrocinado

En este contexto, es fundamental que ante uno solo de estos síntomas, se llame inmediatamente al 112, por lo que no hay que esperar a que desaparezca ni trasladar al afectado por medios propios. Activar cuanto antes los servicios de emergencia permite poner en marcha el 'Código Ictus' y reducir el tiempo hasta la atención especializada.

Con todo, y con la novedad de que TRAM Barcelona va a dar una visibilidad especial a los mensajes de sensibilización mediante el vinilado de uno de sus tranvías, desde la Fundación Freno al Ictus han subrayado que el objetivo es mejorar el conocimiento de la enfermedad entre la población y conseguir que cada vez más personas sepan reconocer los síntomas y actuar a tiempo.

X

6 MESES 1€

EN DIRECTO Última hora del temporal en España | La llegada de la dana Adam mantiene los avisos rojos



Cristina Fernández, jefa de servicio de Neurología del Hospital Universitario Sanitas La Moraleja. Cedida (imagen mejorada con IA)

Cristina Fernández, experta en alzhéimer: “Esta terapia reduce hasta un 50% el riesgo de pasar al siguiente estadio”

El Hospital Universitario Sanitas La Moraleja ha comenzado a administrar una terapia pionera que ralentiza el avance del alzhéimer sintomático temprano.



Cristina Yusta

Publicada 19 octubre 2026 10:00h

0

+ Seguir

LO ESENCIAL
Exclusivo suscriptores
Síguenos

El alzhéimer sigue sin tener cura, pero los nuevos tratamientos están logrando retrasar su avance y el desarrollo de los síntomas.

En Madrid, en el Hospital Universitario Sanitas La Moraleja ya se administra **donanemab** (y próximamente lecanemab), una terapia dirigida contra la proteína beta amiloide, a pacientes seleccionados en fases tempranas de la enfermedad.

“Varios estudios sugieren que esta terapia **reduce un 30-50% el riesgo de pasar al siguiente estadio clínico de gravedad** durante el periodo de observación”, cuenta Cristina Fernández, jefa de servicio de Neurología del Hospital Universitario Sanitas La Moraleja.

¿Cómo funcionan las nuevas terapias?

Estas terapias pioneras (donanemab y lecanemab) pertenecen a una nueva generación de tratamientos: los **anticuerpos monoclonales antiamiloide**.

Su objetivo es actuar sobre la **beta amiloide**, una proteína que puede acumularse de forma anormal en el cerebro y que está relacionada con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

En los ensayos clínicos, los pacientes tratados con ambas terapias “mostraron una progresión más lenta de la enfermedad que los tratados con placebo, con una **ralentización relativa del deterioro clínico de aproximadamente un 27-35% a los 18 meses**”, añade la neuróloga.

A más largo plazo, “los datos sugieren que **el beneficio tiende a aumentar con el tiempo**, especialmente cuando el tratamiento se inicia en fases tempranas”, comenta Fernández.

Estos resultados refuerzan la importancia de diagnosticar la enfermedad en sus primeras fases.

Quién puede recibir este tratamiento

0 + Seguir

genéticos.

Antes de comenzar el tratamiento es necesario realizar una valoración que incluye:

- **Evaluación clínica y neuropsicológica** para determinar el estadio de la enfermedad.
- **Información genética:** es necesario realizar el genotipado ApoE, que permite conocer determinadas características asociadas al riesgo de efectos adversos.
- **Confirmación de la presencia de patología amiloide**.
- **Resonancia magnética cerebral** realizada en los seis meses anteriores al inicio del tratamiento.

Una vez comenzada la terapia, se mantienen controles clínicos y de imagen periódicos.

El diagnóstico precoz adquiere una nueva dimensión

Hasta ahora, detectar el alzhéimer cuanto antes permitía fundamentalmente iniciar medidas destinadas a controlar los síntomas y planificar la evolución de la enfermedad.

Sin embargo, la llegada de las terapias de anticuerpo antiamiloide añade una nueva dimensión. Ahora, el momento del diagnóstico es vital para las opciones terapéuticas disponibles.

La identificación de la enfermedad en una fase inicial permite valorar si el paciente puede someterse al tratamiento, ya que están indicadas para etapas tempranas.

Mientras que, si la enfermedad se encuentra en un estadio más avanzado, **el paciente puede quedar fuera de la indicación** para el tratamiento.

La incorporación de las nuevas terapias a la sanidad española implica una coordinación entre diferentes especialidades.

En el Hospital Universitario Sanitas La Moraleja, el proceso se articula desde la Unidad de Deterioro Cognitivo del Servicio de Neurología, dirigida por la doctora Fernández e **integrada por especialistas en neurología y neuropsicología**.

0 + Seguir

como neurorradiología, farmacia, medicina nuclear y enfermería especializada en terapias intravenosas.

Este centro es, además, uno de los pocos en España que ofrece actualmente estas terapias, ya que son relativamente nuevas. Fueron aprobadas en Europa en 2025.

Los fármacos, que cuentan con el respaldo de organizaciones de pacientes y sociedades científicas como la Confederación Española de Alzheimer y Otras Demencias (CEAFA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN), permitirán avanzar hacia un abordaje cada vez más especializado del alzhéimer.

Este es un contenido elaborado por Marcas Ñ, la sección de Branded Content de EL ESPAÑOL.

EN: HOSPITALES MARCAS Ñ BRANDED CONTENT SANITAS

PUBLICIDAD

0 + Seguir

18 oct - Escrito por Ainel Sánchez Rendón

Dormir bien también es cuidarse: lo que el sueño hace por tus emociones (y cómo llegar en forma al cambio de hora)



El sueño regula las emociones: dormir poco puede aumentar la irritabilidad y dificultar la gestión del estrés.

Una mala noche no solo te deja cansado: cambia cómo te sientes, cómo reaccionas y cómo ves tu propia vida. El domingo 25 de octubre los relojes se retrasan una hora y es una buena ocasión para preguntarte cómo duermes y qué puedes hacer, desde hoy, para descansar mejor.

Son las tres de la madrugada y estás despierto. No ha pasado nada grave, pero la cabeza no para: el correo que no contestaste, la conversación que salió mal, esa cuenta pendiente. A la mañana siguiente todo te pesa más. Te molesta el ruido, saltas por cualquier cosa y, sin saber

UAX Universidad Alfonso X el Sabio

Salud Sueldo

¿Cuánto cobra un neuropsicólogo clínico en España?

El **sueldo en neuropsicología** oscila entre los 18.000 € y los 55.000 € brutos anuales en España, dependiendo de la experiencia, el sector de trabajo y el nivel de especialización. Un perfil junior puede empezar en torno a los 21.000 €, mientras que un profesional consolidado con más de diez años de trayectoria puede superar los 50.000 €. En este artículo te explicamos cuánto gana realmente un neuropsicólogo clínico, qué factores determinan su sueldo y qué camino formativo necesitas para acceder a esta profesión.



Fecha de publicación
16/10/2026

UAX Universidad Alfonso X el Sabio

Índice de contenidos

¿Cuánto gana un neuropsicólogo clínico en España?

¿Cómo evoluciona el sueldo en neuropsicología según la experiencia?

¿Sector público o privado: ¿dónde cobra más un neuropsicólogo?

¿Qué factores determinan el sueldo en neuropsicología?

¿Qué hace un neuropsicólogo clínico?

¿Dónde puede trabajar un neuropsicólogo?

¿Cómo formarse para ser neuropsicólogo clínico?

Resumen

Preguntas frecuentes

¿Cuánto gana un neuropsicólogo clínico en España?

El neuropsicólogo clínico es uno de los perfiles con mayor proyección dentro de las ciencias de la salud. Sin embargo, no existe una cifra única que defina su salario. Según los datos de portales de empleo como Indeed y Jooble, el sueldo medio de un neuropsicólogo en España ronda los 21.000 € – 23.000 € brutos anuales para los perfiles con menos experiencia, aunque ese umbral sube de forma significativa con los años de práctica clínica.

Para entender el panorama salarial completo, es útil ordenar las cifras por nivel de experiencia.

¿Cómo evoluciona el sueldo en neuropsicología según la experiencia?

La experiencia clínica es el factor que más impacto tiene en la remuneración de un neuropsicólogo. La siguiente tabla resume la progresión salarial habitual en España:

Nivel de experiencia	Rango salarial bruto anual
Junior (0 – 3 años)	18.000 € – 25.000 €
Intermedio (3 – 9 años)	24.000 € – 45.000 €

Un neuropsicólogo junior recién especializado puede esperar un sueldo de entre 1.500 € y 2.000 € brutos al mes. Su trabajo en esta etapa se centra en tareas de evaluación con supervisión, aplicación de baterías neuropsicológicas y redacción de informes clínicos básicos.

A partir de los tres o cuatro años, el profesional gana autonomía y puede dirigir procesos de rehabilitación cognitiva de forma independiente, lo que se traduce en un aumento salarial progresivo. En la etapa senior, los neuropsicólogos que asumen roles de coordinación clínica, dirección de unidades o apertura de consulta propia pueden superar con claridad los 50.000 € anuales.

¿Sector público o privado: ¿dónde cobra más un neuropsicólogo?

La elección entre el sector público y el privado es una de las decisiones más importantes en la carrera de cualquier neuropsicólogo, y tiene un impacto directo en el sueldo.

Sector público: estabilidad y progresión garantizada: para trabajar como neuropsicólogo en la sanidad pública española, el camino habitual es superar el examen PIR (Psicólogo Interno Residente), que da acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Es una oposición muy competitiva: solo un pequeño porcentaje de los aspirantes obtiene plaza en cada convocatoria.

Durante los cuatro años de residencia, el sueldo de un PIR oscila entre los 1.200 € y los 2.350 € brutos mensuales, dependiendo del año de formación y las guardias. Al finalizar y acceder a una plaza como Facultativo Especialista de Área (FEA), el salario de partida se sitúa en torno a los 34.000 € – 42.000 € brutos anuales, con un techo que puede superar los 55.000 € gracias a los trienios y complementos de carrera profesional.

Sector privado: mayor accesibilidad y techo variable: el sector privado concentra a la mayor parte de los neuropsicólogos clínicos que ejercen en España. Clínicas, centros de neurorrehabilitación, fundaciones especializadas y gabinetes propios son los entornos más habituales. Los salarios de entrada son más modestos (alrededor de los 18.000 € – 25.000 €), pero la progresión puede ser más rápida si el profesional construye una cartera de pacientes sólida o asume responsabilidades directivas.

Una opción muy frecuente es la consulta propia o trabajo como autónomo. En este caso, los ingresos dependen del volumen de pacientes y el tipo de servicio ofrecido. Una evaluación neuropsicológica completa (para necesidades educativas especiales o trastornos del neurodesarrollo como el TDAH, el TEA o el deterioro cognitivo) puede cobrarse entre 450 € y más de 1.000 €, sin contar los informes periciales o forenses, que tienen tarifas independientes.

¿Qué factores determinan el sueldo en neuropsicología?

Más allá de la experiencia y el sector, hay otros elementos que influyen directamente en la neuropsicología sueldo:

UAX Universidad Alfonso X el Sabio

Ubicación geográfica: según los datos de Indeed, la Comunidad de Madrid es la región con los salarios más elevados, con promedios que pueden superar los 51.000 € para perfiles consolidados. Le siguen Cataluña y el País Vasco. En comunidades como Andalucía, los sueldos de entrada son algo más bajos, en torno a los 19.000 €.

Formación de posgrado: un máster universitario oficial en neuropsicología clínica es el principal diferenciador a la hora de acceder a puestos especializados y mejor remunerados en el sector privado. A día de hoy, la acreditación de Experto en Neuropsicología Clínica del Consejo General de la Psicología de España (CGPE) es el estándar de referencia para demostrar competencia profesional en este campo.

Trabajo multidisciplinar: los neuropsicólogos que trabajan en equipos con neurólogos, psiquiatras, logopedas y terapeutas ocupacionales suelen tener mayor visibilidad clínica y mejores condiciones laborales.

Especialízate con la formación que demanda el sector sanitario

Máster Universitario en Neuropsicología Clínica (Online)

¿Qué hace un neuropsicólogo clínico?

Un neuropsicólogo clínico es el profesional especializado en la relación entre el cerebro y la conducta. Su trabajo se articula en torno a tres grandes funciones:

Evaluación neuropsicológica: aplica baterías de pruebas estandarizadas para identificar y cuantificar déficits en funciones cognitivas como la memoria, la atención, el lenguaje o las funciones ejecutivas. Es el punto de partida de cualquier intervención.

Diagnóstico diferencial: interpreta los resultados junto con la historia clínica del paciente para distinguir entre, por ejemplo, un deterioro cognitivo leve, una demencia incipiente o un cuadro depresivo con afectación cognitiva.

Rehabilitación e intervención: diseña programas individualizados de rehabilitación cognitiva con el objetivo de estimular las funciones preservadas, compensar las áreas dañadas y mejorar la autonomía y calidad de vida del paciente.

Además, el neuropsicólogo orienta y acompaña a las familias, que con frecuencia necesitan

La demanda de neuropsicólogos en España es alta y sigue creciendo. Varios factores demográficos y sanitarios explican esta tendencia:

- El envejecimiento de la población multiplica los casos de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer (que representa entre el 60% y el 70% de todas las demencias).
- En España se producen alrededor de 90.000 ictus al año, según datos de la Sociedad Española de Neurología. Muchos supervivientes necesitan rehabilitación cognitiva.
- El aumento en el diagnóstico temprano de trastornos del neurodesarrollo (TDAH, TEA, dislexia) impulsa la demanda en el ámbito infantil.

Las principales salidas profesionales del neuropsicólogo clínico son:

- Hospitales y unidades de neurología (públicos y privados).
- Centros de neurorrehabilitación especializados en daño cerebral adquirido.
- Residencias y centros de día para personas mayores.
- Fundaciones y asociaciones de pacientes (Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple).
- Centros de atención temprana y gabinetes psicopedagógicos.
- Neuropsicología forense, para peritajes judiciales y evaluaciones de capacidad.
- Investigación y docencia universitaria.
- Consulta privada propia.

¿Cómo formarse para ser neuropsicólogo clínico?

El itinerario formativo para ejercer como neuropsicólogo clínico en España requiere varios pasos bien definidos:

- Grado en Psicología. La base imprescindible para cualquier especialización posterior.
- Habilitación sanitaria. Para ejercer en el ámbito clínico privado, es necesario el Máster en Psicología General Sanitaria (MPGS). Para el sistema público, el acceso pasa por el PIR.
- Especialización en neuropsicología. Un máster oficial en neuropsicología clínica es el paso que permite desarrollar las competencias específicas de evaluación, diagnóstico y rehabilitación neuropsicológica.
- Acreditación profesional. El Consejo General de la Psicología de España (CGPE) emite la Acreditación Nacional de Experto en Neuropsicología Clínica, que certifica que el profesional cumple con los estándares teóricos y de práctica clínica supervisada exigidos por la comunidad científica.

Resumen

El sueldo en neuropsicología en España varía entre los 18.000 € de un perfil junior y los 55.000 € o

mientras que el sector privado permite un acceso más rápido al mercado laboral con un mayor potencial de crecimiento para quienes optan por la consulta propia. La demanda de neuropsicólogos en España sigue en aumento, impulsada por el envejecimiento poblacional, el incremento de supervivientes a daños cerebrales y el mayor diagnóstico de trastornos del neurodesarrollo. Formarse con un máster especializado es el paso que marca la diferencia para acceder a los puestos mejor remunerados del sector.

Preguntas frecuentes

¿Cuánto cobra un neuropsicólogo al mes? Un neuropsicólogo junior gana entre 1.500 € y 2.000 € brutos al mes. Un profesional senior o con consulta propia puede superar los 3.500 € mensuales.

¿Es obligatorio el PIR para trabajar como neuropsicólogo? No. El PIR es necesario para trabajar en la sanidad pública. En el sector privado, el camino habitual es combinar el Máster en Psicología General Sanitaria con un máster de especialización en neuropsicología clínica.

¿Dónde gana más un neuropsicólogo, en el sector público o en el privado? A largo plazo, el sector público suele ofrecer salarios más altos gracias a los complementos de antigüedad y carrera profesional. A corto plazo, el acceso al mercado laboral privado es más rápido, aunque con sueldos iniciales más modestos.

¿Qué diferencia hay entre un psicólogo clínico y un neuropsicólogo? El psicólogo clínico trabaja en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales en general. El neuropsicólogo clínico se especializa específicamente en la relación entre el cerebro y la conducta, evaluando y rehabilitando las consecuencias cognitivas de lesiones o enfermedades neurológicas.

Fuentes

- Indeed España: *Salarios para el puesto de Neuropsicólogo en España* (2025).
- Jooble: *Sueldos para el puesto de Neuropsicólogo en España* (2025).
- Consejo General de la Psicología de España (CGPE)
- Sociedad Española de Neurología

Titulaciones relacionadas

+34 96 066 02 97(tel:0034%2096%20066%2002%2097) +34 601 20 95 93(tel:0034%20601%2020%2095%2093)
www.fivan.org) (https://www.fivan.org/en/rehabilitation-in-adults/neuropathic-pain/)
English

Dolor neuropático

En esta página:

¿Qué causa el dolor neuropático?
¿Qué es la neuromodulación y cómo ayuda en el dolor?
Cómo trabajamos en FIVAN
¿Cuándo conviene consultar?
Pide una valoración

Revisado por el Dr. Javier Chirivella (PhD) (/quienes-somos/#javier-chirivella), presidente y fundador de FIVAN, colegiado CV5399. Última revisión: octubre de 2026.

El dolor neuropático es el que se produce por una lesión o una enfermedad del propio sistema nervioso, no de los músculos o las articulaciones. Se describe como quemazón, descargas eléctricas, pinchazos u hormigueo, y a veces aparece con estímulos que no deberían doler, como el roce de la ropa. En España afecta a unos 3 millones de personas y cada año se suman unos 400.000 casos nuevos. Menos del 60 % de los pacientes logra un alivio adecuado solo con los tratamientos habituales (Sociedad Española de Neurología, 2025 (https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link490.pdf)).

¿Qué causa el dolor neuropático?

Puede aparecer tras una lesión del sistema nervioso central o periférico. Las causas más habituales son:

- el ictus (dolor central post-ictus);
- la lesión medular (/rehabilitacion-en-el-adulto/lesion-medular/);
- la esclerosis múltiple (/rehabilitacion-en-el-adulto/esclerosis-multiple/);
- la neuropatía diabética;
- la neuralgia postherpética (tras un herpes zóster);
- la neuralgia del trigémino;
- las lesiones de raíces nerviosas (radiculopatías).

- las lesiones de raíces nerviosas (radiculopatías).

La neuromodulación actúa directamente sobre los circuitos del sistema nervioso que procesan el dolor, mediante estímulos magnéticos o eléctricos no invasivos. En FIVAN usamos tres técnicas:

- estimulación magnética transcraneal (EMT) (/estimulacion-magnetica-transcraneal/): las guías europeas de neurofisiología le asignan el nivel de evidencia más alto en dolor neuropático cuando se aplica a alta frecuencia sobre la corteza motora (Lefaucheur et al., Clinical Neurophysiology, 2020 (https://doi.org/10.1016/j.clinph.2019.11.002));
- estimulación eléctrica transcraneal (tDCS) (/estimulacion-electrica-transcraneal/);
- estimulación auricular transcutánea del nervio vago (tVNS), con un electrodo en la cymba conchae de la oreja, por donde pasa la rama auricular del nervio.

La tDCS y la tVNS tienen una evidencia más limitada que la EMT, y las indicamos cuando hay justificación clínica.

1. Valoración. Identificamos el tipo y el origen del dolor, y medimos su intensidad y su impacto en el sueño, el ánimo y la actividad diaria. Esa medición es la referencia para saber si el tratamiento funciona.

2. Protocolos propios de neuromodulación. Los hemos desarrollado a partir de nuestra experiencia clínica y de la evidencia publicada. Elegimos la técnica y los parámetros según el tipo de dolor y la respuesta de cada persona. El equipo revisa cada caso en las sesiones clínicas semanales.

3. Tratamiento combinado. La neuromodulación se integra con la fisioterapia y el abordaje psicológico del dolor crónico. Siempre complementa el tratamiento farmacológico que pauta el médico, no lo sustituye.

Cuando el dolor dura más de tres meses, cuando no mejora lo suficiente con la medicación o cuando los efectos secundarios de los fármacos limitan la dosis que se puede tomar.

Atendemos en Valencia, en C/ Reina Doña Germana 13. Contacta con nosotros (/contactar-con-fivan/) y te explicamos cómo es la valoración inicial.

+34922285978

Seleccionar página

29 DE OCTUBRE «DÍA MUNDIAL DEL ICTUS 2026»

por centroalayon | Oct 18, 2026 | Neurología | 0 Comentarios



El 29 de octubre se celebra el «**Día Mundial del Ictus 2026**» con el objetivo de luchar contra este asesino sigiloso, concienciando a la población sobre la necesidad tanto de adquirir una cultura de prevención como de conocer de primera mano sus síntomas.

Según las previsiones de la Sociedad Española de Neurología, uno de cada cuatro

Usamos cookies en nuestro sitio web para brindarle una experiencia más relevante, recordando sus preferencias y visitas repetidas. Si hace clic “ACEPTAR TODO”, usted aceptará el uso de todas las cookies que contiene la web. Sin embargo usted puede configurar sola algunas haciendo clic en "CONFIGURAR COOKIES" o leer más acerca de nuestra política de Cookies.

CONFIGURAR COOKIES ACEPTAR TODO LEER MÁS

Harmoniamentis España [/]

Epilepsia

Expertos y pacientes presentan en Foment del Treball una hoja de ruta para un abordaje integral de la epilepsia en Cataluña



Publicado:16/10/2026 3 minutos Artículo

El documento de consenso "Epilepsia en Cataluña. El reto de un abordaje integral", impulsado con el apoyo de Angelini Pharma, propone medidas para mejorar la atención sanitaria y la calidad de vida, la inclusión educativa y la integración laboral de las personas con epilepsia.

La sede de Foment del Treball en Barcelona acogió el pasado 14 de octubre la presentación del documento de consenso "Epilepsia en Cataluña. El reto de un abordaje integral". El trabajo, elaborado por especialistas en epilepsia, asociaciones de pacientes y expertos del ámbito socioeconómico y laboral, recoge los principales retos en el abordaje de la enfermedad y una serie de propuestas para seguir avanzando.

Durante la jornada se dieron a conocer las principales conclusiones del consenso desde tres perspectivas complementarias: la atención sanitaria, el impacto socioeconómico y laboral de la enfermedad y las necesidades de las personas con epilepsia y sus familias.

Una enfermedad que va más allá de la consulta

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y afecta a cerca de 500.000 personas en España, según la Sociedad Española de Neurología[1]. Más allá de las crisis, la enfermedad puede condicionar la autonomía personal, el bienestar emocional y las oportunidades educativas y laborales de quienes conviven con ella.

Por eso, el consenso plantea que la atención a la epilepsia incorpore también su dimensión social, educativa y laboral.

Las principales propuestas

En el ámbito asistencial, el documento propone desarrollar una ruta asistencial integrada que conecte la atención primaria, la neurología y las unidades especializadas, reforzar el trabajo en red e impulsar herramientas como la telemedicina. También plantea agilizar la atención tras una crisis, potenciar la enfermería especializada y asegurar una buena transición de la atención pediátrica a la adulta.

En el ámbito social, recomienda mejorar la información sobre ayudas, contar con recursos desde el momento del diagnóstico y reforzar el apoyo a familiares y cuidadores.

En las aulas, los expertos proponen reforzar la formación del profesorado, actualizar los protocolos de actuación ante una crisis y garantizar la participación del alumnado con epilepsia en todas las actividades.

En el entorno laboral, el consenso apuesta por que el diagnóstico no suponga por sí mismo una limitación para acceder a un empleo o mantenerlo, promoviendo adaptaciones y una mayor coordinación entre neurología, medicina del trabajo y agentes sociales.

La colaboración como punto de partida

Este documento supone un nuevo paso en el trabajo impulsado con el apoyo de Angelini Pharma para mejorar el abordaje de la epilepsia mediante la colaboración entre profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes, instituciones y agentes sociales. La iniciativa da continuidad a la declaración institucional aprobada por unanimidad en el Parlament de Catalunya el pasado 19 de marzo y al encuentro celebrado el 24 de julio con la Comisión de Salud del Parlament, en el que se identificaron los principales retos asistenciales y sociales de la enfermedad.

"En Angelini Pharma trabajamos para mejorar la calidad de vida de las personas con epilepsia y contribuir a dar respuesta a sus necesidades. Estamos convencidos de que la colaboración entre profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes e instituciones es clave para seguir avanzando hacia una atención cada vez más integral", señaló Daniel Gheorghe, director general de Angelini Pharma España.

Referencias:

1. Sociedad Española de Neurología (SEN). La epilepsia afecta ya en España a casi 500.000 personas. Nota de prensa. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link442.pdf [https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link442.pdf]

discamedia
servimedia
LIDER EN INFORMACIÓN SOCIAL

DÍA DOLOR

Seis de cada diez personas con dolor neuropático tardan dos años en ser diagnosticados



Anagrama de la Sociedad Española de Neurología | Foto de SEN

17 OCT 2026 | 10:11H | MADRID

SERVIMEDIA

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que seis de cada diez pacientes que padecen dolor neuropático pueden tardar dos años o más en obtener un diagnóstico, mientras que el 15% de la población española tiene dolor crónico y más del 5% lo sufre a diario.

Acceso clientes

Para acceder a la mayoría de las noticias, debes ser usuario registrado.

Si deseas acceder a las noticias de Servimedia, escribe un correo a la siguiente dirección: suscripciones@servimedia.es

¿Has olvidado la contraseña?

Nombre de usuario

Contraseña

INICIAR SESIÓN

(SERVIMEDIA)
17 OCT 2026
ABG/clc/mjg

polizamedica
ofertas de seguros médicos y de salud

(/)

Inicio (/) Seguros Médicos (/productos) Tipos de Seguro

Aseguradoras Salud (/mutuas-medicas) Cómo elegir (/como-elegir-seguro-salud)

Comparar (/compara-tus-seguros) Guías y Recursos (/servicios)



Ahorra hasta un **40%** en Seguros Médicos

CALCULAR PRECIO (/comparar/seguro-medico)



Última actualización: 15 Octubre 2026

Sistema nervioso: qué es, partes, esquema y cómo funciona

Por Stephanie Guerrero, redactora especializada en seguros de salud · **Revisado por** Raúl de Salazar, responsable técnico editorial · **Actualizado:** 15 de octubre de 2026

Respuesta rápida: el sistema nervioso es la red de órganos y células que recibe información del cuerpo y del exterior, la procesa y da órdenes a músculos y glándulas. Se divide en dos partes: el **sistema nervioso central (SNC)**, formado por el encéfalo y la médula espinal, que procesa la información y decide la respuesta, y el **sistema nervioso periférico (SNP)**, formado por los nervios craneales y raquídeos, que conecta el SNC con el resto del cuerpo.

ÍNDICE

1. ¿Qué es el sistema nervioso y para qué sirve?
2. Partes del sistema nervioso: central y periférico
3. Esquema del sistema nervioso
4. Sistema somático y autónomo
5. ¿Cómo funciona el sistema nervioso?
6. Tipos de neuronas, sinapsis y células gliales
7. Enfermedades más frecuentes del sistema nervioso
8. Neurólogo con seguro médico privado
9. Preguntas frecuentes

¿Qué es el sistema nervioso y para qué sirve?

El **sistema nervioso** es el conjunto de órganos y células que controla y coordina el funcionamiento del cuerpo y nuestra relación con el entorno. Sirve para:

- **Percibir** los cambios dentro y fuera del cuerpo (a través de los sentidos y de receptores internos).
- **Procesar** esa información y decidir una respuesta.
- **Ordenar** a músculos y glándulas que actúen, de forma voluntaria (mover un brazo) o involuntaria (respirar, digerir, regular el latido del corazón).

- Hacer posibles el **pensamiento, la memoria, el aprendizaje y las emociones**.

Partes del sistema nervioso: central y periférico

Desde el punto de vista anatómico, el sistema nervioso se divide en dos partes:

Sistema nervioso central (SNC)

Está formado por el **encéfalo** y la **médula espinal**, protegidos por el cráneo y la columna vertebral:

- **Cerebro:** la parte más grande del encéfalo. Se divide en dos hemisferios (derecho e izquierdo) y cada uno en cuatro lóbulos: frontal, parietal, temporal y occipital. Controla el pensamiento, el lenguaje, los movimientos voluntarios y la interpretación de los sentidos.
- **Cerebelo:** situado detrás y debajo del cerebro, coordina los movimientos y el equilibrio.
- **Tronco del encéfalo:** une el cerebro con la médula espinal y controla funciones vitales como la respiración y el ritmo cardiaco.
- **Médula espinal:** recorre el interior de la columna vertebral. Transmite la información entre el encéfalo y el resto del cuerpo y controla los reflejos.

Su función es **recibir, integrar y procesar la información** de los sentidos, generar pensamientos, emociones y recuerdos, y **decidir la respuesta** adecuada.

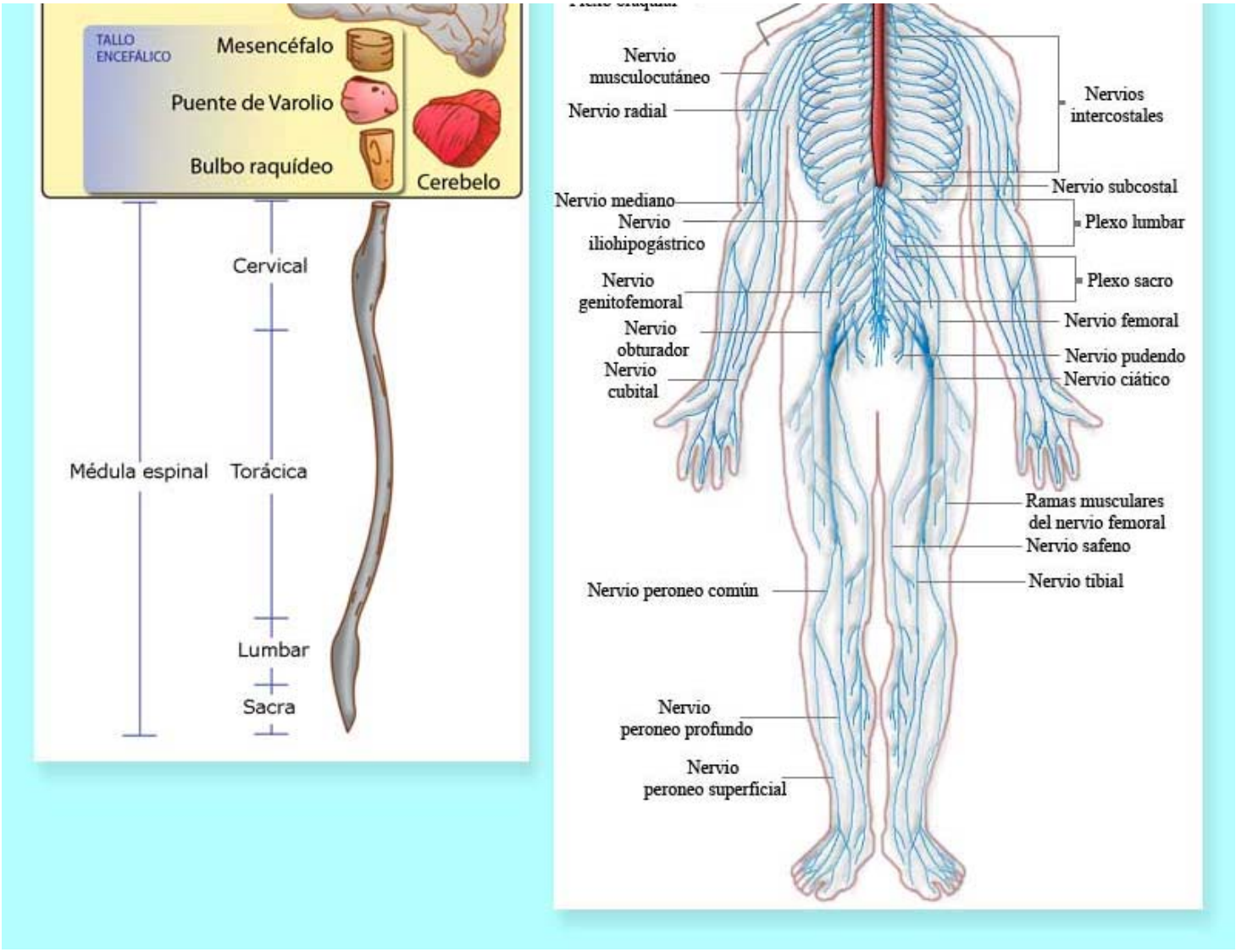
Sistema nervioso periférico (SNP)

Está formado por los **nervios** que conectan el encéfalo y la médula espinal con el resto del cuerpo, y por los ganglios nerviosos:

- **Nervios craneales:** 12 pares que salen del encéfalo. Llevan, por ejemplo, la información de la vista, el oído o el olfato.
- **Nervios raquídeos o espinales:** 31 pares que salen de la médula espinal y llegan a brazos, piernas, tronco y órganos.

Su función es **llevar la información** desde los receptores sensoriales al sistema nervioso central y **transmitir sus órdenes** a los músculos y órganos.





Partes del sistema nervioso: el sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal) y el sistema nervioso periférico (nervios).

Esquema del sistema nervioso

División	Partes	Función principal
Sistema nervioso central (SNC)	Encéfalo: cerebro, cerebelo y tronco del encéfalo	Procesa la información, decide la respuesta, controla pensamiento, memoria y emociones
	Médula espinal	Conecta el encéfalo con el cuerpo y controla los reflejos
Sistema nervioso periférico (SNP)	12 pares de nervios craneales	Conectan el encéfalo con la cabeza, el cuello y los sentidos
	31 pares de nervios raquídeos	Conectan la médula espinal con el tronco, las extremidades y los órganos

División	Partes	Función principal
División funcional del SNP	Sistema somático	Movimientos voluntarios y sensibilidad
	Sistema autónomo: simpático, parasimpático y entérico	Funciones involuntarias: corazón, respiración, digestión, glándulas

Sistema somático y sistema autónomo

Desde el punto de vista funcional, el sistema nervioso periférico se divide en:

- **Sistema nervioso somático:** controla las acciones voluntarias. Lleva la información de los sentidos al SNC y las órdenes a los músculos esqueléticos.
- **Sistema nervioso autónomo o vegetativo:** controla las acciones involuntarias, como el latido del corazón, la respiración o la digestión. Tiene tres divisiones:
  - **Simpático:** prepara el cuerpo para responder rápido en situaciones de estrés o peligro (acelera el corazón, dilata las pupilas).
  - **Parasimpático:** favorece el reposo y la recuperación (baja la frecuencia cardiaca, activa la digestión).
  - **Entérico:** una red de neuronas en la pared del aparato digestivo que regula sus movimientos y secreciones.

¿Cuánto cuesta un Seguro de Salud?

QUIERO SABER EL PRECIO (/comparar/seguro-medico)



¿Cómo funciona el sistema nervioso?

El sistema nervioso funciona en tres pasos:

1. **Recepción:** los receptores sensoriales (de la piel, los ojos, los oídos o los órganos internos) captan un estímulo, y las neuronas sensoriales lo llevan como impulso nervioso al sistema nervioso central.
2. **Procesamiento:** el encéfalo o la médula espinal interpretan la información y deciden la respuesta. En los reflejos, como retirar la mano de algo que quema, la médula responde sin esperar al cerebro.

3. **Respuesta:** las neuronas motoras envían la orden a los músculos o las glándulas, que actúan.

Tipos de neuronas, sinapsis y células gliales

Las **neuronas** son las células que reciben y transmiten los impulsos nerviosos, que son señales electroquímicas. Los **nervios** son haces de prolongaciones de neuronas que llevan esos impulsos por el cuerpo. Hay tres tipos de neuronas:

1. **Neuronas sensoriales:** llevan la información de los órganos de los sentidos al sistema nervioso central.
2. **Neuronas motoras:** llevan las órdenes del sistema nervioso central a los músculos y glándulas.
3. **Interneuronas:** conectan unas neuronas con otras dentro del sistema nervioso central y participan en los reflejos, el pensamiento y la memoria.



Las neuronas se comunican entre sí mediante la sinapsis.

La **sinapsis** es la conexión entre dos neuronas. Cuando el impulso llega al final de una neurona, esta libera unas sustancias químicas, los **neurotransmisores**, que activan a la siguiente. Así el impulso viaja de neurona en neurona.

Las **células gliales** no transmiten impulsos, pero son imprescindibles: sostienen y protegen a las neuronas, las nutren, forman la **mielina** (la capa aislante que acelera el impulso nervioso) y eliminan restos de células muertas.

Enfermedades más frecuentes del sistema nervioso

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), las enfermedades neurológicas causan el **44 % de la incapacidad por enfermedad crónica** en España y el **19 % de las muertes** cada año (datos de

2023). Entre las más frecuentes están:

1. **Ictus:** se produce cuando se interrumpe el riego sanguíneo de una parte del cerebro o se rompe un vaso. Es una urgencia médica. Según la SEN, hasta el 90 % de los casos podrían evitarse con hábitos saludables.
2. **Migraña:** dolor de cabeza intenso y recurrente, a menudo con náuseas y sensibilidad a la luz.
3. **Alzheimer y otras demencias:** pérdida progresiva de neuronas que afecta a la memoria y otras capacidades cognitivas.
4. **Epilepsia:** actividad eléctrica anormal de grupos de neuronas que provoca crisis, como convulsiones o pérdidas de conciencia.
5. **Enfermedad de Parkinson:** pérdida de neuronas que producen dopamina, con temblor, rigidez y lentitud de movimientos.
6. **Esclerosis múltiple:** el sistema inmunitario daña la mielina, lo que dificulta la transmisión de los impulsos nerviosos y produce debilidad, alteraciones de la sensibilidad o de la visión.



Ante síntomas como pérdida de fuerza o de sensibilidad en un lado del cuerpo, dificultad para hablar o un dolor de cabeza muy intenso y repentino, llama al 112: pueden ser signos de ictus.

VER SEGUROS CON NEURÓLOGO SIN ESPERAS (/comparar/seguro-medico)

urólogo con seguro médico privado

El **neurólogo** es el especialista en las enfermedades del sistema nervioso que no necesitan cirugía; si hace falta operar, interviene el **neurocirujano**. Según Póliza Médica, con un seguro de salud privado:

- **Puedes pedir cita con el neurólogo** del cuadro médico, normalmente sin volante del médico de cabecera.
- **Las pruebas de alta tecnología**, como la resonancia magnética o el TAC, necesitan prescripción médica y autorización, y suelen tener una carencia de unos meses: por ejemplo, 6 meses en Aegon Salud Completo y en Sanitas Más Salud.
- **La neurocirugía y la hospitalización** solo están en los seguros completos.

¿Cuánto cuesta un seguro médico con acceso al neurólogo?

Aseguradora	Modalidad	Perfil	Precio	Cobertura
Divina Pastora	Especialistas B	40 años, Madrid	**13,25 €/ mes**	Básico con copago, sin hospitalización
Asisa	Asisa Ya	40 años, Madrid	19,04 €/ mes	Básico con copago: consultas y pruebas
Adeslas	GO	40 años, Madrid	22,50 €/ mes	Básico con copago, sin hospitalización
Caser	Especial Integral ConCopago	40 años, Madrid	38,36 €/ mes	Completo con copago, con hospitalización
ASSSA	Selecta	40 años, Madrid	46,92 €/ mes	Completo sin copago, con hospitalización

Comparador de Póliza Médica, 1 asegurado de 40 años en Madrid, pago mensual, 8 de octubre de 2026. El precio cambia con la edad y la provincia.

Más información en precios de los seguros médicos privados (/seguros/salud/seguros-medicos-privados-precios), seguros sin copago (/seguros/salud/seguros-de-salud-sin-copagos) y qué es la medicina interna (/seguros/salud/que-es-la-medicina-interna-y-que-trata).

¿Quieres ir al neurólogo sin esperas?

Compara en 2 minutos los seguros de salud de más de 24 aseguradoras para tu edad y provincia. Gratis y sin compromiso.

COMPARAR SEGUROS DE SALUD (/comparar/seguro-medico)

Cómo elaboramos esta guía

- **Autoría:** la redacta Stephanie Guerrero, licenciada en Comunicación y Publicidad, que escribe sobre seguros de salud en polizamedica.es desde 2021, y la revisa Raúl de Salazar, responsable técnico editorial de Póliza Médica.
- **Fuentes:** Sociedad Española de Neurología (datos difundidos en julio de 2023), documentación de Aegon Salud Completo y Sanitas Más Salud, y comparador de Póliza Médica (8 de octubre de 2026).
- **Quiénes somos:** Póliza Médica es una marca de Concentra Insurance Broker, S.L., correduría de seguros autorizada por la DGSFP con el código J0336.

Esta guía es informativa y no sustituye la consulta con un médico.

Preguntas frecuentes sobre el sistema nervioso

¿Qué es el sistema nervioso?

¿Cuáles son las partes del sistema nervioso?

¿Qué diferencia hay entre el sistema nervioso central y el periférico?

¿Cuáles son las partes del sistema nervioso periférico?

¿Cómo funciona el sistema nervioso?

20minutos.es

Un periódico para ejercitar la memoria: así trabajan con la actualidad los mayores con deterioro cognitivo

Natalia Rodicio

10-13 minutos

En la sala apenas hay silencio hasta que empiezan a aparecer los periódicos. Entonces, durante unos minutos, solo se escucha el pasar de las páginas. Una decena de mayores hojea **su ejemplar de *20minutos***: tres hombres se colocan las gafas y empiezan a leer con atención, otros buscan algo que les interese y Concha, que hasta entonces no ha parado de hablar con unos y otros, rompe la concentración con un "anda, mira". Cada uno tiene que escoger una noticia, pero detrás de algo tan cotidiano como leer un periódico hay mucho más: recordar un titular, localizar una sección, comprender lo que han leído o relacionarlo con sus propios recuerdos. La actualidad se convierte así en una forma de **mantener la mente activa y poner a trabajar la memoria**.

En el Centro de Día Pirámides, en Arganzuela (Madrid), las noticias forman parte desde hace años de las **actividades cognitivas de sus usuarios**. El centro está especializado en personas mayores con deterioro cognitivo, Alzheimer y Parkinson y los diez mayores que participan esta mañana

presentan algún grado de demencia, según explica su coordinadora, Sagrario Nieto-Sandoval. En España, se estima que unas 800.000 personas conviven con algún grado de demencia, afección que altera la memoria y otras capacidades como el pensamiento o el lenguaje, según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). "Entendimos que era una generación que hacía uso de la prensa en papel y, a pesar del deterioro, no deberíamos dejar de leerles todos los días el periódico porque es muy terapéutico para ellos y les invita a participar", cuenta.

Habitualmente, las noticias les llegan a través de una tablet: Paloma Contreras, educadora social del centro, **selecciona varias informaciones de la web de *20minutos*** y las lee en voz alta para comentarlas después entre todos. Esta mañana, el ejercicio cambia al recuperar el **papel**. "Ahora van a ser ellos los que tengan su periódico, recorten su noticia y lean la noticia que han elegido", explica Contreras, que señala que así la actividad es "más participativa".

Y basta con empezar a hojearlo para que cada uno encuentre algo que le llame la atención. Las páginas pasan despacio y las miradas recorren titulares, fotografías y columnas en busca de una en la que merezca la pena detenerse. De vez en cuando, el sonido del papel se interrumpe con algún pequeño descubrimiento: una de las participantes se sorprende al leer que La bola negra puede llegar a los Oscar y enseguida se lo cuenta al resto; otra decide quedarse con una noticia sobre la guerra entre Ucrania y Rusia y exclama "uy, lo de Ucrania". Algunos vuelven atrás, otros enseñan las páginas de una silla a otra y los comentarios se cruzan en la sala, hasta que un largo "¡Atleeeeeeeeti!" deja claro que Eladio también ha encontrado la suya.

Con la noticia elegida, llegan las tijeras. Cada uno recorta la suya y la pega en un folio, donde escribe también su nombre, sus apellidos y la fecha, para "que no los olviden y se ubiquen", aclara Nieto-Sandoval. Después, los periódicos desaparecen de las mesas y llega el momento de tirar de memoria: deben **recordar el titular, identificar la sección en la que aparecía, resumir su contenido y explicar por qué la han escogido**. "Necesito el periódico. ¿En qué página estaba la noticia?", reclama una de las participantes. "Ah, pero en eso consiste, en que lo recuerdes, y si no, no pasa nada", le responde Contreras.

¡Gracias por suscribirte a nuestra newsletter!

Detrás de los recortes y los titulares hay un objetivo que va más allá de esta actividad: trabajar la memoria a través de la lectura, una forma de estimulación cognitiva que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para ayudar a las personas con demencia en su día a día. **"Tenerlos actualizados, al día de todas las noticias, es una buena manera de trabajar con ellos la memoria"**, explica Nieto-Sandoval. Y los resultados, cuenta, a veces se ven de una mañana para otra: cuando una información se mantiene varios días en la actualidad y vuelven a leerla, algunos “recuerdan que estaban con esa noticia y que ya habían hablado de ella” la jornada anterior.

Pero estar al día cumple además otra función. Los mayores pasan solo una parte de la jornada en el centro y después **vuelven a su vida fuera de él, con sus familias y amigos**. Mantener esos vínculos es importante para su bienestar y, por ello, la OMS recomienda fomentar la participación social de las personas con demencia. "El estar actualizados les permite poder relacionarse. Ser mayor no es

sinónimo de estar aislado, sino que llegas a mayor y la vida continúa", apunta Contreras.

> El estar actualizados les permite poder relacionarse. Ser mayor no es sinónimo de estar aislado, sino que llegas a mayor y la vida continúa"

Y eso **se refleja también en las noticias que escogen**. Eugenia Martínez, de 81 años, se queda con una sobre el tiempo que pasan los jóvenes frente a las pantallas. "La he elegido porque tengo nietos. Los veo que están siempre con las pantallitas y con el móvil. Leen menos y eso me preocupa", explica. A su lado, María Marcos, de 82, prefiere una información sobre vivienda, uno de los asuntos que más le inquietan por cómo afecta "tanto a jóvenes como a mayores". "Visto el revuelo que hay en España, el problema es la vivienda. Hay muchas Cármenes y hace tiempo que empezaron. Si echan a una persona mayor, esté de alquiler o no, es igual: es una persona y necesita un techo donde vivir", sostiene.

Los intereses cambian de una silla a otra. Concha elige una noticia sobre la ampliación de la atención a niños con discapacidad porque reconoce que es un tema que tenía "un poco desconocido". Eladio Mozos, de 89 años, no duda demasiado cuando encuentra la suya: "El Atlético golea y da un aviso al Real Madrid". "Es muy buena noticia, soy aficionado del Atlético", dice. Desde la silla de al lado, otra participante no tarda en sumarse: "Yo también soy del Atlético, ¿eh?".

No siempre es el tema en sí lo que hace que una noticia funcione. Muchas veces basta con que conecte con algo que han vivido. Las **informaciones sobre** salud**,** pensiones**,** educación **o** Madrid **suelen ser algunas de las que más conversación generan**. "Cuando escuchan 'Madrid', es como

que están alerta", cuenta Contreras, pues cuando hablan de noticias internacionales "lo ven tan lejos que ni escuchan muchas veces". También ocurre con las noticias dirigidas a las personas mayores, porque "**se ven incluidos**, les llama la atención y participan más". Y, a partir de ahí, una información puede terminar llevando la conversación mucho más lejos de lo que decía el titular.

Así ocurrió cuando una información de *20minutos* sobre la elección de la mejor playa de España de 2026 acabó convirtiéndose en una **conversación sobre sus propios veranos**. "Me decían 'Benidorm', o sea, donde ellos tienen sus casas de vacaciones", recuerda Contreras. A partir de ahí fueron apareciendo anécdotas sobre lugares, viajes y segundas residencias a las que algunos ya no pueden acudir, pero que siguen asociando a aquellos años. **"Ahí fue donde despertaron muchas personas que igual estaban más apagadas"**, cuenta.

La actividad también parece convencer a quienes se sientan alrededor de la mesa. A Eladio, como a María, lo que más le gusta es sencillamente **"enterarse de lo que está pasando"**. **"Hay que estar al día"**, resume Rocío Jiménez, de 90 años, que suele compartir lo que lee con sus compañeros del centro. Su hija vive fuera, por lo que las noticias, cuenta, las comenta "más aquí, con los compañeros". Pero el hábito de informarse viene de mucho antes. Para muchos, la prensa lleva acompañándolos prácticamente toda la vida.

Eladio, de hecho, asegura que lee periódicos desde que sabe leer. "No este porque este no existía entonces, pero vamos", bromea. María también recuerda una casa en la que la lectura siempre ha estado presente: "Ha habido periódicos, revistas, libros… hay montones de libros en mi casa". Eugenia, por su

parte, **empezó a leer el periódico de manera habitual cuando apareció *20minutos***. "Cuando paso por algún sitio donde está el *20minutos*, todos los días lo cojo", cuenta. Tiene un punto de distribución cerca de casa y procura cogerlo cada día; cuando ella no puede, su cuidadora se encarga de llevárselo. "Estoy al día y me encanta. Me encanta estar activa y ver las noticias", asegura. Y explica por qué sigue eligiéndolo: "No es un periódico muy grande y que tenga muchas cosas, sino que tiene lo importante y siempre hay algo que me interesa".

Recordar su propia historia

La **memoria que tratan de preservar** va mucho más allá de recordar un titular o de lo que cuentan las noticias, también está en la **propia historia de cada uno, en aquello que han vivido y que forma parte de quiénes son**. Por eso, en el centro trabajan desde una atención centrada en la persona, que busca adaptar el trabajo a cada uno de los mayores y para la que conocer su historia de vida resulta fundamental. "Queremos saber quién es esa persona, cómo ha sido su familia, a qué se ha dedicado, qué dificultades ha tenido o qué cosas importantes le han pasado", cuenta Nieto-Sandoval. Entre esas historias hay mujeres que se abrieron camino profesionalmente en una época "marcada por el machismo", empresarios, profesores universitarios, ingenieros, un piloto o personas que apenas pudieron ir a la escuela y se formaron por su cuenta.

> No se tienen que olvidar de su historia. Para eso estamos aquí, para recordársela"

Son recuerdos que el deterioro cognitivo puede ir borrando y que, en ocasiones, vuelven a aparecer a partir de algo tan sencillo como una noticia. La demencia puede dificultar la

recuperación de experiencias personales y recuerdos, incluso de aquellas que han marcado toda una vida. "Gracias a que interactuamos con su historia, **ellos recuperan parte de sus recuerdos**. Porque si no, se olvidan de ellos", explica Nieto-Sandoval. "Y no se tienen que olvidar de su historia. Para eso estamos aquí, para recordársela".

La importancia de poner nombre a los olvidos

No todas las personas que conviven con demencia saben que la padecen. Entre el **30% y el 40% de los casos podrían estar sin diagnosticar**, según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Y obtener respuestas puede llevar meses: un estudio publicado en 2025 en la revista científica *Frontiers in Neurology*, basado en datos de 723 pacientes con deterioro cognitivo en España, encontró que el **diagnóstico tardaba una mediana de casi siete meses** entre quienes acudían primero a atención primaria y después eran derivados a un especialista. Esta demora puede retrasar el acceso a los cuidados y apoyos necesarios, además de prolongar la incertidumbre de las personas afectadas y sus familias.

Pero poner nombre a lo que ocurre no depende únicamente de detectar los primeros olvidos. Los médicos deben evaluar los síntomas y descartar otras posibles causas mediante **pruebas cognitivas, análisis y, en algunos casos, técnicas de imagen**. Y el diagnóstico no es el final del camino: la OMS recomienda intervenciones como la **estimulación cognitiva y el apoyo a la participación social** para favorecer el bienestar de las personas con demencia. Dos aspectos que, en el Centro de Día Pirámides, se trabajan cada mañana entre noticias y conversaciones.

+34 96 066 02 97(tel:0034%2096%20066%2002%2097) +34 601 20 95 93(tel:0034%20601%2020%2095%2093)

English (https://www.fivan.org/en/pediatric-rehabilitation/epilepsy-in-childhood/)

fivan (https://www.fivan.org)

Epilepsia infantil

En esta página:

¿Cómo afecta la epilepsia al desarrollo y al aprendizaje?
Neuromodulación en niños con epilepsia
Cómo trabajamos en FIVAN
¿Cuándo conviene consultar?
Pide una valoración

Revisado por el Dr. Javier Chirivella (PhD) (/quienes-somos/#javier-chirivella), presidente y fundador de FIVAN, colegiado CV5399. Última revisión: octubre de 2026.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en la infancia: en España la tienen unos 100.000 niños (Sociedad Española de Neurología, mayo de 2026 (https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link510.pdf)). La mayoría controla sus crisis con medicación y lleva una vida normal. En otros casos, las crisis persisten o aparecen dificultades de aprendizaje, atención o conducta, y ahí la rehabilitación y la neuromodulación pueden ayudar.

Depende de la causa, del tipo de epilepsia y del control de las crisis. Las dificultades más frecuentes son de:

- atención;
- memoria;
- velocidad de procesamiento;
- lenguaje;
- conducta.

Algunas se deben a la propia epilepsia y otras a la medicación. Detectarlas pronto evita que se confundan con falta de interés o de esfuerzo en el colegio.

En FIVAN usamos, también en niños, dos técnicas no invasivas:

- la estimulación eléctrica transcraneal (tDCS) (/estimulacion-electrica-transcraneal/);
- la estimulación auricular transcutánea del nervio vago (tVNS), con un electrodo en la cymba conchae de la oreja, por donde pasa la rama auricular del nervio.

Las aplicamos con protocolos propios adaptados a la edad, desarrollados a partir de nuestra experiencia clínica y de la evidencia publicada, que en epilepsia es prometedora pero todavía limitada. Siempre se coordinan con el neuropediatra y complementan la medicación, nunca la sustituyen. La respuesta se mide con un diario de crisis que lleva la familia.

1. Valoración. Revisamos la historia de las crisis y hacemos una valoración neuropsicológica y del lenguaje cuando hay dificultades de aprendizaje o de conducta.

2. Plan individual. Neuromodulación, neuropsicología, logopedia y terapia ocupacional infantil, según cada niño. El equipo revisa cada caso en las sesiones clínicas semanales.

3. Familia y colegio. Los padres aprenden a continuar el trabajo en casa y, cuando hace falta, nos coordinamos con el colegio para adaptar la enseñanza.

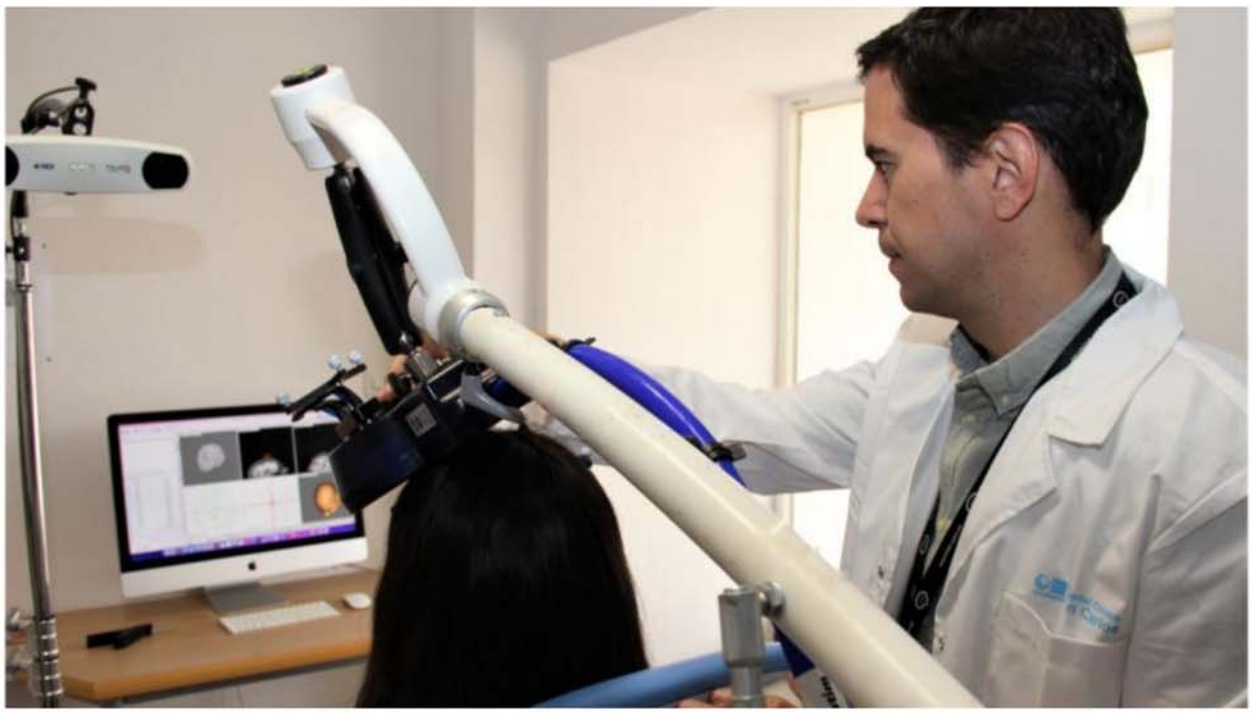
Si la epilepsia forma parte de un daño cerebral infantil (/rehabilitacion-infantil/dano-cerebral/) o de un trastorno del neurodesarrollo (/rehabilitacion-infantil/trastornos-neurodesarrollo/), el plan los aborda en conjunto.

Cuando las crisis no se controlan con la medicación, o cuando, aun controladas, el niño tiene dificultades de aprendizaje, de atención o de conducta que antes no tenía.

Comunicación

Salud

Un neurólogo del Hospital público Clínico San Carlos, al frente del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales





1 de 2

Publicado: 19 octubre 2026 Compartir: x, facebook, correo, otros

El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem, especialista del Hospital público Clí
la Comunidad de Madrid, ha sido elegido presidente electo del comité cienti
Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales (*International Society*
Frontotemporal Dementias (*ISFTD*), dedicada a la degeneración lobar frontotemporal y

trastornos relacionados, considerada actualmente la segunda causa más frecuente de demencia neurodegenerativa.

Con este nombramiento se convierte en el primer español en formar parte de la junta directiva de esta sociedad científica, el principal referente internacional en el ámbito de la investigación de las demencias frontotemporales, que también organiza el *International Conference on Frontotemporal Dementias.*

Esta designación "supone un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el Hospital Clínico San Carlos en este campo, del que somos centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, en donde hemos desarrollado estudios y tratamientos novedosos como la neuromodulación cerebral no invasiva mediante estimulación magnética transcraneal, y se han desarrollado y validado instrumentos de diagnóstico" ha manifestado el neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem.

"Y supone, además, –prosigue Matías-Guiu- la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años", añade el neurólogo del hospital público Clínico San Carlos.

Reconocimiento internacional al Clínico San Carlos por una colaboración con la Universidad de Sydney

El primer congreso internacional sobre demencias frontotemporales se celebró en 1986 en Suecia para dar visibilidad a la demencia frontotemporal como forma de demencia no Alzheimer, entonces recién reconocida. Y desde 2006 se celebra bienalmente, alternando como sedes ciudades de Europa y Norteamérica.

En la última edición del congreso internacional sobre demencias frontotemporales, celebrado recientemente en Filadelfia, Estados Unidos –único congreso internacional dedicado íntegramente a este tipo de demencias y trastornos relacionados- ha resultado premiada la neuropsicóloga del hospital público Clínico San Carlos, Lucía Fernández Romero, por una investigación conjunta entre la unidad de Neurología Cognitiva de este hospital público madrileño y el *Brain & Mind Centre,* de la Universidad de Sydney, Australia.

El trabajo titulado: Medidas de tiempo de habla en afasia progresiva primaria: una investigación española y australiana (*"Cross-linguistic Speech Timing measures in Primary Progressive Aphasia: an Australian and Spanish Investigation")* firmado por Fernández Romero, como primera autora, supone un reconocimiento al os estudios realizados en conjunto entre el hospital público Clínico San Carlos y la Universidad de Sydne de conocer las diferencias transculturales y translingüísticas en la demencia fr Fernández Romero se encuentra actualmente como investigadora postdoct Universidad de Texas, Estados Unidos, profundizando en el estudio de la ter para pacientes con afasia progresiva primaria, uno de los subtipos de demenci frontotemporal.



El neurólogo del Clínico San Carlos liderará el programa científico del congreso de referencia mundial en demencias frontotemporales

Matias-Guiu Antem fue elegido presidente electo del comité científico de la citada sociedad en unas elecciones en las que se han incorporado otros cuatro miembros, renovando el 50% de su junta directiva. Al ser miembro electo, pasará a formar parte de la nueva junta a partir de enero de 2027 por un período de cuatro años, donde liderará la confección del programa científico de la International *Conference on Frontotemporal Dementias*, el congreso de referencia mundial en este campo, a partir de 2028.

Es coordinador de la Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos -acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud-, doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense con premio extraordinario de Doctorado y profesor asociado en Ciencias de la Salud en la misma universidad. También ha sido profesor visitante de la IUSS *Scuola Universitaria Superiore* de Pavía, Italia.

Premio de la Real Academia Nacional de Medicina, Matías-Guiu Antem es miembro del *Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Aphasia, Dementia and Cognitive Disorders de la World Federation of Neurology* desde 2025 y ha sido nombrado *Distinguished Faculty Member del Center for Cognitive Neuroscience and Aging* de la Universidad de Miami, Estados Unidos.

En el ámbito investigador es autor de 250 artículos científicos en revistas JCR (154 como primer, último autor o autor de correspondencia), con un factor de impacto acumulado de >1000 e índice H de 48 y es editor asociado de la revista *Neurología* -publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología- y de la revista *Journal of Neuropsychology* -publicación oficial de la *British Psychological Society-.*

Anterior **Siguiente**

Etiquetas

Consejería de Sanidad | Salud

Últimas noticias



Díaz Ayuso celebra el “extraordinario logro” de la sociedad madrileña por ... regiones más longevas del mundo"

El precio de la migraña, más allá del dolor: 76.000 millones de euros anuales en costes y pérdidas de productividad

El informe 'MigrAtlas', elaborado por Pfizer, demuestra que la huella de esta enfermedad en adultos diagnosticados impacta en el ámbito clínico, económico, social y medioambiental con cifras millonarias

Compartir



Por Medicina Responsable
14 de octubre de 2026

La migraña genera en España una carga socioeconómica anual de más de 76.000 millones de euros entre los adultos con diagnóstico médico, una estimación que incluye los costes sanitarios asociados a la enfermedad, las pérdidas de productividad, el impacto sobre la calidad de vida y los gastos asumidos directamente por los pacientes. Así lo indica 'MigrAtlas: La huella de la migraña en España', un informe elaborado por Pfizer España en colaboración con la Fundación Weber que ofrece una visión integral de la carga clínica, económica, social y medioambiental de la migraña y analiza el recorrido asistencial de las personas que conviven con esta enfermedad.

Tecnología médica

Según el documento, en torno al 90% de esta carga no corresponde al presupuesto sanitario asumido por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Así, las pérdidas de productividad laboral representan cerca del 60% del total, con 45.441 millones de euros, mientras que los costes intangibles, asociados al deterioro de la calidad de vida y a la pérdida de actividad no laboral, suponen alrededor del 27%, alcanzando los 20.000 millones de euros.

Dentro de las pérdidas de productividad, el presentismo, es decir, trabajar con un rendimiento reducido debido a los síntomas, concentra más de 34.500 millones de euros, alrededor del 45% de la carga total. Asimismo, recoge que alrededor de 8 millones de adultos declaran síntomas compatibles con migraña en España. De ellos, cerca de 5 millones cuentan con diagnóstico médico, mientras que unos 3 millones no; lo que supone que hay aproximadamente el 40% de infradiagnóstico.

Además, señala que transcurren, de media, alrededor de 6 años hasta obtener un diagnóstico. Al incluir únicamente a las personas con diagnóstico médico, la estimación podría situar la carga socioeconómica de la migraña por debajo de su impacto real. "La carga de la migraña es elevada, entre otros factores, porque con frecuencia la enfermedad se detecta de forma tardía. Una identificación temprana permite conocer mejor sus características y abordar su evolución de manera adecuada con las herramientas terapéuticas disponibles, lo que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir su impacto en el desarrollo personal, académico y profesional", ha explicado Robert Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y director de la Unidad de Cefaleas y Neuralgias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

Por su parte, el coste anual por paciente aumenta de forma significativa a medida que lo hace la frecuencia de los ataques. En la migraña episódica de baja frecuencia, con entre 1 y 3 días de cefalea al mes, asciende a 14.570 euros por paciente, frente a los 31.500 euros de la migraña crónica, con 15 o más días al mes. Sin embargo, las personas con menos días de síntomas concentran la mayor parte de la carga total, ya que representan el 89% de los diagnosticados y concentran el 82,6% de la carga total.

El documento destaca que la migraña también tiene un impacto en niños, adolescentes y sus

familias. 'MigrAtlas' calcula que más de 652.000 personas de entre 6 y 17 años conviven con esta patología en España, con una carga anual de unos 659 millones de euros. Entre los principales costes destacan el absentismo escolar de los menores y las jornadas laborales perdidas por sus progenitores. Estos últimos datos deben interpretarse como una aproximación, ya que se basa en una evidencia más limitada.

Retos en la atención y seguimiento

Entre las barreras asistenciales se señala que, el 29,5% de quienes acuden a urgencias no sería derivado a Atención Primaria tras el alta y alrededor de un 8% saldría con un tratamiento pautado. 'MigrAtlas' también identifica dificultades de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y posibles desigualdades en el acceso a especialistas y unidades de cefalea.

El documento estima que casi un 15% de los adultos con migraña diagnosticada podría estar en riesgo de hacer un uso excesivo de la medicación sintomática. Entre las personas con migraña crónica, 1 de cada 2 supera los umbrales de consumo. Además, la adherencia terapéutica constituye un problema sistemático, los datos citados en el informe sitúan la persistencia de los tratamientos preventivos en el 32 por ciento a los 6 meses y en el 30 por ciento a los 12.

En este contexto, María Varela, coordinadora del Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) que ejerce como médica de familia en el Centro de Salud de Mayorga (Valladolid), afirma que "la Atención Primaria está en una posición esencial para favorecer la detección y el abordaje precoz de la migraña, así como para acompañar al paciente a lo largo del tiempo. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales y facilitar la formación de los profesionales puede ayudar a evitar retrasos y a intervenir antes de que la enfermedad se cronifique". Tecnología médica

Propuestas de mejora

El proyecto incorpora la experiencia de pacientes, recogida en colaboración con la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE), y la visión de un comité multidisciplinar de 15 profesionales sanitarios.

"Hablar de migraña con rigor significa no solo hablar de salud, sino también de bienestar a nivel personal, de vida familiar, de educación y de productividad laboral; así como de la importancia de concienciar a nivel social sobre esta patología. Visibilizar sus consecuencias permite comprender que no estamos ante un dolor de cabeza menor, sino ante una enfermedad neurológica compleja que merece reconocimiento, atención y planificación", ha declarado el director médico de Pfizer España, José Chaves.

A partir de las barreras identificadas, el proyecto propone 26 intervenciones agrupadas en cuatro ámbitos: formación y sensibilización; mejora de la atención en urgencias y en el entorno laboral; seguimiento de los pacientes; y herramientas digitales. El informe presenta estas medidas como una hoja de ruta con el objetivo de continuar promoviendo, entre todos, una mejora en el abordaje integral de la migraña y de la sostenibilidad del SNS.

La Crónica del Henares



Trece pacientes con epilepsia intercambiaron 1.307 mensajes con una IA conectada a su electroencefalograma. Con sus correcciones, las falsas alarmas cayeron cerca de un 80 % en simulación. | Infografía: La Crónica del Henares, con datos de Nature Medicine.

Epilepsia: pacientes que chatean con su monitor cerebral

martes, 13 de octubre de 2026

Una IA permitió a 13 pacientes con epilepsia conversar con su electroencefalograma y redujo las falsas alarmas al aprender de sus respuestas.

Alcalá de Henares, 14 de octubre de 2026

«¿Tuviste una crisis a las 8:30?», pregunta el móvil. Trece pacientes con epilepsia de un hospital de Filadelfia han **conversado por chat con el aparato que registraba su actividad cerebral**, y sus respuestas sirvieron para que el sistema aprendiera a dar menos falsas alarmas.

> **13 PACIENTES, 1.307 MENSAJES**
>
> - Una aplicación conectaba el electroencefalograma de cada paciente con un asistente de **inteligencia artificial** al que podían preguntar por sus crisis o su sueño.
> - Con las correcciones de los propios pacientes, las **falsas alarmas cayeron cerca de un 80 %** en una simulación.
> - Es un estudio piloto, en hospital y durante unos cinco días. Falta probarlo en la vida diaria.

Un chat con el propio cerebro

El estudio, publicado el 13 de octubre en *Nature Medicine*, se hizo en la unidad de monitorización de epilepsia del **Hospital de la Universidad de Pensilvania**. Allí ingresan pacientes cuyas crisis no se controlan con fármacos para registrarlas durante días y valorar si pueden operarse. Once llevaban electrodos sobre el cuero cabelludo y dos, electrodos implantados dentro del cráneo.

Sus datos viajaban en tiempo real a una nube segura del hospital, donde varios programas calculaban la probabilidad de crisis, las fases del sueño, las descargas eléctricas anómalas entre crisis y una estimación de la medicación en sangre. Encima de todo eso funcionaba un modelo de lenguaje, **GPT-4o-mini de OpenAI**, en una versión que cumple la normativa estadounidense de privacidad sanitaria.

El paciente escribía desde el móvil y el sistema contestaba: con texto, con gráficos de cómo había dormido o con un mapa de cómo se había extendido una crisis por los distintos canales del electroencefalograma. También tomaba la iniciativa. Avisaba

cuando detectaba una posible crisis, mandaba tres encuestas diarias sobre ánimo, ansiedad, sueño y energía, y pedía confirmación de los episodios.

De qué hablaron

Los investigadores analizaron los **1.307 mensajes** intercambiados durante una estancia media de unos cinco días. El sistema inició casi siete de cada diez conversaciones. De los mensajes de los pacientes, la gran mayoría fueron charla y anotaciones sobre cómo se sentían; solo uno de cada diez eran consultas concretas sobre sus crisis, su sueño o sus descargas.

Las respuestas llegaban en unos 2 segundos en la conversación normal y en unos 9 cuando había que buscar datos y dibujar gráficos. El asistente encargado de esas consultas acertó en el 92 % de los casos revisados. Un filtro de seguridad bloqueó seis mensajes de pacientes, que al revisarlos resultaron inofensivos, y ninguno de la IA. Además, el equipo revisó a diario **cada conversación**.

Cinco de los trece pacientes pidieron, por iniciativa propia, seguir usando la aplicación al volver a casa.

> «Imaginen una bomba de insulina que pueda responder preguntas sobre cómo afectará una comida al nivel de azúcar en la sangre, o un dispositivo para el párkinson que ajuste el tratamiento en función de cómo se sienta el paciente al caminar o escribir una carta».
>
> **Brian Litt**, catedrático de Neurología y Bioingeniería de la Universidad de Pensilvania y director del estudio.

El paciente corrige a la máquina

El punto más novedoso es que los pacientes podían **enseñar al detector de crisis**. Contestaron a dos de cada tres avisos de crisis en tiempo real, y en la mayoría de esas respuestas aclararon si había sido una crisis de verdad o una falsa alarma. «Los pacientes suelen comprender aspectos de su enfermedad que los sensores no pueden medir directamente», resume Litt.

El equipo usó esas correcciones para reentrenar el detector cada tres horas, en una

simulación con los datos registrados. Sin ayuda de ningún especialista, las falsas alarmas por hora bajaron entre un 77 % y un 81 % según el análisis, y el sistema **no perdió capacidad para detectar las crisis reales**. Cuando un neurólogo revisaba además los fragmentos más dudosos, la mejora llegaba al 83 %.

Los autores reconocen que el detector en tiempo real se quedaba corto: los avisos que llegaron a los móviles captaron pocas de las crisis confirmadas por los médicos. Y aun después de reentrenarlo, seguiría dando **entre dos y cuatro falsas alarmas al día**, demasiadas para algunos pacientes.

Más de 400.000 pacientes en España

En el mundo hay unos 70 millones de personas con epilepsia, y un tercio sigue teniendo crisis pese a la medicación, según recuerda el propio artículo. En España, la Sociedad Española de Neurología (SEN) calcula que la padecen **más de 400.000 personas**, que se diagnostican unos 20.000 casos al año y que alrededor del 30 % no controla sus crisis con fármacos.

Para muchos de esos pacientes existen dispositivos implantados que estimulan el cerebro, pero solo tres están aprobados en Estados Unidos y ninguno comparte en tiempo real lo que registra. El equipo de Pensilvania cree que su plataforma podría extenderse a marcapasos, bombas de insulina y tratamientos para el párkinson, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo o las adicciones.

Las cautelas del propio estudio

La muestra es pequeña y puede estar sesgada hacia personas aficionadas a la tecnología. La unidad hospitalaria es un entorno artificial: allí se reduce la medicación a propósito para provocar crisis y poder registrarlas, y los pacientes reciben a la vez visitas, pruebas y otros estudios. Las encuestas no eran escalas validadas, y solo cinco pacientes respondieron al cuestionario de usabilidad, que puntuó el sistema con un 83 sobre 100.

Hay además un interés comercial declarado. Litt y los dos primeros autores, Zack Goldblum y Haoer Shi, figuran como **inventores en una patente provisional** registrada por la Universidad de Pensilvania que cubre este sistema. El trabajo se financió con fondos de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH). Los autores también plantean preguntas abiertas: el riesgo de que los pacientes confíen demasiado en la máquina y quién responde de una decisión médica tomada en parte con la ayuda de una IA.

Ficha del estudio

Revista: *Nature Medicine*, 13 de octubre de 2026. Título original: «Human–artificial intelligence collaboration for comanaging epilepsy in real time».

Centro: Hospital de la Universidad de Pensilvania (Filadelfia, Estados Unidos).

Participantes: 13 adultos con epilepsia, edad media de 43 años, ingresados para monitorización.

Tipo de estudio: observacional, prospectivo y en un solo centro. Las mejoras del detector se midieron en simulación.

Disponibilidad: prototipo de investigación. No está disponible para pacientes.

El salto a casa, sin fecha

El siguiente paso que anuncian los autores es probar la plataforma con pacientes ambulatorios y con dispositivos implantados durante meses. No han dado fecha. Para demostrar un beneficio real tendrán que medir lo que importa a pacientes y médicos: menos crisis, menos urgencias y mejor calidad de vida.

Más en La Crónica del Henares: Inteligencia artificial · Neurociencia · Salud

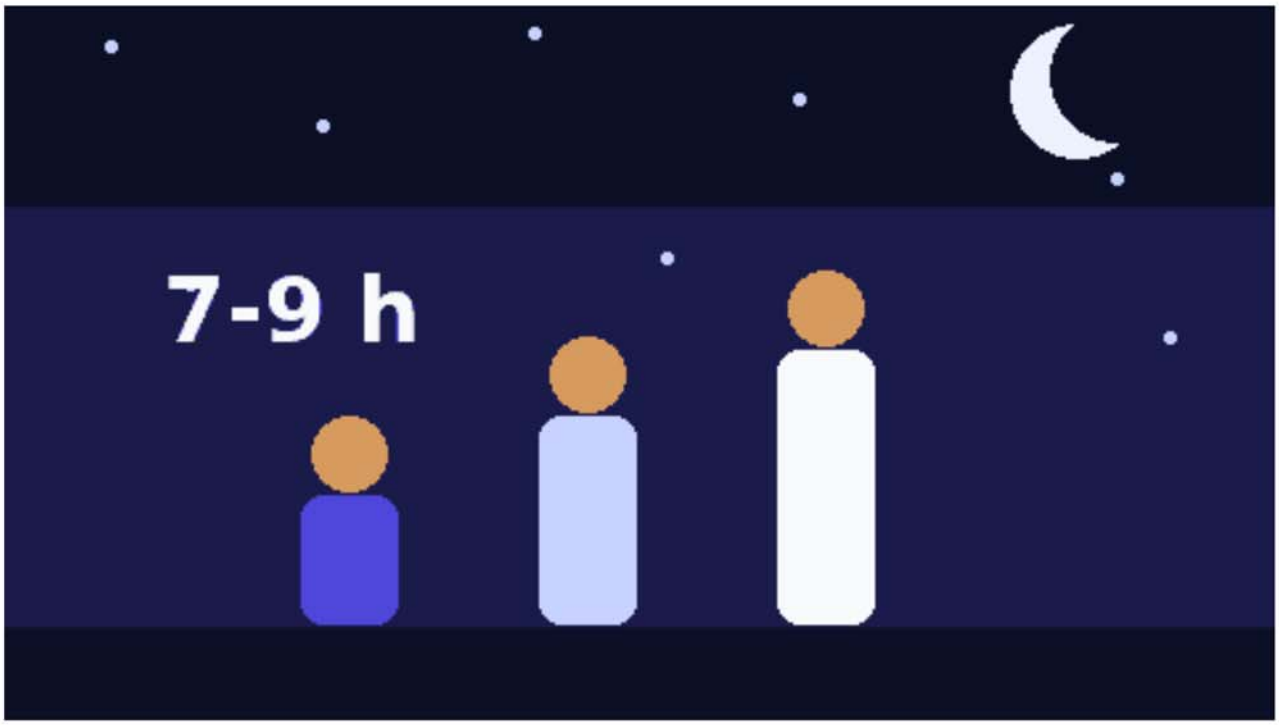
Fuentes consultadas

- Goldblum, Z., Shi, H. *et al.* «Human–artificial intelligence collaboration for comanaging epilepsy in real time». *Nature Medicine* (13 de octubre de 2026). DOI: 10.1038/s41591-026-04680-4. Incluye las declaraciones de conflicto de interés y financiación.
- Reuters, boletín Health Rounds, y comunicado de la Universidad de Pensilvania: declaraciones de Brian Litt (octubre de 2026).
- medRxiv: versión previa del estudio (enero de 2026).

Cuántas horas hay que dormir según la edad (y cómo saber si duermes lo suficiente)

Por Jairo Inclán PUBLICADO EL 14 DE OCTUBRE DE 2026

· REVISADO EL 16 DE OCTUBRE DE 2026



La información de este artículo es meramente divulgativa y no sustituye la consulta con un profesional de la salud. No se ofrecen diagnósticos ni pautas médicas.

«Hay que dormir ocho horas.» Es probablemente el consejo de salud más repetido que existe, y como casi todos los consejos que se repiten mucho, tiene parte de verdad y parte de simplificación. Ni todo el mundo necesita lo mismo, ni un bebé duerme como un adolescente, ni un adulto de cuarenta como uno de setenta y cinco.

En este artículo he reunido lo que dicen las recomendaciones oficiales para cada edad, qué datos hay sobre cómo dormimos en España y, sobre todo, cómo puedes saber si tú en concreto estás durmiendo lo que necesitas. No soy médico: lo que cuento sale de sociedades científicas y paneles de expertos, y las fuentes están al final.

Las horas recomendadas, edad por edad

La referencia más citada es la de la National Sleep Foundation de Estados Unidos, que en 2015 reunió a un panel de expertos de distintas especialidades (pediatría, neurología, psicología, geriatría, medicina del sueño) para revisar los estudios disponibles. El resultado fue esta tabla de horas recomendadas por día:

Edad	Horas recomendadas
Recién nacidos (0-3 meses)	14 a 17
Bebés (4-11 meses)	12 a 15
Niños pequeños (1-2 años)	11 a 14
Preescolar (3-5 años)	10 a 13
Edad escolar (6-13 años)	9 a 11
Adolescentes (14-17 años)	8 a 10
Adultos jóvenes (18-25 años)	7 a 9
Adultos (26-64 años)	7 a 9
Mayores de 65 años	7 a 8

En los niños pequeños las horas incluyen las siestas. Fíjate en que todas las cifras son **rangos**, no un número exacto. Esa es la primera idea importante: no existe una cifra mágica, sino una franja dentro de la cual se mueve la mayoría de la gente sana.

Para los adultos, la Academia Americana de Medicina del Sueño y la Sleep Research Society publicaron ese mismo año un consenso parecido: dormir **7 horas o más de forma habitual**. Por debajo de esa cifra, los estudios encuentran más problemas de salud a largo plazo, más errores, peor rendimiento y más riesgo de accidentes.

¿Y las ocho horas de las que habla todo el mundo?

Las ocho horas son, más o menos, el punto medio de la franja adulta. Funcionan bien como mensaje sencillo, pero pueden generar una presión innecesaria. Hay adultos que se encuentran perfectamente con siete horas y otros que necesitan nueve. Ninguno de los dos está haciendo nada mal.

El problema de obsesionarse con una cifra exacta es que acabas mirando el reloj por la noche y haciendo cuentas, y esa vigilancia es justo lo que mantiene a mucha gente despierta. Si ese es tu caso, te recomiendo leer qué hacer cuando no consigues dormirte, donde explico por qué contar las horas que te quedan suele empeorar las cosas.

Cómo dormimos en España

Los datos no son muy buenos. Según la Sociedad Española de Neurología, un 56 % de los adultos españoles duerme menos horas de las recomendadas para un descanso saludable, y más de la mitad dice que su sueño no es reparador. En los adolescentes la situación es peor: solo alrededor del 30 % de los mayores de 11 años duerme las horas recomendadas, y más del 60 % de los jóvenes reconoce que recorta horas de sueño por ocio o por trabajo.

Hay varias razones que se repiten. Cenamos y nos acostamos más tarde que en la mayoría de Europa, los horarios de trabajo y de clase empiezan pronto, y las pantallas alargan la noche sin que nos demos cuenta. A eso se suma que España usa una hora oficial adelantada respecto a la que le correspondería por geografía, algo que en el oeste, como en Asturias, se nota todavía más. Lo explico con más detalle en el artículo sobre el cambio de hora y el sueño.

Cómo saber si duermes lo suficiente

La tabla es un punto de partida, pero la mejor pista la tienes en cómo te encuentras durante el día. Estas son algunas señales de que probablemente estás durmiendo menos de lo que necesitas:

- Necesitas el despertador todos los días y te cuesta muchísimo salir de la cama.
- Te entra sueño en situaciones tranquilas: en clase, en una reunión, viendo una película o de copiloto en el coche.
- Los fines de semana duermes dos o tres horas más que entre semana.
- Tienes menos paciencia de lo normal, te cuesta concentrarte o cometes más despistes.
- Dependes del café para funcionar por la mañana o a media tarde.

Si te reconoces en varias, es muy probable que arrastres lo que se suele llamar «deuda de sueño». No es un término médico preciso, pero describe bien la idea: cada noche que duermes menos de lo que necesitas se acumula, y el cuerpo te lo reclama.

Una prueba sencilla que puedes hacer

Una forma práctica de hacerte una idea de cuánto necesitas es fijarte en lo que ocurre cuando puedes dormir sin despertador varios días seguidos, por ejemplo en vacaciones. Las primeras noches seguramente dormirás de más, porque estás recuperando. Pasados unos días, tu horario tiende a estabilizarse, y la cantidad que duermes entonces se acerca bastante a la que tu cuerpo pide de verdad.

No es un método científico, pero es más útil que compararte con lo que duerme tu compañero de piso o lo que dice un titular.

Dormir de más también es una pista

Se habla mucho de dormir poco y menos de lo contrario. Si de forma habitual duermes muchas más horas de las de tu franja y aun así te levantas cansado, merece la pena prestarle atención. A veces es simplemente que estás recuperando una mala racha, pero otras veces el problema no es la cantidad sino la calidad: un sueño que se interrumpe a menudo, aunque no lo recuerdes, no descansa igual.

Una de las causas más infradiagnosticadas de ese sueño que no repara es la apnea del sueño. Le he dedicado un artículo completo: ronquidos y apnea del sueño, las señales de que te despiertas sin saberlo.

¿Se puede recuperar el sueño perdido?

En parte. Si una semana duermes poco y el fin de semana te pegas una buena noche, notarás alivio, y eso es real. Lo que no funciona tan bien es vivir en un ciclo permanente de recortar entre semana y compensar el sábado y el domingo. El cansancio se reduce, pero la concentración y el rendimiento no suelen volver del todo a su sitio, y además el horario del fin de semana desordena tu reloj interno.

Por eso la idea más útil no es «recuperar», sino **no acumular**. Es preferible dormir media hora más cada noche de forma estable que intentar arreglarlo todo en dos días.

¿La siesta cuenta?

En los niños pequeños, sí: las recomendaciones incluyen las siestas en el total del día. En los adultos, una siesta corta después de comer puede ayudar a quien ha dormido poco, y es una costumbre muy nuestra. El matiz está en la duración y la hora. Una siesta breve y temprana suele sentar bien (lo explico en cuánto debe durar la siesta). Una siesta larga o a media tarde puede quitarte sueño por la noche y hacer que te acuestes más tarde, con lo que el problema se alarga al día siguiente.

Si necesitas siesta todos los días para aguantar, tómalo como una pista de que por la noche no estás durmiendo lo suficiente, ya sea por cantidad o por calidad.

Lo que cambia con la edad

Niños y adolescentes

Los niños necesitan muchas más horas porque su cerebro y su cuerpo están en pleno desarrollo. En la adolescencia ocurre algo curioso: el reloj interno se retrasa de forma natural, y a un chico de quince años le entra sueño más tarde que a sus padres. No es solo pereza ni culpa del móvil, aunque el móvil ayude poco. El choque viene cuando

ese reloj retrasado se encuentra con un instituto que empieza a las ocho y media.

Adultos

Entre los 18 y los 64 años la recomendación se mantiene en 7 a 9 horas. Lo que suele cambiar en esta etapa no es la necesidad, sino el tiempo disponible: trabajo, estudios, hijos y vida social compiten con las horas de sueño, y casi siempre gana la otra parte.

Mayores de 65

Con la edad, el sueño se vuelve más ligero, con más despertares nocturnos, y la gente tiende a acostarse y levantarse más temprano. La recomendación baja ligeramente, a 7 u 8 horas, pero no desaparece: la idea de que «los mayores necesitan dormir poco» no es exacta. Lo que cambia es la forma del sueño, no tanto la necesidad.

Cómo ganar horas de sueño sin cambiar tu vida entera

Si después de leer esto crees que duermes menos de lo que necesitas, no hace falta una revolución. Algunas medidas pequeñas suelen tener más efecto del que parece:

Fija primero la hora de levantarte. Es la pieza más importante. Si te levantas a una hora parecida todos los días, también el fin de semana, el cuerpo empieza a pedirte sueño a una hora estable por la noche.

Adelanta la hora de acostarte poco a poco. Quince minutos cada pocos días es más realista que pretender acostarte una hora antes de golpe y pasar ese tiempo dando vueltas.

Protege la última hora del día. Luz más tenue, menos pantalla y una rutina corta y repetida. No hace falta que sea perfecta, solo constante.

Cuidado con la siesta y con el café de la tarde. Una siesta larga o tardía, o un café después de comer, pueden robarte sueño por la noche sin que lo relaciones.

No intentes compensar todo el fin de semana. Dormir mucho más el sábado y el

domingo alivia el cansancio, pero desplaza tu reloj interno y hace que el domingo por la noche te cueste dormirte. Es mejor repartir la recuperación.

Cuándo consultar

Si duermes las horas que te corresponden y aun así te levantas cansado casi todos los días, si alguien te ha dicho que roncas fuerte o que dejas de respirar, si te quedas dormido en situaciones peligrosas como al volante, o si llevas meses durmiendo mal, coméntalo con tu médico de cabecera. Según la Sociedad Española de Neurología, más de cuatro millones de personas en España tienen algún trastorno del sueño crónico y solo una pequeña parte está diagnosticada.

La tabla te dice dónde está la mayoría. Tu cuerpo, con la forma en que te encuentras durante el día, te dice dónde estás tú.

Escrito y revisado por Jairo Inclán. Si ves un dato desactualizado o un error, avísame y lo corrijo.

Fuentes

- Hirshkowitz M. et al. (2015): National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations. *Sleep Health*
- Watson N. F. et al. (2015): Recommended amount of sleep for a healthy adult. Consenso de la AASM y la Sleep Research Society
- Sociedad Española de Neurología (2026): nota de prensa del Día Mundial del Sueño, 13 de marzo de 2026

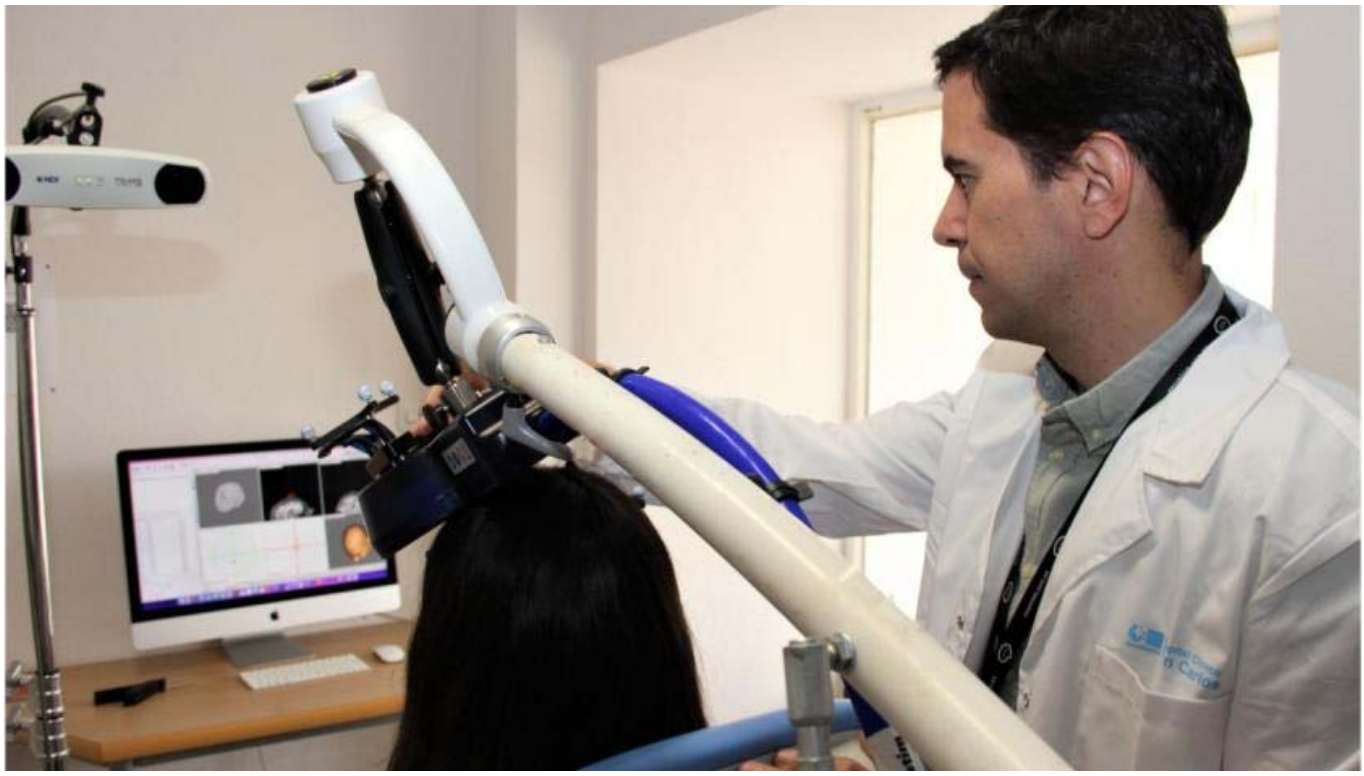
Sobre el autor

Jairo Inclán

Estudiante de Avilés (Asturias). Escribo SUENORAPIDO para reunir en guías claras lo que dicen las fuentes fiables sobre el sueño y el descanso. No soy médico: si tienes problemas de sueño persistentes, consulta con un profesional.

Cada artículo se basa en las fuentes enlazadas al final. Sobre mí · Cómo escribo y reviso · Avísame si ves un error

Un neurólogo del Hospital público Clínico San Carlos, al frente del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales



19 octubre 2026

El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem, especialista del Hospital público Clínico San Carlos de la Comunidad de Madrid, ha sido elegido presidente electo del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales (International Society for Frontotemporal Dementias (ISFTD), dedicada a la degeneración lobar frontotemporal y trastornos

Con este nombramiento se convierte en el primer español en formar parte de la junta directiva de esta sociedad científica, el principal referente internacional en el ámbito de la investigación de las demencias frontotemporales, que también organiza el International Conference on Frontotemporal Dementias.

Esta designación “supone un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el Hospital Clínico San Carlos en este campo, del que somos centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, en donde hemos desarrollado estudios y tratamientos novedosos como la neuromodulación cerebral no invasiva mediante estimulación magnética transcraneal, y se han desarrollado y validado instrumentos de diagnóstico” ha manifestado el neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem.

“Y supone, además, –prosigue Matías-Guiu- la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años”, añade el neurólogo del hospital público Clínico San Carlos.

Reconocimiento internacional al Clínico San Carlos por una colaboración con la Universidad de Sydney

El primer congreso internacional sobre demencias frontotemporales se celebró en 1986 en Suecia para dar visibilidad a la demencia frontotemporal como forma de demencia no Alzheimer, entonces recién reconocida. Y desde 2006 se celebra bienalmente, alternando como sedes ciudades de Europa y Norteamérica.

En la última edición del congreso internacional sobre demencias frontotemporales, celebrado recientemente en Filadelfia, Estados Unidos –único congreso internacional dedicado íntegramente a este tipo de demencias y trastornos relacionados- ha resultado premiada la neuropsicóloga del hospital público Clínico San Carlos, Lucía Fernández Romero, por una investigación conjunta entre la unidad de Neurología Cognitiva de este hospital público madrileño y el Brain & Mind Centre, de la Universidad de Sydney, Australia.

El trabajo titulado: Medidas de tiempo de habla en afasia progresiva primaria: una investigación española y australiana ("Cross-linguistic Speech Timing measures in Primary Progressive Aphasia: an Australian and Spanish Investigation") firmado por Fernández Romero, como

Sydney con el fin de conocer las diferencias transculturales y translingüísticas en la demencia frontotemporal. Fernández Romero se encuentra actualmente como investigadora postdoctoral en la Universidad de Texas, Estados Unidos, profundizando en el estudio de la terapia del lenguaje para pacientes con afasia progresiva primaria, uno de los subtipos de demencia frontotemporal.

El neurólogo del Clínico San Carlos liderará el programa científico del congreso de referencia mundial en demencias frontotemporales

Matias-Guiu Antem fue elegido presidente electo del comité científico de la citada sociedad en unas elecciones en las que se han incorporado otros cuatro miembros, renovando el 50% de su junta directiva. Al ser miembro electo, pasará a formar parte de la nueva junta a partir de enero de 2027 por un período de cuatro años, donde liderará la confección del programa científico de la International Conference on Frontotemporal Dementias, el congreso de referencia mundial en este campo, a partir de 2028.

Es coordinador de la Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos -acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud-, doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense con premio extraordinario de Doctorado y profesor asociado en Ciencias de la Salud en la misma universidad. También ha sido profesor visitante de la IUSS Scuola Universitaria Superiore de Pavía, Italia.

Premio de la Real Academia Nacional de Medicina, Matías-Guiu Antem es miembro del Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Aphasia, Dementia and Cognitive Disorders de la World Federation of Neurology desde 2025 y ha sido nombrado Distinguished Faculty Member del Center for Cognitive Neuroscience and Aging de la Universidad de Miami, Estados Unidos.

En el ámbito investigador es autor de 250 artículos científicos en revistas JCR (154 como primer, último autor o autor de correspondencia), con un factor de impacto acumulado de >1000 e índice H de 48 y es editor asociado de la revista Neurología -publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología- y de la revista Journal of Neuropsychology -publicación oficial de la British Psychological Society-.

(/)

ES

Registrar Acceder

VADEMECUM (/)

ES

Introduzca su búsqueda...

Buscar

Actualidad (/noticias) Medicamentos (/espana/es/alfa) Principios Activos (/principios-activos-a_1) Monografías ATC (/principios-activos-atc-es-a_1)

Laboratorios (/laboratorios-es-a_1) Indicaciones (/enfermedades-es-a_1) Equivalencias (/alfa) Vademecum (/sobrenosotros)

INICIO (/) / ULTIMA INFORMACION - NOTICIAS GENERALES (/NOTICIAS-GENERALES-1)

Actualidad (/noticias) Medicamentos (/espana/es/alfa) Principios Activos (/principios-activos-a_1) Monografías ATC (/principios-activos-atc-es-a_1)

Laboratorios (/laboratorios-es-a_1) Indicaciones (/enfermedades-es-a_1) Equivalencias (/alfa) Vademecum (/sobrenosotros)

Seis de cada diez personas que padecen dolor neuropático pueden tardar dos años o más en obtener un diagnóstico

VADEMECUM - 19/10/2026 PATOLOGÍAS (/busqueda-noticias-categoria_11-1)

El dolor neuropático afecta en España a más de 3 millones de personas y cada año se diagnostican unos 400.000 nuevos casos. Con los tratamientos actuales, menos del 60% de los pacientes con dolor neuropático logra un alivio adecuado del dolor.



Este sábado, 17 de octubre, se conmemora el Día Mundial contra el Dolor. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España más del 30% de la población sufre algún tipo de dolor, principalmente personas de entre 45 y 54 años y, en un 60% de los casos, mujeres. Pero además, un 18% de la población padece dolor crónico, es decir, padece dolor desde hace más de tres meses; y más de un 5% de la población sufre dolor a diario.

Este año, el Día Mundial contra el Dolor tiene un foco muy concreto porque la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha declarado el año 2026 como Año Mundial del Dolor Neuropático, con el objetivo de impulsar la investigación, mejorar el diagnóstico y visibilizar el impacto de este tipo de dolor, que se estima afecta a entre el 7% y el 10% de la población mundial y que es el tipo de dolor crónico más incapacitante y que peor responde a los tratamientos convencionales.

“Existen diferentes tipos de dolor: el nociceptivo, como respuesta a una lesión, infección o enfermedad; el de origen nociplástico, por una alteración funcional en las vías de dolor y el neuropático, causado por una lesión o disfunción del propio sistema nervioso”, explica la Dra. Montserrat González Platas, Coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología. “Y de los tres, el neuropático es el que más frecuentemente está presente en los pacientes con dolor crónico: más del 60% de quienes sufren dolor crónico tienen, en mayor o menor medida, un componente neuropático”.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), más de 3 millones de personas padecen dolor neuropático en España y cada año se diagnostican alrededor de 400.000 nuevos casos. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente a partir de los 55 años y algo más habitual en mujeres. Se trata, además, de un problema de gran impacto asistencial: alrededor del 50% de las consultas de Atención Primaria en España están motivadas por el dolor y hasta un 25% de ellas pueden estar relacionadas con el dolor neuropático.

“El dolor neuropático es considerado uno de los peores dolores que existen, tanto por la dificultad de su tratamiento como por su enorme complejidad fisiopatológica y por la intensidad con la que lo experimentan los pacientes", señala la Dra. Montserrat González Platas. “A diferencia de otros tipos de dolor, no cumple una función protectora: no avisa de un daño real, sino que es el propio sistema nervioso, al funcionar de forma anómala, el que interpreta como dolorosos estímulos que no deberían serlo. Los pacientes suelen describirlo como un dolor continuo, quemante y punzante, con sensación de calambres o descargas eléctricas, y localizado con frecuencia en una zona concreta del cuerpo, aunque también puede extenderse a varias áreas. Y tiene una particularidad que lo hace especialmente difícil de manejar: una vez que se instaura, tiende a cronificarse y a acompañarse de otros problemas, como ansiedad, depresión, fatiga o alteraciones del sueño, que a su vez dificultan todavía más su tratamiento”.

Con los tratamientos farmacológicos actuales, menos del 60% de los pacientes logra un alivio adecuado del dolor, y hasta un 85% de las personas que lo padecen en España señalan que les condiciona de forma significativa su calidad de vida. El 60% de los pacientes sufre trastornos del sueño, en torno a un 40% fatiga crónica, un 34% depresión y un 25% ansiedad. Además, un 65% se ha visto obligado a restringir sus actividades cotidianas, y para muchos de ellos el dolor se mantiene durante años: hasta un 40% lleva más de cinco años conviviendo con él.

“El otro gran problema del dolor neuropático es su infradiagnóstico. Al coexistir con frecuencia con otros tipos de dolor y que su diagnóstico sea fundamentalmente clínico, basado en los síntomas, muchos pacientes tardan años en recibir un diagnóstico preciso: se estima que hasta seis de cada diez pueden tardar dos años o más”, destaca la Dra. Montserrat González Platas. “Y mejorar su identificación temprana es importante porque cuando el dolor neuropático se identifica pronto y se trata de forma adecuada, no siempre desaparece por completo, pero sí puede controlarse, y eso puede suponer una diferencia enorme en el día a día de las personas que lo sufren”.

Por lo tanto, en el Año Mundial del Dolor Neuropático la SEN quiere incidir en señalar que los principales retos siguen estando en mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento. “Para ello, consideramos necesario avanzar en el desarrollo de tratamientos más eficaces a largo plazo, reforzar los equipos multidisciplinares —con neurólogos, especialistas de las unidades del dolor, rehabilitadores, neurocirujanos, fisioterapeutas, neuropsicólogos y psicólogos clínicos, entre otros— y mejorar la formación de los profesionales para facilitar un diagnóstico más temprano, tanto del dolor neuropático como de las comorbilidades psicológicas que pueden acompañarlo. Porque todo ello resulta clave para reducir el impacto de un dolor que, a día de hoy, continúa condicionando de forma significativa la calidad de vida de millones de personas en España y en el resto del mundo”, concluye la Dra. Montserrat González Platas.

Fuente:

Sociedad Española de Neurología

Enlaces de Interés

Entidades:

Sociedad Española de Neurología (SEN) (/busqueda-noticias-entidad_1445-1)

Indicaciones:

Dolor (../../../enfermedad-dolor_188_1)

Dolor neuropático (../../../enfermedad-dolor+neuropatico_2249_1)

anterior (/noticia_1506146) volver al listado (/noticias-generales-1) siguiente (/noticia_1506049)

Conver!

(https://www.lavanguardia.com/elllobregat)

()

Esta página es una noticia antigua de El Llobregat. Puedes encontrar las últimas noticias del Baix Llobregat y L'Hospitalet en la nueva web de El Llobregat: **www.lavanguardia.com/elllobregat** (https://www.lavanguardia.com/elllobregat)

SOCIEDAD

Un fármaco experimental supera al placebo en un ensayo sobre miastenia coordinado por el hospital de Bellvitge



Redacción El Llobregat - El Llobregat
Publicada 16:07:53 14/10/2026

El Hospital Universitario de Bellvitge, en L'Hospitalet de Llobregat, y el IDIBELL han coordinado la participación española en PREVAIL, un

ensayo clínico internacional de fase 3 que ha evaluado el gefurulimab. El tratamiento experimental se ha probado en adultos con miastenia gravis generalizada y anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, la forma más frecuente de la enfermedad.

El estudio ha reunido a 260 pacientes de 113 centros de 20 países. Los resultados, publicados en JAMA Neurology, muestran que quienes recibieron gefurulimab mejoraron más que quienes recibieron placebo.

Los avances en las actividades cotidianas comenzaron a observarse durante la primera semana, mientras que la mejoría clínica de la fuerza muscular apareció a partir de la cuarta. Los efectos se mantuvieron durante los seis meses del estudio.

El ensayo reunió a 260 pacientes de 113 centros de 20 países

Al finalizar ese periodo, el 46,3% de los pacientes tratados había alcanzado el criterio de respuesta establecido para la fuerza muscular, frente al 25,2% del grupo placebo. En las actividades diarias, los porcentajes fueron del 65,5% y del 52,2%, respectivamente.

El neurólogo Carles Casasnovas, investigador del Hospital de Bellvitge, el IDIBELL y el CIBERER, ha coordinado el estudio en España y ha sido el investigador principal en el centro hospitalario. Según explica, estas mejoras pueden traducirse en menos síntomas y una mayor capacidad para afrontar las tareas diarias. Velina Nedkova y Moisés Morales han participado como subinvestigadores.

La incidencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos. Bellvitge continúa participando en la fase de extensión del ensayo, destinada a recabar más información sobre los efectos y la seguridad del fármaco a largo plazo.

La incidencia de efectos adversos fue similar en el grupo tratado y en el de placebo

El tratamiento se administra mediante una inyección subcutánea

semanal que puede ponerse en casa el propio paciente o una persona cuidadora. Si recibe autorización y se incorpora a la práctica clínica, podría evitar desplazamientos periódicos y reducir la necesidad de acudir al hospital de día.

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune crónica que altera la comunicación entre los nervios y los músculos. Provoca debilidad y fatiga muscular que empeoran con la actividad y pueden dificultar acciones como hablar, masticar, tragar o caminar. En los casos más graves también puede causar problemas respiratorios.

Más de 16.000 personas viven con miastenia gravis en España, según la Sociedad Española de Neurología. La enfermedad no tiene cura, aunque los tratamientos permiten controlar los síntomas y mantener una vida normal o prácticamente normal en muchos casos.

La Unidad de Enfermedades Neuromusculares de Bellvitge atiende a cerca de 450 personas con esta patología. Ha participado en cuatro ensayos clínicos y mantiene tres estudios en marcha. El hospital es centro de referencia estatal en enfermedades neuromusculares raras y forma parte de las redes catalana y europea de referencia.

Bellvitge mantiene tres estudios activos sobre esta enfermedad minoritaria

La investigación se integra en REMMA Bellvitge, el programa del IDIBELL dedicado a las enfermedades minoritarias del adulto. PREVAIL ha sido financiado por Alexion, AstraZeneca Rare Disease, que también ha participado en el diseño y desarrollo del estudio, el análisis de los datos y la preparación del manuscrito.

SALUD (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/BIENESTAR/SALUD/)

Cuando el dolor no desaparece: las claves para identificar el dolor neuropático



SENIOR 50 (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/AUTHOR/SENIOR_50/)
PUBLICADO EL 17/10/2026 • 08:42

Cuando el dolor no desaparece: las claves para identificar el dolor (https://www.senior50.com/dieta-para-el-dolor) neuropático.

El dolor afecta a millones de personas y, cuando se prolonga durante meses, puede terminar condicionando el sueño, el estado de ánimo, la autonomía y prácticamente todos los ámbitos de la vida cotidiana. Con motivo del **Día Mundial contra el Dolor,** que se conmemora el 17 de octubre, la Sociedad Española de Neurología **(SEN** (https://www.sen.es/)) pone este año el foco en uno de los tipos más complejos y difíciles de tratar: el **dolor neuropático**.

Más del 30% de la población española presenta algún tipo de dolor y alrededor de un **18% convive con dolor crónico**, es decir, aquel que persiste durante más de tres meses. Además, más del 5% de la población experimenta dolor todos los días, según datos de la SEN.

Dentro de este problema de salud, el dolor neuropático merece una atención especial. Se estima que afecta a **más de tres millones de personas en España** y cada año se diagnostican unos 400.000 nuevos casos.

Aunque puede aparecer a cualquier edad, resulta más frecuente a partir de los 55 años y afecta ligeramente más a las mujeres.

¿Qué es el dolor neuropático?

No todos los dolores tienen el mismo origen.

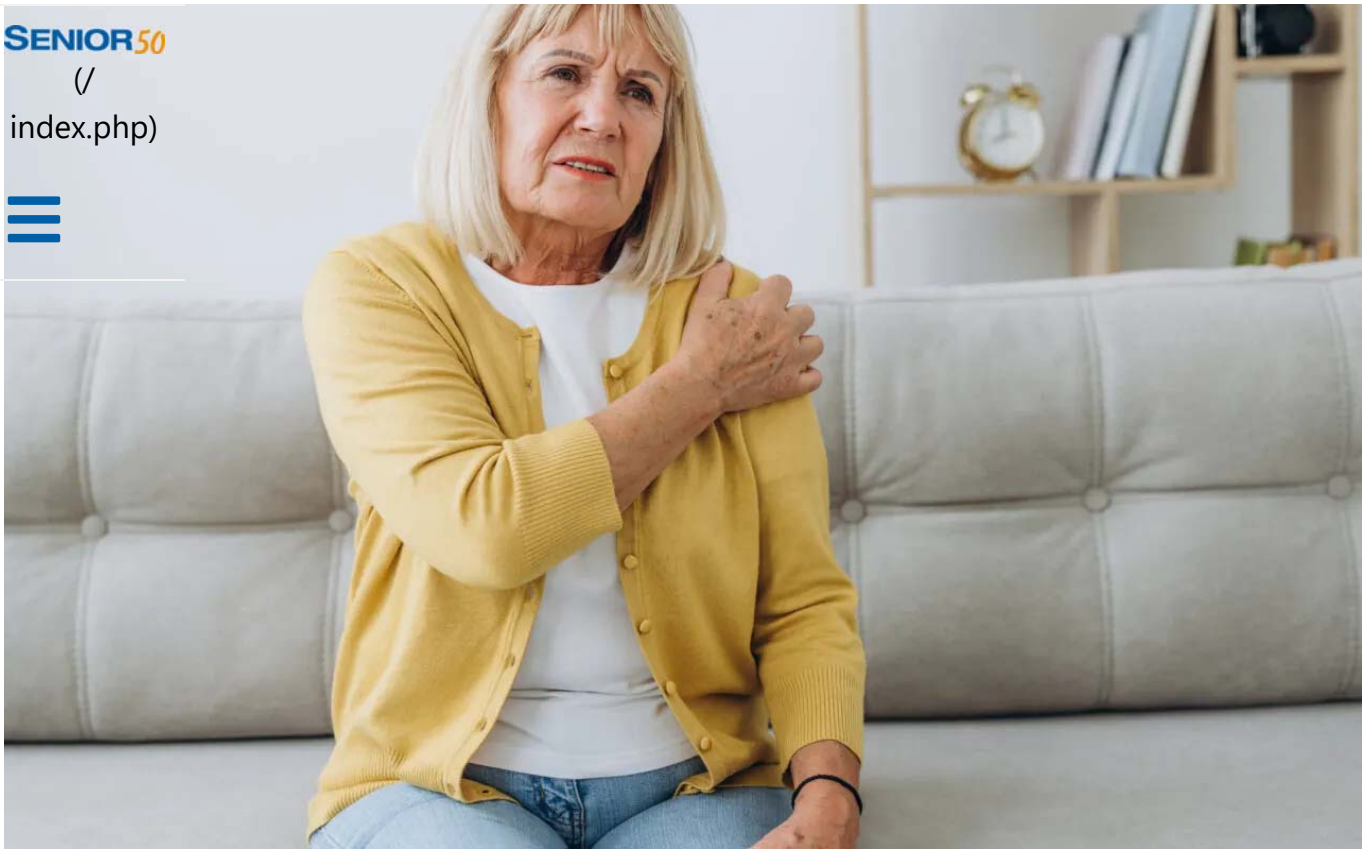
La doctora **Montserrat González Platas**, coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología, distingue entre el dolor nociceptivo, que aparece como respuesta a una lesión, infección o enfermedad; el nociplástico, relacionado con alteraciones en el procesamiento del dolor; y el neuropático, provocado por una lesión o disfunción del propio sistema nervioso.

Este último es especialmente frecuente entre las personas con dolor crónico. Según la SEN, más del 60% de quienes padecen dolor crónico presentan, en mayor o menor medida, algún componente neuropático.

A diferencia de otros tipos de dolor, no cumple necesariamente una función de alarma frente a un daño. Es el propio sistema nervioso el que procesa de manera anómala determinados estímulos y los interpreta como dolorosos.



Privacidad



Quemazón, pinchazos y descargas eléctricas

Reconocer sus características puede facilitar que las personas consulten antes y lleguen más rápidamente a un diagnóstico.

Los pacientes suelen describir el dolor neuropático como una sensación **quemante, punzante o continua**, acompañada en ocasiones de:

- calambres;
- descargas eléctricas;
- pinchazos;
- sensaciones dolorosas localizadas en una zona concreta;
- dolor que puede extenderse hacia diferentes áreas del cuerpo.

“El dolor neuropático es considerado uno de los peores dolores que existen, tanto por la dificultad de su tratamiento como por su enorme complejidad fisiopatológica y por la intensidad con la que lo experimentan los pacientes”, explica González Platas.

Una vez instaurado, tiene además una especial tendencia a convertirse en crónico.

Un dolor que afecta al sueño y al estado de ánimo

El impacto del dolor neuropático va mucho más allá de la propia sensación dolorosa. Según los datos de la SEN, hasta un **85% de las personas que lo padecen considera que afecta de forma significativa a su calidad de vida**.

Alrededor del 60% presenta trastornos del sueño y cerca del 40%, fatiga crónica. Además, aproximadamente un 34% desarrolla depresión y un 25% experimenta ansiedad.

El dolor puede generar así un círculo difícil de romper: dormir mal, sentirse agotado o presentar ansiedad y síntomas depresivos puede, a su vez, dificultar todavía más su manejo.

También afecta directamente a la autonomía. Un **65% de los pacientes ha tenido que limitar sus actividades cotidianas**, y para muchas personas se convierte en un compañero de larga duración. Hasta un 40% lleva más de cinco años conviviendo con este problema.

Hasta dos años para obtener un diagnóstico

Una de las principales dificultades sigue siendo identificar correctamente el dolor neuropático.

Puede coexistir con otros tipos de dolor y su diagnóstico se basa fundamentalmente en los síntomas y en la evaluación clínica. Como consecuencia, muchas personas pueden pasar un largo periodo sin conocer exactamente qué les ocurre.

La SEN estima que hasta seis de cada diez pacientes pueden tardar dos años o más en obtener un diagnóstico preciso.

“El otro gran problema del dolor neuropático es su infradiagnóstico”, señala González Platas.

Para la especialista, mejorar su detección resulta especialmente importante porque un abordaje temprano puede cambiar significativamente la evolución y la calidad de vida del paciente.

“Cuando el dolor neuropático se identifica pronto y se trata de forma adecuada, no siempre desaparece por completo, pero sí puede controlarse, y eso puede suponer

una diferencia enorme en el día a día de las personas que lo sufren", explica.

Tres millones de afectados en España

El dolor supone además una parte muy importante de la actividad sanitaria.

Según los datos aportados por la Sociedad Española de Neurología, alrededor de la mitad de las consultas realizadas en Atención Primaria están relacionadas de alguna manera con el dolor y hasta una cuarta parte podrían estar vinculadas al dolor neuropático.

A escala internacional, se calcula que este problema afecta a entre el **7% y el 10% de la población mundial**.

Precisamente por su elevada prevalencia, su impacto sobre la vida diaria y las dificultades de tratamiento, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha declarado **2026 Año Mundial del Dolor Neuropático**, con el propósito de favorecer la investigación, mejorar su identificación y aumentar el conocimiento social sobre esta enfermedad.

El tratamiento sigue siendo uno de los grandes retos

El manejo del dolor neuropático continúa siendo complejo. Con las opciones farmacológicas actuales, menos del 60% de los pacientes consigue un alivio considerado adecuado.

La SEN considera necesario avanzar hacia estrategias más eficaces a largo plazo y reforzar una atención multidisciplinar.

El tratamiento puede requerir la participación de neurólogos, especialistas de las unidades del dolor, rehabilitadores, neurocirujanos, fisioterapeutas, neuropsicólogos y psicólogos clínicos, dependiendo de las características y necesidades de cada persona.

Los especialistas reclaman asimismo una mayor formación profesional para reconocer cuanto antes no solo el propio dolor neuropático, sino también problemas asociados como las alteraciones del sueño, la ansiedad o la depresión.

Privacidad

Cuándo consultar por un dolor persistente

Convivir durante semanas o meses con sensaciones de quemazón, descargas eléctricas, pinchazos o calambres persistentes no debería asumirse simplemente como algo inevitable, especialmente cuando el dolor empieza a alterar el descanso o limita las actividades habituales.

Ante un dolor que se prolonga durante más de tres meses, presenta características poco habituales o **afecta de manera creciente al día a día**, es recomendable consultar con un profesional sanitario.

En el caso del dolor neuropático, llegar antes al diagnóstico no garantiza que el dolor desaparezca, pero puede permitir iniciar antes las estrategias para controlarlo y evitar que su impacto sobre la autonomía, el sueño y el **bienestar emocional** siga aumentando

(https://www.senior50.com/author/senior_50/)
SENIOR 50 (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/AUTHOR/SENIOR_50/)

(https://www.senior50.com/antonio-naj senior50.com/la-libreria-perdida-de-evie-woods/)

ETIQUETAS

BIENESTAR EMOCIONAL (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/BIENESTAR-EMOCIONAL/), DESCARGAS ELÉCTRCAS (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/DESCARGAS-ELECTRCAS/), DÍA MUNDIAL COTRA EL DLOR (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/DIA-MUNDIAL-COTRA-EL-DLOR/), DOLOR NEUROPÁTICO (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/DOLOR-NEUROPATICO/), PINCHAZOS (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/PINCHAZOS/)QUEMAZÓN (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/QUEMAZON/), SEN NEUROLOGÍA (HTTPS://WWW.SENIOR50.COM/TAG/SEN-NEUROLOGIA/)

Ideas, salud y bienestar para disfrutar después de los 50

Privacidad

Síndrome de piernas inquietas: por qué empeora por la noche y qué puedes hacer

Por Jairo Inclán PUBLICADO EL 19 DE OCTUBRE DE 2026



La información de este artículo es meramente divulgativa y no sustituye la consulta con un profesional de la salud. No se ofrecen diagnósticos ni pautas médicas.

Te metes en la cama, por fin, y a los pocos minutos empieza: una sensación rara en las piernas, como un hormigueo por dentro, una tensión o un «no sé qué» que no es dolor pero tampoco te deja tranquilo. Lo único que lo calma es moverlas. Las estiras, das

vueltas, te levantas a caminar por el pasillo y se pasa. Vuelves a la cama y, al rato, vuelve.

Si te suena, puede que tengas el síndrome de piernas inquietas, uno de los problemas de sueño más frecuentes y peor diagnosticados que hay. En esta guía te explico qué es, por qué empeora justo por la noche, qué relación tiene con el hierro y el embarazo, qué puedes hacer tú y por qué conviene no automedicarse.

No soy médico. Lo que sigue sale de la Sociedad Española de Neurología, de los institutos de salud de Estados Unidos y de la guía clínica más reciente sobre este síndrome, y tienes todas las fuentes enlazadas al final.

Qué es el síndrome de piernas inquietas

Es un trastorno neurológico que provoca una necesidad muy difícil de resistir de mover las piernas, casi siempre acompañada de sensaciones desagradables. El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos de Estados Unidos (NINDS) lo describe a la vez como un trastorno del sueño y del movimiento. También se le llama enfermedad de Willis-Ekbom, por los dos médicos que lo describieron.

Lo más difícil para quien lo tiene suele ser explicarlo. La gente habla de hormigueo, de algo que «trepa» por dentro, de tirantez, de pinchazos, de picor o de pequeñas corrientes. Lo que tienen en común no es el tipo de sensación, sino las ganas de moverse. No es un calambre ni un adormecimiento: es una inquietud.

Los cinco rasgos que lo definen

No hay una prueba que lo confirme. El diagnóstico se hace escuchando a la persona, y los especialistas usan cinco criterios acordados por un grupo internacional de expertos en 2014. Explicados de forma sencilla, son estos:

1. **Necesidad de mover las piernas**, normalmente con sensaciones molestas.
2. **Empieza o empeora en reposo**, cuando estás sentado o tumbado.
3. **Mejora al moverte**, al menos mientras dura el movimiento.
4. **Es peor por la tarde-noche** que por la mañana.
5. **No se explica por otra cosa**, como calambres, una mala postura, problemas de circulación o dolor muscular.

Ese último punto es importante. Hay otros problemas que se parecen y que tienen otra solución, y por eso conviene que lo valore un médico en lugar de etiquetarlo uno mismo.

Más frecuente de lo que parece

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), hasta un 10 % de los adultos y hasta un 4 % de los niños y adolescentes lo padecen. En España serían más de dos millones de personas, pero menos de 200.000 tendrían el diagnóstico. Es decir, hasta un 90 % de los afectados podría no saberlo. La SEN también señala que es el doble de frecuente en mujeres y que el retraso en el diagnóstico puede superar los diez años, sobre todo en niños, en los que las molestias se confunden con dolores de crecimiento o con hiperactividad.

Hay otro dato curioso: la mayoría de las personas con piernas inquietas también tiene lo que se llama movimientos periódicos de las piernas durante el sueño. Son sacudidas involuntarias de las piernas que pueden repetirse a lo largo de la noche, y que la persona muchas veces no nota pero quien duerme al lado sí. Pueden fragmentar el sueño sin que te des cuenta.

Por qué empeora por la noche

Es una de las búsquedas que más crece, y tiene que ver con dos cosas. La primera es que los síntomas aparecen con el reposo, y la noche es el momento en que más tiempo pasamos quietos. Por eso también molesta en un viaje largo en avión o sentado en el cine. La segunda es que el síndrome sigue un ritmo diario: tanto el NINDS como Mayo Clinic explican que lo habitual es que empeore a última hora de la tarde y por la noche, y que por la mañana dé más tregua.

El resultado es un círculo muy conocido para quien lo sufre. Cuesta dormirse porque las piernas no paran, y cuando por fin te duermes, los movimientos nocturnos pueden despertarte. Al día siguiente estás cansado, y la falta de sueño, a su vez, empeora los síntomas. No es raro que alguien lleve años pensando que tiene insomnio cuando el problema de fondo está en las piernas. Si lo tuyo es que te cuesta dormirte sin ninguna sensación en las piernas, tienes más ideas en no consigo dormirme.

Causas y cosas que lo empeoran

En muchas personas no se encuentra una causa concreta. Suele haber un componente familiar, sobre todo cuando empieza antes de los 40, y se cree que intervienen la dopamina, un mensajero químico del cerebro que ayuda a controlar el movimiento, y la cantidad de hierro en el cerebro. Además, hay situaciones en las que aparece con más frecuencia:

- Falta de hierro.
- Embarazo, sobre todo en el último trimestre.
- Enfermedad renal avanzada.
- Daño en los nervios de las piernas, por ejemplo por diabetes.
- Párkinson y algunas lesiones de la médula.
- Dormir poco y la apnea del sueño sin tratar.

Y hay sustancias que lo empeoran. El alcohol, la cafeína y la nicotina están en todas las listas. Algunos medicamentos también pueden agravarlo, entre ellos ciertos antihistamínicos, que es el grupo de varios medicamentos para la alergia y de algunos de los que se venden sin receta para dormir, además de algunos antidepresivos, antipsicóticos y medicamentos contra las náuseas. Si tomas alguno y sospechas que te afecta, coméntalo con tu médico. Nunca dejes un tratamiento por tu cuenta.

El hierro, una pieza clave

La guía de la Academia Americana de Medicina del Sueño, publicada a comienzos de 2025, pide que a todas las personas con síntomas importantes se les hagan análisis de hierro, incluida la ferritina, que mide las reservas. Y hay un matiz que mucha gente desconoce: los niveles de hierro que se consideran adecuados en estas personas no son los mismos que para la población general. Por eso un análisis «normal» no siempre descarta que el hierro esté influyendo, y por eso tampoco tiene sentido tomar suplementos por tu cuenta. Debe decidirlo un médico con los resultados delante.

La SEN lo relaciona además con las situaciones que reducen las reservas de hierro, como la menstruación, el embarazo o la lactancia, y eso ayuda a entender por qué es más frecuente en mujeres.

Piernas inquietas en el embarazo

Si estás embarazada y te pasa, no eres la única. Un metaanálisis de 2018 que reunió estudios con más de 51.000 embarazadas calculó que alrededor de una de cada cinco lo tiene en algún momento del embarazo. Es más frecuente a medida que avanza: en torno al 8 % en el primer trimestre, al 16 % en el segundo y al 22 % en el tercero. La parte tranquilizadora es que después del parto la cifra baja al 4 %, y en la mayoría de los casos los síntomas desaparecen.

En el embarazo hay que tener todavía más cuidado con lo que se toma, así que cualquier medida, incluido el hierro, debe pasar por tu matrona, tu médico o tu ginecólogo.

Qué puedes hacer tú

«Piernas inquietas remedios caseros» es otra búsqueda habitual. No hay ningún remedio que lo haga desaparecer, pero sí medidas que el NINDS y la guía clínica recomiendan como primer paso, y que en los casos leves pueden bastar:

- **Reduce o evita el alcohol, la cafeína y el tabaco**, sobre todo en la segunda mitad del día.
- **Mantén un horario de sueño regular**: dormir poco empeora los síntomas. Si no tienes claro cuánto necesitas, lo tienes en cuántas horas hay que dormir según la edad.
- **Haz ejercicio moderado y constante.** Moderado es la palabra clave.
- **Prueba con un masaje en las piernas o un baño caliente** antes de acostarte. A algunas personas les alivia el calor y a otras el frío.
- **Cuando aparezcan las molestias, muévete**: estirar o caminar un poco suele aliviarlas en el momento.
- **Revisa tus medicamentos con tu médico** si tomas alguno de los que pueden empeorarlo.

Conviene apuntar en una libreta, durante un par de semanas, cuándo aparecen las molestias, qué estabas haciendo, qué has tomado ese día y cómo has dormido. Es la mejor información que le puedes llevar al médico.

Por qué no conviene automedicarse

El síndrome de piernas inquietas no tiene cura, pero sí tratamiento, y lo que se recomienda ha cambiado mucho en los últimos años. La guía de 2025 de la Academia Americana de Medicina del Sueño dejó de recomendar como primera opción algunos medicamentos que se usaban mucho, porque con el tiempo pueden provocar lo que los médicos llaman «aumentación»: los síntomas empiezan antes durante el día, se extienden a otras partes del cuerpo y se vuelven más intensos.

Ese cambio enseña dos cosas. La primera, que el tratamiento lo tiene que llevar un médico que conozca bien el síndrome. La segunda, que tomar por tu cuenta pastillas para dormir no es buena idea: la SEN advierte de que los sedantes usados sin control pueden empeorar los síntomas, y algunos de los que se venden sin receta son precisamente antihistamínicos. Antes de pensar en pastillas, merece la pena revisar el hierro y lo que lo empeora.

Cuándo consultar

Pide cita con tu médico de cabecera si las molestias aparecen varias noches a la semana, si te cuesta dormirte o te despiertas por ellas, si tienes sueño durante el día o si estás embarazada y te pasa con frecuencia. Si es tu hijo quien se queja de las piernas por la noche y le cuesta dormir, coméntalo con el pediatra antes de darlo por «dolores de crecimiento». Y si además roncas fuerte o te despiertas con sensación de ahogo, cuéntalo también, porque la apnea del sueño puede empeorar el cuadro.

Si me quedo con una sola idea: las piernas inquietas son frecuentes, tienen nombre y tienen tratamiento. Si llevas tiempo durmiendo mal por ellas, no es manía ni nervios. Merece una consulta, un análisis de hierro y un plan hecho con tu médico, no una caja de pastillas comprada a ciegas.

Escrito y revisado por Jairo Inclán. Si ves un dato desactualizado o un error, avísame y lo corrijo.

Fuentes

- Sociedad Española de Neurología (2024): Día Mundial del Síndrome de Piernas Inquietas, nota de prensa
- NINDS (Institutos Nacionales de Salud de EE. UU.): Síndrome de piernas inquietas
- Mayo Clinic: Restless legs syndrome, síntomas y causas
- Winkelman J. W. y otros (2025), Journal of Clinical Sleep Medicine: Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. Guía de la Academia Americana de Medicina del Sueño
- Academia Americana de Medicina del Sueño: resumen de la nueva guía sobre piernas inquietas
- Allen R. P. y otros (2014), Sleep Medicine: criterios diagnósticos actualizados del International Restless Legs Syndrome Study Group
- Chen S. J. y otros (2018), Sleep Medicine Reviews: Prevalence of restless legs syndrome during pregnancy, a systematic review and meta-analysis

Sobre el autor

Jairo Inclán

Estudiante de Avilés (Asturias). Escribo SUENORAPIDO para reunir en guías claras lo que dicen las fuentes fiables sobre el sueño y el descanso. No soy médico: si tienes problemas de sueño persistentes, consulta con un profesional.

Cada artículo se basa en las fuentes enlazadas al final. Sobre mí · Cómo escribo y reviso · Avísame si ves un error

Categoría: Insomnio y cómo dormir mejor

¡SUSCRÍBETE!

EN DIRECTO Feijóo confirma las negociaciones con Vox: "Sería un error facilitar al sanchismo el control del Sena



El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem. Hospital Clínico San Carlos

La proeza de Jordi a sus 42 años: primer español en ser elegido presidente de la Sociedad Internacional de Demencias

- "Supone la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años", reconoce el neurólogo.
- **Más información:** Bárbara Burgos, mejor oftalmóloga de España con 33 años: profesora, tutora y autora de 177 publicaciones

El periodismo libre y riguroso también depende de ti.
¡ÚLTIMAS HORAS!

LO ESENCIAL
Exclusivo suscriptores
Síguenos

El neurólogo **Jordi Matias-Guiu Antem**, especialista del Hospital público Clínico San Carlos de la Comunidad de Madrid, **ha sido elegido a sus 42 años presidente electo** del comité científico de la **Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales** (International Society for Frontotemporal Dementias (ISFTD), dedicada a la **degeneración lobar frontotemporal** y trastornos relacionados, considerada actualmente la segunda causa más frecuente de **demencia neurodegenerativa**.

Con este nombramiento se convierte en el **primer español en formar parte** de la junta directiva de esta sociedad científica, el principal referente internacional en el ámbito de la investigación de las demencias frontotemporales, que también organiza el International Conference on Frontotemporal Dementias.

ÚLTIMOS VIDEOS

Cargas policiales en la UAB pese al 'plantón' de Vito Quiles

Esta designación "**supone un reconocimiento al programa** de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el Hospital Clínico San Carlos en este campo, del que somos centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, en donde hemos desarrollado

1
+ Seguir



Lydia Mediavilla y Alberto Álvaro, los cirujanos que han salvado la pierna de un niño de 7 años con un tumor óseo

El 29-N se decidirá el futuro del país.
El periodismo libre también
-97% OFERTA FLASH 6 MESES POR 1€ (Pago único)
¡SUSCRÍBETE!
Sin permanencia

"Y supone, además, –prosigue Matías-Guiu- la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años", añade el neurólogo del hospital público Clínico San Carlos.

PUBLICIDAD

Reconocimiento internacional

El primer congreso internacional sobre demencias frontotemporales se celebró en 1986 en Suecia para dar visibilidad a la **demencia frontotemporal** como forma de demencia no Alzheimer, entonces recién reconocida. Y desde 2006 se celebra

1 + Seguir

resultado premiada la neuropsicóloga del hospital público Clínico San Carlos, **Lucía Fernández Romero**, por una investigación conjunta entre la unidad de Neurología Cognitiva de este hospital público madrileño y el Brain & Mind Centre, de la Universidad de Sydney, Australia.

El trabajo titulado: *Medidas de tiempo de habla en **afasia progresiva primaria**: una investigación española y australiana* ("Cross-linguistic Speech Timing measures in Primary Progressive Aphasia: an Australian and Spanish Investigation") firmado por Fernández Romero, como primera autora, supone un reconocimiento a los estudios realizados en conjunto entre el hospital público Clínico San Carlos y la Universidad de Sydney con el fin de conocer las diferencias transculturales y translingüísticas en la demencia frontotemporal. Fernández Romero se encuentra actualmente como investigadora postdoctoral en la **Universidad de Texas**, Estados Unidos, profundizando en el estudio de la terapia del lenguaje para pacientes con afasia progresiva primaria, uno de los subtipos de demencia frontotemporal.



Gil-Jaurena, cirujano del primer trasplante parcial de corazón a un menor de un año: "Les ahorrará operaciones futuras"

Liderará el programa

Matias-Guiu Antem **fue elegido presidente electo** del comité científico de la citada sociedad en unas elecciones en las que se han incorporado otros cuatro miembros, renovando el **50% de su junta directiva**. Al ser miembro electo, pasará a formar parte de la nueva junta **a partir de enero de 2027** por un período de cuatro años, donde liderará la confección del programa científico de la International Conference con Frontotemporal Dementias, el congreso de referencia mundial en este campo, a partir de 2028.

Es coordinador de la Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos -acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud-, doctor en Ciencias Biomédicas por la **Universidad Complutense** con premio extraordinario

1 + Seguir

El 29-N se decidirá el futuro del país.
El periodismo libre y riguroso también depende de ti.
¡ÚLTIMAS HORAS!

-97% OFERTA FLASH 6 MESES POR 1€ (Pago único)

EL ESPAÑOL
¡SUSCRÍBETE!
Sin permanencia

Premio de la **Real Academia Nacional de Medicina**, Matías-Guiu Antem es miembro del Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Aphasia, Dementia and Cognitive Disorders de la **World Federation of Neurology** desde 2025 y ha sido nombrado Distinguished Faculty Member del **Center for Cognitive Neuroscience and Aging** de la **Universidad de Miami**, Estados Unidos.

En el ámbito investigador es autor de **250 artículos científicos** en revistas JCR (**154 como primer, último autor** o autor de correspondencia), con un factor de impacto acumulado de **>1000 e índice H de 48** y es editor asociado de la revista Neurología -publicación oficial de la **Sociedad Española de Neurología**- y de la revista Journal of Neuropsychology -publicación oficial de la **British Psychological Society**-.

Te recomendamos

Ginecóloga confiesa: «Con la grasa abdominal, aconsejé mal a las mujeres durante años»

¿Por qué todo el mundo está abandonando Gmail?
Patrocinado por Proton

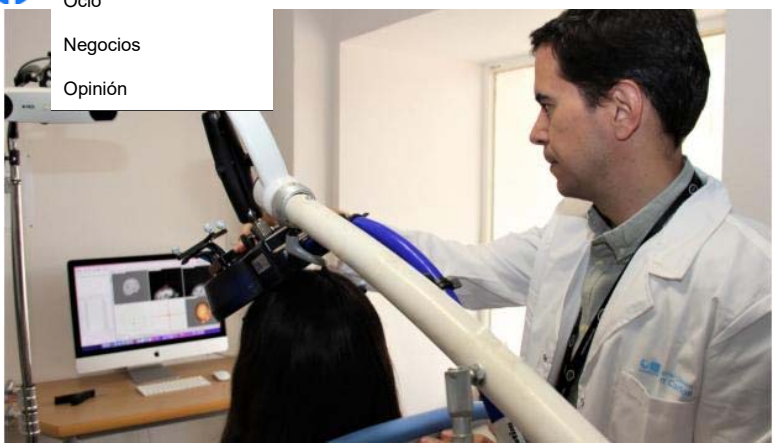
1

+ Seguir

Un n ospital público Clínico San Carlos, al frent entífico de la Sociedad Internacional de D itotemporales

Oct 19, Digital Comunidad de Madrid

Comparte



-->

El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem, especialista del Hospital público Clínico San Carlos de la Comunidad de Madrid, ha sido elegido presidente electo del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales (International Society for Frontotemporal Dementias (ISFTD), dedicada a la degeneración lobar frontotemporal y trastornos relacionados, considerada actualmente la segunda causa más frecuente de demencia neurodegenerativa.

Con este nombramiento se convierte en el primer español en formar parte de la junta directiva de esta sociedad científica, el principal referente internacional en el ámbito de la investigación de las demencias frontotemporales, que también organiza el International Conference on Frontotemporal Dementias.

Esta designación “supone un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el Hospital Clínico San Carlos en este campo, del que somos centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, en donde hemos desarrollado estudios y tratamientos novedosos como la neuromodulación cerebral no invasiva mediante estimulación magnética transcraneal, y se han desarrollado y validado instrumentos de diagnóstico” ha manifestado el neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem.

REPORTAJES



Reportajes

¿Cuánto pagamos de impuestos por dos euros de gasolina?

Más Info...

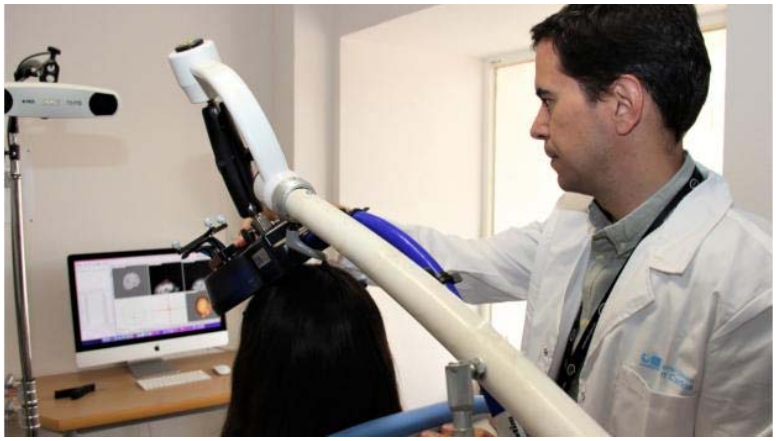
ENTREVISTAS



Entrevistas, Móstoles

La nueva candidata del PSOE para las próximas elecciones del 2027

Más Info...



“Y supone, además, –prosigue Matías-Guiu- la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años”, añade el neurólogo del hospital público Clínico San Carlos.

Reconocimiento internacional al Clínico San Carlos por una colaboración con la Universidad de Sydney



El primer congreso internacional sobre demencias frontotemporales se celebró en 1986 en Suecia para dar visibilidad a la demencia frontotemporal como forma de demencia no Alzheimer, entonces recién reconocida. Y desde 2006 se celebra bienalmente, alternando como sedes ciudades de Europa y Norteamérica.

En la última edición del congreso internacional sobre demencias frontotemporales, celebrado recientemente en Filadelfia, Estados Unidos –único congreso internacional dedicado íntegramente a este tipo de demencias y trastornos relacionados- ha resultado premiada la neuropsicóloga del hospital público Clínico San Carlos, Lucía Fernández Romero, por una investigación conjunta entre la unidad de Neurología Cognitiva de este hospital público madrileño y el Brain & Mind Centre, de la Universidad de Sydney, Australia.

El trabajo titulado: Medidas de tiempo de habla en afasia progresiva primaria: una investigación española y australiana ("Cross-linguistic Speech Timing measures in Primary Progressive Aphasia: an Australian and Spanish Investigation") firmado por Fernández Romero, como primera autora, supone un reconocimiento al os estudios realizados en conjunto entre el hospital público Clínico San Carlos y la Universidad de Sydney con el fin de conocer las diferencias transculturales y translingüísticas en la demencia frontotemporal. Fernández Romero se encuentra actualmente como investigadora postdoctoral en la Universidad de Texas, Estados Unidos, profundizando en el estudio de la terapia del lenguaje para pacientes con afasia progresiva primaria, uno de los subtipos de demencia frontotemporal.

El neurólogo del Clínico San Carlos liderará el programa científico del congreso de referencia mundial en demencias frontotemporales

Matias-Guiu Antem fue elegido presidente electo del comité científico de la citada sociedad en unas elecciones en las que se han incorporado otros cuatro miembros, renovando el 50% de su junta directiva. Al ser miembro electo, pasará a formar parte de la nueva junta a partir de enero de 2027 por un período de cuatro años, donde liderará la confección del programa científico de la International Conference on Frontotemporal Dementias , el congreso de referencia mundial en este campo, a partir de 2028.

Es coordinador de la Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos -acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud-, doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense con premio extraordinario de Doctorado y profesor asociado en Ciencias de la Salud en la misma universidad. También ha sido profesor visitante de la IUSS Scuola Universitaria Superiore de Pavía, Italia.

Premio de la Real Academia Nacional de Medicina, Matías-Guiu Antem es miembro del Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Aphasia, Dementia and Cognitive Disorders de la World Federation of Neurology desde 2025 y ha sido nombrado Distinguished Faculty Member del Center for Cognitive Neuroscience and Aging de la Universidad de Miami, Estados Unidos.

En el ámbito investigador es autor de 250 artículos científicos en revistas JCR (154 como primer, último autor o autor de correspondencia), con un factor de impacto acumulado de >1000 e índice H de 48 y es editor asociado de la revista Neurología -publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología- y de la revista Journal of Neuropsychology -publicación oficial de la British Psychological Society-.

19 de octubre de 2026

Comunidad de Madrid

OTRAS NOTICIAS



Otras Noticias

El porqué de la fiesta nacional en España el 12 de Octubre

Más Info...

COMUNIDAD DE MADRID



Comunidad de Madrid

Díaz Ayuso celebra el “extraordinario logro” de la sociedad madrileña por ser “una de las regiones más longevas del mundo»

Más Info...

VIAJES



Viajes

Una nueva fórmula para planificar las vacaciones y reducir el coste de un crucero

Más Info...

Ultima Hora IA y...



(https://www.hechoencalifornia1010.com)

Abogado David Huete (https://www.hechoencalifornia1010.com/david-hu

CATEGORIA: NOTICIAS (HTTPS://WWW.HECHOENCALIFORNIA1010.COM/CATEGORY/NOTICIAS/), SALUD (HTTPS://WWW.HECHOENCALIFORNIA1010.COM/CATEGORY/NOTICIAS/SALUD/)

El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem dirigirá la agenda científica internacional sobre demencia frontotemporal

AUTOR: ADMINISTRADOR

El neurólogo **Jordi Matias-Guiu Antem, especialista del Hospital Clínico San Carlos de Madrid**, ha sido elegido presidente electo del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales (ISFTD, por sus siglas en inglés). Con este nombramiento, se convierte en **el primer español en formar parte de la junta directiva de esta organización científica**, dedicada a la investigación de la degeneración lobar frontotemporal y los trastornos relacionados, considerados actualmente la segunda causa más frecuente de demencia neurodegenerativa (https://www.consalud.es/comunicados/biomarcador-sanguineo-diagnostico-precoz-demencia.html).



(http://www.consalud.es/web/assets/contenedores/banners/banner_control_de_clicks.php?id=54)

El especialista asumirá nuevas responsabilidades a partir de enero de 2027, cuando se incorpore formalmente a la junta directiva para un mandato de cuatro años. Entre sus funciones estará la coordinación de la actividad científica de la sociedad y la elaboración del programa de la 'International Conference on Frontotemporal Dementias', el principal encuentro internacional dedicado a estas patologías, cuya organización científica liderará a partir de 2028.

Matias-Guiu Antem ha destacado la relevancia de este reconocimiento para el trabajo desarrollado en el centro madrileño. En sus palabras, la designación "supone un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el

Hospital Clínico San Carlos (https://www.consalud.es/autonomias/c-madrid/la-comunidad-de-madrid-avanza-en-la-modernizacion-del-hospital-publico-clinico-san-carlos.html) en este campo". El neurólogo ha recordado que el hospital es centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, y que su equipo ha impulsado distintas líneas de investigación para mejorar la identificación y el abordaje de estas enfermedades.

> **Lea Tambien: Los daños del parón se quedan en mínimos (https://www.hechoencalifornia1010.com/los-danos-del-paron-se-quedan-en-minimos/)**



(http://www.consalud.es/web/assets/contenedores/banners/banner_control_de_clicks.php?id=88)

> La elección supone, además, la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años

Entre los avances desarrollados en el Clínico San Carlos, el especialista ha señalado la aplicación de técnicas de **neuromodulación cerebral no invasiva mediante estimulación magnética transcraneal**, así como la creación y validación de herramientas diagnósticas. Matias-Guiu Antem considera que su elección también abre nuevas oportunidades para la investigación española en este ámbito, ya que, según ha añadido, "supone, además, la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años".

RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL A LA INVESTIGACIÓN DEL CLÍNICO SAN CARLOS

El nombramiento del neurólogo coincide con otro reconocimiento a la actividad

investigadora del hospital madrileño. **Lucía Fernández Romero, neuropsicóloga del Clínico San Carlos**, ha sido premiada por un trabajo desarrollado en colaboración con el 'Brain & Mind Centre' de la Universidad de Sídney, en Australia. La investigación fue distinguida en la última edición de la conferencia internacional sobre demencias frontotemporales, celebrada recientemente en Filadelfia, Estados Unidos.

El estudio, titulado 'Cross-linguistic Speech Timing Measures in Primary Progressive Aphasia: an Australian and Spanish Investigation', analiza las medidas temporales del habla en personas con afasia progresiva primaria. Esta investigación conjunta entre los equipos español y australiano busca profundizar en las diferencias culturales y lingüísticas que pueden influir en la evaluación de esta enfermedad, uno de los subtipos de demencia frontotemporal. Fernández Romero, primera autora del trabajo, desarrolla actualmente una investigación posdoctoral en la Universidad de Texas, en Estados Unidos, centrada en la terapia del lenguaje para estos pacientes.

> Se trata de una cita especializada en la que investigadores y profesionales comparten resultados y avances sobre estas enfermedades y otros trastornos relacionados

La trayectoria de la conferencia internacional se remonta a 1986, cuando se celebró su primera edición en Suecia con el objetivo de dar visibilidad a la demencia frontotemporal como una forma de demencia distinta de la enfermedad de Alzheimer. Desde 2006, el encuentro se organiza cada dos años y alterna sus sedes entre Europa y Norteamérica. Se trata de una cita especializada en la que investigadores y profesionales comparten resultados y avances sobre estas enfermedades y otros trastornos relacionados.

Lea Tambien: Activa el modo Dragon Ball Super Beerus en WhatsApp (https://www.hechoencalifornia1010.com/activa-el-modo-dragon-ball-super-beerus-en-whatsapp/)

En el ámbito académico y asistencial, Matias-Guiu Antem coordina la **Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos**, acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud. Es doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense de Madrid, donde obtuvo el premio extraordinario de Doctorado, y ejerce como profesor asociado en Ciencias de la Salud. También ha sido profesor visitante en la IUSS Scuola Universitaria Superiore de Pavía, en Italia, y ha recibido un reconocimiento de la Real Academia Nacional de Medicina.

Su actividad científica incluye su participación, desde 2025, en el Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Afasia, Demencia y Trastornos Cognitivos de la Federación Mundial de Neurología, además de su nombramiento como miembro distinguido del Center for Cognitive Neuroscience and Aging de la Universidad de Miami. **Es autor de 250 artículos científicos publicados en revistas indexadas**, 154 de ellos como primer autor, último autor o autor de correspondencia, y cuenta con un índice H de 48. Asimismo, es editor asociado de las revistas *Neurología*, publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología, y 'Journal of Neuropsychology', de la Sociedad Británica de Psicología.

*Los contenidos de ConSalud están elaborados por periodistas especializados en salud y avalados por un comité de expertos de primer nivel. No obstante, recomendamos al lector que cualquier duda relacionada con la salud sea consultada con un profesional del ámbito sanitario.

> **Lea Tambien: Las llamativas adidas Anthony Edwards 3 "Purple Iridescent" llegan el 10 de noviembre (https://www.hechoencalifornia1010.com/las-llamativas-adidas-anthony-edwards-3-purple-iridescent-llegan-el-10-de-noviembre/)**

Buscar...

(https://www.hechoencalifornia1010.com/so-para-las-familias-de-la-uci-materno-infantil/)
RELACIONADAS

XARXA PACIENTS



20 OCTOBER 2026

Seis de cada diez personas que padecen dolor neuropático pueden tardar dos años o más en obtener un diagnóstico

Más del 30% de la población española sufre algún tipo de dolor, un 18% lo tiene crónico, y más del 5% lo sufre a diario

El sábado, 17 de octubre, se conmemora el Día Mundial contra el Dolor. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España más del 30% de la población sufre algún tipo de dolor, principalmente personas de entre 45 y 54 años y, en un 60% de los casos, mujeres.

Pero, además, un 18% de la población padece dolor crónico, es decir, padece dolor desde hace más de tres meses; y más de un 5% de la población sufre dolor a diario. Este año, el Día Mundial contra el Dolor tiene un foco muy concreto porque la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha declarado el año 2026 como Año Mundial del Dolor Neuropático, con el

CONFIGURACIÓN DE COOKIES

la investigación, mejorar el diagnóstico y visibilizar el

impacto de este tipo de dolor, que se estima afecta a entre el 7% y el 10% de la población mundial y que es el tipo de dolor crónico más incapacitante y que peor responde a los tratamientos convencionales.

"Existen diferentes tipos de dolor: el nociceptivo, como respuesta a una lesión, infección o enfermedad; el de origen nociplástico, por una alteración funcional en las vías de dolor y el neuropático, causado por una lesión o disfunción del propio sistema nervioso", explica la Dra. Montserrat González Platas, coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología. "Y de los tres, el neuropático es el que más frecuentemente está presente en los pacientes con dolor crónico: más del 60% de quienes sufren dolor crónico tienen, en mayor o menor medida, un componente neuropático".

Noticia completa en Salud a Diario.

Noticias relacionadas

VER TODAS LAS NOTICIAS

15 OCTOBER 2026

Por qué las mujeres tienen más dolor: la ciencia empieza a destapar la "inexplorada caja negra" de este síntoma

Leer más

13 OCTOBER 2026

La detección temprana abre una nueva era en la diabetes tipo 1 en España

Leer más

CONFIGURACIÓN DE COOKIES

PROFESIONALES

El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem dirigirá la agenda científica internacional sobre demencia frontotemporal

Jordi Matias-Guiu Antem, del Clínico San Carlos de Madrid, será el primer español en incorporarse a la junta directiva de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales y liderará la preparación del congreso mundial de referencia a partir de 2028

El Clínico San Carlos convierte sus salas de Salud Mental en espacios terapéuticos diseñados por pacientes

Un proyecto del Clínico San Carlos impulsa una terapia celular para hacer operables más casos de cáncer de colon



Jordi Matias-Guiu Antem, especialista en Neurología del Clínico San Carlos - CLÍNICO SAN CARLOS

El neurólogo **Jordi Matias-Guiu Antem, especialista del Hospital Clínico San Carlos de Madrid**, ha sido elegido presidente electo del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales (ISFTD, por sus siglas en inglés). Con este nombramiento, se convierte en **el primer español en formar parte de la junta directiva de esta organización científica**, dedicada a la investigación de la degeneración lobar frontotemporal y los trastornos relacionados, considerados actualmente la segunda causa más frecuente de

demencia neurodegenerativa.

El especialista asumirá nuevas responsabilidades a partir de enero de 2027, cuando se incorpore formalmente a la junta directiva para un mandato de cuatro años. Entre sus funciones estará la coordinación de la actividad científica de la sociedad y la elaboración del programa de la 'International Conference on Frontotemporal Dementias', el principal encuentro internacional dedicado a estas patologías, cuya organización científica liderará a partir de 2028.

Matias-Guiu Antem ha destacado la relevancia de este reconocimiento para el trabajo desarrollado en el centro madrileño. En sus palabras, la designación

"supone un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el Hospital Clínico San Carlos en este campo". El neurólogo ha recordado que el hospital es centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, y que su equipo ha impulsado distintas líneas de investigación para mejorar la identificación y el abordaje de estas enfermedades.

> **La elección supone, además, la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años**

Entre los avances desarrollados en el Clínico San Carlos, el especialista ha señalado la aplicación de técnicas de **neuromodulación cerebral no invasiva mediante estimulación magnética transcraneal**, así como la creación y validación de herramientas diagnósticas. Matias-Guiu Antem considera que su elección también abre nuevas oportunidades para la investigación española en este ámbito, ya que, según ha añadido, "supone, además, la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años".

RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL A LA INVESTIGACIÓN DEL CLÍNICO SAN CARLOS

El nombramiento del neurólogo coincide con otro reconocimiento a la actividad investigadora del hospital madrileño. **Lucía Fernández Romero, neuropsicóloga del Clínico San Carlos**, ha sido premiada por un trabajo desarrollado en colaboración con el 'Brain & Mind Centre' de la Universidad de Sídney, en Australia. La investigación fue distinguida en la última edición de la conferencia internacional sobre demencias frontotemporales, celebrada recientemente en Filadelfia, Estados Unidos.

El estudio, titulado 'Cross-linguistic Speech Timing Measures in Primary

Progressive Aphasia: an Australian and Spanish Investigation', analiza las medidas temporales del habla en personas con afasia progresiva primaria. Esta investigación conjunta entre los equipos español y australiano busca profundizar en las diferencias culturales y lingüísticas que pueden influir en la evaluación de esta enfermedad, uno de los subtipos de demencia frontotemporal. Fernández Romero, primera autora del trabajo, desarrolla actualmente una investigación posdoctoral en la Universidad de Texas, en Estados Unidos, centrada en la terapia del lenguaje para estos pacientes.

Se trata de una cita especializada en la que investigadores y profesionales comparten resultados y avances sobre estas enfermedades y otros trastornos relacionados

La trayectoria de la conferencia internacional se remonta a 1986, cuando se celebró su primera edición en Suecia con el objetivo de dar visibilidad a la demencia frontotemporal como una forma de demencia distinta de la enfermedad de Alzheimer. Desde 2006, el encuentro se organiza cada dos años y alterna sus sedes entre Europa y Norteamérica. Se trata de una cita especializada en la que investigadores y profesionales comparten resultados y avances sobre estas enfermedades y otros trastornos relacionados.

En el ámbito académico y asistencial, Matias-Guiu Antem coordina la **Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos**, acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud. Es doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense de Madrid, donde obtuvo el premio extraordinario de Doctorado, y ejerce como profesor asociado en Ciencias de la Salud. También ha sido profesor visitante en la IUSS Scuola Universitaria Superiore de Pavía, en Italia, y ha recibido un reconocimiento de la Real Academia Nacional de Medicina.

Su actividad científica incluye su participación, desde 2025, en el Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Afasia, Demencia y Trastornos Cognitivos

de la Federación Mundial de Neurología, además de su nombramiento como miembro distinguido del Center for Cognitive Neuroscience and Aging de la Universidad de Miami. **Es autor de 250 artículos científicos publicados en revistas indexadas**, 154 de ellos como primer autor, último autor o autor de correspondencia, y cuenta con un índice H de 48. Asimismo, es editor asociado de las revistas *Neurología*, publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología, y 'Journal of Neuropsychology', de la Sociedad Británica de Psicología.

*Los contenidos de ConSalud están elaborados por periodistas especializados en salud y avalados por un comité de expertos de primer nivel. No obstante, recomendamos al lector que cualquier duda relacionada con la salud sea consultada con un profesional del ámbito sanitario.

ARCHIVADO EN

Clínico San Carlos *Neurología*

PLACA DE PLATA 2018
COMUNIDAD DE MADRID

© 2026 ConSalud.es. Mediforum S.L.U.

Desarrollado por OA Cloud