



TEXTO: ANA SOTERAS (EFE SALUD)

En España, más de 23 millones de personas padecen alguna enfermedad neurológica, con una prevalencia un 18% superior a la media mundial y un 1,7% mayor que en los países occidentales europeos debido, principalmente, al envejecimiento, según la Sociedad Española de Neurología (SEN).

En la bolsa de dolencias neurológicas están las demencias, siendo la mayoritaria el alzhéimer. Mantener la autonomía de estos pacientes "ralentiza el proceso de deterioro cognitivo, promueve su autoestima y mejora su calidad de vida el máximo tiempo posible", apuntan desde Ace Alzhéimer Center Barcelona, entidad de diagnóstico, tratamiento e investigación de esta enfermedad.

DIFICULTADES

Ya en la fase leve de esta demencia, los afectados empiezan a tener problemas ante tareas como resolver contratiempos, utilizar dinero o mantener el cuidado personal. También pueden sufrir lagunas de memoria, dificultades

ALZHÉIMER

POTENCIANDO SU AUTONOMÍA PERSONAL SE AYUDA AL PACIENTE

Hacerse cargo antes de tiempo de tareas habituales de la persona con alzhéimer puede acelerar el proceso de deterioro cognitivo

para aprender, limitaciones de lenguaje y cambios emocionales.

En la fase moderada, la necesidad de asistencia en las tareas cotidianas aumenta. Las personas pueden tener dificultades para recordar datos sencillos y habituales, experimentan desorientación significativa en tiempo y espacio, y a menudo cambian objetos personales de lugar. Además, puede

que no reconozcan la enfermedad y lo que implica.

LA MEJOR AYUDA

"Tener demencia no implica necesariamente que la persona necesite ayuda para llevar a cabo todas las actividades diarias, por eso la ayuda debe regularse según las necesidades del paciente", explica la doctora Pilar Cañabate, de Ace

Alzhéimer Center Barcelona.

Los familiares y cuidadores deben saber cómo fomentar la autonomía de la persona con alzhéimer sin comprometer su seguridad y garantizando acciones básicas, como la alimentación, la higiene o la toma de medicación.

La primera pauta que proponen los expertos de Ace Alzhéimer es la supervisión de actividades diarias como comprar, cocinar, limpiar o gestionar el dinero. Así, haciendo juntos listas de la compra detalladas o revisando periódicamente la despensa y el frigorífico se pueden asegurar de que haya suficientes provisiones.

También es esencial atender las actividades de la vida diaria básicas (higiene personal, vestirse, control de esfínteres, descanso...). Por ejemplo, es importante asegurar un baño seguro y mantener hábitos de higiene constantes, simplificando el proceso y dando instrucciones cortas y claras. Pero "es crucial no suplir a la persona antes de tiempo, ya que hacerlo puede acelerar su deterioro cognitivo", explica Cañabate.



TODOS LOS SECRETOS PARA TENER UN SUEÑO REPARADOR

Dormir bien impacta de manera clara en la salud tanto física como mental. Sin embargo, en España solo están diagnosticados un 10 % de los pacientes con trastornos del sueño.

Se estima que entre un 22 y un 30 % de la población española tiene malos hábitos de sueño o algún trastorno en este ámbito. Si hablamos estrictamente de trastornos crónicos y graves, la cifra de afectados alcanza los cuatro millones en el país. Son datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que se ven corroborados por las estimaciones

de la *World Sleep Society*, que destaca cómo un 45 % de la población mundial padecerá en algún momento un trastorno del sueño de carácter grave.

CONFORMARSE CON ELLOS

No obstante, aunque los trastornos del sueño que impiden un adecuado descanso son comunes, muchos de ellos quedan sin diag-

nosticar y sin tratar. "Son muchas las personas que los padecen que consideran que deben conformarse y no buscan atención médica, aunque experimenten problemas de sueño persistentes", alerta la doctora Ana Fernández Arcos, coordinadora del Grupo de Estudios de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN.

LOS TRASTORNOS MÁS FRECUENTES

Actualmente, hay unos cien trastornos del sueño identificados, aunque muchas otras patologías interfieren claramente en la buena calidad del sueño. Los principales son los siguientes:

● **Insomnio.** Es el más prevalente en España, según la Sociedad Española de Neurología, y se define como la dificultad para conciliar o mantener el sueño, a pesar de contar con buenas condiciones para hacerlo. Afecta al 20 % de la población "y conlleva consecuencias que van más allá de las molestias nocturnas, ya que impacta en la salud física y emocional de quienes lo sufren".

● **Apnea obstructiva del sueño (AOS).** En España hay dos millones de personas con este problema, de las que solo una de cada diez está diagnosticada, según la Sociedad Catalana de Neumología (SOCAP). La apnea obstructiva del sueño aumenta de tres a seis veces el riesgo de accidentes de tráfico y se asocia a hipertensión arterial, obesidad, ictus, infarto y cáncer, entre otros. Las

Las personas con dificultades para dormir **CONSULTAN MUY TARDE** o no suelen consultar por este problema que afecta tanto

personas que la sufren tienen pausas en la respiración mientras duermen, lo que interfiere claramente en su descanso.

● **Síndrome de piernas inquietas.** Se estima que entre el 5 y el 10 % de los españoles padece este síndrome que se caracteriza por sensaciones desagradables en las extremidades, que aparecen al atardecer o por la noche y que lleva a sus afectados a una necesidad irreprimita de mover las piernas durante el descanso, lo que imposibilita que este sea de calidad.

¿CÓMO ES EL SUEÑO SALUDABLE?

Para hablar de sueño saludable este tiene que adaptarse a las necesidades de la persona y de su entorno. Además, según detalla la doctora Ana Fernández Arcos, "tiene una duración y horario adecuados, es eficiente sin periodos de despertar durante la noche y permite una alerta sostenida durante las horas de vigilia".

¿Qué hace que no se llegue a ese sueño reparador, al margen de los trastornos ya indicados? "Conseguirlo no depende únicamente de una mayor educación y concienciación en hábitos de sueño. Existen impedimentos, en una gran parte de la población, prin-

cipalmente por las necesidades laborales, sociales y de estilo de vida, que restan horas al descanso nocturno, siendo inadecuado por debajo de siete horas en adultos", señala.

QUÉ IMPLICA DORMIR MAL

Descansar mal tiene consecuencias tanto en la salud individual como en la sociedad en general, "y se asocia a problemas de salud mental, emocional y física", añade. Por otro lado, hay que tener en cuenta que las personas con enfermedades crónicas y las que pasan por situaciones de precariedad pueden tener grandes dificultades para mantener unos hábitos de vida saludables. También los pacientes con enfermedades neurológicas son más susceptibles de padecer trastornos del sueño y necesitan de más atención tanto para detectarlos como para tratarlos correctamente.

"El sueño es fundamental para la salud. Principalmente para la salud cerebral, porque dormir mal influye en la memoria y el aprendizaje y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades neurológicas como el Alzheimer o la enfermedad cerebrovascular", insiste la neuróloga. Pero también se ha relacionado con otras afecciones como un mayor riesgo de trastornos metabólicos, de infecciones o de mortalidad prematura. "A lo que además hay que añadir su implicación en muchos accidentes laborales o durante la conducción".

Hay **CIENT TRASTORNOS DEL SUEÑO RECONOCIDOS**, pero muchas otras patologías impactan negativamente en el descanso

CLAVES PARA UN SUEÑO REPARADOR



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DEL SUEÑO

La Sociedad Española de Neurología estima que el 48 % de la población adulta y el 25 % de la población infantil no tiene un sueño de calidad. Al margen de estos datos, llama la atención que al menos la mitad de la población reconozca problemas para conciliar el sueño y un 32 % se despierte con la sensación de no haber tenido un sueño reparador.

Según la SEN, hay seis factores que afectan a la calidad del sueño y, por tanto, a la salud y bienestar en general:

- **La duración:** cuánto dormimos a lo largo del día.
 - **La eficiencia:** cuánto tardamos en dormirnos y si permanecemos dormidos sin despertares.
 - **El momento:** cuándo dormimos.
 - **La regularidad:** manteniendo horarios de sueño y despertares estables.
 - **El grado de alerta:** si somos capaces de centrarnos y mantener la atención durante las horas de vigilia.
 - **La calidad:** si el sueño es reparador o no.
- Pueden alterar el sueño las cenas copiosas, el alcohol y el tabaco,

el estrés, las pantallas antes de dormir o la duración de las siestas, que no deberían exceder los 30 minutos. Además, el entorno en el que dormimos debe estar a oscuras y en silencio. "Llevar una vida saludable, tratando de realizar ejercicio físico de forma regular, también forma parte de una buena higiene del sueño que puede servir para mejorar la calidad de nuestro descanso", recalca la doctora Ana Fernández. En todo caso, si tras mejorar los hábitos de descanso la persona no logra un sueño reparador, lo indicado es que consulte con el médico.

EL USO DEL BÓTOX CONTRA LA MIGRAÑA

Es un tratamiento que se lleva utilizando desde hace una década con muy buenos resultados para los pacientes.

Las personas con migraña crónica son aquellas que tienen dolor de cabeza de este tipo más de 15 días al mes. Justamente para ellas, y cuando otro tipo de tratamientos farmacológicos no dan buen resultado, es para quienes se recurre al uso de la toxina botulínica (bótox) como preventivo para el dolor.



CÓMO SE ADMINISTRA

Tal como explica el doctor Pablo Irimia, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el bótox se pone una vez al trimestre a través de distintas infiltraciones (pinchazos) en 31 puntos de diferentes partes de la frente, el cuello y las sienes. "Es un fármaco de prescripción y dispensación hospitalaria. En 10-15 minutos se administra y el paciente se puede ir a su casa en ese momento", añade. Es una medicación que está financiada por la Seguridad Social.

● **Sin anestesia.** Aunque las distintas infiltraciones pueden resul-

tar un poco molestas, no se usa anestesia para poner el bótox.

● **Una vez al trimestre.** Las infiltraciones se hacen una vez cada tres meses. "Un 60 % de los pacientes responde ya a la primera infiltración, y un 10-15 % responde a la segunda", comenta el especialista.

● **Sin límite.** Este tratamiento puede ser muy prolongado. De hecho, hay personas con migraña en España que llevan cinco años con el bótox y siguen respondiendo bien a él, además de no haber desarrollado ningún efecto secundario importante, destaca el experto de la SEN.

DESDE LOS 18 AÑOS... O ANTES

En principio, la toxina botulínica como preventivo de la migraña se puede poner desde los 18 años, aunque "en casos especiales hay niños y adolescentes menores a los que se administra". La única contraindicación absoluta es que el paciente tenga miastenia gravis. Es así por los efectos secundarios del bótox, como debilidad del músculo facial o incluso caída de los párpados, que desaparece al poco tiempo. En el caso de la miastenia, esa debilidad no sería compatible con la enfermedad. "La toxina botulínica consigue reducir, como mínimo, los días de dolor a la mitad y la intensidad de los episodios, que pueden tratarse con analgésicos comunes, lo que mejora la calidad de vida", señala el doctor Irimia.

Los candidatos a **TRATAMIENTO PREVENTIVO** para la migraña tienen más de tres crisis de esta al mes

SÍNDROME DE LAS PIERNAS INQUIETAS



El 23 de septiembre se celebra el día de este síndrome, que afecta en España a unos dos millones de personas, el 90 % sin diagnosticar.

¿Qué es?

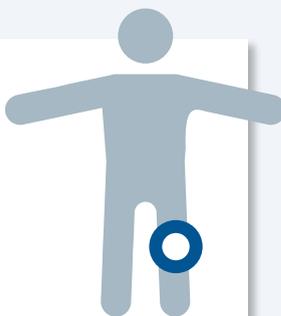
Conocido también como enfermedad de Willis-Ekbom, este síndrome es un trastorno neurológico que provoca en los pacientes la necesidad incontrolable de mover las piernas, debido a una sensación de hormigueo, picor o ardor que aparece durante el reposo y que cede con el movimiento, tal como detalla la Sociedad Española de Neurología (SEN). Lo padecen el 10 % de los adultos y un 4 % de menores.



Evolución del síndrome

Los síntomas del síndrome de piernas inquietas suelen aparecer, sobre todo, por la tarde-noche.

- **Al inicio**, los síntomas son más discretos y esporádicos, lo que hace que muchas personas no consulten al médico.
- **Cuando comienzan en la edad infantil**, lo que ocurre en el 25 % de los casos, la evolución suele ser más grave.



¿Cuáles son las causas?

Este síndrome es más común en mujeres que en hombres.

■ **Aún se desconocen las causas exactas**, pero este síndrome se relaciona con factores genéticos, deficiencias de hierro, y enfermedades como la insuficiencia renal, la diabetes, neuropatías o Parkinson.

■ **Hay tratamientos médicos específicos** y se aconsejan cambios en el estilo de vida.



Dra. Celia García Malo, vocal Grupo Estudios Trastornos Vigilia y Sueño de la SEN.

Comentario médico

Puesto que los síntomas de esta enfermedad suelen darse principalmente durante el descanso o por la noche, es muy común que los pacientes experimenten dificultades para dormir o relajarse, lo que puede afectar a la calidad de vida del paciente. No en vano, el síndrome de las piernas inquietas, además de su impacto

en la calidad del sueño, suele estar asociado con ansiedad y depresión, además de que puede tener un significativo impacto en las relaciones sociales y laborales. Aproximadamente un 25 % de los pacientes que acuden a consulta por problemas de insomnio crónico es diagnosticado por el síndrome de piernas inquietas.



Actualidad para GENTE DESPIERTA

Conoce las últimas noticias sobre salud y bienestar que están dando que hablar en nuestro país.

La epilepsia afecta a unas 400.000 personas en España

Se estima que alrededor de 400.000 personas padecen epilepsia, con entre 12.400 y 22.0000 nuevos diagnósticos anuales, según la Sociedad Española de Neurología (SEN). Esta condición afecta a unos 6 millones de personas en Europa, y se detectan aproximadamente 400.000 nuevos casos cada año. Las crisis epilépticas constituyen entre el 1 y el 2 % de las urgencias médicas, siendo el 1 % en adultos y el 2 % en niños. Además, representan la segunda causa de atención neurológica en emergencias

y consultas ambulatorias, y la tercera de hospitalización neurológica, tanto por la presencia de crisis como por los accidentes que estas provocan. La epilepsia es un trastorno neurológico que se caracteriza por la ocurrencia recurrente de convulsiones, que son episodios de actividad eléctrica anormal en el cerebro. Los síntomas de una convulsión pueden variar ampliamente, desde episodios breves de ausencia de consciencia o mirada perdida, hasta contracciones musculares violentas y prolongadas.



Los españoles dedicamos más tiempo a las pantallas que a dormir

Los españoles dedican 9 horas frente a las pantallas y menos de 7 a dormir. Este dato debería alarmarnos por las consecuencias que tiene para la salud y el medioambiente. Y es que, pasamos el día mirando el teléfono móvil, los ordenadores, el televisor, la tablet o, incluso, cuando nos subimos a la cinta de correr, vemos vídeos u otro tipo de imágenes. El listado es más amplio, pero los ejemplos son suficientes para alertar sobre la necesidad de limitar tiempos de exposición a este tipo de pantallas.



La receta sueca para alcanzar la felicidad

Después del danés 'hygge' (rodearte de cosas acogedoras para ser más feliz) y del también sueco 'fika' (la dulce pausa para el café con tus compañeros de trabajo, incluido tu jefe), toca aprenderse otra palabreja que, además, nos promete felicidad. Se llama 'Lagom' y significa "la mejor solución en cualquier contexto para alcanzar el equilibrio". Se trata de intentar elegir la mejor opción posible en el trabajo, para la familia o en la decoración del hogar, la comida, el cuidado del medioambiente, las finanzas... Así lo aconseja Lola Alkinmade Åkerström, autora del libro *Lagom: El secreto sueco para vivir bien*, que da una serie de pautas para conseguirlo.



6 Septiembre, 2024



NEUROCIENCIA 2.0: IA Y UN GORRO PARA BUSCAR EL INICIO DE ALZHEÍMER

Diagnóstico. BrainTrip es un sistema revolucionario que detecta las ondas cerebrales y usa biomarcadores para diferenciar los síntomas normales de la edad del inicio precoz de una enfermedad neurodegenerativa

Por **Pilar Pérez** (Madrid)

Treinta minutos para saber si esos despistes, los cambios de humor o encontrar esa palabra clave esconden el inicio de una demencia. ¿Cómo? A través de un cómodo gorro que contiene sensores que detectan la actividad eléctrica superficial del cerebro, conocida comúnmente como ondas cerebrales. ¿Qué puede encontrar? Alzheimer o una enfermedad neurodegenerativa vascular o frontotemporal. El problema con el que se encuentran los médicos es que la mayoría de ellos, «especialmente en su forma leve, también pueden describirse como *signos de la vida* en la vejez», explica Jurij Dreó, Jurij Dreó, CTO, director de I+D y co-fundador de BrainTrip. Su proyecto, validado ya en más de 500 pacientes, combina la neurociencia del electroencefalograma con la aplicación clínica práctica. «Es una revolucionaria tecnología de detección de la demencia con un 94% de precisión», apunta. ¿Por qué inventar un gorro para los síntomas leves? Porque el diagnóstico en fases iniciales ayuda a intervenciones

terapéuticas que con impacto en la evolución. Dreó lo vivió de cerca con su abuela. Sus problemas de memoria se vincularon al envejecimiento, y solo consiguió atención clínica cuando el deterioro ya había avanzado bastante. «Es casi imposible diferenciar con precisión entre los síntomas leves de la demencia en fase inicial y los síntomas de cansancio, falta de energía, exceso de trabajo o simple confusión temporal», reconoce Dreó. Por ello, resulta vital emplear marcadores biológicos objetivos de la enfermedad para su detección precoz. «Actualmente, en la práctica clínica, las pruebas biológicas se utilizan para confirmar un diagnóstico y no para detectar los primeros signos de la enfermedad», reclama. Por eso, menos de la mitad de los casos de demencia llegan a diagnosticarse, y «menos del 10% se diagnostican en las primeras fases de la demencia, cuando el tratamiento es más eficaz», añade. Cada año en nuestro país se diagnostican unos 40.000 nuevos casos de Alzheimer. En total hay 800.000 españoles que sufren esta enfermedad y son 55 millones de

personas con demencia en todo el mundo. Además, se estima que más del 50% de los casos leves no están detectados. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el tiempo que pasa entre que se notan los primeros problemas y se hace el diagnóstico puede ser de hasta a 2,1 años.

Esto justifica el desarrollo de BrainTrip, finalista europeo de la categoría Mejora de la Salud y Tecnología Digital (e-Health) de la séptima edición de los Premios a la Innovación Social de Fundación Mapfre. El test BDI (cuyas siglas responden a BrainTrip Dementia Index) se desarrolló para detectar los signos cognitivos de la demencia, independientemente de las causas subyacentes. «Es específico del deterioro de la estructura y función cerebral que conduce al deterioro cognitivo, no de la etiología que causa esta disfunción cerebral», puntualiza. A los datos del EGG del gorro, se

El gorro se usa para registrar la actividad cerebral, como un electroencefalograma, durante 15 minutos.
 BRAINTRIP

“Las pruebas actuales son para confirmar el diagnóstico, no para ver primeros signos”

“Con ‘big data’ identificamos unos 500 biomarcadores predictivo de la demencia”

une la inteligencia artificial para optimizar los procesos analíticos. «Con un enfoque neurocientífico de *big data*, identificamos alrededor de 500 de los biomarcadores más predictivos y robustos para la demencia», explica. Cada paciente recibe una puntuación de su estado. «La IA es una herramienta de agregación de datos que procesa los valores de los biomarcadores y produce una evaluación objetiva de los signos de demencia», remacha.



6 Septiembre, 2024



El grupo CompostELA, en su salida desde O Cebreiro. EP

Un Camino hacia CompostELA

► Un grupo de 73 miembros realiza estos días una peregrinación hacia Santiago para dar visibilidad a la Ela, una enfermedad que padecen entre 4.000 y 4.500 personas en España

M. ORGE
✉ sarria@elprogreso.es

SARRIA. Setenta y tres personas emprendieron este jueves una peregrinación hacia Santiago desde O Cebreiro con CompostELA. Es la cuarta vez que este grupo organiza un viaje a pie hasta el Apóstol, pero es la primera que reúnen a tal número de participantes.

Son 73 peregrinos que recorrerán los más de 160 kilómetros de esta ruta para visibilizar la Esclerosis lateral amiotrófica (Ela), una enfermedad que padecen entre 4.000 y 4.500 personas en España y de la que se diagnostican unos 900 casos nuevos cada año, según la Sociedad Española de Neurología. También es, tras el alzhéimer y el párkinson, la tercera dolencia neurodegenerativa más común del país.

Los 73 peregrinan por ellos mismos, por todos los que los acompañan en esta situación y por to-

dos los que vendrán. Porque tal y como asegura Eva Mayo, una de las organizadoras de esta iniciativa, "esta enfermedad le puede llegar a cualquiera, sin importar cuál sea su situación". No solo participan varios enfermos de Ela, sino también cuatro personas con diversidad funcional, ya que una de las misiones de esta peregrinación es hacer el Camino más accesible para todo el mundo, independientemente de sus capacidades. "Vamos con un libro de viaje en el que señalizamos los puntos con más dificultades, para luego pedir que se vayan arreglando y que así las personas con sillas de ruedas también puedan hacer el Camino", señala Mayo.

Otra de los objetivos de CompostELA es "dar vida" a los afectados que toman parte en la caminata: "que se olviden de que están enfermos y sacarlos de casa, donde se pasan los 365 días del año encerra-

dos". También quieren lograr una mayor investigación de la enfermedad y conseguir una vida digna para estos pacientes, algo que sin la aprobación de la ley Ela es más complicado. "Esta ley facilitaría mucho la vida tanto del enfermo como de su cuidador principal, que tiene que estar las 24 horas del día volcado con los cuidados".

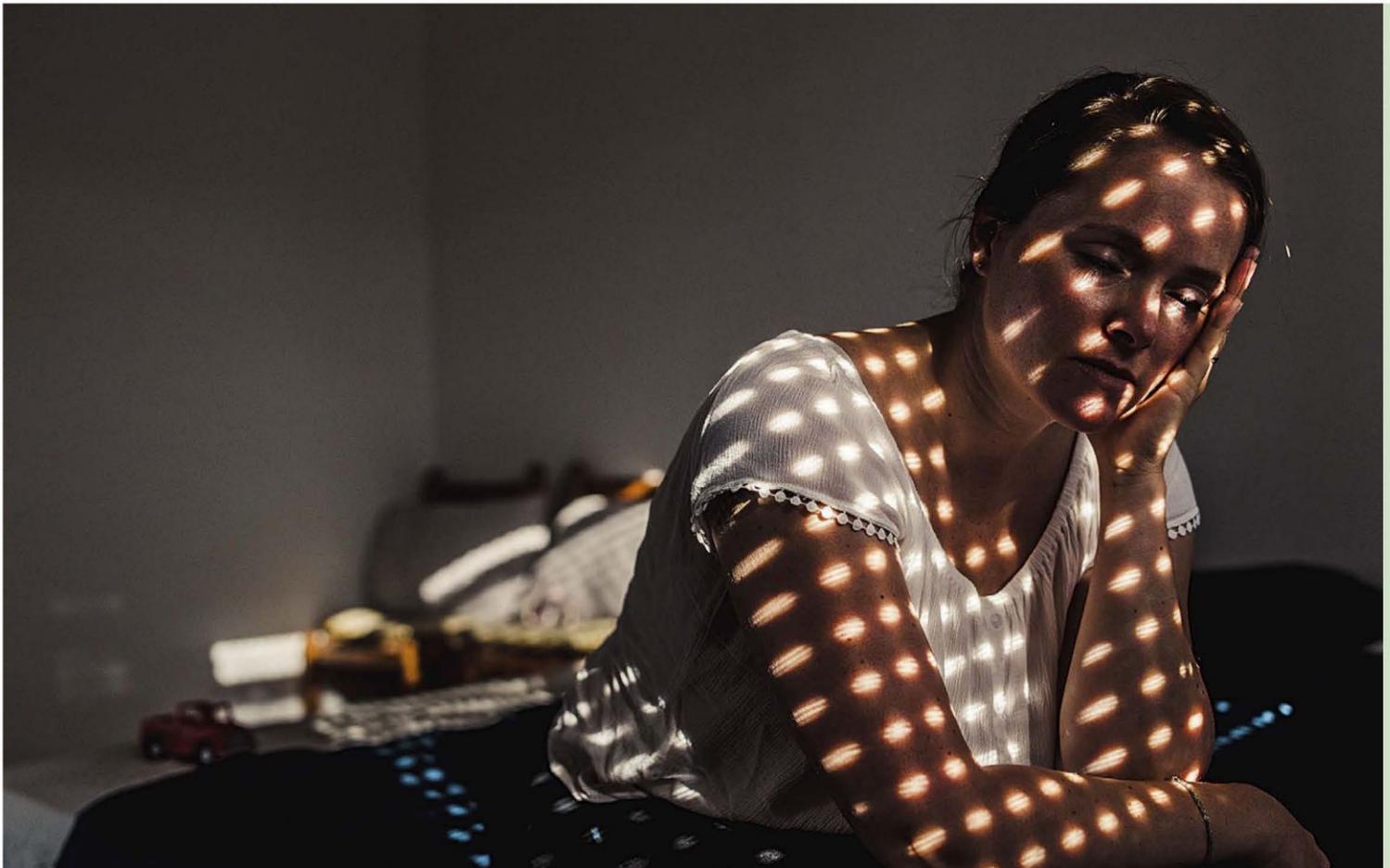
También forman parte de la comitiva familiares, amigos, cuidadores y voluntarios, además de miembros de la Guardia Civil que colaboran con el grupo para asegurar su bienestar.

Este Camino es un paso emo-

cionante en la vida de todos los implicados. Para ellos, es "como la vida misma", tal y como asegura Eva, "porque no saben lo que se van a encontrar en cada momento, y tienen que resolver los problemas según van llegando". Pero la satisfacción y la alegría que les genera poder participar en esta experiencia lo supera todo. "Creo que puedo hablar en nombre de todos los organizadores cuando digo que vamos con el pecho hinchado. Parece que somos nosotros los que los ayudamos a ellos, pero en realidad son ellos los que nos ayudan a nosotros, porque los ves con la fuerza y el coraje para participar en esta aventura".

Su viaje comenzó la mañana de este jueves desde O Cebreiro, y acabaron su tramo diario en Triacastela. Este viernes continuarán en Samos y llegarán hasta Sarria. Su plan es alcanzar Santiago el próximo 10 de septiembre.

Los objetivos de CompostELA son, entre otros, "dar vida" a los pacientes y hacer más accesible el Camino



Istock / Getty Images

Migraña, mucho más que un dolor de cabeza

Esta enfermedad incapacitante afecta al 12% de la población española. El diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado son clave para mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

Popularmente se suele asociar a un fuerte dolor de cabeza, pero es una enfermedad mucho más compleja, y sus efectos tienen una incidencia profunda en la vida de los que la padecen. La migraña es una enfermedad neurológica que se caracteriza por un dolor intenso y punzante en la cabeza, junto con otros síntomas como náuseas, vómitos y sensibilidad

a la luz, el sonido o los olores. Estos episodios, si no se tratan, pueden llegar a durar entre 4 y 72 horas y, en los peores casos, la migraña puede convertirse en crónica y aparecer más de 15 días al mes. Es también una enfermedad con una gran prevalencia: según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la padece un 12% de la población española, con una mayor incidencia entre las mujeres de más de

50 años. Un diagnóstico certero y temprano y un tratamiento adecuado son fundamentales para conseguir que la calidad de vida de los pacientes no se vea afectada de manera drástica.

“La migraña está considerada una de las enfermedades más discapacitantes por la Organización Mundial de la Salud”, explica Jesús Porta-Etessam, jefe de sección de neurología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y presidente de la Sociedad Española de Neurología (en la imagen de la página siguiente). “Las crisis, además de muy discapacitantes, no son predecibles, y eso genera una limitación añadida. Si un paciente va a oenar, al cine o tiene una reunión importante, tiene una ansiedad anticipatoria por temor a tener una crisis de migraña en esos momentos, que puede ser incluso un propio desencadenante del dolor. Varios estudios reflejan que afecta a



todas las esferas de la vida, de la laboral a la social”.

Causas y tratamiento

Hay varios factores que confluyen en el desarrollo de la migraña. “Tiene un patrón hereditario importante que es poligénico. Es decir, yo recibo genes de mi padre y de mi madre, y esto va a marcar la probabilidad de tener la enfermedad”, apunta Porta-Etessam. “Por otro lado, hay un factor que es epigenético, que son los factores ambientales propios que hacen que finalmente se manifieste la enfermedad”, prosigue. “Uno de los más habituales es la menarquía en las mujeres, por eso a ellas las afecta en un 18%, mientras que solamente aparece en un 7% de los hombres”. Otros factores externos actúan como desencadenantes de los episodios. “Los más importantes son el estrés y los cambios atmosféricos, pero también hay otros, como los problemas del sueño o el consumo de alcohol”.

Además de un estilo de vida sano, hay diferentes tratamientos de esta enfermedad que han evolucionado recientemente. “Ha habido una auténtica revolución en los últimos años”, afirma. “Existen dos tipos de tratamientos: por un lado, los específicos para las crisis, que consiguen mitigar sus efectos, y por otro está el tratamiento preventivo que, si se toma periódicamente, lo que consigue es disminuir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de migraña”, apunta. “Todo paciente con migraña debe tener un tratamiento adecuado para las crisis, pero no todos los pacientes con migraña necesitarán un tratamiento preventivo a lo largo de su vida”, concluye.

La migraña está considerada por la OMS como una de las enfermedades más discapacitantes

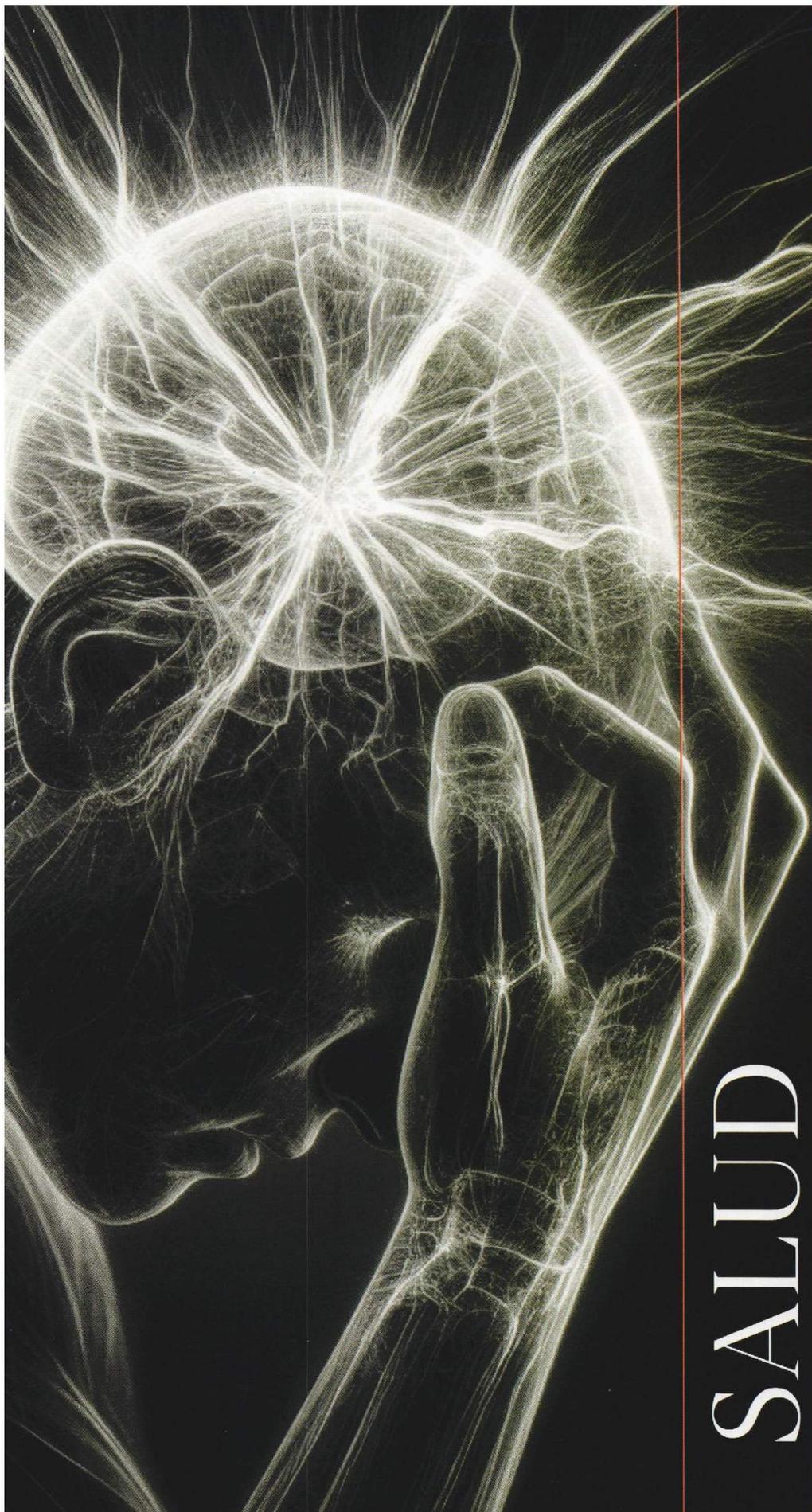


istock / Getty Images



Mejorar la calidad de vida de los pacientes

Actualmente, el tratamiento de la migraña está consiguiendo avanzar hasta conseguir una mejora sustancial de la calidad de vida de los que la padecen. En primer lugar, es clave un diagnóstico certero, ya que es una enfermedad que implica dificultades para ser identificada. Una vez detectada, los actuales tratamientos consiguen mitigar la intensidad y la frecuencia de sus episodios. “La frase más habitual en mis consultas es ‘usted me ha cambiado la vida’, afirma Jesús Porta-Etessam. “Hay personas que, con un tratamiento adecuado, han reducido sus días con dolor de cabeza”, continúa. “Hay algunos pacientes con los que, desgraciadamente, no lo conseguimos todavía, pero a la inmensa mayoría somos capaces de mejorarles muchísimo la vida. Tenemos tantos recursos terapéuticos que podemos tratar casi todos los casos. Además, antes teníamos pocos fármacos y con un perfil de efectos secundarios que no siempre era beneficioso para el paciente, pero ahora mismo tenemos algunos que se toleran muy bien”, detalla.



SALUD

VIH
Su cura pone patas arriba la comunidad científica.

Entendiendo las migrañas: ¿Qué le pasa a mi cerebro?
Encontrado el desencadenante externo que libera el aura que sufren los pacientes.

Residencias para mayores
Urge un gran pacto de Estado.



1 Septiembre, 2024

— Salud

RESIDENCIAS PARA MAYORES

URGE UN GRAN PACTO DE ESTADO

Mejorar en equidad y eficiencia, escuchar a los mayores y planificar un futuro necesariamente ligado a grandes cambios e inversiones, entre los retos más acuciantes.

texto Carmen Gómez





1 Septiembre, 2024

LOS ESCUCHAMOS

Afirma Eduardo Punset que “la felicidad es básicamente la ausencia de miedo”, pero Julia, que ya superó los 70 y ve que su salud se resiente, vive ‘a caballo’ entre los recuerdos del pasado y el temor al futuro.

Es consciente de que una residencia de mayores podría llegar a ser su única opción, pero no querría dejar su hogar y, por otro lado, hay aspectos de esta que no le convencen, ya que percibe soledad y tristeza en muchos residentes. Hemos hablado con personas en su misma situación y constatamos que están más formadas, son más exigentes, conocen sus derechos, tienen modelos de ocio más sofisticados y saben lo que quieren.

Sobre su posible estancia en una residencia, Julia, ante todo, querría “estar arropada en todo momento, recibir mucho cariño, ser tratada con amabilidad en cualquier circunstancia y ser cuidada, comprendida y respetada”. Aspiraría a seguir sintiéndose “libre para no vivir en un mundo tan pequeño y que sus preferencias se tengan en cuenta”. Desearía “tener intimidad sin dejar de estar muy comunicada con su familia y amigos”, además de “acceso a diversas actividades, todo muy limpio y cuidado, y una comida con sabor”. La mención a la gran importancia de la calidad humana y profesional del personal de cuidados, “que debe estar muy cualificado”, es una constante.

A lo que aspira Julia, y por extensión los residentes actuales, es a un cuidado integral con grandes implicaciones en la práctica: desde una tutela del Estado que garantice sus derechos constitucionales hasta una infraestructura y un equipo humano totalmente orientado a satisfacer sus necesidades individuales. Y la legislación debe garantizarlo.

UNA LEGISLACIÓN CONSENSUADA Y DE ÁMBITO GLOBAL

En junio de 2022 se publicó en el BOE el *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación de los centros de Atención a la Dependencia*, denominado SAAD. Dicho acuerdo estipula que el modelo residencial debe evolucionar hacia construcciones más pequeñas que alberguen entre 75 y 120 plazas, dependiendo de la densidad de la población en las que estén situadas (de forma prioritaria en el entorno urbano). A semejanza del modelo nórdico, promueve la organización en unidades de convivencia con un máximo de 15 residentes, atendidos por personal estable y en un ambiente hogareño.

También incrementa paulatinamente los ratios mínimos de personal. Por ejemplo, el ratio de empleados de atención de primer nivel (auxiliares o cuidadores) asciende desde el 0,31 en 2023 (31 personas por cada 100 residentes para dar un servicio 24/7) hasta el 0,43 en 2029. También apuesta por la intimidad, estableciendo al menos un 65% de habitaciones individuales.

Aunque estas determinaciones parecen ir en el camino correcto, adolecen de falta de efectividad porque es opcional para las CC. AA. que tienen la competencia de los servicios sociales. De hecho, tan solo lo firmaron nueve comunidades, lo que representa el 28% de la población. ¿Cuál es la solución? Nos responde la

doctora Salomé Martín, geriatra coordinadora del Grupo de Trabajo de Ética y Legislación de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología: “No hay otra alternativa que lograr una normativa general de larga duración, sin intereses políticos, basada en información real, que tenga en cuenta las distintas circunstancias de los residentes y esté avalada por todos los especialistas involucrados, incluyendo a los mayores, que deberían poder decidir cómo quieren vivir. Y garantizar que la norma se cumpla”.

PERSONALIZAR LOS CUIDADOS: FOCO EN LA DEMENCIA

Cada residente tiene una historia que determina sus deseos y comprenderlo en profundidad es un primer paso hacia la personalización. Con este fin, y para que se sientan arropados, la doctora Marian Rojas recomienda a los cuidadores que, siempre que la enfermedad lo permita, “mantengan conversaciones profundas con los mayores, generando un canal de comunicación donde las personas mayores se sientan contentas y a gusto, y donde noten que su contenido, su historia, su biografía, sus dolencias, sus inquietudes e ilusiones importan a alguien”.

En el entorno residencial las personas con demencia merecen una mención especial. Sensibilizan a toda la sociedad, son muchas y serán más (en España el Alzheimer afecta ya a 800.000 personas, cifra que se incrementará hasta los 1,2 millones en 2030 según la Sociedad Española de Neurología).

Su cuidado en residencias es a menudo origen de debate. ¿Deben estar aisladas, incluso sujetas, para un mayor control o gozar de libertad creando un entorno amigable que preserve comportamientos difíciles y su posible deterioro? Salomé lo tiene claro: “Hay que darles seguridad, no encerrarlas”.

Por otro lado, el doctor Antonio Burgueño, director técnico del proyecto ‘Desatar’ de CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores), que también ha tenido la amabilidad de atendernos, nos revela que “un 60% de los residentes son personas con demencia (con deterioro cognitivo progresivo), lo que explica la importancia de especializarse en esta dolencia”.

Sabemos que estos enfermos nos dan pistas sobre su calidad de vida cuando presentan alteraciones psicológicas y de conducta no relacionadas con su enfermedad, sino con un entorno hostil, y estar atados lo es. El doctor Burgueño trabaja para conseguir una atención libre de sujeciones en las residencias, de manera que sean más amigables, con un importante logro: más de doscientas ya lo han conseguido. Como ejemplo óptimo de especialización, Burgueño nos remite a la Village Landais Alzheimer, en el suroeste de Francia, un pueblo creado para que sus habitantes, todos ellos con Alzheimer, gocen de libertad. Viven en completa autonomía, en viviendas compartidas, y cada vivienda está diseñada y amueblada según el momento en el que perdieron la memoria, lo que les ayuda a sentirse en casa. Disponen de instalaciones como plaza, teatro, jardín, cafetería, supermercado u oficina de correos, y están apoyados por personal especializado, la clave para el cuidado del mayor. >

“No hay otra alternativa que lograr una normativa general de larga duración, sin intereses políticos”

Doctora Salomé Martín



1 Septiembre, 2024

— Salud

MAYORES MÁS MAYORES

Proyecciones de la población
2024/2050 en España

LOS CENTENARIOS

>99 AÑOS. SE MULTIPLICARÁN
POR 5,4, HASTA SITUARSE
EN 91.000 EN 2050

LOS >79 AÑOS

SE DUPLICARÁN HASTA SITUARSE
EN 5,9 MILLONES EN 2050,
UN 11% DE LA POBLACIÓN

LOS >64 AÑOS

CRECERÁN UN 68%, HASTA
SITUARSE EN 16,6 MILLONES EN
2050, UN 30% DE LA POBLACIÓN

LA POBLACIÓN TOTAL CRECERÁ UN 13%, HASTA SITUARSE EN 55 MILLONES EN 2050

España es el cuarto país de la UE
con más personas mayores de 64,
solo por detrás de Alemania,
Francia e Italia

Fuente: INE



De izquierda a derecha: Entrada a la Village Landais Alzheimer. Salón de peluquería en la Village Landais y concierto de Patrimonio Sonoro en la Residencia Betania Alzheimer

PERSONAL CUALIFICADO, PROFESIONAL Y SOCIALMENTE RECONOCIDO

Dentro de las diferentes aristas que componen esta problemática, es imprescindible la opinión de los directores de residencia. Consultados por *Influencers*, aseguran que lo más complicado de su gestión es la contratación.

Salomé nos explica la razón: “Necesitamos un sistema de cuidados con profesionales que estén contentos, correctamente remunerados y reconocidos, pero pocos quieren trabajar en una residencia, ya que la visión no es buena; hay que invertir más en las personas, que sea un trabajo más atractivo, mejor remunerado, con reconocimiento social y una carrera profesional de la que ahora no disponen”.

Y es que las residencias precisan de cuidadores con un alto grado de cualificación y una serie de cualidades demostradas, como las de tener paciencia, sensibilidad, capacidad para disolver angustias y crear ilusiones... a los que se les debe proporcionar una formación continua. Una vez en activo, la doctora Rojas incide en la importancia de que “los cuidadores tengan su propio sistema de reparación y recarga —¿quién cuida al cuidador?— y se sientan plenos y reconfortados en su trabajo”. Pero no es esta la realidad.

Un primer avance sería estrechar la colaboración entre los sanitarios de las residencias y los de la Atención Primaria, integrando ambos colectivos bajo el paraguas de Sanidad, que tiene la responsabilidad de la atención a los mayores vivan donde vivan; los derechos se verían homologados y la motivación de los primeros mejoraría de forma sustancial.

“Un 60% de los residentes son personas con demencia, lo que explica la importancia de especializarse en esta dolencia”

Doctor Antonio Burgueño



LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL CAMBIARÁ EL ADN DE LAS RESIDENCIAS

La inteligencia artificial, todavía poco implementada en las residencias, es una gran oportunidad para mejorar la atención de los mayores. No se trata de que su cuidado dependa de robots y no tiene por qué afectar a los recursos humanos, salvo para optimizarlos. Pero son muchos los beneficios:

- ▶ **MAYOR SEGURIDAD:** Cámaras y sensores de movimiento detectan anomalías y envían una alerta inmediata al cuidador, con lo que se previenen las caídas y se reducen significativamente las lesiones y sus consecuencias.
- ▶ **ASISTENCIA PERSONAL:** La IA proporciona asistencia personalizada a los residentes, inicia conversaciones, resuelve dudas, recuerda actividades, facilita la conexión con amigos o familiares...
- ▶ **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS:** Los algoritmos de diagnóstico y predicción detectan señales tempranas de Alzheimer, diagnostican otras patologías, diseñan tratamientos a medida (evitando el exceso de fármacos, demasiado frecuente entre los mayores) y predicen la evolución de la enfermedad.
- ▶ **SEGUIMIENTO:** La IA brinda información en tiempo real sobre las actividades diarias, los patrones de sueño, monitorea constantemente la salud de los residentes, detecta anomalías en los signos vitales y alerta al personal sanitario en caso necesario.
- ▶ **TRATAMIENTOS:** Apoyo efectivo en la recuperación de la memoria o en la rehabilitación neurológica o funcional.
- ▶ **GESTIÓN:** Mediante el análisis de datos, la IA ayuda a gestionar de manera más eficiente los recursos disponibles, los suministros médicos y el equipamiento, además de los recursos humanos.

Para el doctor Burgueño, contrariamente a lo que pudiera pensarse, “la IA va a ayudar a humanizar la atención a las personas mayores y tiene un campo tremendo”. Un ejemplo puede encontrarse en el Instituto de Biomecánica (IBV), que está trabajando en identificar qué les pasa a las personas con demencia que tienen dificultades para expresarse.

ELECCIÓN DE RESIDENCIA SEGÚN CRITERIOS OBJETIVOS

Partimos de la base de que el alto nivel de exigencia en la elección de una residencia impulsa la incorporación de mejoras. Pero elegir no es siempre fácil. Como es lógico, es importante contemplar variables objetivas en los criterios de selección: la filosofía y organización del trabajo de la residencia; los ratios de personal y sus cualificaciones; el plan de personalización de los cuidados, incluido el físico y emocional; la garantía de seguridad de los residentes; el entorno amigable; la privacidad y personalización de las estancias; o la comunicación regular, totalmente abierta y transparente con las familias y amigos.

Por otro lado, no es del todo conocido el hecho de que existen acreditaciones oficiales para una mayor garantía de calidad del servicio, de las que no todas las residencias disponen.

Consultamos con la empresa EQA, que realiza acreditaciones bajo la reconocida norma UNE 158101, enfocada en las residencias de mayores: “Se trata de un certificado oficial basado en el pleno bienestar de los residentes, así como en la ética y especialización de los empleados. Esta norma garantiza que el nivel de prestación de los servicios mínimos es el adecuado y propicia una mejora continua”.

Existen también otras acreditaciones, como la dirigida por el doctor Burgueño sobre Centros Especialmente Amigables con las Personas Mayores con Demencia de CEOMA.

Y es que solicitar a los centros que presenten al menos una acreditación oficial es impulsar que la tengan. El hecho de que la tengan o no conviene incorporarlo en los criterios de elección del centro.

LAS MEJORES EXPERIENCIAS: SÍ SE PUEDE

Ya se están llevando a cabo experiencias muy emotivas, que rompen muchas barreras, de las que se puede aprender, con un mensaje reconfortante y que son trasladables a muchas residencias.

Si buscamos un gran ejemplo de veneración por los mayores, lo encontramos en Japón. En el Día de Respeto a los Mayores, Keiro no Hi, estos pueden cenar gratis en restaurantes al tiempo que los escolares llevan comida a los que no pueden salir. >



— Salud

Sin salir del país, podemos llevar nuestra emotividad al máximo en Tokio yendo al restaurante The Restaurant of Mistaken Orders. Allí serás atendido por personas con demencia; sabes que pedirás una cerveza y no sabes lo que recibirás. No pasa nada, hay un propósito y se busca la conexión.

Mucho más cerca, en Zaragoza, la Residencia Betania es un ejemplo de inclusión de los residentes en la comunidad y viceversa. Cuenta con una sala de 80 m² a disposición de actividades sociales o culturales, de manera que en el pasado mes de junio de 2024 acogieron la proyección de seis largometrajes del Festival Ecozine, lo que fortaleció la comunicación entre generaciones. Su distribución interna simula una pequeña ciudad con calles y números para facilitar la orientación de personas con alzhéimer, que circulan con libertad.

Si nos desplazamos hacia el sur de la península, encontraremos en Córdoba la Residencia María Auxiliadora, en la que mil actividades llenan de vida a los mayores. Recrean el programa *First Dates* entre los residentes de los once centros de la entidad propiciando nuevas relaciones. Incluso en ocasiones hacen realidad sueños como el de reencontrarse con un novio de antaño o ir al mar.

De forma transversal, hay empresas como Simbiotia, que trabaja en centros residenciales proporcionándoles la capa de humanidad que lo cambia todo: diseñan espacios a medida, jardines terapéuticos, lugares de socialización... Los residentes se sienten mejor y las familias están más motivadas para visitarlos.

¿Y EL FUTURO?

Lo vemos con incertidumbre, ya que la evolución de la población en el mundo es inquietante. Según el Instituto Nacional de Estadística, en España, en 2050, los mayores de 64 años representarán el 30% de la población, los mayores de 79 años se habrán duplicado desde 2024 y los centenarios se multiplicarán por 5,4. La tasa de dependencia avanzará desde el 0,31 en 2024 (tres personas en edad de trabajar por 1 persona mayor) hasta el 0,53 (casi una relación de dos a uno).



Feli bordando los nombres de la plantilla de Betania para que las personas con alzhéimer puedan llamarlos por su nombre.

Además, en 2022 el IMSERSO contabilizó 5.188 residencias en España y 381.514 plazas residenciales, un 26% de titularidad pública. Considerando la tendencia al alza de los mayores y la edad de los residentes, en 2050 el número de residencias tendría que duplicarse y deberían abrirse 180 centros nuevos cada año al promedio actual de 74 plazas por centro. Las inversiones podrían acercarse a los 1.000 millones de euros anuales.

Varias preguntas están en el aire. ¿Tendremos suficientes plazas para los mayores, aumentando las gestionadas públicamente para un mejor control? ¿Podremos pagarlas, cuando incluso el presupuesto público actual en dependencia, de 11.521 millones de euros en 2023 (un 0,8% del PIB), es insuficiente si lo comparamos con países de nuestro entorno?

Por ahora tenemos una sola respuesta: el pasado mes de junio el Consejo de Ministros aprobó el llamado Proceso de Desinstitucionalización (2024-2030) con financiación de los fondos europeos. Se trata de una transición desde un modelo de atención en entornos institucionalizados a un modelo de apoyos prestados en el entorno próximo de la persona, en su propio hogar, siguiendo la orientación de la Unión Europea. Si este nuevo modelo fuera un éxito, así como otras alternativas como el *co-housing senior*, las necesidades residenciales serían menores, pero los cambios no son inmediatos y el gran envejecimiento de la población, con casi 100.000 personas centenarias proyectadas para el 2050, hará que por muchísimo tiempo las residencias sigan prestando una parte importantísima de los cuidados.

En línea con la opinión de Salomé, Burgueño concluye que los interrogantes se despejarán y los derechos de los mayores a lo largo del tiempo estarán garantizados solo bajo el paraguas de un "gran pacto de Estado".



El Instituto de Biomecánica (IBV) apuesta por la IA para generar 'entornos inteligentes' en el cuidado de los mayores.

Daridorexant, un nuevo tratamiento para el mal de nuestro tiempo: el insomnio crónico

Julio Fernández

Farmacéutico comunitario
 @JulioFdez79

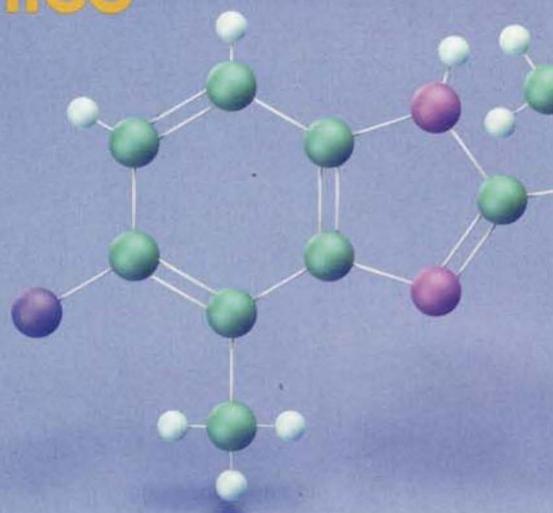
Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre el 20 y el 48 % de la población adulta española sufre algún trastorno del sueño, presentando dificultad o incapacidad para mantener el sueño toda la noche. De ese porcentaje, al menos el 10 % presentan un trastorno del sueño considerado como crónico o grave. A nivel mundial, afecta hasta al 15 % de la población.

Se considera insomnio crónico aquel trastorno caracterizado por la dificultad para iniciar y mantener el sueño, y que este sea de calidad. Es crónico cuando ocurre al menos 3 veces por semana durante periodos superiores a 3 meses, afectando a la calidad de vida y a la salud. Se trata de un problema de primer orden de salud pública, que disminuye no solo nuestro desempeño diario en el trabajo o a nivel académico, sino que además se considera un factor de riesgo para padecer depresión, ansiedad, diabetes, obesidad o enfermedades cardiovasculares.

¿Qué es daridorexant y para qué se utiliza?

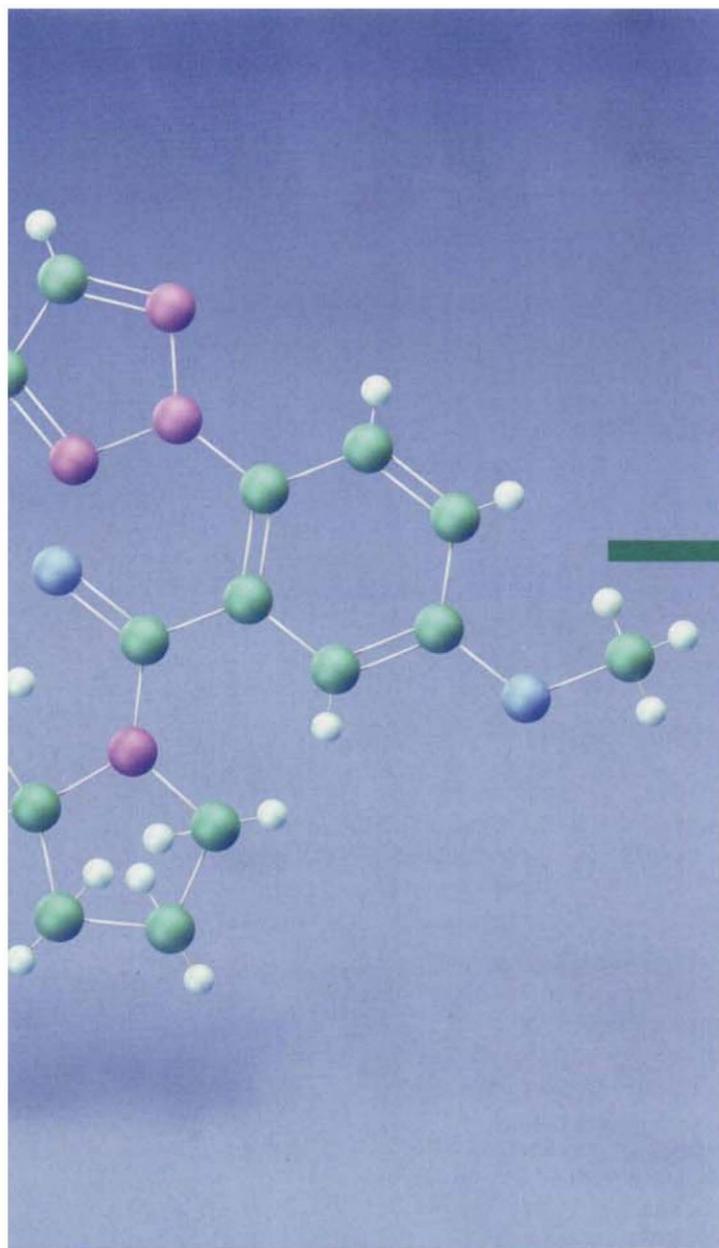
El principio activo daridorexant (Quviviq®), es un nuevo tratamiento para el insomnio crónico de aquellas personas cuya actividad diurna se ve afectada a consecuencia de la falta de descanso.

Desarrollado en un programa de investigación a medida, se descubrió cuando se estaba buscando una molécula que promoviera el sueño cubriendo toda la noche y que evitara la actividad residual a la mañana siguiente —como ocurre con otros medicamentos usados para tratar el insomnio, tales como benzodiazepinas—, como caídas, descoordinación motora, abuso, dependencia y tolerancia.





1 Octubre, 2024



Presenta un mecanismo de acción innovador, bloqueando la acción de orexina (antagonista dual del receptor de orexina; DORA), reduciendo el impulso de despertar y consiguiendo un sueño reparador»

medicamento

Se descubrió cuando se estaba buscando una molécula que promoviera el sueño cubriendo toda la noche y que evitara la actividad residual a la mañana siguiente»

Daridorexant presenta un mecanismo de acción innovador, bloqueando la acción de orexina (antagonista dual del receptor de orexina; DORA), reduciendo de este modo el impulso de despertar y consiguiendo un sueño reparador.

Orexina/hipocretina ejerce su actividad durante la vigilia activa, estando en silencio durante el sueño. Es un neuropéptido sintetizado en neuronas del hipotálamo.

Sus neuronas se consideran «multitarea», teniendo un papel importante en muchas funciones vitales, entre las que se encuentra el ciclo sueño-vigilia, con un papel principal en el mantenimiento de la vigilia. Las personas con narcolepsia presentan un déficit de neuronas de orexinas, lo que explica su patología y aporta evidencia sobre su papel en el mantenimiento de la vigilia.

Daridorexant aumenta el sueño REM (*rapid eye movement*) y no REM en proporciones fisiológicas sin cambiar la arquitectura del sueño, evaluado mediante encefalograma en roedores.

Daridorexant bloquea dos receptores de orexina (OX1R y OX2R), lo que explica el mantenimiento del sueño a lo largo de toda la noche, facilitando la conciliación de manera más rápida y haciendo que durante el día los pacientes se sientan menos cansados y con más energía.

¿Cómo se utiliza?

- Existen dos presentaciones: 25 mg (30 comprimidos), y 50 mg (30 comprimidos).
- La dosis recomendada es de 50 mg cada noche, media hora antes de acostarse.
 La presentación de 25 mg/noche se usará según criterios clínicos del prescriptor.
- No se han establecido la seguridad ni la eficacia en menores de 18 años.



1 Octubre, 2024

Manejo práctico en el mostrador

Daridorexant está indicado en mayores de 18 años con más de 3 meses de problemas relacionados con el sueño que afecten a su actividad diurna.

La recomendación fundamental para mejorar el insomnio es explicar la importancia de unos buenos **hábitos de higiene del sueño**, que faciliten el descanso y la conciliación del sueño.

1 Mantener unos horarios de sueño regulares, tanto a la hora de irse a dormir como de levantarse, sin desplazar esos horarios más de 2 horas los fines de semana o los días libres.

2 No hacer siestas. Si se tienen por costumbre, no han de superar los 30-45 minutos.

3 Tener rutinas antes de meterse en la cama, reduciendo el nivel de estímulos tanto físicos como intelectuales y dejando de lado cualquier dispositivo electrónico, que afecta a nuestros niveles de cortisol y dificulta la conciliación del sueño.

4 Reservar la cama para dormir, no para leer ni dedicarle más tiempo del necesario. Si transcurridos 15 minutos uno no ha conseguido dormirse, es preferible levantarse y hacer alguna actividad monótona, como escuchar la radio, hasta que vuelva a aparecer el sueño.

5 Evitar el consumo de sustancias estimulantes que contengan cafeína, tales como café o refrescos, o alimentos con mucho azúcar o chocolate. El alcohol, al menos 4 horas antes de acostarse, contrariamente a lo que pueda parecer, tampoco es recomendable porque afecta a la calidad del sueño. Las comidas copiosas a última hora del día tampoco ayudan; es mejor tomar alimentos al menos dos horas antes de meterse en la cama.

6 Mantener en la habitación unas condiciones adecuadas de luz, temperatura y ruido. Una habitación en silencio, con una temperatura adecuada y confortable mejora la capacidad de quedarse dormido.



Recomendación adicional

Realizar una actividad física regular y moderada ayuda a descansar mejor, pero no es aconsejable hacerlo a las últimas horas del día.

Como última recomendación, la cama es para dormir o para el sexo en pareja, evitando su uso para trabajar con el ordenador o para actividades recreativas en general.



1 Octubre, 2024

CUESTIONES A TENER EN CUENTA

- Tomar daridorexant tras una comida copiosa podría reducir su efecto sobre el inicio del sueño.
- Daridorexant, autorizado hace menos de un año, necesita prescripción médica y está sujeto a seguimiento adicional (triángulo negro) para detectar cualquier evento adverso nuevo y evaluar su seguridad.



- Tras 3 meses de tratamiento, se debe reevaluar la continuidad o no del tratamiento, para que este sea lo más corto posible.
- No precisa reducción de la dosis para su suspensión. Un dato que se debe tener en cuenta en caso de olvidar una toma: el paciente ya NO debe tomarse esa dosis durante la noche cuando se acuerde.

Contraindicaciones, interacciones y advertencias especiales

Está contraindicado en pacientes con narcolepsia y en quienes estén en tratamiento con medicamentos inhibidores potentes de CYP3A4 (entre ellos se encuentran claritromicina, diclofenaco, diltiazem, metronidazol, azoles antifúngicos, rifampicina e isoniazida para tratar la tuberculosis, anticonvulsivos como fenitoína y fenobarbital, y el zumo de pomelo). En pacientes que toman inhibidores moderados de la CYP3A4 (p. ej., eritromicina, ciprofloxacino, ciclosporina), la dosis recomendada es de 25 mg.

Dado que su solubilidad* depende del pH, la administración junto con famotidina reduce la concentración máxima en un 39 %.

Daridorexant puede empeorar la depresión y las conductas suicidas en pacientes tratados con hipnóticos.

Dado que reduce la vigilia, al comenzar el tratamiento se recomienda evitar el uso de maquinaria pesada o la realización de actividades que puedan ser peligrosas.

El uso con otros medicamentos depresores del sistema nervioso central (SNC) puede tener un efecto aditivo y podría ser necesario un reajuste de la dosis.

En pacientes con insuficiencia hepática moderada, se recomienda ajustar la dosis, ya que se aumenta la semivida respecto a personas sanas.

En pacientes con insuficiencia hepática grave no está recomendado.

En pacientes de edad avanzada hay que usarlo con precaución, ya que este grupo poblacional es más susceptible de sufrir caídas, cuya incidencia puede verse acrecentada por su uso

Si se toma con alcohol, daridorexant puede causar efectos adictivos en el rendimiento psicomotor, por lo que se recomienda evitar administrarlo a la vez que se bebe alcohol.

No existen datos relativos al su uso en embarazadas.

Se desconoce si se excreta en la leche materna, por lo que no se puede descartar el riesgo de somnolencia en el lactante.

¿Qué efectos adversos pueden producirse?

Los efectos adversos que se pueden esperar son parecidos a los que podría sufrir una persona con narcolepsia, tales como aumentar la necesidad de dormir, cataplejía, y alteraciones del sueño que incluyen alucinaciones al empezar a dormirse y al despertar.

Las reacciones más frecuentes, aparte de somnolencia, son cefaleas, mareos, náuseas y fatiga.

BIBLIOGRAFÍA

- <https://botplusweb.farmaceticos.com/FichaMUH/406818>
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221638002/FT_1221638002.html
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-insomnio-busca-del-tratamiento-ideal-S0716864021000924>
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/quviviq1>
<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link182.pdf>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526136/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6031739/>
<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link182.pdf>
 Nonclinical pharmacology of daridorexant: a new dual orexin receptor antagonist for the treatment of insomnia - PMC (nih.gov)



1 Octubre, 2024

—Toda tu vida laboral te ha llevado hasta donde estás ahora. Pero si volvieras a la casilla de salida, ¿qué cambiarías?

—Realmente, yo estoy aquí como consecuencia de mis aciertos y de mis errores, y me tomo los errores como campos de entrenamiento. Por tanto, no podría cambiar nada porque no estaría donde estoy, ni de la misma manera, que es como quiero estar. Pero sí hay un par de cosas que haría diferentes; por ejemplo, a veces me ha perjudicado mi imprudencia, y aunque no sé si sería capaz, haría un acto de contención. Eso sí que lo cambiaría.

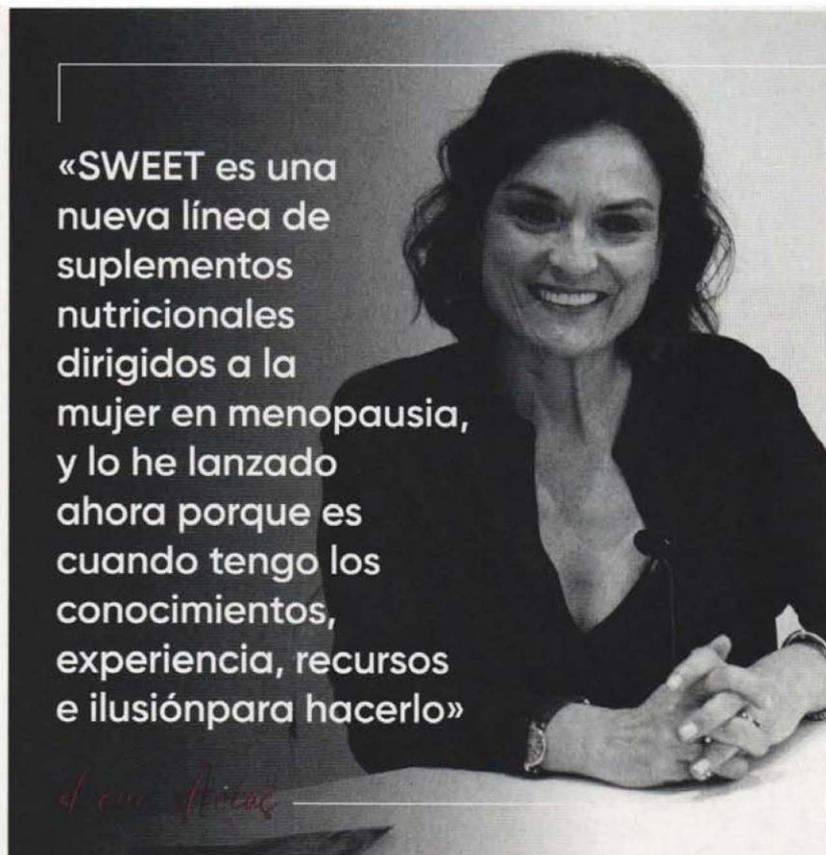
»Otra cosa que hice y que no volvería a hacer es que empecé trabajando en una empresa de distribución y, de repente, me harté, consideré que los valores de esa empresa estaban muy distantes de los míos, y me fui de la noche a la mañana, con una mano delante y otra detrás. Esto no lo volvería a hacer, me hubiera ido antes porque estuve un año sufriendo horriblemente y con un trabajo. Cuando dicen «Es que te vienen a buscar», yo pienso «¿Que te vienen a buscar?, ¿a dónde?». Nadie te va a buscar a ningún sitio. Eso para mí fue un crecimiento personal y profesional muy grande y también un sufrimiento. Creo que no es necesario eso que nos dicen de que tienes que sufrir; tienes que esforzarte, tienes que trabajar mucho, pero sufrir... Eso sí que lo cambiaría, aunque reconozco que ahí crecí mucho.

—Has sido pionera en el tema de la gestión por categorías. Ahora se habla mucho de este tema, pero ¿qué ha cambiado?, ¿sigue siendo tan importante?

—Yo creo que es la base. En mi experiencia de nada menos que de 31 años, para mí hay tres pilares en cuanto al éxito en un punto de venta. El primero es la gestión por categorías, que es la Gestión del Punto de Venta. Es fundamental saber qué marcas son las que quieres trabajar, entre otras cosas para no arruinarte.

»Además, tienes que definir las marcas que tú quieres trabajar basándote en el cliente al que te quieras dirigir, no al revés. Por tanto, yo me dirijo a un público determinado. Si tú decides trabajar marca España, es diferente a si trabajas todas las marcas. Si decides trabajar marcas nicho, no es lo mismo que trabajar marcas publicitarias, y la gestión por categorías es clave. ¿Dónde vas a poner el foco? Si es en la dermo, si es en la dietética, si es en la ortopedia... Todo esto tiene que ver con la gestión por categorías y con cómo vas a estructurar el local. La gestión por categorías sigue siendo de extraordinaria importancia. Para mí es la base.

»La segunda parte es la Gestión del Conocimiento. Si tú ya has decidido tus marcas y lo tienes todo per-



fectamente gestionado, eso es correcto. Pero ahora, ¿cómo vendes esto? Y la única manera que yo conozco de hacerlo legalmente es a través del conocimiento adaptado; es decir, tú tienes que estudiar, que es a lo que yo me dedico, y tienes que transformar ese conocimiento en una herramienta que sea digerible por el público al que te diriges, que es de todos los colores, de todas las razas, de todas las edades y de todas las formaciones.

»Y, por último, la Gestión de las Personas, que es el motivo por el que yo en 2006 empecé a hacer el primer máster de *coaching* en Inteligencia Emocional. Porque eso es lo verdaderamente difícil en un punto de venta, lo verdaderamente difícil en la vida, y lo que yo decía que cambiaría. Lo que ocurre es que tengo un perfil de comportamiento que es acción, acción, acción, romper moldes, cuestionar el orden establecido, y eso va unido a la imprudencia, y si encima me quitas años... Desde mi atalaya de hoy no puedo enmendar la plana de lo que hice antes, porque ahora tengo una experiencia y un conocimiento que no tenía antes. Y volviendo a la Gestión de las Personas, es lo más difícil. Dentro de mi máster de Dermofarmacia imparto durante un mes Gestión de Personas, y es como si estuviéramos en otro mundo, es donde más preguntas hay, donde más dudas hay y donde más quejas hay.



1 Octubre, 2024



—¿Por Gestión de las Personas te referes a gestionar los equipos o también a cómo gestionar las expectativas de la gente?

—Ambas. Cuando hablo de Gestión de las Personas hablo del cliente externo y del cliente interno, y siempre les pregunto «¿Cuál consideras que es más importante?». Y todos responden lo mismo: «El interno». Ahora mismo yo, que estoy haciendo esta entrevista contigo, tengo a una persona que está cogiendo el teléfono en

nombre de Asun Arias Training Group, y que está explicando una serie de cosas en mi nombre, y cada vez que trata a un cliente lo hace en mi nombre. Por tanto, yo tengo que enamorar, en primer lugar, a esa persona, para que esa persona enamore al cliente final. A quien más tengo que cuidar es a mi cliente interno, y cuando no te gusta tu equipo, a quien tienes que mirar es a ti, y eso es lo que no les gusta. ¿Por qué? Porque tu equipo es un reflejo de ti.

—Desde tu visión del sector, si tuvieras que elegir tres temas que van a marcar los próximos años, ¿cuáles serían?

—Eso va unido a la sociedad del bienestar, y a que la esperanza de vida en la mujer ya está cerca de los 86 años, aunque yo conozco a muchas personas centenarias. La Dermofarmacia, por supuesto. ¿Por qué? Porque nos preocupa nuestro aspecto, pero es que la Dermofarmacia no solamente es la arruga, también son las patologías de la piel. Como consecuencia de que dormimos mal, comemos peor, tenemos un estrés de la monda y lironda y una polución elevada a la exosfera, cada vez hay más patologías de la piel, cada vez hay más dermatitis atópica, cada vez hay más rosácea, cada vez hay más enfermedades autoinmunes. Por tanto, la Dermofarmacia, seguro. ¿Con qué base? La especialización. Y la especialización no es decir «Ahora me pongo el retinol y ahora me pongo el glicólico». Es que hay que saber y hay que estar a la vanguardia, y para ello hay que estudiar.

»Segundo, la Ortopedia. Y para ejercer la Ortopedia tienes que ser ortopeda, y hoy en día, desafortunadamente, hay títulos que te da la universidad pero que no te capacitan, y los necesitas porque sin ellos no puedes ejercer, y luego tienes que hacer «capacitativo», algo que te capacite. Yo soy ortopeda, aunque nunca he puesto el foco ahí porque no es lo que me gusta. Esto es muy importante, dedicarte a lo que realmente te apasiona, y yo he creado, junto con un experto en Ortopedia, un máster capacitativo, que lo hemos desarrollado aquí, en Asun Cube y en Barcelona, y la gente se tiene que buscar el título donde sea, pero han aprendido a llevar a cabo la Ortopedia.

»Y lo último, y más importante, la dietética y plantas medicinales, los complementos nutricionales. Eso es lo que ahora mismo más destaca y más va a destacar. Y dentro de este hay dos temas que son la columna vertebral: el sistema nervioso y el sistema digestivo, que van íntimamente unidos. Yo primero diría sistema digestivo, porque hay un eje intestino-cerebro del cual se habla muchísimo. El que tiene mal el sistema digestivo no puede tener bien el sistema nervioso, y el que tiene mal el sistema nervioso no puede tener bien el sistema digestivo. Y yo que paso algunas consultas, el 95 % están

“ A quien más tengo que cuidar es a mi cliente interno, y cuando no te gusta tu equipo, a quien tienes que mirar es a ti »



1 Octubre, 2024

relacionadas con el estrés, la ansiedad, la depresión, y con temas digestivos.

»¿Y qué es lo que ocurre? Que tenemos una oportunidad única en la Farmacia, que el médico está súper excesivamente especializado. El médico diagnostica pero desconoce todo lo que tenemos en la farmacia, que es alucinante. No todo vale, aunque si conoces lo que tenemos es triunfo seguro. Yo, de todos los cursos que imparto, el que más éxito tiene desde el primer día es el Máster de Micronutrición dirigido a la mujer en menopausia.

»Y esas son las tres patas del banco, desde hace ya tiempo, y yo veo el futuro de la Farmacia así. Veo que la asistencia primaria la va a hacer la Farmacia, y no me refiero solo al medicamento, yo no estoy centrada en el medicamento.

—¿Y tú crees que todo esto va a cambiar realmente la forma de la asistencia, el día a día de los farmacéuticos comunitarios?

—En general, no, pero sería lo ideal. Yo me dedico a estudiar y tengo el foco puesto en mi sector, y hacia dónde va. De las casi veintitrés mil farmacias que hay, unas mil quinientas lo tienen muy claro, entre dos y tres mil van y vienen, y el resto todavía se dedican a cortar el cupón y a decir si la Administración les quita un 5, un 10 o un 20 %. Esto es una decisión personal e intransferible, porque, claro, la farmacia sigue siendo una concesión administrativa, y esto hace que al tener la cruz verde en la calle la gente entre sin que el farmacéutico tenga que hacer nada.

—Si tuvieras que recomendar una formación a una persona recién salida de la carrera, ¿qué sería lo primero?

—Sin duda alguna, gestión, porque nosotros hemos estudiado una carrera sanitaria, y hasta que no entras en una carrera no se puede decir qué te gusta. Yo me acuerdo cuando entré en ese almacén de distribución, con 23 años me preguntaron si me gustaba lo comer-

cial, y dije «Es que no sé lo que es eso». Luego vi que realmente a mí lo que me gusta es vender, lo que no me gusta es vender humo. Me gusta vender con una base técnica, que es a lo que me dedico. En la carrera te enseñan muchísima química, farmacología, farmacognosia... Y además de todo esto, tienen una empresa. Y hoy en día, si te despistas un poco en el stock, te arruinas. Entonces, si alguien quiere ser farmacéutico, primero que haga la carrera y, segundo, que aprenda gestión.

«La gestión por categorías sigue siendo de extraordinaria importancia, para mí es la base»



—Y a los que ya llevan tiempo, ¿qué les recomendarías?

—Lo más importante de todo en la vida, y yo creo que es uno de los secretos de mi éxito, además de la pasión por todo, es tener claro el foco, qué es lo que quieres. Cuando yo monto este lugar, Asun Cube, que está en la zona más comercial de Madrid, podía haber puesto desde un bar hasta lo que me diera la gana, y sin embargo es un centro sobre todo de formación y un show room, y tenía claro que quería que fuera eso porque esa es mi vida. Entonces, si yo tuviera una oficina de farmacia, lo primero que me preguntaría es qué es lo que a mí me apasiona. Porque sin esa actitud y sin esa pasión, tú puedes tener un método pero no te sirve para nada. Además de esos tres puntos que he dicho, se puede añadir uno, que es el medicamento. Si tú te quieres centrar solamente en el medicamento, es una opción; yo no lo haría, pero es una opción.

»Una vez vista mi pasión, habría que decidir si quiero ser experta en Dermofarmacia, lo quiero ser en complementos nutricionales, quiero ser ortopeda; en las tres cosas no te puedes especializar porque no te da la vida. Yo, como he dicho, solo me dedico a estudiar y fui capaz de especializarme en Gestión por Categorías, cosa que dejé en 2017 porque no me daba la vida para más. Paralelamente a eso, me especialicé en Dermofarmacia, y llevo muchos años dedicada a los suplementos nutricionales, en los que ahora hay un boom, el mismo boom que hace 30 años hubo en Dermofarmacia. Y ese boom está unido a que se pone de moda algo, y al momento hay gente que ya te está comercializando un producto sin estudiarlo en profundidad.



1 Octubre, 2024

FARMA TEST

1

¿Qué te quita el sueño?

Normalmente son temas emocionales, y cuando alguien a quien quiero traiciona mi confianza, hasta que lo asumo me quita el sueño.

2

Un hábito de salud básico para todas las edades

Dormir y hacer ejercicio. No hace falta hacer triatlón, pero sí por lo menos caminar en la medida de lo posible.

3

¿Online u offline?

Todo el mundo que me ha visto *online*, que son muchísimos más que *offline*, cuando me ven en persona me dicen lo mismo: «Ganas en persona, no tienes nada que ver». Bueno, yo es que tengo una energía que no tiene nada que ver en persona a si estoy enlatada.



4

Un producto dermatológico por excelencia

El retinol, sin duda.

5

Una categoría en auge

La dietética y plantas medicinales, y dentro de eso, el sistema nervioso y el sistema digestivo.

6

El bulo más grande o el más extendido

El que más daño hace a la mujer, sin duda alguna, es decir que la terapia hormonal de la menopausia produce cáncer.

7

¿Qué sueño te gustaría ver cumplido este año?

Desde el lanzamiento de SWEET, me gustaría ver el *feedback* de la consumidora a la que va dirigida, y por supuesto el de las farmacias. Si alguien se plantea utilizar un complemento para los sofocos, mi sueño sería que el mío fuera el primero; si fuera un antimicrobiano herbáceo, el mío el primero, y así sucesivamente. Ese sería mi sueño y voy a luchar por él.

»Creo que lo que tiene que hacer la gente es tener muy claro qué es lo que quiere, y, si no, observar, analizar y ver foros donde hay otros farmacéuticos, ver qué profesionales son los que nos dedicamos a la formación y distinguir, porque no todos formamos igual ni con la misma intensidad, ni te especializas igual. Leer las revistas del sector.

—No podemos terminar sin preguntarte por tu nuevo proyecto. ¿Cómo te embarcaste en él?

—Jamás pensé en ello, jamás, porque realmente lo que a mí me gusta es estudiar. No me he cogido vacaciones durante mucho tiempo. De tres años a esta parte sí me

suelo coger diez días, a veces quince, de vacaciones, aunque eso no quiere decir que no estudie, porque es mi pasión.

»Hace unos tres años, una persona del sector, una farmacéutica, me propuso crear una línea de Dermofarmacia dirigida a la mujer en menopausia, que es uno de mis *expertis*, y yo dije: «¿Dermofarmacia? Pero qué horror, si hay más líneas que pelos tengo yo en la cabeza». Es más, cuando yo empecé hace 31 años había tres marcas; ahora hay tres nuevas al minuto, no me da tiempo a aprendérmelas y eso que solo me centro en el sector. Y le doy vueltas a todo, y pensé: «De dermo no, pero de micronutrición sí». ¿Por qué? Porque tengo un vastísimo conocimiento, me chifla, y además, en general, hay



1 Octubre, 2024

hablamos con...

un gran desconocimiento, hay pocos expertos y cuando yo paso consulta hay cosas que me faltan. Hay veces que para tratar un síntoma tengo que acudir a dos o tres complementos, y ahí empecé a darle vueltas. ¿Qué ocurre? Que este es un mundo en el que no sé si me hubiera metido.

—Pero te has lanzado...

—En realidad sí, estoy tan emocionada que la emoción me puede, aunque hay veces que es complicadísimo, es como si te estuvieran poniendo palos en la rueda todo el rato. No me extraña que la gente no cree, que no lance cosas, porque es muy complicado.

—¿En qué consiste esta nueva línea de suplementos?

—Decidí que fueran suplementos nutricionales dirigidos a la mujer en menopausia. ¿Qué ocurre? Que la mujer en menopausia tiene más de cien manifestaciones, y solo una es específica de la mujer, que son los sofocos. Todas las demás son de mujer, de hombre, son de todo el mundo. Con lo primero que salgo son cuatro suplementos, uno es para los sofocos, y esta es una fórmula, desde mi punto de vista, imbatible, porque no solamente he pensado en los sofocos. Hay tres cosas que le ocurren a la mujer en menopausia, yo la pasé el año pasado, y de las cien manifestaciones tengo seis, y no quiero tener ni una más porque es horrible. La primera son los sofocos, y yo he tenido que acudir a la terapia hormonal de la menopausia; por tanto, mi suplemento yo no me lo tomaría.

»En segundo lugar, el estado de ánimo y la irritabilidad. ¿Por qué? Porque no solamente bajan los estrógenos, es que además sube la nueva adrenalina, que es un neurotransmisor que también produce calor. Es decir, no solamente son los estrógenos, y baja la serotonina, que es la hormona de la felicidad. Si te baja la serotonina estás que no te aguantas ni tú, pero es que, si baja la serotonina, baja la melatonina y no pegas ojo. Imagínate qué círculo vicioso.

«Veo que en el futuro la asistencia primaria va a hacer la farmacia, y no me refiero solo al medicamento»



»En mi suplemento no solamente trato los sofocos, sino también el estado de ánimo, con la patente que ha demostrado su acción. Y ya puestos, digo pues voy a poner magnesio D3 K2 para la osteoporosis, pero no daría mi suplemento a alguien que tenga osteoporosis. En su lugar, tengo un actor principal, que son cuatro activos para los sofocos, una patente para el estado de ánimo, y luego le añado algo de energía, y le añado un complemento D3 K2 y magnesio para la osteoporosis.

La ansiedad es la segunda manifestación más importante, entonces creo un suplemento que no solamente es para la ansiedad sino también para el estado de ánimo, es decir, sería una mezcla de ansiolítico *light*, antidepresivo *light*.

»Este producto que lanzo no es único, aunque me gusta mucho cómo está formulado, evidentemente, porque lo he formulado yo con mi conocimiento. Pero después de 31 años en el mercado me he dicho: «Si yo tengo este síntoma, este y este, los activos que necesito son este, este y este». Yo formulo desde mi conocimiento, y desde el conocimiento de lo que hay en el sector con evidencia científica.

»El tercero que formulo, y que no existe, es un producto para la sequedad de piel y mucosas, desde la mucosa ocular, respiratoria, digestiva —aunque yo lo he formulado para mí, para qué os voy a decir otra cosa— y genitourinaria, que es la tercera manifestación, el síndrome genitourinario, que es horrible. Pero no hace falta pasar la menopausia, es que ya a partir de los 40 años se manifiesta cuando empieza toda la perimenopausia.

»Y el cuarto que saco es un antimicrobiano herbáceo. ¿Por qué? Porque yo veo que unas de las manifestaciones más importantes que tenemos las mujeres, en general toda la gente, son del tubo digestivo: candidiasis, infecciones de orina, SIBO y demás, y lo primero que hay que hacer es retirar patógenos. Además, la mucosa digestiva se altera con la bajada de estrógenos. Entonces lanzo un antimicrobiano herbáceo con aceites esenciales quimiotipados en una dosis altísima, y con extracto de semilla de pomelo. Este es imbatible, o sea, no hay ninguno con esta composición ni a esta concentración.



1 Octubre, 2024



»Y entonces, ¿cómo estoy? Pues como si fuera a tener trillizos, emocionada, feliz, con un ejército, que es una frase que yo no he creado, la creó una de mis alumnas. Me dijo: «Tú tienes un ejército de gente que te sigue». No te puedes imaginar cómo me estoy sintiendo apoyada, gente que hace 30 años que no veo, que han trabajado conmigo en distribución, y que me han escrito para preguntar «cuándo sale tu marca, porque quiero que las farmacias con las que trabajo la tengan, porque sé lo que vas a hacer».

»Ya he tenido muchos encuentros que hubiera preferido no tener, pero como también he dicho antes, el éxito tiene que ver con muchos fracasos, y para mí son campos de entrenamiento.

—¿Está ya disponible?

—En septiembre está en el mercado. Y hay gente que me decía «Como no lo has hecho antes, ya vas tarde». Y yo digo «Bueno, será que voy tarde para ti». Yo lo he lanzado ahora porque tengo el conocimiento, la experiencia, los recursos y la ilusión, y sin estas cuatro cosas no me hubiera embarcado. ¿Por qué? Pues porque es una apuesta muy fuerte, y tengo mucho que ganar y mucho que perder. Lo más importante es mi marca, *mi* marca.

»El otro día me preguntaban «¿Y cómo has conseguido la marca?». Es que yo no he creado la marca Asun Arias con premeditación y alevosía. Tengo una serie de valores que me han inculcado mis padres y así voy por la vida, trabajo, esfuerzo y pasión. No he hecho nada especial para tener mi marca, es hacer las cosas como yo las quiero hacer.

—Pero si has creado una marca personal...

—Claro, pero cuando yo lanzo algo al mercado la gente espera algo diferente, y eso a mí no me presiona porque yo trabajo así. Entonces, mi marca es sinónimo de hacer las cosas bien, lo cual no quiere decir que las haga bien, por lo menos intento hacerlo lo mejor que sé, y desde luego con la ética por delante. ¿Y que no tengo éxito con mi marca? Pues me comeré los siete mil botes que he tenido que hacer, o se los regalaré a mis amigos, no lo sé.

—¿El proyecto va asociado a formación?

—Claro, es la base de mi marca. Va asociado a una formación, extraordinaria; de hecho, tengo un grupo de embajadoras a las que ya he formado aquí, las he elegido, han tenido que hacer mi máster de menopausia porque si no es imposible que tengan el conocimiento que yo considero necesario.

»Y por otra parte es una formación que no existe en el sector, porque es una base para entender muy bien por qué he utilizado el ingrediente A, B o C, por qué he elegido en algunos casos patentes y en otros no, y cómo lo tengo que recomendar y a quién, para qué, cuándo se van a notar los resultados.

»Mi ginecóloga, que es la presidenta de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, no solo va a ser mi madrina, sino que además hablamos para ver cómo se pueden hacer estudios en un producto terminado. Mi línea va a ser de venta exclusiva en farmacia, no voy a vender a través de la web, y solo espero que la farmacia entienda que yo la voy a apoyar. Ahora yo salgo con la intención de por y para la farmacia, por y para la mujer, y ahí hasta la tumba.

“Tienes que estudiar, es a lo que yo me dedico, y tienes que transformar ese conocimiento en una herramienta”