

Gracias a este proyecto se realizan pruebas estandarizadas que analizan si existe deterioro cognitivo en las personas. **ALZHEIMER SORIA**

Detección temprana del deterioro de la memoria para luchar contra el olvido

La Fundación 'la Caixa' respalda el programa 'Find out', que busca retrasar los síntomas de posibles demencias

REBECA ADALIA

PALENCIA. Fomentar la detección temprana de la demencia, el olvido y el alzheimer en personas mayores. Ese es el objetivo que persigue la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria a través del Programa de detección precoz 'Find Out', que ha recibido el impulso de Fundación 'la Caixa' a través de las Convocatorias de Proyectos Sociales.

Con el fin de mejorar la vida de esas personas que empiezan a ver cómo su día a día cambia, la Asociación se convierte en un pilar fundamental y un complemento al sistema sanitario de Atención Primaria y al área Especializada de Salud en el proceso de diagnóstico. La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria es un apoyo funda-

mental para los pacientes. Ellos son una especie de salvavidas al que agarrarse antes del diagnóstico. Realizan pruebas cognitivas en profundidad a los pacientes con fallos de memoria, es decir, que hacen una valoración neuropsicológica a personas que aún no tienen un diagnóstico y son derivadas por su médico.

Mediante estas pruebas estandarizadas se analiza si existe deterioro cognitivo, qué áreas se encuentran afectadas, hasta qué punto y cómo afectan a su vida diaria. Asimismo, se analiza con un familiar de confianza los cambios y dificultades observadas. Los resultados de esta prueba son entregados y explicados al médico que le derivó, para que junto con el resto de pruebas se proceda a realizar un diagnóstico certero o se derive al paciente al servicio adecuado.

Alzheimer Soria lleva un Programa de Detección Precoz en colaboración con la Gerencia de Salud de Soria desde el año 2003. Este Programa es estrictamente sanitario y básicamente lleva a cabo todas las valoraciones neu-

rocognitivas, necesarias para un correcto diagnóstico de demencia o enfermedad de Alzheimer. También lleva aparejado un seguimiento de las personas con deterioro cognitivo y un apoyo y seguimiento de éstas en talleres. Este Programa se realiza en toda la provincia de Soria y en él participan todo el colectivo médico de Atención Primaria y Atención

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria trabaja en este programa de detección precoz de deterioro cognitivo y/o demencia

Se realizan valoraciones neuropsicológicas a las personas que acuden con fallos de memoria derivadas de su médico de Atención Primaria

Especializada de Soria capital y provincia.

La puesta en valor de este programa no es baladí, pues la iniciativa se implementa en la pequeña provincia de Soria, sin apenas recursos, y ubicada en la España vaciada, donde la población es muy escasa y envejecida. Por ello, viabilizar un proyecto de esta envergadura es muy difícil y complicado, y el apoyo económico de 49.650 euros de la Fundación 'la Caixa' ha sido clave.

Además, la asociación ha englobado este programa dentro de sus estrategias como entidad en coordinación con la Sociedad Española de Neurología y Criterios de Salud Pública.

Un valioso instrumento

Desde la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria valoran de forma muy positiva la implementación de esta iniciativa. «Llevamos muchos años con este proyecto y en la actualidad es un instrumento muy valioso de diagnóstico para la comunidad médica de Soria», explican. Para la entidad, este apo-

El diagnóstico temprano es una ventaja para el paciente y ayuda a iniciar un tratamiento específico en cada caso

yo económico ha sido un importante impulso puesto que este tipo de programas no suelen ser subvencionados. «Desde su puesta en marcha, hace ocho años, apenas hemos obtenido financiación. Por ello, la colaboración de Fundación 'la Caixa' ha sido muy valorada y hasta casi indispensable para la continuidad del proyecto en estos dos años. Estamos muy agradecidos», apuntan desde la Asociación.

Evolución del programa

Durante el año 2022, se llevaron a cabo un total de 112 valoraciones cognitivas a pacientes con fallos de memoria derivados desde los departamentos de Atención Primaria o Especializada. De estas cifras, 26 pacientes fueron dados de alta del programa de Detección Precoz, ya que no presentaban apenas deterioro, 62 pacientes fueron diagnosticados de Alzheimer o de deterioro cognitivo leve-moderado, de los cuales 18 utilizan el servicio de centro de día de la asociación y diez pacientes se encuentran actualmente en seguimiento dentro del programa, aconsejados por parte de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA) y por su médico, pues los fallos de memoria son consistentes pero todavía no cumplen los requisitos de un diagnóstico de demencia. Estos últimos son usuarios de los talleres de detección precoz, un total de cuatro han participado en el programa informático Gradior y otros tres en el taller tradicional de estimulación.

Lo mismo ocurrió en el 2023. El total de valoraciones efectuadas en este programa fue de 156. Por este motivo, es necesario mantener el programa con vida puesto que los buenos resultados arrojan que la estimulación cognitiva aplicada a estos pacientes –que debido a una valoración cognitiva precoz– evita en gran medida la posible una progresión del deterioro.

Por otro lado, desde Alzheimer Soria han decidido trabajar para que los datos obtenidos de este proyecto se puedan publicar y lleguen a los investigadores expertos en la materia del olvido. En definitiva, una acción más para cumplir con su razón de ser: «impulsar una atención integral y especializada en demencias y ser la voz de pacientes y familias ante las administraciones públicas y hacernos presentes en la sociedad».



Sí, dormimos peor en invierno, ¿sabes cómo remediarlo?

La melatonina y la serotonina juegan un papel clave, revelan los expertos

J. C. CASTILLO

ENTRÉ un 20 y un 48% de la población adulta española tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño. Es la última estimación de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que cifra en un 10% los casos relacionados con trastornos de sueño crónico. Entre estos últimos, "menos de un tercio de los pacientes busca ayuda profesional", explica el doctor Hernando Pérez, Coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN, quien recalca la vital importancia del sueño para el correcto funcionamiento de nuestro sistema nervioso. "Si no conseguimos dormir bien, se reduce la calidad de vida, aumenta el riesgo de hipertensión y, por tanto, de sufrir un accidente cerebrovascular. Pero, además, nuestras funciones cognitivas se ven afectadas: baja la concentración y la capacidad de atención, el tiempo de reacción aumenta, se pueden producir fallos de memoria, cambios bruscos de humor y alteraciones en el proceso de toma de decisiones, problemas de aprendizaje...", repasa. No, no suena bien.

Además, estas consecuencias se agravan, según ha demostrado la ciencia, durante los meses de invierno. Primero, por la reducción de la exposición a la luz solar y la forma en que esto afecta a nuestro ritmo circadiano (las oscilaciones de las variables biológicas que tienen lugar en intervalos regulares de unas 24 horas): "En invierno, las horas de luz son más cortas y la exposición reducida a la luz solar puede alterar el ciclo natural de sueño del cuerpo", indica Julia Siemen, entrenadora certificada en ciencias del sueño en Sleep Advisor. La experta también alude a cambios en la producción de melatonina (la hormona que induce el sueño) inherentes al periodo invernal: "Cuando el sol se oculta más temprano, hay una disminución 'menos dramática' en la melatonina en el momento de irte a la cama, por lo que el sueño se ve afectado". Dicha conclusión fue refrendada en 2001 por Thomas A. Wehr, quien a través de un estudio publicado en el *Journal of Biological Rhythms* relacionó una mayor producción de melatonina con la fatiga y el sueño fragmentado. Asimismo, se ha comprobado que dormir bien implica un descenso de la temperatura corporal, algo que es más difícil cuando el termómetro desciende de forma considerable: nuestro cuerpo lucha por mantenerse caliente, lo que dificulta alcanzar la llamada fase de sueño profundo (en que el organismo acomete sus procesos de reparación y se refuerzan tanto el sistema inmunológico como la memoria). Otros

La temperatura corporal dificulta llegar a un sueño profundo



factores que afectan a la calidad del sueño por estas fechas son los cambios en los hábitos de vida (solemos hacer menos ejercicio y pasar más tiempo en casa, lo que dificulta caer rendidos al llegar la noche) y un mayor consumo de sustancias estimulan-

tes (té, café, alcohol...) para combatir tanto el frío como los bajos estados de ánimo. Esto último nos lleva entre diciembre y febrero a una mayor incidencia del Trastorno Afectivo Estacional (TAE), conocido como depresión invernal y vinculado a la

menor producción de serotonina, un neurotransmisor relacionado con el control de las emociones. "Los afectados por TAE experimentan falta de energía y la necesidad de dormir más tiempo durante el invierno", detalla en su sitio web el Instituto de Investigaciones del Sueño, que también recalca el impacto de la mayor sequedad del aire en los ciclos de sueño-vigilia: "El uso de calefactores reduce la humedad en el ambiente, lo que puede hacer que sientas la garganta irritada, que tosas o que te escuezan los ojos y la nariz (especialmente si sufres alergia o tienes algún problema)", síntomas que inevitablemente nos roban horas de descanso nocturno.

Las mejores 'tips' para caer

Así, contrarrestar los condicionantes del invierno debería bastar para conseguir un sueño reparador. ¿Cómo? Si nos resulta imposible pasar más tiempo fuera de casa durante las horas de luz solar (dando caminatas por la mañana o al mediodía), podemos adquirir una lámpara de luminoterapia para casa. Utilizadas habitualmente en los países nórdicos, prometen mejorar nuestro estado de ánimo y bienestar además de cargarnos de energía. Lo ideal es optar por modelos con una intensidad mínima de 10.000 lux, consultando previamente a nuestro médico en caso de que padezcamos alguna enfermedad de la retina o estemos en tratamiento con sedantes o antidepresivos. Otra recomendación es mantener una rutina de sueño estricta, algo que varios estudios vienen confirmando desde la década de los 80 (el pionero fue el de Charles A. Czeisler, publicado en la revista *Science*): debemos acostarnos y levantarnos a las mismas horas, contando los fines de semana y evitando que las siestas se alarguen más allá de los 20 minutos.

También funciona mantener el dormitorio a una temperatura de entre 18 y 20 grados (en el caso de usar mantas térmicas o ropa de abrigo, procuraremos no pasar calor excesivo); practicar algún tipo de actividad física entre 30 y 60 minutos diarios (nunca antes de dormir); evitar consumir cafeína o bebidas energéticas más allá de las 14.00 horas y no tomar alcohol en las tres horas anteriores a meternos en la cama. Finalmente, algunas personas confían en la meditación a última hora del día para coger el sueño. Podemos usar alguna de las muchas aplicaciones móviles disponibles (sin prestar atención a las pantallas, ya que los expertos las prohíben una hora antes de dormir), escuchar música relajante o leer un libro hasta que los párpados comiencen a pesarnos.

Gracias a este proyecto se realizan pruebas estandarizadas que analizan si existe deterioro cognitivo en las personas. **ALZHEIMER SORIA**

Detección temprana del deterioro de la memoria para luchar contra el olvido

La Fundación 'la Caixa' respalda el programa 'Find out', que busca retrasar los síntomas de posibles demencias

REBECA ADALIA

PALENCIA. Fomentar la detección temprana de la demencia, el olvido y el alzheimer en personas mayores. Ese es el objetivo que persigue la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria a través del Programa de detección precoz 'Find Out', que ha recibido el impulso de Fundación 'la Caixa' a través de las Convocatorias de Proyectos Sociales.

Con el fin de mejorar la vida de esas personas que empiezan a ver cómo su día a día cambia, la Asociación se convierte en un pilar fundamental y un complemento al sistema sanitario de Atención Primaria y al área Especializada de Salud en el proceso de diagnóstico. La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria es un apoyo funda-

mental para los pacientes. Ellos son una especie de salvavidas al que agarrarse antes del diagnóstico. Realizan pruebas cognitivas en profundidad a los pacientes con fallos de memoria, es decir, que hacen una valoración neuropsicológica a personas que aún no tienen un diagnóstico y son derivadas por su médico.

Mediante estas pruebas estandarizadas se analiza si existe deterioro cognitivo, qué áreas se encuentran afectadas, hasta qué punto y cómo afectan a su vida diaria. Asimismo, se analiza con un familiar de confianza los cambios y dificultades observadas. Los resultados de esta prueba son entregados y explicados al médico que le derivó, para que junto con el resto de pruebas se proceda a realizar un diagnóstico certero o se derive al paciente al servicio adecuado.

Alzheimer Soria lleva un Programa de Detección Precoz en colaboración con la Gerencia de Salud de Soria desde el año 2003. Este Programa es estrictamente sanitario y básicamente lleva a cabo todas las valoraciones neu-

rocognitivas, necesarias para un correcto diagnóstico de demencia o enfermedad de Alzheimer. También lleva aparejado un seguimiento de las personas con deterioro cognitivo y un apoyo y seguimiento de éstas en talleres. Este Programa se realiza en toda la provincia de Soria y en él participan todo el colectivo médico de Atención Primaria y Atención

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria trabaja en este programa de detección precoz de deterioro cognitivo y/o demencia

Se realizan valoraciones neuropsicológicas a las personas que acuden con fallos de memoria derivadas de su médico de Atención Primaria

Especializada de Soria capital y provincia.

La puesta en valor de este programa no es baladí, pues la iniciativa se implementa en la pequeña provincia de Soria, sin apenas recursos, y ubicada en la España vaciada, donde la población es muy escasa y envejecida. Por ello, viabilizar un proyecto de esta envergadura es muy difícil y complicado, y el apoyo económico de 49.650 euros de la Fundación 'la Caixa' ha sido clave.

Además, la asociación ha englobado este programa dentro de sus estrategias como entidad en coordinación con la Sociedad Española de Neurología y Criterios de Salud Pública.

Un valioso instrumento

Desde la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Soria valoran de forma muy positiva la implementación de esta iniciativa. «Llevamos muchos años con este proyecto y en la actualidad es un instrumento muy valioso de diagnóstico para la comunidad médica de Soria», explican. Para la entidad, este apo-

yo económico ha sido un importante impulso puesto que este tipo de programas no suelen ser subvencionados. «Desde su puesta en marcha, hace ocho años, apenas hemos obtenido financiación. Por ello, la colaboración de Fundación 'la Caixa' ha sido muy valorada y hasta casi indispensable para la continuidad del proyecto en estos dos años. Estamos muy agradecidos», apuntan desde la Asociación.

Evolución del programa

Durante el año 2022, se llevaron a cabo un total de 112 valoraciones cognitivas a pacientes con fallos de memoria derivados desde los departamentos de Atención Primaria o Especializada. De estas cifras, 26 pacientes fueron dados de alta del programa de Detección Precoz, ya que no presentaban apenas deterioro, 62 pacientes fueron diagnosticados de Alzheimer o de deterioro cognitivo leve-moderado, de los cuales 18 utilizan el servicio de centro de día de la asociación y diez pacientes se encuentran actualmente en seguimiento dentro del programa, aconsejados por parte de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA) y por su médico, pues los fallos de memoria son consistentes pero todavía no cumplen los requisitos de un diagnóstico de demencia. Estos últimos son usuarios de los talleres de detección precoz, un total de cuatro han participado en el programa informático Gradior y otros tres en el taller tradicional de estimulación.

Lo mismo ocurrió en el 2023. El total de valoraciones efectuadas en este programa fue de 156. Por este motivo, es necesario mantener el programa con vida puesto que los buenos resultados arrojan que la estimulación cognitiva aplicada a estos pacientes –que debido a una valoración cognitiva precoz– evita en gran medida la posible una progresión del deterioro.

Por otro lado, desde Alzheimer Soria han decidido trabajar para que los datos obtenidos de este proyecto se puedan publicar y lleguen a los investigadores expertos en la materia del olvido. En definitiva, una acción más para cumplir con su razón de ser: «impulsar una atención integral y especializada en demencias y ser la voz de pacientes y familias ante las administraciones públicas y hacernos presentes en la sociedad».



Volver a ser (o casi) el que uno era con neurorrehabilitación

► Ictus y parkinson son las patologías en las que los pacientes logran mejores resultados mediante la robótica

B. Tobalina. Madrid

Miedo y mucha incertidumbre es lo que sentirán muchas de las 120.000 personas que sufren un ictus de media cada año en España. También sus familias. Máxime cuando se ha disparado su incidencia un 25% en pacientes de 20 a 64 años, sobre todo en la última década y especialmente los isquémicos, cuando ocurre una obstrucción o trombosis de un vaso cerebral.

«El incremento afecta a ambos sexos, pero hay diferencias según la edad. En la mediana edad, los ictus son más comunes en hombres por los factores de riesgo cardiovasculares clásicos. En jóvenes, afectan más a las mujeres por factores como el uso de anticonceptivos orales, embarazo y otros re-

lacionados con la salud femenina», explica el doctor Alejandro Durán, jefe de servicio de Neurología del Hospital Quirónsalud Vizcaya.

Se trata de la primera causa de discapacidad en España, además de la segunda causa de mortalidad, según la Sociedad Española de Neurología (SEN). Por eso ante cualquier síntoma no hay ni un minuto que perder. Resulta esencial recibir asistencia médica urgente. Una vez asistido, idealmente en una unidad ictus, hay que comenzar cuanto antes la rehabilitación. «La rehabilitación temprana puede ser beneficiosa porque la plasticidad neuronal es mayor en los primeros días, lo que facilita la recuperación de funciones», recuerda Durán.

«Tras una lesión neurológica, y la estabilización del cuadro clínico médica hablando, se puede empezar a trabajar. Es decir, si esto ocurre a las 48 horas de la lesión, se puede comenzar la recuperación porque es tiempo que se gana en la rehabilitación, pero siempre que el cuadro clínico sea estable y consensuado con el equipo médico», incide Sara García, fisioterapeuta especializada en neurorrehabilita-

ción robótica del mismo hospital.

Este centro médico ha puesto en marcha recientemente la primera Unidad de Neurorrehabilitación Robótica del País Vasco y dispone de dos salas especializadas: una destinada a la rehabilitación de extremidades superiores y otra enfocada en el trabajo con el tronco y las extremidades inferiores.

Ejesqueletos de miembros inferiores y superiores, sistemas de realidad virtual y aumentada, estimuladores de la plasticidad neuromotora y plataformas de equilibrio para mejorar la recuperación funcional de pacientes que han sufrido daño neurológico son algunas de las tecnologías diseñadas por Gogoa, fabricante de estos equipos, con las que cuenta esta Unidad.

«Al poder individualizar mejor las terapias a cada paciente, y objetivar mejor los resultados a través de los datos ofrecidos por la tecnología empleada en cada terapia, se pueden observar cambios más favorables, como de manera cuantitativa un menor riesgo a la caída en una enfermedad neurodegenerativa como la ELA, o emplear ayudas técnicas de menor apoyo durante los desplaza-

120.000

personas sufren un ictus de media cada año en España, según datos de la SEN

25%

ha aumentado su incidencia en pacientes de 20 a 64 años, sobre todo los isquémicos

QUIRÓNSALUD



mientos tras sufrir un ictus, o poder volver a subir escaleras tras una lesión medular incompleta; o incluso contemplar objetivos más exigentes, que no podrían plantearse en otras terapias más comunes», detalla García.

Es especialmente beneficioso para aquellos pacientes que enfrentan desafíos significativos en la recuperación de funciones motoras básicas. De este modo «se han visto mejoras en gran parte de las patologías neurológicas; pero sí que es cierto que, en lesiones medulares incompletas, tras un ictus o en el diagnóstico de Parkinson, se suelen ver mayores mejorías», destaca la fisioterapeuta.

Otra ventaja es que la neurorrehabilitación robótica permite realizar movimientos funcionales repetitivos y específicos de forma más intensiva que con métodos tradicionales, lo que estimula la neuroplasticidad y acelera la recuperación motora.

Además, los dispositivos recopilan datos precisos sobre el rendimiento del paciente, «lo que facilita ajustes constantes y evidencia del progreso, promoviendo una terapia más efectiva», añade. Así, en el caso de querer trabajar el equilibrio, se suele emplear «una plataforma estabilométrica, donde generamos una superficie más o menos inestable, dependiendo de cada persona y la fase de recuperación en la que esté, y entrenan teniendo que ir haciendo movimientos estáticos, provocándoles cambios en el centro de gravedad con mayor o menor grado», detalla García.

«También –prosigue– solemos complementar la velocidad de reacción a través de unas luces de entrenamiento para generar respuestas cada vez más rápidas, y un software de realidad virtual donde se pueden plantear ejercicios que obliguen al paciente a moverse por la sala, o crear posiciones más exigentes, como estar a la pata coja».

Y al poder saber que el paciente va evolucionando se logra que este esté más motivado. Y eso se nota. «Todos mejoran tras realizar una terapia como esta», asegura la fisioterapeuta. Pero sí que es cierto que «cada lesión es única, y hay veces que, por desgracia, no se consigue el 100% de su recuperación por las secuelas tan severas que sufre la persona», admite. En todo caso, siempre es una mejoría respecto al punto de partida inicial.

El Hospital Quirónsalud Vizcaya cuenta con una Unidad de Neurorrehabilitación Robótica



Sí, dormimos peor en invierno, ¿sabes cómo remediarlo?

La melatonina y la serotonina juegan un papel clave, revelan los expertos

Texto: J. C. Castillo

Entre un 20 y un 48% de la población adulta española tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño. Es la última estimación de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que cifra en un 10% los casos relacionados con trastornos de sueño crónico. Entre estos últimos, «menos de un tercio de los pacientes busca ayuda profesional», explica el doctor Hernando Pérez, Coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN, quien recalca la vital importancia del sueño para el correcto funcionamiento de nuestro sistema nervioso.

«Si no conseguimos dormir bien, se reduce la calidad de vida, aumenta el riesgo de hipertensión y, por tanto, de sufrir un accidente cerebrovascular. Pero, además, nuestras funciones cognitivas se ven afectadas: baja la concentración y la capacidad de atención, el tiempo de reacción aumenta, se pueden producir fallos de memoria, cambios bruscos de humor y alteraciones en el proceso de toma de decisiones, problemas de aprendizaje...», repasa.

No, no suena bien. Además, estas consecuencias se agravan, según ha demostrado la ciencia, durante los meses de invierno. Primero, por la reducción de la exposición a la luz solar y la forma en que esto afecta a nuestro ritmo circadiano (las oscilaciones de las variables biológicas que tienen lugar en intervalos regulares de unas 24 horas): «En invierno, las horas de luz son más cortas y la exposición reducida a la luz solar puede alterar el ciclo natural de sueño del cuerpo», indica Julia Siemen, entrenadora certificada en ciencias del sueño en Sleep Advisor.

La experta también alude a cambios en la producción de melatonina (la hormona que induce el sueño) inherentes al periodo invernal: «Cuando el sol se oculta más temprano, hay una disminución 'menos dramática' en la melatonina en el momento de irte a la cama, por lo que el sueño se ve afectado». Dicha conclusión fue refrendada en 2001 por Thomas A. Wehr, quien a través de un estudio publicado en el 'Journal of Biological Rhythms' relacionó una mayor producción



ADOBESTOCK

de melatonina con la fatiga y el sueño fragmentado.

Asimismo, se ha comprobado que dormir bien implica un descenso de la temperatura corporal, algo que es más difícil cuando el termómetro desciende de forma considerable: nuestro cuerpo lucha por mantenerse caliente, lo que dificulta alcanzar la llamada fase de sueño profundo (en que el organismo acomete sus procesos de reparación y se refuerzan tanto el sistema inmunitario como la memoria).

Otros factores que afectan a la calidad del sueño por estas fechas son los cambios en los hábitos de vida (solemos hacer menos ejercicio y pasar más tiempo en casa, lo que dificulta caer rendidos al llegar la noche) y un mayor consumo de sustancias estimulantes (té, café, alcohol...) para combatir tanto el frío como los bajos estados de ánimo. Esto último nos lleva entre diciembre y febrero a una mayor incidencia del Trastorno Afectivo Estacional (TAE), conocido como depre-

sión invernal y vinculado a la menor producción de serotonina, un neurotransmisor relacionado con el control de las emociones. «Los afectados por TAE experimentan falta de energía y la necesidad de dormir más tiempo durante el invierno», detalla en

su sitio web el Instituto de Investigaciones del Sueño, que también recalca el impacto de la mayor sequedad del aire en los ciclos de sueño-vigilia: «El uso de calefactores reduce la humedad en el ambiente, lo que puede de hacer que sientas la garganta irritada, que tosas o que te escuezan los ojos y la nariz (especialmente si sufres alergia o tienes algún problema)», síntomas que inevitablemente nos roban horas de descanso nocturno.

Las mejores 'tips' para caer

Así, contrarrestar los condicionantes del invierno debería bastar para conseguir un sueño reparador. ¿Cómo? Si nos resulta imposible pasar más tiempo fuera de casa durante las horas de luz solar (dando caminatas por la mañana o al mediodía), podemos adquirir una lámpara de lumoterapia para casa. Utilizadas habitualmente en los países nórdicos, prometen mejorar nuestro estado de ánimo y bienestar además de cargarnos de energía. Lo ideal es optar por modelos con una intensidad mínima de 10.000 lux, consultando previamente a nuestro médico en caso de que padecemos alguna enfermedad de la retina o estemos en tratamiento con sedantes o antidepresivos.

Otra recomendación es mantener una rutina de sueño estricta, algo que varios estudios vienen confirmando desde la década de los 80 (el pionero fue el de Charles A. Czeisler, publicado en la revista 'Science'): debemos acostarnos y levantarnos a las mismas horas, contando los fines de semana y evitando que las siestas se alarguen más allá de los 20 minutos.

También funciona mantener el dormitorio a una temperatura de entre 18 y 20 grados (en el caso de usar mantas térmicas o ropa de abrigo, procuraremos no pasar calor excesivo); practicar algún tipo de actividad física entre 30 y 60 minutos diarios (nunca antes de dormir); evitar consumir cafeína o bebidas energéticas más allá de las 14.00 y no tomar alcohol en las tres horas anteriores a meternos en la cama.

Finalmente, algunas personas confían en la meditación a última hora del día para coger el sueño. Podemos usar alguna de las muchas aplicaciones móviles disponibles (sin prestar atención a las pantallas, ya que los expertos las prohíben una hora antes de dormir), escuchar música relajante o leer un libro hasta que los párpados comiencen a pesarnos.

La temperatura corporal dificulta llegar a un sueño profundo



Ana Abizanda. MADRID

Cuando se conocieron, Ana del Alto tenía 21 años y José Luis Fernández, 29. Pese a lo insólito del lugar de su primer encuentro, un tanatorio al que ella acudió a dar el pésame a su nuevo jefe, al que todavía ni siquiera conocía en persona y cuya hermana acababa de fallecer, el amor apareció casi al instante. Quedaron para verse al día siguiente, y desde entonces no se han separado. Ella era todo lo que José Luis esperaba encontrar: muy cariñosa y alegre pero al mismo tiempo serena, tierna, «y con un arte que no se podía aguantar», recuerda él.

A los pocos días de empezar su relación ella le dijo que tenía que irse para ir a cuidar de su padre, que tenía alzhéimer con 45 años. A él le sorprendió, era el año 1997 y en España aún no se sabía gran cosa sobre el alzhéimer de tipo hereditario, del que se calcula que en nuestro país hay entre un 0,5% y un 1% de casos entre quienes padecen esta enfermedad, y cuyos síntomas comienzan mucho antes de los 60 años, en torno a los 40, aunque hay casos en personas mucho más jóvenes. La enfermedad de Alzhéimer es la forma más común de demencia, degenerativa, incurable y terminal, y si se trata de genético el hijo de una persona que lo padezca tiene el 50% de posibilidades de padecerlo.

Por sus antecedentes, Ana estaba sobre alerta y compartió sus temores con José Luis. «Hablábamos mucho de ello, pero intentábamos no presionarnos sobre el tema, ni que nos hiciera sentir mal en el día a día. Sabíamos que podía pasar, y que había que estar atentos», señala él. Pese a todo, se casaron y formaron una familia. Primero llegó un chico, y luego, gemelas.

Según se acercaba Ana al límite de los 40 años, «el malestar a veces, solo a veces, era un poco peor». Hasta que la incertidumbre se hizo realidad. Una noche José Luis le dio a Ana una autorización del colegio de sus hijos para que la firmara, y al devolverla él vio con asombro que ella había dibujado en el papele el rostro de una marca de pan de molde. Cuandolo preguntó, Ana no recordó haberlo hecho. «Entonces nos miramos, ella empezó a llorar. Luego empiezas a recordar, y ves detalles que habían pasado e ignoramos. Eso pasa en el 100% de los casos de alzhéimer», afirma José Luis.

Y el tsunami comenzó. Pese a que la pérdida de memoria es el síntoma

Alzhéimer hereditario: cuando un gen se convierte en una espada de Damocles

►José Luis Fernández, marido de Ana del Alto, a quien se lo diagnosticaron a los 39 años, cuenta qué ha supuesto para su familia estos años cara a cara frente a esta dura enfermedad



José Luis y Ana posan con camisetas de un cuadro que ella pintó

más habitual asociado a esta enfermedad, también hay otros muchos, como cambios en la personalidad, problemas de atención, deterioro en el movimiento o dificultad para comunicarse, entre otros. En el caso de Ana, en esos primeros años a lo anterior vino a sumarse otro devastador para ella y su familia: sufría crisis de agresividad en las que llegó a atacarlos de forma muy violenta.

En este punto hay que señalar que, según señala Raquel Sánchez-Valle, neuróloga del Hospital Clínico de Barcelona y coordinadora del grupo de estudio de la neurología de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología, esta agresividad, que no se da en todos los pacientes «y que habitualmente es más verbal», puede llegar «a ser física, lo que está muy relacionado con la fase en la que los pacientes dejan de entender el medio».

En ese momento pueden «interpretar cosas que no son agresiones como si lo fueran». Es decir, por ejemplo cuando tienen que desvestirse y necesitan la ayuda de otra persona, pero cuando ésta va a quitarles la ropa los enfermos lo perciben como una agresión y reaccionan. O, por ejemplo, cuando quieren salir a la calle y son las tres de la mañana, y el cuidador no les deja, y empiezan a dargolpes. «Esto ocurre en fases determinadas, cuando el paciente empieza a no entender el medio, o no poder expresar bien, y entonces muchas veces es más una reacción de defensa, o de frustración», sostiene Sánchez-Valle.

Ana también sufrió deambulación errática, afirma José Luis: «Había veces que hacía decenas de kilómetros dentro de casa». «Esto responde a la incapacidad de poder estar quieto, también pensando que muchas veces estos pacientes no se entretienen con nada, y la única forma que tienen es la deambulación», que también sucede en fases de «demencia moderadamente severa», corrobora la doctora.

En estos primeros años de la enfermedad José Luis no duda en confesar que planearon acabar con la vida de Ana, sobre todo por la falta de apoyo de las autoridades. «Vivimos en un mundo de hipocresía y de desconocimiento absoluto, y a nosotros nos lo ha hecho pasar muy mal el Estado, y me da igual el partido, lo he vivido con unos y con otros», se lamenta. Al final «me devuélve en parte la suerte, como tuvimos que atarla en ese tiempo nos daba tiempo a relajarnos de la violencia», recuerda. Y también que el estado de Ana empeoró. Aún así, el precio a pagar fue muy alto: su hijo

Ana lleva cinco años encamada. Su esperanza de vida está en torno a los 20 años





El arte, su terapia milagrosa

►En su descenso hacia el olvido, Ana del Alto se aferró al arte. Con una pasión desatada, pintó cientos de cuadros en un intento de luchar contra el progreso de la enfermedad. Gracias a ello «estuvo bien seis años, la media de edad para que hubiera perdido la razón eran tres», señala su marido. «Llegó un momento en que no me conocía pero sí a Clint. Y pintaba de cabeza, sin copiar. Hizo cerca de 300 obras, pero rompió muchas porque no se quedaba a gusto con ellas», añade. De las 32 que se salvaron se hicieron copias que han

mayor estuvo cuatro años en un protocolo antisuicidio, de los 13 a los 17. Antes de quedar postrada en cama y sin posibilidad de comunicarse, el matrimonio tuvo muchas conversaciones sobre cómo sería el futuro. A ella lo que más le preocupaba eran sus hijos, «no quería que vieran esto», pero además sabiendo que hay un 50% de posibilidades de que su hijo o las gemelas tengan la enfermedad. «Mis hijas cuando tengan 18 años van a firmar la ley de eutanasia con voluntades anticipadas. ¿Qué chaval hoy con 18 años lo hace? Esta enfermedad es una espada de Damocles», lamenta.

Algun lector se preguntará qué llevó a la pareja a tener descendencia con esos antecedentes. Y José Luis lo aclara: en esos años «nadie nos avisó de que esto podía pasar, no había protocolo en este sentido, ni pruebas genéticas (Anase la hizo por primera vez en 2017, su hijo mayor había nacido 13 años antes, en 2004), incluso algunos médicos les llegaron a decir que el hecho de que el padre de Ana tuviera alzhéimer y ella también era «simple casualidad». Al final, sin evidencia científica, pudo el deseo de ser padres.

El coste económico y emocional de hacerse cargo de un enfermo de estas características es enorme. Respecto a lo primero, José Luis afirma que ha llegado a tener a tres personas en nómina, a las que pagaba 80.000 euros al año en total. Ellos lograron afrontar esta situación tras lograr que a ella le concedieran la gran invalidez, aunque en un primer momento, cuando ya estaba encamada, le concedieron una discapacidad del 56%. «El que le dieran

donado a asociaciones, y cuyas ventas se destinan a asociaciones de pacientes, y que se han mostrado en diversas exposiciones. La última, «Alzhéimer y arte unidos», se muestra en el Museo de Etnografía de Jumilla (Murcia) hasta el próximo día 28. La familia de Ana ha donado la colección de los 32 cuadros a la asociación AFAD Jumilla, después de que José Luis conociese el caso de Elisa Martínez, enóloga de 50 años diagnosticada de alzhéimer, que ha sido capaz de elaborar «otra obra de arte», el vino solidario Evol.

un 56% con un alzhéimer severo encamado te dice lo que tenemos en España», se lamenta. Además, arremete contra la Ley de Dependencia, incompatible con la gran invalidez: «El Estado te vende humo, la golosina, y mucha gente cuela».

Sobre el impacto personal que ha tenido en él como cuidador, ha sido muy alto: «Tuve que dejar mi trabajo, de ser padre, durante unos años me anulé. Todo giraba en torno a la enfermedad», y puso fin a sus relaciones sociales. La enfermedad afectó también a un aspecto muy importante en una pareja, pero del que apenas se habla: el sexo, que se convirtió en un juicio continuo de José Luis hacia sí mismo en la época en la que Ana aún no había perdido del todo el contacto con la realidad, porque había momentos en que lo que empezaba como una relación consentida y deseada por ambos se transformaba en lo contrario a pesar unos minutos después, y había que estar pendiente de no traspasar la «línea roja».

«El alzhéimer es muy poderoso, pero también es mi gran maestro», destaca. Convivir día a día con Ana ha dado a su marido una visión globalizada de la enfermedad. «Me quedo con lo positivo, que es quererla más que el primer día. Además me ha hecho mejor persona, y ver a mi mujer como una persona digna, y saber que no me equivoco al casarme con ella». La supervivencia media de estos enfermos es de unos 25 años. Cuando empezó «la carrera de fondo, sin meta», él la dijo: «Ana, tu enfermedad es mi enfermedad», y aquí siguen, sin ver la línea de meta pero juntos.



Ángela Lara. BARCELONA

El segundo lunes de febrero se conmemora el Día Internacional de la Epilepsia, una de las enfermedades neurológicas más frecuentes que se caracteriza por la presencia de crisis epilépticas y por la predisposición del cerebro a generar dichas crisis.

¿En qué consiste la epilepsia?
¿Cómo se manifiesta?

Es la consecuencia de descargas eléctricas del cerebro, que suceden de manera espontánea, y esto se manifiesta como crisis epilépticas. Estas crisis pueden ser convulsiones, pero más frecuentemente aparecen otro tipo de síntomas, como ausencias, visiones o sensaciones que suelen ser siempre recordadas al tiempo que dura esa descarga eléctrica no controlada.

¿Esta pue tiene un gran impacto en la vida de quién la padece?
¿Se asocia a una elevada discapacidad o mortalidad?

Sí. En cuanto a la discapacidad, ésta es de las enfermedades neurológicas que causa mayor discapacidad a lo largo de la vida, porque, el hecho de poder padecer las crisis de manera espontánea, hace que estas personas tengan restricciones en el trabajo, en el transporte... incluso en el tiempo libre. Si hablamos de la mortalidad, el padecer una crisis epiléptica puede tener como consecuencia directa el fallecimiento de esa persona, pero además en estudios recientes se ha visto que las personas con epilepsia pueden tener una esperanza de vida reducida unos 10 o 15 años. Y es que, por sé, las crisis epilépticas pueden producir mayor mortalidad, pero además hay otra serie de síntomas que se asocian a la epilepsia, como la enfermedad psiquiátrica, que pueden favorecer la mortalidad precoz de estas personas.

¿Cuál es su incidencia? ¿Cabría distinguir entre un ataque epiléptico puntual y la enfermedad en sí?

Aproximadamente, el 10% de la población sufrirá una crisis epiléptica o pérdida de conciencia a lo largo de su vida por algo que lo provoque, como un golpe en la cabeza, una fiebre grande, una falta de riego cerebral durante un minuto... De este 10%, un 1% o menos va a tener epilepsia, que no es más que esa predisposición a seguir teniendo crisis epilépticas. Es decir, el 9% de la población tiene una crisis en su vida y no tiene

más y un 1% se queda con el diagnóstico de epilepsia y éstos, por lo tanto, son los que necesitan un tratamiento para evitar esa recurrencia. La incidencia de la epilepsia estimada en nuestro entorno, en España, se considera que es de entre 400.000 y 500.000 personas y al año aparecen en torno a unos 40 nuevos casos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, es probable que estas cifras estén infraestimadas, ya que la epilepsia tiene un gran estigma, porque por el diagnóstico una persona ya no puede ser policía, no puede trabajar en el mundo de la aeronáutica, no tiene acceso a ciertas actividades de dis-

Manuel Toledo

Coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia

«La gente esconde la epilepsia para no verse limitada. Hay mucho estigma»

«El 10% de la población sufrirá una crisis epiléptica a lo largo de su vida y solo un 1% se queda con el diagnóstico»



Se está trabajando en tratamientos que, más allá de tratar las crisis, van a curar la enfermedad»

epilépticas. Con esto somos capaces de decirle a la persona si tiene riesgo de que su crisis epiléptica vuelva a suceder.

¿Existe cura o es una enfermedad crónica?

Normalmente es una enfermedad crónica. Hay epilepsias, sobre todo en niños, que, por sí solas, con la maduración del cerebro, se curan, pero en general es una enfermedad crónica que necesita tratamiento. Es parecido al colesterol: si tomamos las patillas del colesterol, no tenemos colesterol, pero necesitamos tomar las pastillas y con la epilepsia sucede lo mismo en más de la mitad de los casos. Sin embargo, entre el 30% o 40% de los casos son lo que se llaman epilepsias resistentes al tratamiento y entonces hay que buscar el tratamiento que reduzca las crisis al máximo.

¿Se conocen las causas?

En un 60% de los casos somos capaces de identificar mediante las pruebas diagnósticas cuál es la causa de la epilepsia, pero hay un 40% de los casos en los que esto no es posible. Con la llegada del diagnóstico genético, que ha surgido en los últimos diez años más o menos, hemos conseguido aumentar el número de epilepsias de las que conocemos las causas, pero a día de hoy aún hay un 40% de las que no conocemos las causas. Las causas más habituales son el traumatismo craneoencefálico, los tumores cerebrales y ictus. Éste último está asociado a la edad y como la población está cada vez más envejecida, hay más ictus y, por lo tanto, más epilepsia. Así, se puede hacer una prevención secundaria teniendo un estilo de vida saludable, que nos hará tener un cerebro menos irritable, y lo que es mandatorio en la epilepsia, sobre todo, es seguir unos horarios de sueño regulares, porque la falta de sueño favorece la aparición de crisis epilépticas.

¿Qué mensaje lanzaría por el Día Internacional de la Epilepsia?

Yo lanzaría un mensaje de esperanza e ilusión. Los que trabajamos en el campo de la epilepsia a todos los niveles estamos buscando soluciones para los pacientes y se están abriendo muchos campos de tratamientos, incluso con tratamientos que más allá de tratar las crisis epilépticas, van a modificar la enfermedad para que los pacientes tengan una vida autónoma. Es decir, ahora hay tratamientos para evitar las crisis, pero en el futuro queremos tratamientos que modifiquen y eviten la aparición de estas crisis, que curen la enfermedad.

SANIDAD

Las plataformas sanitarias reivindican con 15.000 firmas una unidad de ictus

Estos colectivos, con actividad en la capital y en varias comarcas, registrarán el viernes la petición • Piden una implantación rápida y que no se demore como radioterapia

ÁVILA 67



Las plataformas sanitarias entregarán 15.000 firmas para pedir la unidad de ictus

Los grupos que encabezan esta campaña, de la capital y diversas zonas de la provincia, llevarán la petición a la Consejería de Sanidad el próximo 21 de febrero

BEATRIZ MAS / ÁVILA

La petición de la unidad de ictus para Ávila se escenificará el próximo 21 de febrero cuando se entreguen las 15.000 firmas recogidas por diversas plataformas sanitarias que se encargaron de la campaña para intentar recabar el apoyo a esta reivindicación por parte de los vecinos de Ávila.

Las Plataformas por la Defensa de la Sanidad Pública de Ávila, Arévalo/La Moraña; Piedrahita/El Barco y Valle del Tiétar fueron quienes materializaron esta recogida de firmas, que comenzó el pasado mes de octubre y que ahora se da por cerrada tras conseguir 15.000 apoyos. Con estas firmas acudirán a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León el próximo 21 de febrero y así hacer entrega de la solicitud y los apoyos que tiene la misma.

Desde las plataformas tienen claro, y así lo dijeron en su día la de Ávila, que su objetivo es conseguir la puesta en marcha de la unidad de ictus en el Complejo Asistencial abulense. Además, quieren que sea una puesta en marcha con el plazo de tiempo más reducido posible por lo que incluso se puso de ejemplo la radioterapia, que se tuvo que esperar diez años. Ellos no quieren vivir las mismas circunstancias.

Con esa intención comenzaron la recogida de firmas el pasado mes de octubre en la capital, con su extensión a la provincia. Ya entonces se dejó claro que se quería la puesta en marcha de este servicio con carácter urgente y se vio el apoyo recibido con las primeras 500 firmas que se recogieron en la capital y que se sumaban a las que ya había de Navalucía o Arenas de San Pedro.

Sobre la necesidad del servicio, se dejó claro que las características de una provincia como Ávila son fundamentales. Aquí se encuentran factores como la edad y la dispersión de la población, lo que es significativo teniendo en



Recogida de firmas en la capital abulense. / ARCHIVO

cuenta, según se recordó en su día, que la atención ante los primeros síntomas de un ictus debe ser inferior a las cuatro horas y media para que los tratamientos actuales sean eficaces.

Además se recordaba que estas unidades ya existen en Valladolid, Salamanca, Burgos, León y Soria, explicaban, haciendo especial énfasis en esta última provincia para reclamarlo para Ávila.

Una vez terminada la campaña, el portavoz de la Plataforma por la Sanidad Pública de Ávila José Ángel San Miguel, destacó que habían conseguido «mucho apoyo» para pedir una unidad que «es fundamental y ya debería estar» por lo que supone el ictus en cuanto a causa de discapacidad y mortalidad. Es más, señalaba que es una «deuda» que tienen con Ávila, que no puede estar sin este servicio si se quiere tener una sanidad de calidad y «justa» en

una atención donde el tiempo es fundamental.

EN DATOS. El ictus es la segunda causa de muerte en España (la primera en mujeres), la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia. Según los datos de la Sociedad Española de Neurología, cada año más de 110.000 personas sufren un ictus en España, de las cuales un 50 por ciento quedan con secuelas discapacitantes o fallecen.

En el caso de Ávila, según los últimos datos disponibles, correspondientes a 2023, fueron 301 las personas que fueron atendidas en el Complejo Asistencial de Ávila a causa de un ictus. Esta cifra supone un incremento del 9,45 por ciento respecto a los 275 casos contabilizados en 2022, el año con menos casos de los últimos cuatro. En los años anteriores se habían registrado 305 casos en 2021 y 292 en 2020.

EL APUNTE

Defensa del teleictus pero sin renunciar

Con la petición de la unidad de ictus para Ávila, que llega ahora de la población pero que ya ha sido objeto de debate político en multitud de ocasiones, hay que recordar que recientemente el delegado de la Junta de Castilla y León en Ávila, José Francisco Hernández Herrero, comentó en una entrevista en Onda Cero Ávila que iban a seguir trabajando para contar con la unidad de ictus. Pero también defendió que actualmente Ávila cuenta con el protocolo del teleictus (se hace en conexión del Servicio de Urgencias del hospital Nuestra Señora de Sonsolé con el hospital Clínico Universitario de Salamanca), cuyo funcionamiento avaló y desmintió las afirmaciones de que «los abulenses no tenemos una atención para un paciente de ictus».

Es la misma idea sobre la que ya había hablado el representante de la Junta de Castilla y León en Ávila durante su comparecencia en la Comisión de Presidencia de las Cortes el pasado año para repasar la memoria de actuaciones de la Delegación Territorial. En aquel momento, también habló del teleictus y dijo que no era incompatible con que se siga trabajando en la puesta en marcha en un futuro de una unidad de ictus en el Complejo Asistencial de Ávila.

Quieren que la unidad funcione de manera urgente y no dejar pasar tiempo

De esos 301 casos que se registraron en la sanidad abulense en 2023, hubo más presencia en varones que en mujeres con un 52 por ciento para los hombres, aunque realmente los porcentajes están muy igualados. Respecto a la edad media, sí que se ve que ha ido sufriendo un incremento y se quedó en 76 años.

La gran mayoría de los ictus, con un 80 por ciento de los pacientes, fueron ictus isquémicos, los que se producen cuando un coágulo de sangre (trombo) bloquea o tapa una arteria que se comunica con el cerebro. El 20 por ciento restante tuvo que hacer frente a un ictus hemorrágico, que suceden cuando se produce cuando una arteria cerebral se rompe y la sangre se introduce en el tejido cerebral que tiene más cercano, donde ejerce presión sobre él. Estos son, menos frecuentes pero más letales.



5 estrategias para reactivar la mente, sin distracciones

MANTENER EN FORMA EL CUERPO RESULTA VITAL, PERO TAMBIÉN LO ES EJERCITAR LAS HABILIDADES COGNITIVAS, SOMETIDAS A TANTOS ESTÍMULOS. ANOTA LAS CLAVES.

Nos preocupamos del corazón, el hígado, los pulmones... ¿pero qué hay del cerebro? Pensemos que es un órgano de vital importancia al que hay que cuidar desde edades tempranas. Los expertos de Cigna Healthcare ofrecen 5 claves para mejorar la salud cognitiva, sobreestimulada hoy día.

1 Detox digital. Demasiada información digital genera una sobrecarga cognitiva, dificultando la atención y la toma de decisiones. La mente se satura, lo que afecta a la memoria, el razonamiento y la claridad mental. Pasar días sin conexión a Internet, enfocándose en actividades físicas o creativas, ayuda a reducir el estrés y proporciona una pausa al cerebro para que se recupere de tantos estímulos.

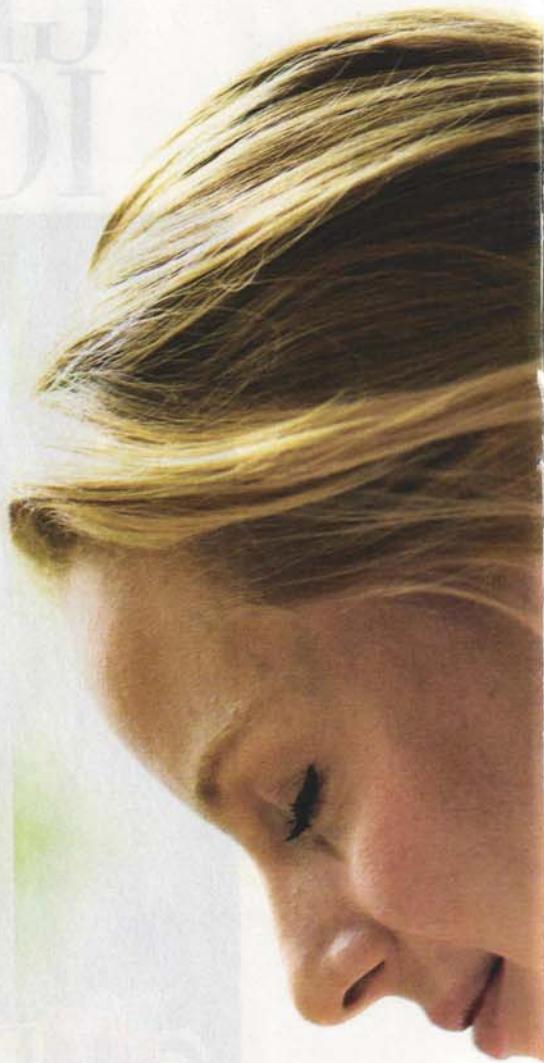
2 Cerebro activo, cerebro joven. El cerebro es uno de los órganos más importantes, y su funcionamiento depende del cuidado constante. La Sociedad Española de Neurología (SEN) recomienda mimarlo desde muy pronto para evitar secuelas neurológicas según se envejece. Actividades que impliquen el aprendizaje continuo, como estudiar un idioma o tocar un instrumento musical mejoran la memoria y la concentración, potencian el razonamiento y la capacidad para aprender cosas nuevas, contribuyendo a la salud cerebral general a largo plazo.

3 Autonomía cognitiva. Debemos evitar la dependencia de la tecnología en situaciones cotidianas, como no recurrir automática-

mente al GPS al entrar en el coche, ni usar la calculadora para saber cuánto es el cambio en el supermercado, por ejemplo. Resolver estos pequeños desafíos mentales sin ayuda permite entrenar habilidades cognitivas como la memoria, el razonamiento y la concentración, evitando el conocido como "entumecimiento" cerebral.

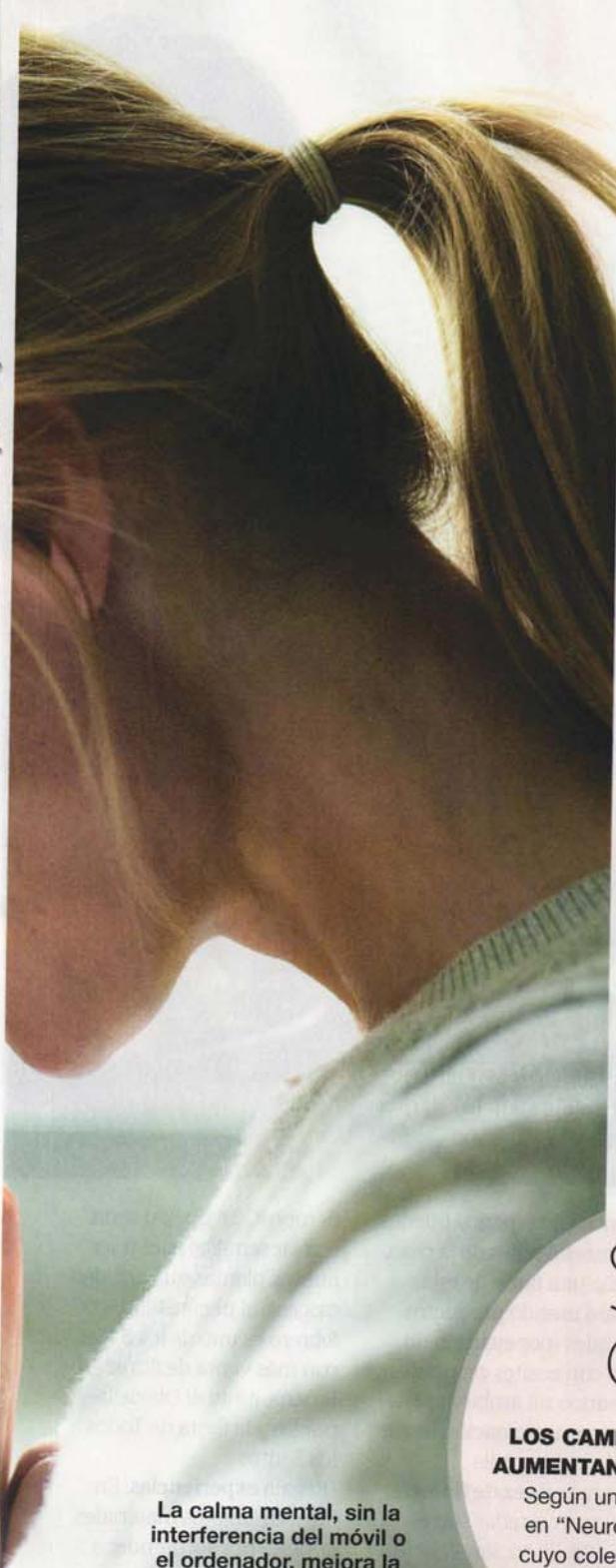
4 Combatir la lentitud mental con la alimentación. La salud cognitiva no solo depende de los hábitos mentales. El eje intestino-cerebro sugiere que una dieta equilibrada y rica en nutrientes puede influir en el estado de ánimo, la memoria y la concentración. Los ácidos grasos omega-3, los antioxidantes y la fibra favorecen el rendimiento cognitivo. De ahí que incluir alimentos como pescado azul, nueces, frutas y verduras frescas, y evitar el exceso de azúcar y procesados, pueda ayudar a combatir la lentitud mental y favorecer una mayor claridad y agilidad mental.

5 Practicar el "neurofitness". Al igual que el cuerpo necesita entrenamiento físico, el cerebro requiere ejercicios específicos que desafíen su capacidad cognitiva. Actividades como resolver rompecabezas, sudokus, jugar al ajedrez o participar en juegos de mesa son ideales para activar áreas del cerebro relacionadas con la resolución de problemas, la toma de decisiones y la memoria a corto plazo. Estos ejercicios ayudan a mantener la agilidad mental y a prevenir el deterioro cognitivo.



EL 31% DE LOS ESPAÑOLES
DICE TENER DIFICULTADES
PARA MANTENER
LA CONCENTRACIÓN
COMO CONSECUENCIA
DEL ESTRÉS





La calma mental, sin la interferencia del móvil o el ordenador, mejora la concentración, la memoria o el aprendizaje.

LOS CAMBIOS EN EL COLESTEROL AUMENTAN EL RIESGO DE DEMENCI

Según un reciente estudio publicado en "Neurology", los adultos mayores cuyo colesterol cambia con el tiempo pueden tener más probabilidad de desarrollar demencia que las personas cuyo colesterol es estable.

**Sabías
que...?**

ÚLTIMAS NOTICIAS



CONTRA EL CÁNCER INFANTIL

El 15 de febrero es el Día Internacional del Cáncer Infantil, que se diagnostica cada año a 1.300 niñ@s en España. La Fundación Unoentrecienmil, que impulsa proyectos de investigación para la curación plena de la leucemia infantil, anuncia su tercera edición de "Canastas Contra el Cáncer infantil" y presenta como novedad "Goles Contra el Cáncer infantil". Todo lo recaudado en los partidos de baloncesto y fútbol que se jueguen el 15 y el 16 de febrero se destinará a la lucha contra la enfermedad en menores. Además, en colaboración con Flying Tiger Copenhagen se han puesto a la venta los "abrazos solidarios", en las tiendas físicas a un precio de 8 €.



DESDRAMATIZAR LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA

Con un enfoque creativo, inspirado en la estética cinematográfica, y con un potente mensaje, la empresa de complementos alimenticios Serelys presenta su nueva campaña diseñada para conectar con mujeres de entre 45 y 55 años que están atravesando la etapa de la menopausia.

3.000.000

**DE ALCOHÓLIC@S
EN ESPAÑA**

Es la cifra aproximada que ofrece la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España ("Edades 2022"). Alrededor de 600.000 alcohólic@s estarían en tratamiento, lo que supone apenas un tercio de quienes sufren las consecuencias de esta adicción.



Cómo mantener joven el cerebro, palabra de neurólogo

ABC MADRID

Dos de los neurólogos más reputados en España, los doctores José Miguel Láinez y Jesús Porta Etessam, han publicado una monografía que reúne consejos básicos para cuidar nuestra salud cerebral y reducir la aparición de enfermedades neurológicas y sus consecuencias. «Salud cerebral: mantén joven tu cerebro», editado por la Sociedad Española de Neurología, explica de forma comprensiva el funcionamiento de nuestro cerebro. Y repasa, de forma divulgativa, cómo protegerlo cuidando la alimentación, la actividad

cognitiva, durmiendo mejor y con más ejercicio físico.

Además el libro incluye capítulos dedicados específicamente al cuidado de las enfermedades neurológicas más prevalentes entre la población: ictus, alzhéimer, migraña, epilepsia, parkinson, esclerosis múltiple y trastornos del sueño.

«Creemos que cualquier lector puede encontrar



J. M. LÁINEZ



PORTE ETESSAM

información de calidad científica y buenos consejos para mantener un cerebro saludable durante muchos

años, y prevenir la aparición de las dolencias neurológicas más invalidantes», explica el propio Láinez en el prólogo del manual.

Esta publicación es un paso más de la Sociedad Española de Neurología en su intento para salir de los hospitales y contribuir a la educación ciudadana. El objetivo es reducir la incidencia de patologías cada vez más comunes. Hasta el 40% de las demencias y el 50% de los ictus se podrían evitar.