



La nueva batalla del general Izquierdo

Conocí a Antonio Izquierdo hace casi quince años, cuando él era director del Museo del Ejército. Le entrevisté y me causó una gran impresión. Me gustó la honestidad con la que contestaba a las preguntas, sin regateos ni concesiones. Muy al estilo militar. Desde entonces no lo he perdido de vista (ahora con las redes es fácil), aunque no nos veamos todo lo aconsejable. Hace unos días me llamó para comentarme cual era su situación y al paso invitarme al concierto que organizaba en el Alcázar en beneficio de las asociaciones que luchan contra la ELA. «Quiero que te enteres por mí, antes de que lo veas en algún medio». Ya me explicó su última batalla: le diagnosticaron esclerosis lateral amiotrófica. Por supuesto el concierto fue un éxito y estuvo cargado de emotividad, como las palabras que el General nos dirigió a todos los asistentes al inicio. Los integrantes de la Unidad de Música de la Academia se encargaron de todo lo demás en el imponente escenario del patio de Carlos V. «El Ejército contra la ELA», fue el enunciado del evento.

Y así se lo toma el general Izquierdo, como una batalla, con espíritu de milicia y con afán de servicio, sabiendo que él ahora necesita ayuda con algún problema de movilidad, pero consciente que su testimonio puede ser fundamental para dar visibilidad a la dolencia. La vida tiene recovecos insospechados y este es uno de ellos. Se afronta y punto. Desde que Antonio Izquierdo pasó a la reserva (un militar jamás se jubila), disfrutaba más del ocio, con su esposa sobre todo, y haciendo rutas de senderismo. También jugando la partida con los amigos en algún mesón del Casco. Ahora una nueva batalla le reclama. El padecimiento de la ELA necesita acompañamiento. Esta es la clave: que los familiares y acompañantes de quien lo padece se sientan también atendidos, cubiertos por lo público. De financiar con recursos públicos ese contexto de atención sanitaria va la ley que hace unos meses aprobaron a bombo y platillo en el Congreso, con el consenso (nos contaron) del PSOE y el PP. La única ley en la que se han puesto de acuerdo de una forma clara en los últimos años los dos grandes partidos. Pero la ley sigue esperando

NUEVO SURCO
JAVIER LÓPEZ

El general lo tiene claro: las personas que tienen ELA no padecen una «enfermedad rara», lo que están es muy solos

ser respaldada por un presupuesto, con lo cual la ley es a día de hoy un brindis al sol.

El general Izquierdo lo tiene claro: las personas que tienen ELA no padecen una «enfermedad rara», lo que están es muy solos, y esta circunstancia comienza por la desinformación pertinaz. Es conveniente saber que es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular que tiene mayor incidencia entre los varones que entre las mujeres a diferencia de la Esclerosis Múltiple con la que mantiene algunas similitudes. En toda España afecta a cuatro mil personas. Cada año se diagnostican novecientos nuevos casos. Hay una estimación de la Sociedad Española de Neurología que indica que una de cada cuatrocientas personas desarrollará ELA en nuestro país. El entorno socio-sanitario que requiere el acompañamiento de la ELA va desde la psicología a la logopedia; desde la terapia ocupacional a la informática, y por supuesto, la fisioterapia.

En Castilla-La Mancha, tenemos la Unidad del ELA del Hospital Universitario Mancha Centro y una gran actividad asociativa, fundamental para dar visibilidad y crear comunidad en torno a la necesidad de apoyo mutuo, colaboración y atención pública. En la región hay cerca de doscientos afectados. Además, eventos solidarios como la gran marcha contra la ELA auspiciada por Eurocaja Rural. En esa corriente es donde se ha integrado el General Antonio Izquierdo en su nueva batalla. Hay mucha reivindicación por delante. El coste medio del cuidado de una persona con ELA se sitúa entre los treinta y siete mil y los ciento catorce mil euros. No es de recibo que nos hablen como un gran logro de una ley de respaldo público al paciente y a los familiares si todavía no existe una dotación presupuestaria. Hay que exigirlo. Este es el gran objetivo de las asociaciones. En el ámbito regional hay que citar a Adelante CLM. Y cito de nuevo a Antonio Izquierdo: suerte general en esta nueva aventura, con el mismo afán que cuando estuviste en aquella gran misión de Bosnia, o en los boinas verdes o en la Legión. En el Museo del Ejército de Toledo se recuerda tu paso por allí como primer director, y se te recuerda bien.





La nueva batalla del general Izquierdo

Conocí a Antonio Izquierdo hace casi quince años, cuando él era director del Museo del Ejército. Le entrevisté y me causó una gran impresión. Me gustó la honestidad con la que contestaba a las preguntas, sin regateos ni concesiones. Muy al estilo militar. Desde entonces no lo he perdido de vista (ahora con las redes es fácil), aunque no nos veamos todo lo aconsejable. Hace unos días me llamó para comentarme cual era su situación y al paso invitarme al concierto que organizaba en el Alcázar en beneficio de las asociaciones que luchan contra la ELA. «Quiero que te enteres por mí, antes de que lo veas en algún medio». Ya me explicó su última batalla: le diagnosticaron esclerosis lateral amiotrófica. Por supuesto el concierto fue un éxito y estuvo cargado de emotividad, como las palabras que el General nos dirigió a todos los asistentes al inicio. Los integrantes de la Unidad de Música de la Academia se encargaron de todo lo demás en el imponente escenario del patio de Carlos V. «El Ejército contra la ELA», fue el enunciado del evento.

Y así se lo toma el general Izquierdo, como una batalla, con espíritu de milicia y con afán de servicio, sabiendo que él ahora necesita ayuda con algún problema de movilidad, pero consciente que su testimonio puede ser fundamental para dar visibilidad a la dolencia. La vida tiene recovecos insospechados y este es uno de ellos. Se afronta y punto. Desde que Antonio Izquierdo pasó a la reserva (un militar jamás se jubila), disfrutaba más del ocio, con su esposa sobre todo, y haciendo rutas de senderismo. También jugando la partida con los amigos en algún mesón del Casco. Ahora una nueva batalla le reclama. El padecimiento de la ELA necesita acompañamiento. Esta es la clave: que los familiares y acompañantes de quien lo padece se sientan también atendidos, cubiertos por lo público. De financiar con recursos públicos ese contexto de atención sanitaria va la ley que hace unos meses aprobaron a bombo y platillo en el Congreso, con el consenso (nos contaron) del PSOE y el PP. La única ley en la que se han puesto de acuerdo de una forma clara en los últimos años los dos grandes partidos. Pero la ley sigue esperando

NUEVO SURCO
JAVIER LÓPEZ

El general lo tiene claro: las personas que tienen ELA no padecen una «enfermedad rara», lo que están es muy solos



ser respaldada por un presupuesto, con lo cual la ley es a día de hoy un brindis al sol.

El general Izquierdo lo tiene claro: las personas que tienen ELA no padecen una «enfermedad rara», lo que están es muy solos, y esta circunstancia comienza por la desinformación pertinaz. Es conveniente saber que es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular que tiene mayor incidencia entre los varones que entre las mujeres a diferencia de la Esclerosis Múltiple con la que mantiene algunas similitudes. En toda España afecta a cuatro mil personas. Cada año se diagnostican novecientos nuevos casos. Hay una estimación de la Sociedad Española de Neurología que indica que una de cada cuatrocientas personas desarrollará ELA en nuestro país. El entorno socio-sanitario que requiere el acompañamiento de la ELA va desde la psicología a la logopedia; desde la terapia ocupacional a la informática, y por supuesto, la fisioterapia.

En Castilla-La Mancha, tenemos la Unidad del ELA del Hospital Universitario Mancha Centro y una gran actividad asociativa, fundamental para dar visibilidad y crear comunidad en torno a la necesidad de apoyo mutuo, colaboración y atención pública. En la región hay cerca de doscientos afectados. Además, eventos solidarios como la gran marcha contra la ELA auspiciada por Eurocaja Rural. En esa corriente es donde se ha integrado el General Antonio Izquierdo en su nueva batalla. Hay mucha reivindicación por delante. El coste medio del cuidado de una persona con ELA se sitúa entre los treinta y siete mil y los ciento catorce mil euros. No es de recibo que nos hablen como un gran logro de una ley de respaldo público al paciente y a los familiares si todavía no existe una dotación presupuestaria. Hay que exigirlo. Este es el gran objetivo de las asociaciones. En el ámbito regional hay que citar a Adelante CLM. Y cito de nuevo a Antonio Izquierdo: suerte general en esta nueva aventura, con el mismo afán que cuando estuviste en aquella gran misión de Bosnia, o en los boinas verdes o en la Legión. En el Museo del Ejército de Toledo se recuerda tu paso por allí como primer director, y se te recuerda bien.



Patologías

El deterioro cognitivo afecta al 45,3% de los españoles con 85 años o más

Las personas con demencia, unos 50 millones en todo el mundo, se triplicarán en 2050 ▶ La monitorización preventiva es clave cumplida la cincuentena

MAMÉN LUCÍO
MADRID

No se trata de un reto más. El aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, el envejecimiento paulatino de la población en los países desarrollados ha erigido en desafío social y sanitario de primer orden tanto el deterioro cognitivo como la demencia -relacionados aunque distintos, pues esta última es un síndrome que incluye al anterior, aunque de modo persistente y global-. En España, que se sitúa entre los cinco primeros del mundo en el ranking de longevidad, hay 800.000 personas afectadas por estas enfermedades. Una prevalencia que aumenta de forma considerable en los grupos de mayor edad, alcanzando el 45,3% en el de al menos ya los 85 años.

Al tiempo, el porcentaje de españoles que superan hoy los 65 años es del 19,9%, sin embargo, se calcula llegar al 23,8% en 2030 y al 30,3% para 2060. Cumplir años siempre es celebrable, sobre todo, si se hace con buena salud, y parece que "conseguir un envejecimiento saludable depende en un 70% de nosotros mismos y el resto de la genética y otros condicionantes".

Tal afirmación la hizo José Antonio Serra Rexach, jefe del servicio de geriatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, moderador de la presentación del informe *Deterioro cognitivo y demencia en mayores: situación en España* el pasado mes de mayo en el Colegio de Médicos de Madrid, documento impulsado por la Fundación de Ciencias de la Salud.

Antes, el doctor subrayaba que hasta un 40% de los casos podría evitarse actuando sobre factores modificables: "Promoción de un estilo de vida sano, dieta equilibrada, ejercicio regular y estimulación para preservar la salud cerebral", así como también recomendó corregir los déficits auditivos, controlar la diabetes y la hipertensión. "Y por supuesto, huir del aislamiento social. Los que nos dedicamos a esto podemos ser de todo menos pesimistas. Estamos ante una emergencia silenciosa que requiere una respuesta multidisciplinar ya", insistió Serra.

De hecho, en el evento se aseguró que, a mitad de siglo, los afectados podrían ascender a los dos millones, "siendo el caso del alzhéi-



Acto del Colegio de Médicos y el Foro Salud España-Japón en Madrid. Arriba, una pareja haciendo ejercicio.

GETTY / M. L. / OTSUKA



Desde que aparecen los primeros síntomas hasta el diagnóstico pueden transcurrir más de dos años

El impacto económico por paciente es de entre 15.000 y 50.000 euros anuales, según la SEN

mer el más avanzado médica mente, puesto que se investiga más", comentó Alberto Villarejo-Galende, del servicio de neurología del Hospital 12 de Octubre, experto que resaltó la importancia de "seguir ciertos biomarcadores, sobre todo a partir de los 55 años". En concreto, dicha enfermedad representa entre el 70% y el 77% de los diagnósticos. Por detrás, las demencias con cueros de Lewy (unos 120.000 casos en España) y las frontotemporales.

Con mediación

Junto a Serra, también condujo la convocatoria Ángel Berbel García, neurólogo del Grupo de Estudio de Neurofarmacología SEN, Hospital Central de la Cruz Roja (Madrid), quien incidió en "la importancia de la detección precoz para iniciar tratamientos y planificar el futuro del paciente y su entorno". Desde

Star al lado también desgasta

Familiares. Estos diagnósticos suponen la segunda causa de discapacidad en mayores de 60 años y la primera de ingreso en residencias. Por ello, son las familias las que suelen hacerse cargo. Lo que repercute a su vez en la salud de quien se ocupa, ya que hablamos de cuidados de larga duración, requeridos por el 12% de mayores de 65 años en España.

Costes. En lo sanitario, las cifras de finales de 2024 de la SEN reflejan un impacto económico por paciente de entre 15.000 a 20.000 euros anuales en los casos más leves y hasta los 50.000 euros en los graves.

que aparecen los primeros síntomas hasta el diagnóstico firme pueden transcurrir más de dos años y aunque no hay medicamentos para su cura, sí soluciones que hacen más lenta su evolución.

"Lo esencial es el prediagnóstico y la prevención en cualquiera de sus grados, hay que mentalizarse", recalcan desde la Sociedad Española de Neurología (SEN). En paralelo, "necesitamos un modelo homogéneo y accesible que garantice la atención integral hasta su fase avanzada", añadió Berbel, dada la falta de equidad a los recursos dependiendo de la comunidad autónoma.

En esta línea, Elena Jiménez, psicóloga en AFA Segovia (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer), entidad sin ánimo de lucro que extiende su trabajo en red por todo el territorio nacional, expuso la prioridad que supone reforzar "este tipo de ayuda intermedia, casi siempre en deterioros leves y medios que, en nuestro caso, no cubre ni el 1% de la demanda; no podemos llegar a las zonas rurales que son las de gente más mayor. Aparte, tenemos que financiarnos con las cuotas de los socios y migajas de subvenciones".

Precisamente, su intervención y la de Araceli Ayuso, asociada que lleva ocho años cuidando a su marido enfermo y que confesó no poder imaginar su vida sin el respaldo de AFA, completó la visión de este problema que, normalmente, en este tipo de mesas redondas sienta solo a perfiles más técnicos.

Otro enfoque novedoso al abordar el tema del envejecimiento se expuso en el Primer Foro de Salud España-Japón, celebrado también en Madrid el mes pasado, donde el filósofo Jose Antonio Marina conversaba sobre la creciente edad poblacional con Nuria Mas, economista experta en salud y profesora del IESE. Para ella la clave está en "adaptar el sistema (sanitario, laboral, social) a esta nueva realidad de la edad media, que no media, actualmente de 46,3 años en España, frente a los 49,5 de Japón".

Asimismo, mientras que en el país asiático los años de buena salud rondan los 73, para nosotros son los 66, y esta siendo los que tenemos mejor calidad de vida de la Unión Europea". ¿Qué han hecho ellos mejor? "sin duda han trabajado mucho en lo preventivo", afirma categórica. Es decir, invierten mucho en I+D, programas de ejercicio físico, movilidad y concienciación.



El Dr. Gómez recibe el Premio SEN. Foto: Sociedad Española de Neurología

Este destacado neurólogo lleva décadas investigando la enfermedad de Parkinson. Sus hallazgos han sido claves para mejorar la vida de miles de pacientes

✉ **Javier Alonso**
NTM

DONOSTIA – La Sociedad Española de Neurología ha reconocido la trayectoria del doctor Juan Carlos Gómez-Esteban con el Premio SEN Trastornos del Movimiento por su trayectoria en el ámbito neurológico. Coordinador del grupo de enfermedades neurodegenerativas en BioBizkaia y miembro del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces, ha publicado más de 140 trabajos y ha liderado proyectos internacionales sobre la enfermedad de Parkinson.

¿Qué supone este reconocimiento?
–Estoy muy ilusionado. Para mí es un orgullo que decenas de compañeros hayan decidido por unanimidad que sea yo quien reciba este reconocimiento a una labor científica, docente y profesional de más de 30 años. Es lo más grande que puedes recibir dentro de la profesión.

¿Cómo se puede saber si una persona está desarrollando la enfermedad de Parkinson?

–Afortunadamente la gente está cada vez más informada, también gracias a los medios. Ya saben que hay una serie de síntomas como el temblor, la lentitud o la rigidez que orientan al diagnóstico. Pero nosotros intentamos detectar la enferme-

Juan Carlos Gómez-Esteban

NEURÓLOGO

“Empieza a verse algo de luz en la lucha contra el parkinson”

dad cuanto antes, porque el día que haya terapias que modifiquen su evolución, tendremos que aplicarlas en fases iniciales. Por eso, síntomas como la depresión, el estreñimiento, la pérdida de olfato o ciertos problemas hemodinámicos pueden ayudarnos a detectar las fases más tempranas.

¿Es posible, por tanto, anticipar la aparición de la enfermedad y actuar precozmente?

–Sí, hay familias que ya están alerta porque tienen antecedentes o mutaciones genéticas, y acuden pronto a la consulta. También existen trastornos del sueño y otros síntomas, como la depresión o el déficit olfativo que, combinados, alertan a los pacientes. Entonces vienen a la consulta y ahí podemos empezar a indagar si estamos ante el inicio de la enfermedad o no.

¿Cómo afecta el parkinson a la calidad de vida de los pacientes?

–Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras el alzhéimer. Y según la OMS, su incidencia será muy alta en 2050. Afecta a la función motora: los pacientes están más lentos, sufren caídas, y muchos acaban siendo dependientes. Otros desarrollan problemas cognitivos. Pero la buena noticia es que en los últimos 20 o 30 años la historia natural de la enfermedad ha cambiado mucho. Hoy en día, la mayoría de los pacientes puede llevar una vida independiente durante mucho tiempo, gracias a las terapias que aplicamos.

¿A qué se debe el aumento previsto de casos de parkinson?

–Se debe a factores que conocemos y otros que aún no. El estilo de vida influye. El sedentarismo o la falta de

“Esperamos que pronto haya tratamientos capaces de enlentecer o detener la enfermedad”

“Ver a un paciente volver a pescar o caminar es el mayor premio posible para un profesional”

ejercicio aumentan el riesgo. El envejecimiento de la población también es clave. Y luego está la exposición a tóxicos ambientales, pesticidas, metales pesados, infecciones... La genética también juega su papel. Todo esto hace que la incidencia crezca. Además, ahora diagnosticamos más que hace décadas, porque los pacientes acuden más al médico. **¿Qué avances se han producido en las últimas décadas en la lucha contra el parkinson?**

–Desde los años 60 contamos con medicamentos como la Levodopa, que mejoran los síntomas aunque de forma temporal. A finales del siglo XX empezamos a introducir la cirugía, también en el Hospital Universitario de Cruces, que es referencia en este tratamiento. Y en los últimos años han llegado terapias subcutáneas o intestinales, que permiten una gran estabilidad en fases avanzadas de la enfermedad.

¿Qué perspectivas de futuro hay?

–Estamos en ensayos clínicos para introducir terapias que puedan ralentizar o incluso detener la enfermedad. Ese es el objetivo. Es verdad que con el alzhéimer la experiencia ha sido poco alentadora, y en parkinson los fármacos contra la proteína alfa-sinucleína tampoco han dado grandes resultados... pero empieza a verse algo de luz. Esperamos que en los próximos años se desarrollen tratamientos capaces de enlentecer o detener la enfermedad.

¿Cómo viven los pacientes esos avances?

–Sobre todo ves la diferencia en pacientes jóvenes, de 30 o 40 años. Para ellos este diagnóstico es devastador, pero cuando podemos ofrecerles cirugía con estimuladores cerebrales que les permiten casi resetear la enfermedad y volver a una vida normal, imagínate su gratitud. Recuerdo también un paciente mayor al que operamos y cuya máxima ilusión era volver a pescar. Había perdido esa capacidad y, tras la intervención, volvió feliz porque pudo recuperar su afición. Son solo dos ejemplos, pero para un profesional, ver ese cambio y ese agradecimiento es el mayor premio posible.

¿Está la sociedad realmente concienciada sobre enfermedades como el parkinson?

–Cada vez más. Gracias a la información que llega a través de los medios, la docencia y las propias experiencias de los enfermos, los pacientes se han empoderado. Ahora son parte activa en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y eso es fundamental.

¿Cómo influye la participación de los pacientes en la investigación?

–Es clave. Los pacientes que participan nos permiten avanzar en ensayos clínicos que aportan información muy valiosa. Tal vez ellos no vean los beneficios, pero las futuras generaciones sí.

¿Es difícil conseguir apoyo para investigar sobre el parkinson?

–Se están dando pasos; cada vez se invierte más dinero. La investigación no es una inversión a corto plazo, sino a medio y largo plazo, y es fundamental para obtener resultados que beneficien a los pacientes. ●



LA BATALLA DEL 'ON' Y 'OFF' EN LOS COLES

El uso de dispositivos móviles en centros educativos provoca una polarización entre familias, médicos, expertos en enseñanza, colegios, institutos...

NACHO SÁEZ / SEGOVIA

La revolución de la inteligencia artificial y el debate sobre sus consecuencias han dejado de momento en un segundo plano otra discusión pública sobre un fenómeno que varias asociaciones españolas de pediatras, neurólogos, psiquiatras y psicólogos acaban de calificar como una «epidemia». El uso que niños y adolescentes hacen de los dispositivos móviles se ha convertido en un tema central en la agenda social cuyo debate está provocando polarización.

«Es un debate falso y y absurdo que nace de la radicalización de una postura sin sentido», comienza Alfonso Gutiérrez, profesor de Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) aplicadas a la educación. «Todas las tecnologías han tenido un primer periodo de rechazo por lo que supone de que la gente está muy contenta con el 'status quo' y en cuanto que se modifica hay un cierto recelo o rechazo, como ocurrió con la escritura, la imprenta, el Internet y ahora la inteligencia artificial. Paradójicamente hemos

podido conocer las críticas de Platón a la escritura a través de sus escritos y ahora se está cuestionando seriamente el uso excesivo de las pantallas a través de Internet y de las redes sociales», señala.

Este docente de la Facultad de Educación del Campus María Zambrano de la Universidad de Valladolid apuesta por utilizar en los centros educativos variedad de metodologías. «Los libros tienen que estar ahí y las pantallas tienen que estar ahí. El pretender quitar las pantallas ahora sería como pretender quitar los automóviles por lo que suponen para la contaminación del planeta. Si hay ordenadores en las aulas no es porque los resultados de las investigaciones sobre las formas de aprender, sobre los procesos cognitivos que se ponen en funcionamiento cuando se adquiere la información, hayan llegado a comprender que con nuevas tecnologías se aprende mejor que con papel impreso. Es porque la pantalla está omnipresente en nuestra sociedad y sería absurdo e incluso irresponsable ignorarla desde la escuela», reflexiona, al tiempo que opina que este debate lo han amplificado quienes practican la desinformación.



ALFONSO GUTIÉRREZ
PROFESOR DE LA UVA

«Los libros tienen que estar en las escuelas y las pantallas también»

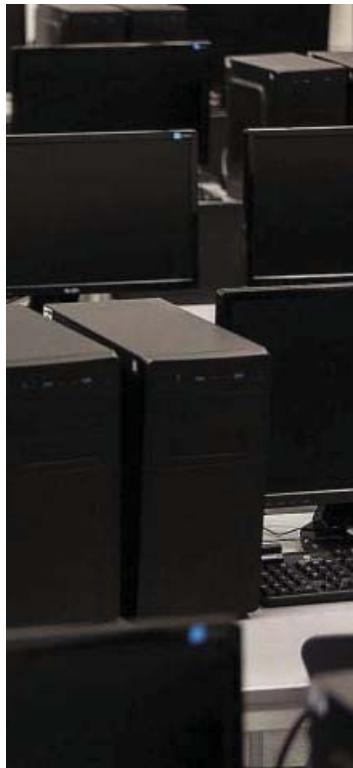
Y continúa: «Cuando empezó a introducirse la televisión en las aulas, el psicólogo educativo israelí Gavriel Salomon empezó a investigar si los niños aprendían mejor con el discurso verbal escrito o aprendían mejor con el discurso audiovisual. Él dedujo que cuando te enfrentas a un texto escrito, tú automáticamente inviertes más esfuerzo mental y lo entiendes mejor. Sin embargo, cuando te enfrentas al discurso audiovisual, por su

mayor grado de iconicidad, inviertes menos esfuerzo y al final aprendes menos. Pero otra de sus principales conclusiones, que es perfectamente válida en la actualidad, es que independientemente de los contenidos que se aprendan con un medio u otro, lo verdaderamente importante es que se ponen en funcionamiento distintas destrezas cognitivas en ese aprendizaje y se desarrollan distintas capacidades en el mero hecho de aprender, no en el contenido. De ahí deducimos que, como se dice popularmente, en la variedad está el gusto. Hay que utilizar variedad metodológica no solo por desarrollar distintas destrezas cognitivas, sino porque no todo el mundo aprende igual. A uno se le da mejor aprender leyendo, otro escuchando, otro viendo una representación audiovisual, otro manipulando...».

Sin embargo, el vicepresidente de la Sociedad Española de Neuro-

logía, David Ezpeleta, alertó la semana pasada de que los móviles generan «unos microestímulos de corta duración y alta intensidad similares a los de las tragaperras, una adicción que modifica el cerebro y disminuye la concentración, la memoria y el aprendizaje». La Asociación Española de Pediatría ha actualizado sus recomendaciones y aconseja no usar pantallas entre los cero y los seis años, no más de una hora al día entre los siete y los doce años y no más de dos horas diarias a partir de los 13 años.

La Comunidad de Madrid aprobó el pasado marzo prohibir el uso individual de dispositivos móviles en los centros educativos, algo que de momento no ha secundado Castilla y León. «Yo creo que muchas veces se usan por modernidad, porque pareces un profesor muy guay, muy moderno, si utilizas las tablets en lugar de los libros», asevera Gutiérrez. «Pero si no se aprovecha su



DAYANI MAS
MADRE DE DOS HIJOS

«La digitalización intensiva acarrea un impacto negativo en la salud mental»

JAVIER GARCÍA CASTRO
PADRE DE TRES HIJOS

«Queremos el mejor modelo educativo en base a la evidencia científica»

especificidad, para lo que es bueno y para lo que no te proporciona otro medio –crear vínculos, tener enlaces a contenidos relacionados, ser multimedia–, no se está aprovechando todo su potencial. Muchas veces se utiliza simplemente como novedad, sin aprovechar al máximo sus ventajas ni minimizar sus inconvenientes. Cuando se aprovecha bien como recurso didáctico, es algo útil, válido, pero en mi opinión ni siquiera es suficiente para justificar la integración curricular de las nuevas tecnologías».

En este sentido, este profesor de la Universidad de Valladolid se refiere a la diferencia entre educar y enseñar. «Yo creo que enseñar va a poder estar a cargo de las máquinas, que se adaptarán al alumno, pero el educar es donde tenemos que mantener los educadores nuestra posición y nuestro espacio. Estoy hablando de educar en valores, no de transmitir contenidos de

ciencias naturales o de lenguaje o de lo que sea. Con respecto a las nuevas tecnologías, las escuelas deberíamos estar más preocupadas en proporcionar una educación mediática o lo que la Unesco llama alfabetización mediática informacional», concluye Gutiérrez.

Dayani Mas y Javier García Castro, padres de dos y tres hijos, respectivamente, han comenzado a movilizarse para reclamar a las autoridades una digitalización de las escuelas «proporcionada, segura y

responsable». «Países como Suecia, que fueron pioneros en la digitalización escolar, han revertido estos modelos tras observar un descenso en los resultados académicos reflejados en informes como PISA», arrancan. «Numerosos estudios han señalado que el uso intensivo de pantallas en la escuela puede deteriorar el rendimiento académico. El exceso de estímulos visuales y sonoros reduce la concentración y dificulta la reflexión profunda, clave para el aprendizaje. Expertos en medicina, neurociencia, psicología y pedagogía advierten de los riesgos de una exposición temprana y prolongada a la tecnología: disminución de la atención sostenida, problemas de aprendizaje y mayor dispersión mental».

Pero hay otro aspecto fundamental que preocupa a estos padres. «Más allá del aprendizaje, la digitalización intensiva acarrea un impacto negativo en la salud men-

tal de niños y adolescentes. El uso precoz y excesivo de pantallas se asocia con un mayor riesgo de conductas adictivas a redes sociales, videojuegos y otras plataformas, así como a otros problemas de salud mental como el aumento de la depresión, ansiedad, baja autoestima, trastornos alimentarios, problemas de sueño o ciberacoso. Un dato alarmante es el mayor riesgo de suicidio en jóvenes y adolescentes asociado al uso de dispositivos

digitales», alertan Dayani y Javier.

Proponen cinco medidas. «Garantizar la disponibilidad de manuales escolares en formato papel, limitar el uso de pantallas en las aulas a situaciones excepcionales –priorizando las aulas de informática para el desarrollo de competencias digitales puntuales–; convertir lo digital en un instrumento complementario, no exclusivo, de la educación tradicional; asegurar el derecho a la desconexión del alumnado, familias y docentes; y ofrecer siempre una alternativa educativa sin pantallas en cada curso. Familias, centros educativos y poderes administrativos deberíamos compartir un objetivo común buscando el mayor beneficio posible de las próximas generaciones (nuestros hijos, sus alumnos, sus ciudadanos) proporcionándoles el mejor modelo educativo posible en base a la evidencia científica», zanján.



Presión científica para que España costee la terapia que retrasa el alzhéimer

- Neurólogos, sociedades científicas y familiares piden que el lecanemab esté «lo antes posible» en la cartera pública
- «No puede llegar un año después que en Alemania. Los casos, ahora leves, ya no podrán beneficiarse», dicen los expertos

ESTHER ARMORA
 BARCELONA

Clamor científico y social para que el lecanemab (comercializado como Leqembi), primer fármaco capaz de modificar el curso del alzhéimer, validado en abril por la Comisión Europea (CE), llegue sin demora a los pacientes españoles. Neurólogos, sociedades científicas y familiares de afectados por la enfermedad, que padecen más de 800.000 personas en España, urgen al Gobierno a que «acelere» los mecanismos para que el medicamento, bendecido en noviembre por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), esté incluido lo antes posible en la cartera sanitaria pública de nuestro país.

Los especialistas lo tienen claro. «El lecanemab no cura pero es un avance al que no podemos permitirnos renunciar», defienden. Temen, sin embargo, que, como ha ocurrido con otros nuevos medicamentos validados antes por Europa, este anticuerpo monoclonal, desarrollado conjuntamente por las compañías farmacéuticas Eisai y Biogen y capaz de reducir las placas de la proteína beta-amiloide que se acumulan en el cerebro y contribuyen al deterioro cognitivo, llegue a los pacientes españoles con meses de retraso.

«Ahora el debate es político»
 «El debate técnico está cerrado porque la EMA lo ha validado como tratamiento efectivo en las fases iniciales de la enfermedad, nadie discute su eficacia; ahora, el debate es político y entra en escena el coste», advierten los expertos consultados por ABC.

Previsiblemente en noviembre se cerrará el último informe exigido por la CE para dar la luz verde definitiva al medicamento, que actúa directamente sobre la fisiopatología de la enferme-

dad, y Alemania y Austria ya han avanzado que a partir de esta fecha lo harán accesible a los pacientes. En España, el escenario previsto es, según denuncian los especialistas, «sensiblemente diferente». «Lo más probable es que, si finalmente se financia en nuestro país, los pacientes no puedan tener acceso a él hasta la primavera de 2026», afirma en declaraciones a ABC Joan Fortea, director de la

Joan Fortea
 Neurólogo del Hospital de St. Pau

«Si finalmente el Gobierno lo costea, es posible que no llegue a los pacientes hasta la primavera de 2026»

Raquel Sánchez del Valle
 Coordinador Grupo Demencias SEN

«Los pacientes con cuadros iniciales no se beneficiarán de su acción si se financia dentro de uno o dos años»

Arcadi Navarro
 Director F. Pasqual Maragall

«La mirada política es cortoplacista pero costear el lecanemab es una inversión a largo plazo»

Ignacio Illán
 Investigador H. Sant Pau

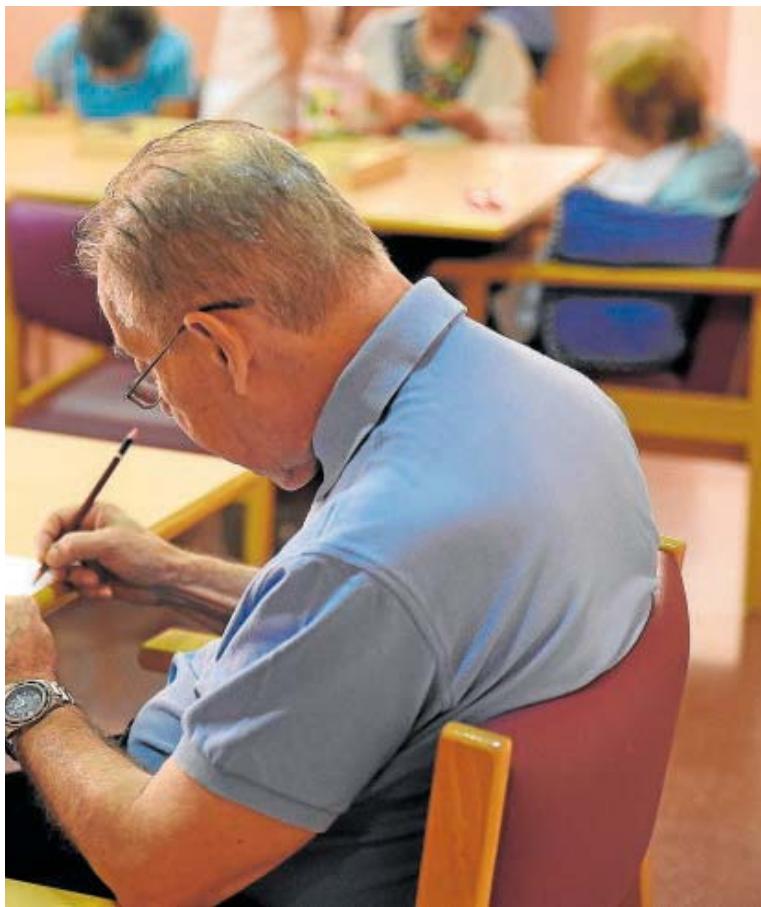
«Financiarlo o no es una 'patata caliente' para el Gobierno pero la gente tiene derecho a recibirla»



Unidad de Memoria del Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, y neurólogo especializado en el campo de las enfermedades neurodegenerativas. Él y sus colegas de profesión consultados por este medio culpan de la demora al sistema «farragoso y lento» vigente en nuestro país para decidir la inclusión o no de nuevos medicamentos en la cartera pública. Ignacio Illán, investigador del grupo de Neurobiología de las Demencias del Hospital Sant Pau de Barcelona, reconoce que «la decisión de cubrir o no el coste es una 'patata caliente' para el Gobierno porque sabe que supondrá un estrés financiero, pero, a su vez, la gente tiene derecho a recibirla porque es un avance importante».

Forteá critica la «lentitud» del Gobierno español para cerrar el precio de cualquier nuevo fármaco. «Alemania cubre el fármaco de entrada, se asegura que llega al paciente desde un primer momento y en los meses posteriores negocia el precio con las farmacéuticas, mientras que España no lo lleva a los pacientes hasta que ha cerrado el coste final con las compañías farmacéuticas, y eso hace que los afectados no puedan beneficiarse de él durante todos los meses de negociación. No puede ser que el lecanemab llegue a los pacientes españoles casi un año después que en Alemania», señala el neurólogo.

Raquel Sánchez del Valle, coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y responsable del Grupo de Investigación sobre Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos



Una unidad de estancia diurna de alzhéimer en Sevilla // JESÚS SPINOLA

cognitivos de la Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Idibaps, comparte con Fortea la necesidad de que este anticuerpo monoclonal sea accesible a los pacientes lo antes posible. «El tiempo es cerebro», dice Sánchez del Valle y subraya la importancia de la rapidez en la atención médica de las emergencias neurológicas. «Los pacientes que ahora se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, los indicados para tratarse con lecanemab, no podrán beneficiarse de su acción si se aprueba su financiación dentro de uno o dos años», indica la experta. Los neurólogos son conscientes de la «eficacia limitada» del medicamento pero saben también que «es la primera arma que tenemos para ralentizar el deterioro cognitivo en las etapas iniciales de la enfermedad», y eso, «en sí, ya es un gran logro».

«Punta de lanza»

Los estudios que respaldan su aprobación en Europa demuestran que los afectados ganan entre tres y cuatro meses de independencia funcional y «eso es un avance sin precedentes que justifica su financiación», defiende Sánchez del Valle. Por este motivo, los neurólogos piden al Gobierno que «haga un esfuerzo» para asumir su coste a corto plazo y que lo vea «no como un gasto, sino como una inversión de futuro».

«El coste del medicamento será alto pero el coste de la dependencia, muy asociado a la enfermedad, también es muy elevado», puntualiza la neuróloga. «Probablemente no es el mejor me-

dicamento pero es la punta de lanza de otros fármacos que vendrán en los próximos años y establecerán un cambio de paradigma en el tratamiento de la enfermedad», dice Sánchez del Valle. Desde la Fundación Pasqual Maragall, su director, el doctor Arcadi Navarro destaca la importancia del tratamiento, que, según indica, supone «un cambio de rasante o paradigma en la lucha contra la enfermedad» y defiende también la necesidad de agilizar su llegada a los pacientes. Navarro insta a los políticos a que amplíen su mirada al abordar esta cuestión. «La mirada política es cortoplacista y la financiación de este medicamento debe plantearse como una inversión a largo plazo», añade el especialista. Las asociaciones de familiares como la Confederación Española de Alzheimer (Ceafa) se suman a la corriente de presión a la Administración para acelerar la comercialización del fármaco.

La EMA emitió en julio de 2024, cuatro meses antes de darle luz verde, un veredicto negativo al lecanemab. Ahora ha emitido el mismo dictamen desfavorable contra el donanemab, la otra gran baza de los científicos para combatir la enfermedad en fases tempranas. Los expertos esperan que en su próximo pronunciamiento, previsto para el 25 de julio, la Agencia rectifique y le dé su bendición. «Si hemos logrado hacer sangrar al alzhéimer, lo podemos matar», sostienen los más optimistas.



Presión científica para que España costee la terapia que retrasa el alzhéimer

- Neurólogos, sociedades científicas y familiares piden que el lecanemab esté «lo antes posible» en la cartera pública
- «No puede llegar un año después que en Alemania. Los casos, ahora leves, ya no podrán beneficiarse», dicen los expertos

ESTHER ARMORA
 BARCELONA

Clamor científico y social para que el lecanemab (comercializado como Leqembi), primer fármaco capaz de modificar el curso del alzhéimer, validado en abril por la Comisión Europea (CE), llegue sin demora a los pacientes españoles. Neurólogos, sociedades científicas y familiares de afectados por la enfermedad, que padecen más de 800.000 personas en España, urgen al Gobierno a que «acelere» los mecanismos para que el medicamento, bendecido en noviembre por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), esté incluido lo antes posible en la cartera sanitaria pública de nuestro país.

Los especialistas lo tienen claro. «El lecanemab no cura pero es un avance al que no podemos permitirnos renunciar», defienden. Temen, sin embargo, que, como ha ocurrido con otros nuevos medicamentos validados antes por Europa, este anticuerpo monoclonal, desarrollado conjuntamente por las compañías farmacéuticas Eisai y Biogen y capaz de reducir las placas de la proteína beta-amiloide que se acumulan en el cerebro y contribuyen al deterioro cognitivo, llegue a los pacientes españoles con meses de retraso.

«Ahora el debate es político»
 «El debate técnico está cerrado porque la EMA lo ha validado como tratamiento efectivo en las fases iniciales de la enfermedad, nadie discute su eficacia; ahora, el debate es político y entra en escena el coste», advierten los expertos consultados por ABC.

Previamente en noviembre se cerrará el último informe exigido por la CE para dar la luz verde definitiva al medicamento, que actúa directamente sobre la fisiopatología de la enferme-

dad, y Alemania y Austria ya han avanzado que a partir de esta fecha lo harán accesible a los pacientes. En España, el escenario previsto es, según denuncian los especialistas, «sensiblemente diferente». «Lo más probable es que, si finalmente se financia en nuestro país, los pacientes no puedan tener acceso a él hasta la primavera de 2026», afirma en declaraciones a ABC Joan Fortea, director de la

Joan Fortea
 Neurólogo del Hospital de St. Pau

«Si finalmente el Gobierno lo costea, es posible que no llegue a los pacientes hasta la primavera de 2026»

Raquel Sánchez del Valle
 Coordinador Grupo Demencias SEN

«Los pacientes con cuadros iniciales no se beneficiarán de su acción si se financia dentro de uno o dos años»

Arcadi Navarro
 Director F. Pasqual Maragall

«La mirada política es cortoplacista pero costear el lecanemab es una inversión a largo plazo»

Ignacio Illán
 Investigador H. Sant Pau

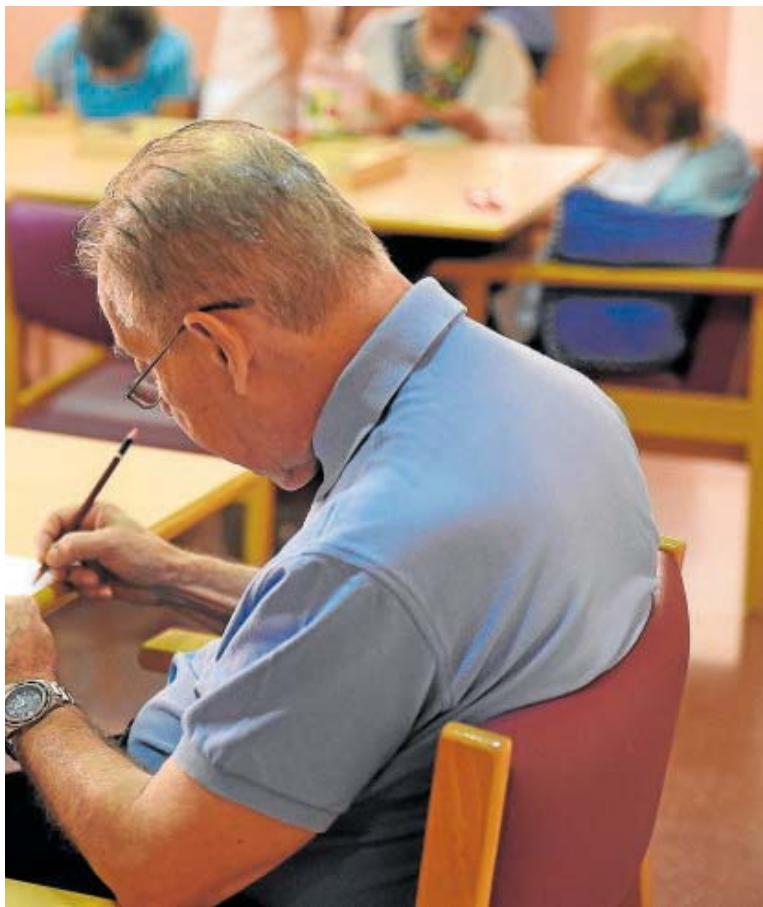
«Financiarlo o no es una 'patata caliente' para el Gobierno pero la gente tiene derecho a recibirla»



Unidad de Memoria del Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, y neurólogo especializado en el campo de las enfermedades neurodegenerativas. Él y sus colegas de profesión consultados por este medio culpan de la demora al sistema «farragoso y lento» vigente en nuestro país para decidir la inclusión o no de nuevos medicamentos en la cartera pública. Ignacio Illán, investigador del grupo de Neurobiología de las Demencias del Hospital Sant Pau de Barcelona, reconoce que «la decisión de cubrir o no el coste es una 'patata caliente' para el Gobierno porque sabe que supondrá un estrés financiero, pero, a su vez, la gente tiene derecho a recibirla porque es un avance importante».

Forteza critica la «lentitud» del Gobierno español para cerrar el precio de cualquier nuevo fármaco. «Alemania cubre el fármaco de entrada, se asegura que llega al paciente desde un primer momento y en los meses posteriores negocia el precio con las farmacéuticas, mientras que España no lo lleva a los pacientes hasta que ha cerrado el coste final con las compañías farmacéuticas, y eso hace que los afectados no puedan beneficiarse de él durante todos los meses de negociación. No puede ser que el lecanemab llegue a los pacientes españoles casi un año después que en Alemania», señala el neurólogo.

Raquel Sánchez del Valle, coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y responsable del Grupo de Investigación sobre Enfermedad de Alzheimer y otros trastornos



Una unidad de estancia diurna de alzhéimer en Sevilla // JESÚS SPINOLA

cognitivos de la Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Idibaps, comparte con Fortea la necesidad de que este anticuerpo monoclonal sea accesible a los pacientes lo antes posible. «El tiempo es cerebro», dice Sánchez del Valle y subraya la importancia de la rapidez en la atención médica de las emergencias neurológicas. «Los pacientes que ahora se encuentran en las etapas iniciales de la enfermedad, los indicados para tratarse con lecanemab, no podrán beneficiarse de su acción si se aprueba su financiación dentro de uno o dos años», indica la experta. Los neurólogos son conscientes de la «eficacia limitada» del medicamento pero saben también que «es la primera arma que tenemos para ralentizar el deterioro cognitivo en las etapas iniciales de la enfermedad», y eso, «en sí, ya es un gran logro».

«Punta de lanza»

Los estudios que respaldan su aprobación en Europa demuestran que los afectados ganan entre tres y cuatro meses de independencia funcional y «eso es un avance sin precedentes que justifica su financiación», defiende Sánchez del Valle. Por este motivo, los neurólogos piden al Gobierno que «haga un esfuerzo» para asumir su coste a corto plazo y que lo vea «no como un gasto, sino como una inversión de futuro».

«El coste del medicamento será alto pero el coste de la dependencia, muy asociado a la enfermedad, también es muy elevado», puntualiza la neuróloga. «Probablemente no es el mejor me-

dicamento pero es la punta de lanza de otros fármacos que vendrán en los próximos años y establecerán un cambio de paradigma en el tratamiento de la enfermedad», dice Sánchez del Valle. Desde la Fundación Pasqual Maragall, su director, el doctor Arcadi Navarro destaca la importancia del tratamiento, que, según indica, supone «un cambio de rasante o paradigma en la lucha contra la enfermedad» y defiende también la necesidad de agilizar su llegada a los pacientes. Navarro insta a los políticos a que amplíen su mirada al abordar esta cuestión. «La mirada política es cortoplacista y la financiación de este medicamento debe plantearse como una inversión a largo plazo», añade el especialista. Las asociaciones de familiares como la Confederación Española de Alzheimer (Ceafa) se suman a la corriente de presión a la Administración para acelerar la comercialización del fármaco.

La EMA emitió en julio de 2024, cuatro meses antes de darle luz verde, un veredicto negativo al lecanemab. Ahora ha emitido el mismo dictamen desfavorable contra el donanemab, la otra gran baza de los científicos para combatir la enfermedad en fases tempranas. Los expertos esperan que en su próximo pronunciamiento, previsto para el 25 de julio, la Agencia rectifique y le dé su bendición. «Si hemos logrado hacer sangrar al alzhéimer, lo podemos matar», sostienen los más optimistas.



Campaña por el Día Mundial del Cerebro

Hoy se celebra el Día Mundial del Cerebro, una fecha promovida por la Federación Mundial de Neurología y secundada por organizaciones neurológicas de todo el mundo que, en España, está impulsada por la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este año, bajo el lema “Salud cerebral para todas las edades”, la campaña quiere hacer un llamamiento global para priorizar el cuidado del cerebro desde la preconcepción hasta la vejez. ● D. A.



Día Mundial

Los neurólogos llaman a los ciudadanos a cuidar el cerebro

Este martes, 22 de julio, se celebra el Día Mundial del Cerebro, por lo que la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha impulsado una campaña bajo el lema 'Salud cerebral para todas las edades', con la que quiere hacer un llamamiento global para priorizar el cuidado del cerebro desde la preconcepción hasta la vejez. Los especialistas recuerdan que en España más de 23 millones de personas sufren una enfermedad neurológica, pero las enfermedades neurológicas son prevenibles: hasta el 90% de los casos de ictus y el 40% de los casos de Alzheimer podrían evitarse cuidando adecuadamente el cerebro.



Día Mundial

Los neurólogos llaman a los ciudadanos a cuidar el cerebro

Este martes, 22 de julio, se celebra el Día Mundial del Cerebro, por lo que la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha impulsado una campaña bajo el lema 'Salud cerebral para todas las edades', con la que quiere hacer un llamamiento global para priorizar el cuidado del cerebro desde la preconcepción hasta la vejez. Los especialistas recuerdan que en España más de 23 millones de personas sufren una enfermedad neurológica, pero las enfermedades neurológicas son prevenibles: hasta el 90% de los casos de ictus y el 40% de los casos de Alzheimer podrían evitarse cuidando adecuadamente el cerebro.



Maite Martínez de Albéniz

DIRECTORA GERENTE DE LA OSI

DONOSTIALDEA. En el último año, directora de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Antes fue Jefa de Hospitalización de Neurología y coordinadora de la Unidad del Ictus en el Hospital Universitario Donostia; subdirectora médica en el mismo centro y profesora asociada de Neurología en la EHU. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Neurología (2022-2024).