

NEURO

CON EL ASESORAMIENTO CIENTÍFICO DE LA FUNDACIÓN DEL CEREBRO Y LA SEN

salud

NÚMERO 4 AÑO 4



10 CLAVES
PARA
RECONOCER
EL ICTUS

*Niños
bilingües*

MENTES MÁS
ATENTAS
Y DINÁMICAS

¿Por qué
nos reímos?

MI PADRE LO TUVO,
¿YO LO HEREDARÉ?
Predisposición familiar
en enfermedades neurológicas

DESCUBRE *Test*
SITIENES
TENDENCIA
HIPOCONDRIACA

UN PASO POR DELANTE
DEL
ALZHEIMER

CONSERVA TU MENTE EN PERFECTO ESTADO HASTA LA VEJEZ

¿Un despiste o un principio de Alzheimer?



¿Un despiste o un principio de Alzheimer?

Ocasionalmente, todos podemos tener un despiste, olvidar un nombre, confundir una cara o simplemente sufrir un pequeño fallo de memoria. Sin embargo, debemos estar atentos ante la persistencia de errores de este tipo ya que pueden señalar algo muy importante: un principio de Alzheimer.

El diagnóstico precoz del Alzheimer está en manos de quienes lo padecen o de sus familiares más cercanos y es clave para retrasar el avance de la enfermedad.

Ante la primera señal de alerta consulta con tu médico.

En Nutricia conectamos con el Alzheimer.

Descubre las 10 señales del ALZHEIMER en:



COMITÉ EDITORIAL

Virginia Casado Ruiz
Juan Rafael García Rodríguez
Rocío García-Ramos
Marcos Llanero Luque
Francisca Lozano

DIRECTOR CIENTÍFICO

David A. Pérez Martínez

DIRECTORA EDITORIAL

Rosalía Torres Castro
rosalia@grupoicm.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Santiago Plana Giné
santiago@grupoicm.es

SECRETARIA DE REDACCIÓN

Cecibell Meléndez Mendieta
cecibell@grupoicm.es

PUBLICIDAD

Oscar García
o.garcia@grupoicm.es

COLABORAN EN ESTE NÚMERO

Marta Ferrero, Juan Rafael García, Marcos Llanero, Virginia Madrid, Sagrario Manzano, Jorge Matías-Guiu, Jordi Matías-Guiu Antem, Shahin Mirdavood, José Manuel Moltó, María Asunción de la Morena, Ignacio Pascual, Jesús Porta, Amaya Terrón, Alberto Villarejo.

ILUSTRACIÓN

Pablo Morante Mazarracín
pablo@grupoicm.es

AGENCIAS

Shutterstock Images y Thinkstock.

EDITA

GRUPO
ICM
COMUNICACIÓN

Avenida de San Luis, 47
28033 Madrid.
Tel.: 91 766 99 34
Fax: 91 766 32 65
www.grupoicm.es
grupoicm@grupoicm.es

DIRECTOR GENERAL

Ángel Salmaador Martín
salmaador@grupoicm.es

DIRECTOR COMERCIAL Y PRODUCCIÓN

Juan Carlos Collado
publicidad@grupoicm.es

DIRECTORA DE PUBLICACIONES Y NUEVOS PROYECTOS

Sonsoles García Garrido
sonsoles@grupoicm.es

ADMINISTRACIÓN

África Hernández Sánchez
africa@grupoicm.es

Impreso en España
Octubre 2014
Depósito Legal: TO-617-2011

El Consejo de Redacción de Neuro Salud no se hace responsable de las opiniones publicadas por sus colaboradores. Prohibida la difusión total o parcial de los contenidos de esta publicación sin la autorización expresa de la editorial.

LA MEMORIA ES LA CLAVE PARA ENTENDER LA CONDUCTA DEL SER HUMANO



DR. DAVID A. PÉREZ MARTÍNEZ
Director General
de la "La Fundación
del Cerebro".

Estimados lectores, en este interesante número de Neuro Salud podrán descubrir, entre otros temas, datos de gran interés sobre las bases neurobiológicas de la memoria. A menudo pasamos por alto que nuestra conducta está cimentada en la memoria personal de cada individuo. Sin memoria no hay biografía personal ni experiencia vital... tan solo un eterno presente desconcertante e ininteligible. Si esto fuese poco, el futuro solo puede ser planificado desde la experiencia del pasado. El famoso dicho atribuido a Cicerón de "Quien olvida su historia está condenado a repetirla" encierra un profundo mensaje. Nuestro cerebro planifica sus acciones desde la experiencia del pasado, aprendiendo de sus errores con el fin de programar la conducta hacia el futuro. Si vivimos en un eterno presente, nuestra conducta no tendrá un fundamento sobre la que cimentarse, nuestras acciones estarán orientadas hacia objetivos que pronto serán olvidados y no podremos recordar cuál es la estrategia más exitosa para no repetir los errores del pasado.

Empatizar con un paciente con enferme- dad de Alzhei- mer pasa por comprender qué está sucediendo en su cerebro

Como podemos deducir, los mecanismos de la memoria son fundamentales a la hora de entender al ser humano. Por lo tanto, las enfermedades neurológicas que afectan a la memoria producen graves consecuencias en la conducta del paciente... y de ahí el drama de la enfermedad de Alzheimer. Porque si estamos hablando de una patología con enorme impacto sobre el paciente y la familia es la enfermedad de Alzheimer. Como todos ustedes saben, uno de los síntomas más precoces y severos en dicha enfermedad es la pérdida de la memoria reciente. Los pacientes olvidan los hechos cercanos, las citas, sus objetos personales y las conversaciones... evolucionando hacia un síndrome amnésico severo

que limita las actividades cotidianas. Por lo tanto, empatizar con un paciente con enfermedad de Alzheimer pasa por comprender qué está sucediendo en su cerebro. En este número podrán conocer algo más de las bases neurológicas de la memoria. Nuestro objetivo no es solo que entiendan un poco más el funcionamiento de nuestro cerebro, el objetivo más ambicioso es que entiendan qué es lo que sucede en un paciente con enfermedad de Alzheimer y puedan comprenderlo mejor. Seguro que les resulta útil e interesante.



¿SABÍAS QUE...? — 6

SE HA HABLADO DE... — 8

NIÑO

Mi hijo tiene ausencias — 26

FAMILIA

Predisposición familiar
en enfermedades neurológicas — 34

BREVES — 38

10 CLAVES PARA...

Reconocer un ictus — 40

DOLOR DE CABEZA

¿Qué es el dolor facial? — 42

MAYORES

Recursos sociales para mayores
con problemas neurológicos — 44

TE INTERESA

¿Por qué nos reímos? — 50

VIAJES, AGENDA Y LIBROS — 54

MENTE ÁGIL — 56

ESPECIAL

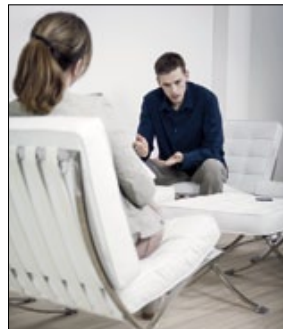
NO LLEGUES AL ALZHEIMER

La mitad de los casos de Alzheimer en todo el mundo están asociados a siete factores de riesgo que podrían prevenirse: tabaco, sedentarismo, escasa actividad mental, hipertensión, diabetes, obesidad y depresión.

10



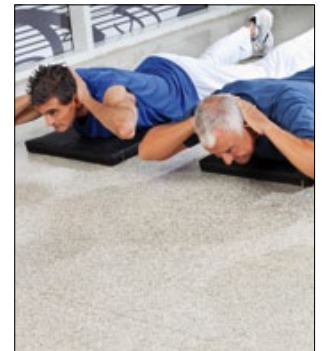
◀ **Familia**



¿Existe el TDAH en el adulto?

Este trastorno que se inicia en la infancia, en muchos casos, puede llegar sin diagnóstico a la edad adulta.

32



Mayores ▼

Ejercicio físico, rompiendo las barreras de la edad

“Yo ya soy mayor para eso...” No hay nada más erróneo que la creencia de que por ser mayor no podemos practicar deporte.

46

Niños ▶

Los niños bilingües, ¿son más inteligentes?

Diversos estudios señalan que hablar dos idiomas tiene profundos efectos beneficiosos en el cerebro.

16

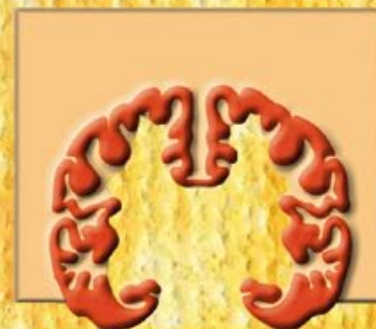


Test

¿Eres hipocondríaco?

Sociedad Española Neurología

www.sen.es



**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROLOGIA**



EL CEREBRO SE DAÑA SI LE FALTA OXÍGENO

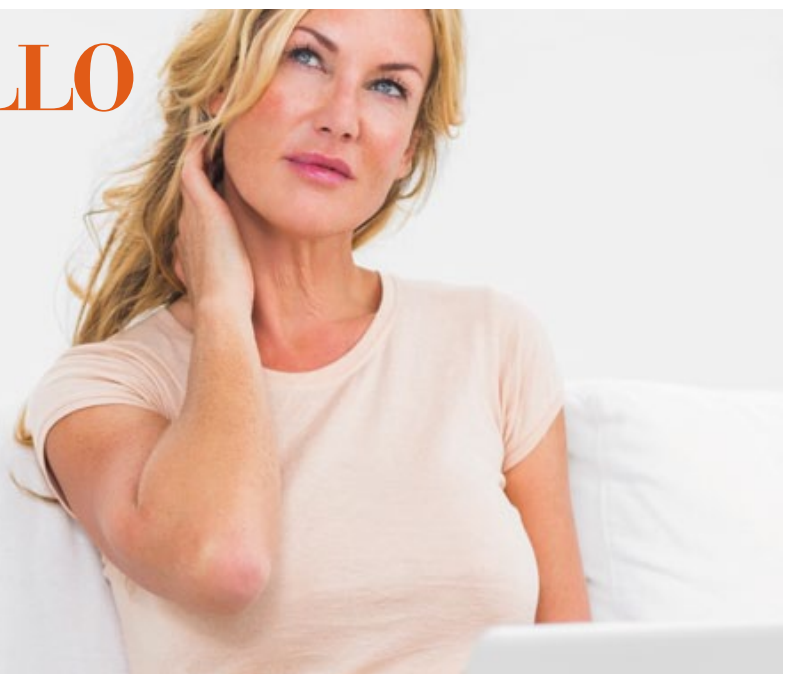
El oxígeno es fundamental para el funcionamiento cerebral. Su ausencia en el cerebro es muy peligrosa y si no llega oxígeno al cerebro por un tiempo de entre cinco y diez minutos, ocurre el daño cerebral permanente.



EL DESARROLLO

CEREBRAL TIENE FECHA DE CADUCIDAD

¿Hasta qué edad crees que tu cerebro se va a desarrollar? Según los científicos, nuestro cerebro se desarrolla únicamente hasta poco después de los 40 años de edad.





EL CEREBRO ADORA EL CHOCOLATE

Los beneficios para la salud del consumo moderado de chocolate se han comprobado en numerosos estudios. Basta con oler un trozo de chocolate para que aumenten las ondas theta en el cerebro y como consecuencia, nos sintamos más relajados.

Cuando más viejo, más feliz

A medida que nuestro cerebro envejece, le resulta más fácil controlar las emociones y digiere mucho mejor los pensamientos negativos, por lo que con el paso del tiempo nos permite ser más felices.

EL DATO



SEGÚN UN ESTUDIO DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA EN EL QUE SE REALIZÓ UN TEST DE IQ A 465 PERSONAS DE 11 AÑOS DE EDAD (EN 1947) Y OTRO A ESTAS MISMAS EN 2004, EL TABAQUISMO HACE DESCENDER UN UNO POR CIENTO LA INTELIGENCIA DE LOS FUMADORES. LA EXPLICACIÓN, APUNTAN LOS CIENTÍFICOS, ES EL DAÑO PULMONAR QUE PROPICIA QUE EL CEREBRO RECIBA MENOS OXÍGENO.

GRANDES PENSADORES...

NOS DEJARON SU LEGADO

DALAI LAMA

Líder espiritual.

Si nuestra mente se ve dominada por el enojo, desperdiciaremos la mejor parte del cerebro humano: la sabiduría, la capacidad de discernir y decidir lo que está bien o mal.



ROBERT BROWNING

Poeta y dramaturgo inglés.

La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.



PLUTARCO

Historiador, biógrafo y ensayista griego.

El cerebro no es un vaso por llenar, sino una lámpara por encender.



WILLIAM SHAKESPEARE

Dramaturgo, poeta y actor inglés.

La mente del hombre es de mármol; la de la mujer de cera.



SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL

Médico español.

Es preciso sacudir enérgicamente el bosque de las neuronas cerebrales adormecidas; es menester hacerlas vibrar con la emoción de lo nuevo e infundirles nobles y elevadas inquietudes.



SIGMUND FREUD

Neurólogo austriaco.

Si la inspiración no viene a mí salgo a su encuentro, a la mitad del camino.



DICK SWAAB

Neurólogo de los Países Bajos.

Lo mejor para el cerebro es jugar al ajedrez.



VIKTOR FRANKL

Neurólogo y psiquiatra austriaco.

La felicidad es como una mariposa. Cuanto más la persigues, más huye. Pero si vuelves la atención hacia otras cosas, ella viene y suavemente se posa en tu hombro. La felicidad no es una posada en el camino, sino una forma de caminar por la vida.



EL HOMBRE FIEL es más evolucionado



Un hombre fiel es más inteligente que el infiel según un estudio y su comportamiento sería una señal de la evolución de la especie. Los hombres que se identifican como liberales, ateos y fieles poseen unos coeficientes intelectuales más altos que los que se definen como creyentes e infieles revela Satoshi Kanazawa, autor de un estudio sobre psicología evolutiva de la London School of Economics Satoshi Kanazawa. Además, para el autor otra conclusión de su estudio es que el comportamiento fiel del hombre más inteligente sería una señal de la evolución de la especie. Su

teoría se basa en el concepto de que a lo largo de la historia de la evolución, los hombre siempre fueron relativamente polígamos y que eso está cambiando. Para Kanazawa, asumir una relación monogámica supone una novedad evolutiva, en oposición al hombre primitivo, que era propenso a la promiscuidad. Según este razonamiento, las personas más inteligentes adoptan prácticas más nuevas, por lo tanto, serían más evolucionadas. Estos resultados no se aplican a las mujeres, ya que ellas siempre fueron relativamente monógamas y por lo tanto esto no supone una evolución.

ES FALSO QUE SOLO SE USA EL 10% DEL CEREBRO

El cerebro es el órgano que más curiosidad provoca. Tanto que entre sus circuitos y neuronas se instalan mitos difíciles de derribar, pero para el director del Instituto de Neurociencias de Alicante, Juan Lerma, se trata solo de un mito, "si no usáramos parte de nuestro cerebro se atrofiaría como lo hace un músculo que no ejercitamos. El 10 por ciento es un mito alimentado por parapsicólogos y afines. El cerebro es extraordinariamente complejo, fruto de la evolución de millones de años. Todas sus partes tienen una misión que cumplir y están funcionando con mayor o menor intensidad siempre", explica.

Entrenar al cerebro PARA QUE PREFIERA LA COMIDA SANA

Reeducar nuestro cerebro es posible para que prefiera las opciones alimenticias más saludables. Al menos es lo que sugiere un estudio publicado en la revista Nutrition and Diabetes. La obesidad se asocia con una hiperactivación del sistema de recompensa en favor de la comida con muchas calorías frente a las que tienen pocas, sin embargo, si el paciente es reeducado, por ejemplo al seguir una dieta, desarrolla cambios en áreas del cerebro relacionadas con el aprendizaje y la adicción, lo que le hace más capaz de cambiar sus preferencias por la comida no saludable a la saludable.





SE ACABÓ el mito

Tener mala orientación no es cuestión de sexos

Siempre se ha dicho que las mujeres tienen peor orientación que los hombres, como, por ejemplo, al leer un mapa, pero ahora la ciencia rebate esta creencia, ya que, aunque algunos estudios han hallado diferencias entre sexos en

algunas tareas de este tipo, parece que la orientación espacial podría depender de otras habilidades espaciales como la de rotación mental más que del hecho de ser hombre o mujer.

Todos nacemos con un cerebro que posee

unas cualidades innatas, que se va moldeando con nuestra experiencia posterior, por lo que el cerebro puede cambiar gracias a la práctica de ciertas tareas y ejercicios, y por supuesto la orientación también se encuentra entre ellas.

¿SE ATONTA EL CEREBRO POR VER PORNO?

Un estudio detecta que las mentes que más tiempo pasan consumiendo material X suelen generar menos materia gris

La estadística dice que aproximadamente un 84 por ciento de la población masculina occidental la ha consumido en algún momento de su vida. Y no paran de llegar estudios al respecto. El más reciente, uno realizado por el Instituto Max Planck para el Desarrollo Humano de Berlín, afirma que los hombres que pasan mucho tiempo viendo pornografía en Internet tienen menos materia gris y registran una reducción de su actividad cerebral.

En la mayoría de la muestra cuanto más pornografía consumían, más se deterioraban las conexiones entre el cuerpo estriado del cerebro y la zona encargada de la toma de decisiones, el comportamiento y la motivación.

Para Efiengnio Amezá, codirector del Máster de Sexualidad de la Universidad de Alcalá de Henares, este estudio es evidente ya que "el exceso de consumo, sea de porno o viendo fútbol, produce pasividad. Y eso es lo mismo que decir que la actividad cerebral no está activa y es posible que la pornografía inhiba más la capacidad cerebral por el hecho de que es un material que atrae más que otro contenido".



Los inteligentes tardan más en dormir

Y PREFIEREN LA NOCHE

Las personas más inteligentes se sienten atraídas por la noche, momento y espacio que favorece su creatividad y desarrollo.

Si bien diversos estudios alertan que dormir poco puede ser perjudicial para la salud, la realidad es que quienes padecen de insomnio pueden ser más inteligentes. Al parecer la gente con mayor coeficiente intelectual tiende a ser más activa durante la noche,

mientras que aquellos no tan agraciados prefieren acostarse antes.

Aunque este tipo de estudios son un tanto cuestionables, lo cierto es que la noche emana singulares frecuencias que magnetizan ciertos tipos de personalidades, entre ellas personas que tienden más a la reflexión y el desarrollo de la creatividad, actividades que se sienten más cómodas cobijadas por la tranquilidad del espíritu nocturno.

Entre la gente mayor, la enfermedad de Alzheimer es la responsable de demencia en el **70%** de los casos.

Cuando llegan a los **40** años, casi todas las personas que tienen síndrome de Down suelen estar más expuestas al Alzheimer. Esto se debe al hecho de que tienen una copia extra del gen responsable de la formación de las placas que conducen a la enfermedad.

Según datos de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer, el coste medio de la enfermedad es de unos

30.000€

UN PASO POR DELANTE DEL ALZHEIMER

La mitad de los casos de Alzheimer en todo el mundo están asociados a siete factores de riesgo que podrían prevenirse: tabaco, sedentarismo, escasa actividad mental, hipertensión, diabetes, obesidad y depresión. Una buena noticia, ya que, en gran parte, está en nuestra mano no llegar a sufrir esta enfermedad neurodegenerativa. En este *Especial* te explicamos cómo funciona nuestra memoria, qué es nuestra reserva cognitiva y cómo mantenerla e incrementarla, cuáles son los signos que nos pueden hacer sospechar una incipiente enfermedad de Alzheimer y cuáles son los hábitos de vida saludables que debemos llevar a cabo para conservar nuestra mente en perfecto estado hasta la edad adulta.

- Se sabe que algunos casos raros de la enfermedad, que tienden a darse en personas más jóvenes de lo normal, se transmiten genéticamente de una generación a otra. En estos casos la probabilidad de que miembros cercanos de la familia -hermanos, hijos- desarrollen la enfermedad es del 50 por ciento.
- La Sociedad Española de Neurología calcula que entre de Alzheimer podría estar sin diagnosticar.
- En 15 o 20 años la incidencia de la enfermedad de



El Alzheimer afecta al **13%** de mayores de 65 años en España, más de un millón de personas.

Unos **35,6** millones de pacientes sufren demencia a nivel global, con una proyección en la que el número se doblaría cada dos décadas con un incremento mayor en los países en vía de desarrollo.

Casi **8** ocho millones de europeos tienen Alzheimer.

Un estudio de **2003** encontró que las personas que comían pescado una vez a la semana o más tenían un 60% menos de probabilidades de desarrollar Alzheimer que los que consumían pescado con menos frecuencia. Esto es mucho más efectivo que cualquier fármaco conocido.

Aproximadamente **1^{DE} CADA 200** islandeses y escandinavos tiene una mutación en un gen asociado con la enfermedad de Alzheimer que le protege contra la enfermedad.

El Alzheimer es más frecuente en las mujeres que en los hombres (la proporción es **1,6:1**). Las razones de este predominio femenino no están aún muy claras. Una de ellas podría ser que, con la menopausia, la mujer pierde el papel protector que los estrógenos tienen sobre las neuronas. Otra podría radicar en la mayor expectativa de vida que tienen las mujeres.

el 30 y el 40% de los casos

Alzheimer se puede duplicar.

Un paciente con Alzheimer necesita, de media, unas **70** horas semanales de cuidados y, en la mayoría de los casos, sobre el 80%, los responsables del cuidado del paciente suelen ser los familiares.

Nuestro cerebro es un músculo que tan solo necesita ejercicio para mantenerse en forma. Leer un libro, jugar a las cartas o hacer las cuentas a mano son la mejor estrategia para tener una memoria ágil y despierta y prevenir ciertos deterioros cognitivos.

LEIRE MONEO

LA MEMORIA Y SUS SECRETOS

Aprende a sacarle partido

Millones de neuronas se ponen a trabajar para recordar la lista de la compra, qué cumpleaños celebramos esta semana o dónde dejamos las llaves de casa por última vez. Sumergidos en el ajetreado ritmo del día a día, a veces estas simples tareas no resultan sencillas de conseguir. Es entonces cuando echamos mano de la agenda, de la alarma en el teléfono móvil e incluso de las socorridas notas adhesivas de colores llamativos. Y así, sin apenas percatarnos, confiamos demasiado en que otros nos recuerden lo que deberíamos retener en la memoria con facilidad. Y es que, los expertos coinciden en señalar que el ordenador más potente y rápido del mundo se encuentra alojado en nuestra cabeza. Tan solo hay que engrasarlo a diario y alimentarlo bien para que funcione a las mil maravillas, pues, como si de un músculo se tratara, necesita actividad regular para ofrecer un rendimiento adecuado a sus posibilidades, ya que, si no se ejercita, tiende a atrofiarse, disminuyendo su capacidad para pensar y recordar.

¿CÓMO FUNCIONA NUESTRA MENTE?

En un cerebro adulto medio existen alrededor de cien mil millones de neuronas. Y cada una de estas puede establecer, a su vez, entre cinco mil y diez mil conexiones o sinapsis con otras neuronas, gracias a pequeñas ramificaciones que sobresalen de ellas y les permiten conectarse entre sí. El resultado de esta vertiginosa actividad es la creación de un complejísimo entramado que permite almacenar una

enorme cantidad de información, recuperarla, relacionarla con datos nuevos o previos y, además, generar pensamientos, acciones y sentimientos. “Las neuronas forman redes y circuitos que constituyen la base de nuestros pensamientos y personalidad. Contra lo que habitualmente se cree, las comunicaciones entre neuronas están en constante remodelación en función de los estímulos que reciben, de modo que las



conexiones viejas se fortalecen o debilitan y se crean otras nuevas. Por este motivo es tan importante aprender y mantenernos en constante actividad, pues es el mejor entrenamiento para la mente”, afirma Alberto Lleó, jefe clínico de la Unidad de Memoria del Servicio de Neurología del Hospital Sant Pau de Barcelona.

Lo más curioso es que, al nacer, nuestro cerebro tenía todas estas neuronas, pero la diferencia es que muchas de ellas aún no estaban conectadas. Cuando aprendemos cosas, los mensajes van de una neurona a otra, una y otra vez. Así, el cerebro comienza a crear conexiones entre las neuronas que nos permiten que hacer algo conocido sea cada vez más fácil. Basta con recordar la primera vez que montamos en bicicleta para entenderlo: por aquel entonces, el cerebro tenía que pensar en pedalear, permanecer en equilibrio y controlar la dirección, todo a la vez. Con la práctica

SUEÑO REPARADOR, UN BUEN ALIADO

Según estudios realizados, durante el periodo de vigilia, es decir, durante el día, estando despiertos y realizando nuestra actividad cotidiana, recopilamos información a través de las experiencias vividas y nuestra relación con otros individuos y el medio en que nos movemos. Posiblemente, se nos presenten problemas, a los cuales no encontramos solución. Es por la noche, durante el sueño, cuando el cerebro sigue

trabajando y sedimentando todos los datos que hemos acumulado en nuestro sistema de memoria. En este tiempo se produce una actividad de desecho de la información no necesaria y la consolidación de lo importante para lograr más claridad en la solución de los problemas planteados anteriormente. Por ello, dormir bien es un ingrediente fundamental para mantener nuestra memoria bien engrasada.



y el tiempo de experiencia, las neuronas transmitieron mensajes entre sí hasta que se creó una comunicación estable en el cerebro denominada “montar en bicicleta” que ahora nos permite montar sobre las dos ruedas sin necesidad de pensar cómo hacerlo.

EL ENGRANAJE DE LA MEMORIA

La memoria es la capacidad de retener y evocar los estímulos que, tras penetrar adecuadamente en el cerebro, se han alojado en él. “Nuestra mente tiene un sistema de recogida, almacenaje y recuperación de la información, que es lo que entendemos por memoria”, explica Juan Rafael García, vocal del Área Social de la Sociedad Española de Neurología y neurólogo del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Pero, ¿cuál es el procedimiento que sigue el engranaje de la memoria? Según los expertos, podemos distinguir varias fases:

➤ **Introducción de datos.** Es el momento en el que los conocimientos, experiencias y acontecimientos acceden a nuestro cerebro. Las circunstancias que rodean este momento resultan claves para el éxito o el fracaso de la memoria, pues es imprescindible prestar atención y tener cierta concentración.

➤ **Almacenamiento.** Es la fase en la que los datos introducidos se registran ordenadamente en el cerebro. La clave del éxito está en clasificar la información con cierta lógica determinada por nosotros.

➤ **Evocación.** La última etapa es la decisiva. A la hora de recordar, si lo al-

■

LA GIMNASIA CEREBRAL DESARROLLA LAS NEURONAS Y LAS MANTIENE ACTIVAS Y RECEPTIVAS. BASTA CON LEER UN LIBRO, PASEAR, IR AL CINE, SEGUIR LAS NOTICIAS, LEER EL PERIÓDICO, USAR INTERNET, ACUDIR A EXPOSICIONES CULTURALES, IR AL TEATRO, A MUSEOS...

■

macenado se ha clasificado bien, será más fácil localizarlo y utilizarlo. Pero una vez puestos a recordar, no toda la información es igual, de ahí que haya cuestiones más sencillas de recordar que otras. Tal y como aclara el neurólogo Juan Rafael García, dentro del sistema existen diferentes tipos de memoria:

➤ **Memoria episódica.** Es aquella que nos trae recuerdos de lo vivido como, por ejemplo, que ayer fuimos al teatro o qué comimos en el almuerzo.

➤ **Memoria semántica.** Nos trae información sobre el mundo, es decir, quién es

MENTE SANA EN UN CUERPO SANO

Los neurólogos aconsejan poner en práctica una forma de vida cerebro saludable que consiste en:

- **REALIZAR EJERCICIO FÍSICO MODERADO.** Aumenta el flujo sanguíneo cerebral, estimula los lóbulos frontales del cerebro, fundamentales para un correcto funcionamiento cognitivo, y ayuda a mantenerlo oxigenado.
- **DECIR ADIÓS AL ESTRÉS.** El estrés, la depresión o la ansiedad tienen un impacto negativo en la memoria, al igual que los trastornos de sueño o la fatiga crónica. Dejar tiempo para las actividades de ocio y relajación, así como buscar ayuda profesional cuando sea necesario, es importante para mantener la mente sana.
- **LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE.** El consumo excesivo de alcohol o el tabaco deterioran las funciones cognitivas de nuestro cerebro. Controlar la obesidad, estar atentos a la presión sanguínea y mantener a rajatabla algunos indicadores como la hipertensión arterial, el colesterol o la diabetes también tiene su recompensa en el cerebro.
- **TENER UNA VIDA SOCIAL ACTIVA.** El contacto con otras personas es un estímulo fundamental para el cerebro y aumenta la apetencia por aprender y conocer, lo que incrementa la reserva cerebral y cognitiva.

el presidente de los Estados Unidos o el Rey de España, por ejemplo.

➤ **Memoria de trabajo.** Es la encargada, entre otras cosas, de mantener un número de teléfono en la mente. Ejercitar y recordar cada cierto tiempo esta información resulta decisiva para que no caiga en el olvido.

➤ **Memoria procedimental.** Es aquella en la que se aprenden habilidades cognitivas y conductuales que se realizan de forma inconsciente, como saber manejar los cambios de un coche o llevar una bicicleta. ◆



DR. JORDI
MATÍAS-GUIU
ANTEM
Neurólogo. Hospital Clínico
San Carlos, Madrid.

En ciertas personas la enfermedad de Alzheimer puede retrasarse o aparecer de forma más leve. ¿Cuáles son las claves? ¿Influyen la educación o las actividades de ocio en la enfermedad?

RESERVA COGNITIVA Y DEMENCIA

Cómo prevenir o retrasar el deterioro cognitivo

No hay enfermedades, sino enfermos”. Esta frase, además de enfatizar la importancia de la relación médico-paciente, destaca la gran variabilidad que existe en la forma de presentación de las enfermedades médicas. Una misma enfermedad puede manifestarse y tener un curso diferente dependiendo de muchos factores. Y uno de los factores clave es la propia persona que padece la enfermedad. Esto también ocurre en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. ¿Existen factores que puedan hacer que la enfermedad aparezca más tarde? ¿O que el paciente tenga en fases iniciales unos síntomas más leves? Esto es lo que se conoce como “reserva cognitiva”.

El concepto de reserva cognitiva se utiliza para referirnos a una serie de factores personales y ambientales que determinan la capacidad que tiene nuestro cerebro de resistir una enfermedad antes de manifestarse clínicamente, o de que los síntomas

sean menores de los esperables. De este modo, algunos pacientes con enfermedad de Alzheimer nunca llegan a desarrollar demencia, o los síntomas son leves, mientras que otros pacientes con grados leves de la enfermedad pueden tener una mayor gravedad clínica o presentarse a una edad más precoz. Dicho de otro modo, la reserva cognitiva sería la cantidad de daño cerebral que una persona puede “tolerar” antes de que aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad, así como la capacidad de compensar los daños de forma que las manifestaciones clínicas sean menores. Esto tiene relevancia especialmente en las fases iniciales de la enfermedad, en que a través de la reserva cognitiva puede compensarse el daño neuronal.

¿CÓMO FUNCIONA LA RESERVA COGNITIVA?

Inicialmente, la reserva cognitiva se concibió desde un punto de vista meramente cuantitativo, es decir, en relación »



EL ESTUDIO DE LAS MONJAS

Se trata de un estudio iniciado en 1986 en una congregación de monjas católicas de Estados Unidos, que ha representado una contribución importante al estudio de la enfermedad de Alzheimer y la reserva cognitiva. Los investigadores pudieron acceder al documento autobiográfico que cada una de las hermanas escribió

para entrar en la comunidad. Con esto pudieron analizar el nivel cultural y las capacidades lingüísticas de cada una de las hermanas de la congregación en su juventud. Posteriormente observaron cómo la prevalencia de enfermedad de Alzheimer fue muy superior entre aquellas hermanas con un menor nivel cultural.



» al tamaño cerebral. Así, cerebros de mayor tamaño o con un mayor número de sinapsis, serían más resistentes al daño. Sin embargo, últimamente se ha relacionado con otros mecanismos. Por ejemplo, estímulos cognitivos pueden ser capaces de estimular la neurogénesis, la plasticidad neuronal o la síntesis de ciertos factores tróficos involucrados en la memoria.

Estudios de neuroimagen avanzados que permiten evaluar el grado de daño neuronal apoyan la existencia de la reserva cognitiva. Comparando pacientes con enfermedad de Alzheimer con mayor y menor reserva cognitiva y una afectación en sus actividades de la vida diaria similar, se ha observado cómo los pacientes con mayor reserva cognitiva tienen un

ALGUNAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA RESERVA COGNITIVA

- » Lectura (novelas, libros, periódico...).
- » Practicar deportes.
- » Tocar música.
- » Practicar actividades artísticas (pintura, dibujo, escritura, baile, etcétera).
- » Conocer y hablar varios idiomas.
- » Juegos intelectuales (cartas, ajedrez, crucigramas, etcétera).

estadio más avanzado de la enfermedad en las pruebas de neuroimagen. Es decir, aunque la enfermedad esté más avanzada, los pacientes con mayor reserva cognitiva se mantienen como si estuviesen en una fase más leve. Esto es un aspecto positivo desde el punto de vista del paciente, ya que ralentiza la historia natural de la enfermedad, pero, por otra parte, puede suponer un retraso en el diagnóstico, ya que los síntomas cardinales de la enfermedad pueden retrasarse en el tiempo.

TIPOS DE RESERVA COGNITIVA

Según el modelo de la reserva cognitiva, existen dos tipos que actúan conjuntamente. La primera se conoce como reserva cognitiva "pasiva", y hace referencia



al uso de las redes neuronales existentes, que han sido estimuladas a lo largo de la vida del individuo, y que permiten una mayor resistencia al daño producido por la enfermedad. El segundo tipo se conoce como “activa”, e implica el reclutamiento de nuevas redes y circuitos neuronales para actividades que previamente se realizaban mediante otros circuitos que se encuentran dañados por la enfermedad. De esta manera, se lograría una compensación a través de estrategias alternativas.

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA RESERVA COGNITIVA?

Se han estudiado diferentes factores que pueden influir en la reserva cognitiva. Entre los que se ha observado una mayor importancia se encuentran la educación, la ocupación profesional, los idiomas, las aficiones, la alimentación, la actividad intelectual y la actividad física. Posiblemente algunos factores genéticos también pueden influir.

¿PUEDE INCREMENTARSE LA RESERVA COGNITIVA?

Muchos de los factores mencionados son modificables, es decir, podemos actuar sobre ellos. Así, de la misma forma en que no fumar, tener una alimentación equilibrada o realizar ejercicio físico moderado puede ayudar a prevenir las enfermedades vasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, etcétera), otros factores como la actividad intelectual, social o física también pueden influir en la presentación de las enfermedades neurodegenerativas. En estudios realizados se ha observado como las personas con un mayor nivel educativo, con una actividad cognitiva cotidiana más exigente o que hablan varios idiomas tienen menos riesgo de desarrollar demencia, o desarrollan la enfermedad a una edad más avanzada. También se ha observado que la actividad física aeróbica regular tiene un efecto beneficioso sobre la cognición.

Es importante destacar que la reserva cognitiva no es estática a lo largo de la vida, y no depende exclusivamente de la educación recibida en los primeros años de vida o la profesión. Al contrario, la reserva cognitiva se encuentra influida por factores



■ **LAS PERSONAS QUE TIENEN UN MAYOR NIVEL EDUCATIVO, CON UNA ACTIVIDAD COGNITIVA COTIDIANA MÁS EXIGENTE O QUE HABLAN VARIOS IDIOMAS TIENEN MENOS RIESGO DE DESARROLLAR DEMENCIA O LA DESARROLLAN A UNA EDAD MÁS AVANZADA**

que ocurren a cualquier edad de la vida. Por lo tanto, tareas de estimulación cognitiva incluso a edades avanzadas o en personas con enfermedad de Alzheimer también pueden tener un papel beneficioso.

¿INFLUYE TAMBIÉN EN OTRAS ENFERMEDADES?

Además de en la enfermedad de Alzheimer, también se ha demostrado el beneficio de la reserva cognitiva en otro tipo de demencias y otras enfermedades neurológicas como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson, el traumatismo craneoencefálico, o la esclerosis múltiple.

Esto plantea que la reserva cognitiva es una forma de expresar una serie de mecanismos generales de los que dispone el cerebro, mecanismos que pueden ser un factor protector en las enfermedades neurodegenerativas y, por lo tanto, regular el momento, la forma o la gravedad de aparición de las diferentes enfermedades neurológicas que pueden cursar con deterioro cognitivo. ◆



La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia en nuestro país, y el gran temor de todas las personas que se quejan de mala memoria. La enfermedad suele comenzar con una serie de síntomas bastante típicos, que pueden ayudar a un diagnóstico precoz.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Los datos de alarma

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno degenerativo del sistema nervioso, que provoca una pérdida gradual y progresiva de las funciones cognitivas del paciente. Existe cierta confusión en la sociedad entre los términos “demencia”, “enfermedad de Alzheimer” y “demencia senil”. Conviene aclarar su significado para evitar que un mismo proceso reciba una connotación de enfermedad grave (Alzheimer) o algo “normal” con la edad (demencia senil) en función del término que se emplea. Comenzaremos por unas definiciones breves:

► **Demencia:** se trata de un síndrome caracterizado por la pérdida de las capacidades cognitivas previas, que provoca una incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Como





todos los síndromes, puede estar causado por muchas enfermedades (traumatismos, infecciones, alteraciones metabólicas, infartos...), siendo la más frecuente de ellas la enfermedad de Alzheimer.

► **Demencia senil** es un término cada vez menos utilizado, que solo indica que la demencia aparece por encima de los 65 años. Las que aparecen antes de esa edad se consideran demencias “preseniles”.

► **Enfermedad de Alzheimer:** se trata de una enfermedad degenerativa del sistema nervioso, con ciertas características clínicas, biológicas y anatomopatológicas.

DESCUBRIRLO A TIEMPO

Hasta hace unos años, la enfermedad de Alzheimer se diagnosticaba cuando los pacientes cumplían ciertos criterios de

MUCHAS PERSONAS CON QUEJAS DE MALA MEMORIA NO TIENEN UN DÉFICIT OBJETIVO, Y SUS SÍNTOMAS SE DEBEN A PROBLEMAS DE ATENCIÓN, CONCENTRACIÓN O A UNA PERCEPCIÓN EQUIVOCADA DE SU MEMORIA REAL

demencia. Desde la aparición de biomarcadores diagnósticos y su inclusión en los nuevos criterios clínicos, se puede diagnosticar en fases más precoces, cuando los síntomas del paciente aún no tienen una repercusión relevante en su vida cotidiana. Este diagnóstico precoz puede ofrecer ventajas.

Para el paciente y su familia, permite tener un conocimiento y una mayor comprensión de lo que está sucediendo, aumenta la capacidad de tomar decisiones ellos mismos, y de acceder a más información, asesoramiento y apoyo. Además, la rehabilitación cognitiva y la actividad física intentan mantener el mayor tiempo posible la independencia y la capacidad cognitiva, ralentizando el avance de la enfermedad. Por otra parte, la mayoría de los esfuerzos de la investigación actual se dirigen a probar nuevos fármacos en estas fases iniciales, antes de que el daño cerebral sea muy acusado.

SEÑALES DE ALARMA

En cuanto a los síntomas de alarma, la enfermedad es tan frecuente en los ancianos que la manifestación principal está en la literatura y la sabiduría popular. Dejemos que sea Gabriel García Márquez en *El amor en los tiempos del cólera*, quien describa los síntomas en el doctor Juvenal Urbino, uno de sus protagonistas: “Cuando se dio cuenta de sus primeros olvidos, apeló a un recurso que le había oído a uno de sus maestros en la Escuela

¿QUÉ DATOS SUGIEREN QUE LA PÉRDIDA DE MEMORIA PUEDE SER GRAVE?

La pérdida de memoria es un síntoma muy frecuente, a menudo debido a procesos benignos como falta de atención, estrés o ansiedad. Tres rasgos sugieren que pueda deberse a la enfermedad de Alzheimer:

- Cuando el paciente no es consciente de su alteración de memoria, siendo los familiares o compañeros de trabajos quienes lo aprecian.
- Cuando provoca trastornos o cambios en la vida cotidiana, como perder de manera repetida citas u objetos, o ser incapaz de realizar tareas que antes se hacían con normalidad.
- Cuando existe un empeoramiento gradual a lo largo del tiempo.
- Cuando las quejas subjetivas del paciente o su entorno se objetivan en la exploración cognitiva.



SÍNTOMAS SUGERENTES DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	ALTERACIONES HABITUALMENTE BENIGNAS, O RELACIONADAS CON LA EDAD
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alteración de memoria que interfiere con la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Olvidar ocasionalmente nombres o acontecimientos, pero recordarlos poco después.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para el aprendizaje de nuevas tareas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesitar ayuda para utilizar nueva tecnología.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desorientación temporal persistente. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equivocarse en el día de la semana o mes, pero darse cuenta.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar objetos en lugares extraños de forma repetida. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar algún objeto en un lugar equivocado, sobre todo cuando se están haciendo otras tareas a la vez.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad persistente para encontrar palabras, o cambiar una palabra por otra. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Olvidar el nombre de personas con las que no se tiene un trato cotidiano.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas repetidos para tomar decisiones, con numerosas equivocaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equivocarse de vez en cuando.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambios de conducta como apatía o irritabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cierta rigidez para cambiar las rutinas.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Problemas para la realización de cálculos complejos, como los asuntos bancarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lentitud a la hora de realizar los cálculos o tareas complejas.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pérdida de interés por aficiones o actividades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cansarse antes en las reuniones familiares.

de Medicina: “El que no tiene memoria se hace una de papel”. Sin embargo, fue una ilusión efímera, pues había llegado al extremo de olvidar lo que querían decir las notas recordatorias que se metía en los bolsillos, recorría la casa buscando los lentes que llevaba puestos, volvía a darle vueltas a la llave después de haber cerrado las puertas, y perdía el hilo de la lectura porque olvidaba las premisas de los argumentos o la filiación de los personajes. Pero lo que más le inquietaba era la desconfianza que tenía en su propia razón”.

En este párrafo encontramos los principales síntomas de alarma de la enfermedad de Alzheimer, entre los que destaca la pérdida de memoria que altera el funcionamiento en la vida cotidiana. El tipo de memoria que falla en primer lugar es la memoria episódica, aquella que nos permite adquirir nueva información y acordarnos de los acontecimientos recientes. Con la evolución de la enfermedad, la alteración de memoria es cada vez mayor, y se afectan otras funciones cognitivas como la orientación, el lenguaje o la capacidad de utilizar objetos. En ocasiones, resulta difícil distinguir estas manifestaciones iniciales de la enfermedad de otras más benignas que pueden ser normales en el envejecimiento. Más que memoria, con la edad se pierde velocidad de procesamiento mental, lo que se manifiesta por la dificultad para aprender actividades nuevas o hacer varias tareas a la vez. ♦



DRA. MARÍA SAGRARIO MANZANO
Neuróloga. Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid.

La alimentación, la nutrición artificial y las novedades terapéuticas, como los llamados “alimentos medicamentos”, tienen un papel relevante en el manejo de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, desde el inicio hasta sus fases más avanzadas, y pueden ayudarnos en muchos aspectos a mejorar el día a día de estos enfermos y de sus cuidadores.

¿PUEDEN CIERTOS NUTRIENTES RETRASAR EL ALZHEIMER?

La dieta que protege el cerebro

La enfermedad de Alzheimer es un proceso que pasa por diferentes fases, y que la etapa que conocemos como demencia, es aquella en la que el individuo presenta tal alteración de sus capacidades cognitivas, que se vuelve dependiente para poder realizarlas. Ese proceso largo de cambios se estima que puede ser de hasta 30 años, de los cuales, solo la última década aproximadamente, tiene la máxima relevancia a la hora de precisar visitas a los médicos y tratamientos.

Por eso es importante emprender acciones preventivas que permitan retrasar al máximo “el momento demencia” y por tanto preservar la autonomía de la persona, a pesar de que no existan estudios con rigor científico que lo hayan demostrado.

DIETA PREVENTIVA

La dieta puede considerarse un factor de riesgo o de protección frente a la enfermedad de Alzheimer, como de hecho señalan diferentes estudios realizados durante la última década. En ellos, se describe una relación directa entre diferentes nutrientes clave y las funciones cognitivas e intelectuales de la persona a la hora de retrasar “el momento demencia”.

Es cierto que en las últimas décadas, la dieta de la población española se está deteriorando y alejando del patrón de dieta mediterránea y estos cambios están contribuyendo al incremento de déficits de ciertos nutrientes clave para la estructura y función cerebral como son:

➤ Ácidos omega-3 (EPA y DHA): ácidos grasos que podrían contribuir a una

reducción en la formación de las llamadas placas seniles y los ovillos neurofibrilares, hallazgos característicos en los cerebros de pacientes con la enfermedad de Alzheimer y que se relacionan con la alteración de dos proteínas: la proteína A-beta y la proteína tau.

➤ Vitaminas del grupo B (B6 y ácido fólico): cofactores implicados en la función cerebral.

➤ Vitaminas antioxidantes E y C que tienen un efecto protector sobre la membrana y con efectos positivos sobre la memoria y el aprendizaje.

La dieta mediterránea incluye alimentos que contienen la mayoría de estos nutrientes beneficiosos para retrasar el inicio clínico del deterioro cognitivo o la demencia y en la que se debe incluir:

➤ Consumo diario regular de verduras, frutas, cereales y legumbres.

➤ Aceite de oliva.

➤ Pescado y frutos secos.

➤ Lácteos y carnes blancas.

➤ Menor ingesta de carnes rojas y derivados.

NUTRIENTES QUE MEJORAN LA MEMORIA EN LA FASE LEVE

En el Alzheimer, el deterioro cognitivo está directamente correlacionado con la pérdida de la sinapsis neuronal (unión »



EL APOYO DE LA FAMILIA ES CLAVE

Para asegurar la mejor calidad de vida posible de el paciente en cada fase de la enfermedad, es necesario mantener un buen estado nutricional de paciente junto con el inestimable apoyo familiar.



LAS CAUSAS POR LAS QUE APARECE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER SON AÚN DESCONOCIDAS, PERO LO QUE SABEMOS ES QUE, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, INFLUYEN VARIOS FACTORES COMO LA PREDISPOSICIÓN GENÉTICA, ASÍ COMO FACTORES AMBIENTALES Y LOS ESTILOS DE VIDA

» funcional entre neuronas), todavía no se conoce el porqué de la pérdida de las sinapsis, pero la investigación sugiere que esta pérdida sináptica es un hecho temprano en el desarrollo de la enfermedad.

Las membranas de las neuronas, se componen de un tipo de lípido conocido como fosfolípidos. El fosfolípido más abundante en el cerebro humano se forma a través de procesos biológicos que tienen lugar en el cerebro, este proceso depende de la disponibilidad de los nutrientes que necesita: ácidos grasos omega-3, uridina y colina, entre otros. La formación de este fosfolípido se ve aumentada también por la presencia de otras vitaminas y antioxidantes que sirven para mejorar el proceso de formación.

Se ha demostrado que los niveles de nutrientes específicos como, por ejemplo, los ácidos grasos omega-3 (DHA), las vitaminas C, E, B12, B6 y el ácido fólico son más bajos en las personas con enfermedad de Alzheimer en comparación con personas sanas de esa misma edad.

Por otro lado, hay una serie de componentes de la membrana neuronal, como la colina, que tienen dificultades para alcanzar el cerebro y estar en cantidad



suficiente para reparar y generar dichas membranas, o como es el caso de la uridina de la que se necesitan más aportes en este grupo de pacientes de los que la dieta es capaz de suministrar de cara a poder generar fosfatidilcolina, que es el fosfolípido más importante de las membranas.

Recientes investigaciones en este campo han demostrado las posibles implicaciones del aporte de estos nutrientes y las mejoras cognitivas en estos pacientes de enfermedad de Alzheimer leve y los resultados se muestran favorables en cuanto a la mejora de la memoria en ellos. Estos ensayos también muestran que para valorar su eficacia, habría que evaluar al paciente trascurridos 3-6 meses de tratamiento, tiempo mínimo requerido para ejercer su acción positiva, es decir, su capacidad de generar sinapsis.

NUTRICIÓN EN FASES AVANZADAS

En los pacientes con enfermedad de Alzheimer la pérdida de peso es, en general, una complicación frecuente. Afecta aproximadamente al 30-40 por ciento de los pacientes en cualquier fase de la enfermedad y es más importante cuanto mayor es la progresión y severidad de ésta.

Las causas de la pérdida de peso pueden ser muchas, entre las cuales encontramos alteraciones en el gusto, olfato y apetito, alteraciones en el comportamiento alimentario: rechazo de la comida, cambios en las preferencias, problemas dentarios y disfagia, infecciones, depresión y efectos secundarios de la medicación.

Las consecuencias de la pérdida de peso en la enfermedad de Alzheimer son: mayor fatiga, mayor pérdida muscular y riesgo de infecciones, aumento de la dependencia de terceras personas, aumento del riesgo de aparición de úlceras por decúbito y estancia hospitalaria más prolongada.

Dado que la pérdida de peso puede tener implicaciones graves en la calidad de vida del paciente, debe detectarse de la manera más temprana posible. Para ello, deben realizarse valoraciones periódicas del estado nutricional y plantear



OTRAS OPCIONES EN FASES AVANZADAS

Si el paciente con Alzheimer en fases avanzadas sigue teniendo una ingesta insuficiente, a pesar de las medidas tomadas inicialmente, llegaría el momento de plantearse el inicio de soporte nutricional en forma de suplementos orales o alimentación a través de sonda. En el caso de los pacientes con

enfermedad de Alzheimer en fases muy avanzadas, el equipo médico junto con la familia debería valorar no iniciar una nutrición por sonda si no hay un beneficio clínico claro; teniendo en cuenta que el objetivo principal es asegurar el bienestar del paciente y dar prioridad a las medidas de cuidado.

una intervención nutricional adaptada a la situación particular de cada paciente. Los objetivos generales de ésta son:

- Proveer al paciente de la cantidad de energía, proteínas y micronutrientes necesaria.

- Mantener o mejorar su estado nutricional.

- Mantener o mejorar la actividad funcional y la capacidad de rehabilitación.

- Mejorar la calidad de vida.

Frecuentemente, la disfagia (dificultad para tragar) puede acentuarse en los pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases avanzadas. Se debe evaluar tanto la eficacia (que el paciente ingiera todos los nutrientes y agua en las cantidades adecuadas) como la seguridad (que la

ingesta se realice sin peligro de complicaciones respiratorias) de la deglución, o capacidad para tragar, para determinar el tipo de soporte nutricional que necesitará el paciente, por ejemplo, el uso de espesantes.

Desde un punto de vista práctico, se intentará controlar la ansiedad que presentan los pacientes durante la comida; para ello, se evitará cualquier factor externo que pueda aumentar las distracciones. Se intentará aprovechar los gustos del paciente para elaborar platos que, en poco volumen, aporten muchos nutrientes. Deben ofrecerse también aquellas comidas que les resulten placenteras y dedicar tiempo, paciencia y cariño a la hora de las mismas. ◆



DRA. MARÍA ASUNCIÓN DE LA MORENA
Neurologa. Hospital Infanta Cristina, Parla, Madrid.

La crisis de ausencia es un tipo de crisis generalizada más frecuente en niños. Se presenta como una detención de la actividad y de la conciencia, que comienza y termina bruscamente, dura segundos. En muchas ocasiones pasa desapercibida por su brevedad.

MI HIJO TIENE AUSENCIAS

¿Cómo identificar las crisis epilépticas en la infancia?

La crisis de ausencia es un tipo de crisis epiléptica que se manifiesta como un lapso de conciencia, a veces con la mirada fija durante pocos segundos. En ocasiones pueden producirse movimientos oculares, parpadeo, o movimientos automáticos de otras partes del cuerpo. Las ausencias terminan bruscamente y la recuperación de la consciencia es instantánea, retomando su actividad previa. Las ausencias también pueden ocurrir con otro tipo de crisis. Los dos tipos más comunes de ausencias son las típicas y las atípicas.

EXISTEN DOS TIPOS

Las ausencias típicas se caracterizan por episodios de desconexión de breve duración, sin manifestaciones motoras prominentes, que duran menos de 10 segundos, a veces pueden acompañarse de manifestaciones motoras como un parpadeo rítmico, rotación hacia arriba de los globos oculares, mínimos movimientos automáticos de chupeteo, masticación. Las ausencias atípicas son más heterogéneas, comienzan de manera más lenta y duran más tiempo, los síntomas son similares a las ausencias típicas, pero los cambios en la actividad muscular pueden ser más notorios. Las ausencias atípicas aparecen en las encefalopatías epileptiformes, mientras

que las ausencias típicas son características de algunos síndromes epilépticos como la epilepsia con ausencia infantil y epilepsia con ausencias juvenil y son a este tipo de ausencias y a estos síndromes a los que nos vamos a continuación.

Las manifestaciones clínicas durante una ausencia típica consisten en una breve alteración de la conciencia de comienzo y terminación súbita, duran pocos segundos y con frecuencia se manifiestan con episodios de mirada fija. La persona puede interrumpir repentinamente el movimiento, el discurso y otras actividades estando despierto. El individuo, por lo general, no cae durante una ausencia, el tono postural generalmente no resulta afectado, aunque en algunos casos puede producirse una caída lenta de la cabeza o extremidades

o dejar caer algo de las manos. Habitualmente, inmediatamente después está bien despierto y pensando claramente. En general, la persona no se da cuenta de lo que le ha ocurrido, aunque puede sospechar que ha tenido una ausencia al notar una interrupción en una actividad o una conversación en la que estaba participando. A veces las ausencias típicas se pueden acompañar de manifestaciones motoras como parpadear como si estuviera batiendo los párpados, rotación hacia arriba de globos oculares, pegar los labios, masticar, frotar los dedos.

Las crisis de ausencia son más frecuentes entre los 4 y 14 años. Pueden aparecer en diferentes síndromes epilépticos en la infancia y la adolescencia, a continuación vamos a comentar las características de dos de ellos que se manifiestan con ausencias típicas: epilepsia ausencia infantil y epilepsia ausencia juvenil.

DE COMIENZO TEMPRANO

Las crisis de ausencia suelen iniciarse en la niñez y adolescencia. Pueden ocurrir muchas veces al día y en ocasiones pasan desapercibidas por su brevedad. Las crisis de ausencia pueden ser tan breves que a veces no se detectan en meses.

EPILEPSIA AUSENCIA INFANTIL

Afecta más frecuentemente a niñas que a niños. Comienza entre los 4 y 10 años, sobre todo entre los 5 y 7. La epilepsia ausencia infantil ocurre en niños en edad escolar, con inteligencia y función neurológica normal y desde el punto de vista etiológico, tienen predisposición genética,



aunque el modo preciso de herencia o los genes implicados permanecen en gran medida sin identificar.

Consiste en la aparición de crisis de ausencias típicas muy numerosas (decenas o hasta cientos de veces al día), y duran de 4 a 20 segundos.

El diagnóstico es sugerido por la historia clínica. En los casos en los que se sospecha que tiene crisis de ausencias, el médico también puede pedir al niño hiperventilar en la consulta durante 3 o 4 minutos, esto puede desencadenar una crisis ausencia en más del 90 por ciento de los casos con el síndrome típico de epilepsia ausencia infantil, y es importante para realizar el diagnóstico. Habitualmente se solicitará una prueba (electroencefalograma) que es útil para confirmar el diagnóstico y también puede utilizarse para monitorizar la respuesta al tratamiento.

El pronóstico de la epilepsia ausencia infantil típica es bueno. En cerca del 70 por ciento de los pacientes las crisis responden al tratamiento con fármacos antiepilépticos y desaparecen en la adolescencia media. En este síndrome es raro que las ausencias persistan en la edad adulta. Aproximadamente un 10 por ciento de los pacientes pueden desarrollar infrecuentes o aisladas crisis tónico clónicas generalizadas en la

adolescencia o la edad adulta, estas crisis son infrecuentes y tienden a responder al tratamiento.

EPILEPSIA AUSENCIA JUVENIL

Se trata de un síndrome que se presenta crisis de ausencias que aparecen en preadolescencia/adolescencia. Suelen iniciarse entre los 7 y 17 años y afecta por igual a ambos sexos. Las ausencias típicas duran de 4 a 30 segundos, suelen aparecer desde una hasta diez veces al día, son menos frecuentes que en la epilepsia ausencia infantil. Se asocia comúnmente con otros dos tipos de crisis: el 80 por ciento presentan crisis tónico-clónicas generalizadas y un 15-20 por ciento mioclonías.

El diagnóstico se realiza basándose en la historia clínica. El médico también puede solicitar al niño hiperventilar en la consulta, esto puede desencadenar una ausencia en unos pocos pacientes con epilepsia ausencia juvenil típica, aunque es más probable que la desencadene en los casos con epilepsia ausencia infantil. Se solicitará un electroencefalograma, que permitirá ver los características electroencefalográficas diagnósticas. Además, algunos autores refieren que uno de cada 10 o 20 niños con este tipo de epilepsia puede ser fotosensible, y esto se

puede observar durante el electroencefalograma, aunque la fotosensibilidad se observa más en otros tipos de epilepsias generalizadas idiopáticas.

Con respecto al pronóstico, las crisis se controlan con el tratamiento en 70-80 por ciento de los casos, pero la epilepsia suele ser de por vida y si se retira la medicación antiepiléptica, pueden reaparecer las crisis, ya sean ausencias o tónico-clónicas. Las ausencias, con la edad, tienden a hacerse menos severas, en términos de alteración de conciencia, frecuencia y duración con la edad.

Las ausencias son un tipo de crisis epiléptica que suelen iniciarse en la niñez y adolescencia, presentándose en diferentes síndromes epilépticos. Su principal inconveniente es la gran frecuencia con que se producen, a veces varias veces en el día, por lo que pueden producir fallos de atención y aprendizaje en el niño o adolescente. Es muy importante realizar un correcto diagnóstico en las ausencias, porque pueden confundirse con otros tipos de crisis, sobre todo las crisis parciales complejas. Debe de instaurarse tratamiento antiepiléptico para controlar las ausencias porque dada su elevada frecuencia pueden interferir en el aprendizaje. ◆

Las ausencias pueden ocurrir muchas veces al día, interfiriendo con el aprendizaje y el rendimiento escolar. Pueden tomarse erróneamente como falta de atención u otro mal comportamiento.

Según varios estudios hablar dos lenguas mejora la función ejecutiva del cerebro, la capacidad de prestar atención y de realizar otras tareas mentales paralelas. Además, retrasa los síntomas de enfermedades degenerativas como el Alzheimer.

VIRGINIA MADRID

LOS NIÑOS BILINGÜES ¿SON MÁS INTELIGENTES?

Mentes más atentas y dinámicas

Las palabras son conocimiento y ser bilingüe es una puerta para que tus hijos alcancen un futuro brillante. Sobre todo ahora que el mundo laboral es cada vez

más competitivo y las empresas seleccionan profesionales que saben más de un idioma. Sin embargo, hay más motivos por los que debemos alentar a los más pequeños a que estudien una segunda lengua. Dos investigaciones científicas recientes señalan que los niños que hablan otro idioma tienen más capacidades cognitivas que los monolingües. Uno de los equipos científicos más prestigiosos en el estudio del cerebro es el Proyecto Español Brainglot (Bilingüismo y Neurociencia Cognitiva), integrado por seis grupos en los que trabajan unos doscientos investigadores y que acaban de publicar sus conclusiones sobre el mapa del cerebro bilingüe. Uno de estos expertos es Albert Costa, investigador también de la Universitat de Pompeu Fabra: “la diferencia clave entre bilingües y monolingües se centra en una mayor capacidad para percibir los cambios en el entorno. Los bilingües tienen que cambiar de idioma a menudo. Es posible que hablen con el padre en una lengua y con la madre en otro idioma. Necesitan estar atentos a los cambios a su alrededor de la misma forma en que estamos atentos a lo que nos rodea cuando conducimos. Así, los bilingües tempranos, al pasarse todo

el día cambiando de lenguaje, tienen entrenadas capacidades cognitivas no lingüísticas, en concreto en las funciones ejecutivas, que sirven para adaptarse a los cambios de tareas variadas. Sus mentes son más ágiles y dinámicas y son capaces de prestar más atención que las monolingües”.

MÁS CONCENTRACIÓN

Ellen Bialystok, neurocientífica británica, que lleva más de cuarenta años estudiando el área de bilingüismo y su efecto sobre el lenguaje y el desarrollo cognitivo en los niños, impartió una conferencia el pasado mes mayo en el British Council School de Madrid para

CLAVES PARA ENSEÑAR A TU HIJO A SER BILINGÜE

La doctora Bárbara Zurer Pearson en su libro *Educando niños bilingües* apunta una serie de recomendaciones para fomentar el uso y aprendizaje de una segunda lengua.

- **DECISIÓN.** Decide junto con tu pareja quién va a hablar con el niño en español o en la lengua materna de preferencia. Mantente firme con el plan. El éxito de esta tarea depende de la constancia.
- **LEER.** Dedicar todos los días un tiempo a la lectura con tus hijos en español o inglés.
- **PELÍCULAS.** Comparte películas en español con tus hijos o en el idioma que deseas que aprendan. Es muy importante que el niño asocie el nuevo idioma no solo con actividades familiares, sino con eventos que sean divertidos.
- **JUGAR.** Juega con tus hijos en tu lengua materna. También programa grupos de juegos entre tus hijos y otros niños, cuyas familias también

los están educando como bilingües.

- **CANTA.** Es una excelente manera de que escuchen el nuevo idioma y lo repitan, además se van a divertir.
- **EVENTOS CULTURALES.** Trata de asistir con tus hijos a eventos y celebraciones en otro idioma.
- **VIAJES.** Conocer el país del segundo idioma que está aprendiendo tu hijo es otra alternativa. Así tu hijo puede practicar el idioma y descubrir su cultura.
- **CURSOS.** Una buena forma de empezar a familiarizarse con otra lengua es apuntarle a una academia o una escuela de idiomas como actividad extraescolar.
- **INTERCAMBIO ESTUDIANTIL.** Esta alternativa está enfocada en adolescentes. Alrededor del mundo muchas organizaciones ofrecen programas de intercambio estudiantil, en los cuales el joven se va a vivir por un año a otro país en casa de una familia anfitriona.



exponer los beneficios del bilingüismo en los más pequeños. “Los niños bilingües son capaces de realizar varias tareas al mismo tiempo con la misma eficacia, y aprenden a realizar conexiones de manera más rápida, desechando la información no relevante. Los niños bilingües tienen, por tanto, más capacidad de concentración y más facilidad para bloquear las distracciones, ya que son capaces de mantener los dos idiomas separados en la mente sin mezclar las palabras y la gramática; mayor capacidad de escucha y entendimiento, y más facilidad para la resolución de problemas porque su cerebro está acostumbrado a almacenar y procesar una mayor cantidad de información. En definitiva, no es que estos niños sean más inteligentes, pero sí son más eficaces y resolutivos en el día a día”.

Las investigaciones actuales sobre este tema apuntan que en los primeros meses

no se puede distinguir entre dos lenguas pero, a los cuatro meses, un niño sí puede diferenciar entre catalán y castellano. A la edad de ocho meses, los bebés bilingües pueden notar las diferencias, por ejemplo, entre inglés y español, simplemente viendo dos personas hablar, sin escucharlas, mientras que un monolingüe es incapaz de hacerlo. Pero hay más. El doctor Roberto Bellvis, jefe del servicio de neurología del Hospital Universitario Quirón Dexeus, considera que la experiencia bilingüe parece influir también en el cerebro de los mayores de forma beneficiosa. “Un estudio de este mismo año realizado por la Universidad de Edimburgo ha confirmado que el bilingüismo mejora la cognición y retrasa la demencia en los mayores, algo muy novedoso y a tener en cuenta”. Opinión parecida tiene Albert Costa, investigador de la Universitat de Pompeu Fabra: “el conocimiento de un

L

os niños bilingües son más eficaces y resolutivos en el día a día y tienen mayor capacidad de concentración, de escucha y de entendimiento

segundo idioma retrasa la aparición de los síntomas del deterioro cognitivo. La enfermedad de Alzheimer o la demencia aparecerá igual, pero las señales tardarán más en aparecer”.

Sin embargo, no todo es positivo en el aprendizaje de dos idiomas simultáneamente. Tal y como indican los estudios del Proyecto Español Brainglot (Bilingüismo y Neurociencia Cognitiva), las personas que hablan dos idiomas tienen menor competencia en el lenguaje formal, es decir, les cuesta un poco más encontrar las palabras precisas sobre lo que quieren expresar y tienen un menor vocabulario de cada lengua.

LA EDAD IDEAL

Aunque nunca es demasiado tarde para aprender una segunda lengua, “es más fácil y tiene más ventajas aprenderla de niño”, asegura Aurora Centellas, directora del Instituto de Idiomas de UDIMA.

Para Gillian Flaxman, directora del British Council School la mejor edad es a los tres años. “Por nuestra experiencia en el colegio, los niños de tres años que empiezan a jugar, cantar y escuchar en otra lengua se acostumbran a los sonidos, la entonación y las palabras y las van reteniendo de un modo divertido y sin esfuerzo. Los pequeños a diferencia de los adultos no se esfuerzan en traducir de un idioma a otro, sino que interiorizan los términos como si fuera otro juego más. El secreto está en lograr que los pequeños aprendan el segundo idioma como si de una lengua materna se tratara, de manera que cuanto antes se le exponga a distintos idiomas, mejor los asimilarán”. ◆

En la última década, las familias ya parecen conscientes de la importancia de educar a los niños en una herramienta que les sirve para poder comunicarse más y mejor y poder desarrollarse profesionalmente en el futuro.

SUFRIR MALTRATO

EN LA NIÑEZ AFECTA NEGATIVAMENTE AL CEREBRO

Los pequeños que han sufrido maltrato en su infancia tienen un volumen significativamente menor de sustancia gris en diversas regiones cerebrales, así lo expone un estudio realizado en Reino Unido por investigadores del King's College de Londres.

Los autores del estudio han explicado que el maltrato infantil provoca una serie de cambios fisiológicos y neurobiológicos que pueden producir alteraciones permanentes en la estructura del cerebro. Las alteraciones más apreciables se localizaron en las zonas prefrontal ventrolateral y límbica-temporal del cerebro, que tienen un desarrollo posterior al maltrato, y cuya disfunción podría explicar el déficit afectivo y cognitivo que pueden presentar los individuos que han sido expuestos a maltrato en su niñez.



CONVERSAR CON LOS NIÑOS POTENCIA SU INGENIO

Hablarles a los niños desde que son bebés, contribuye a que sus cerebros adquieran una mayor capacidad para procesar el lenguaje y una mejor habilidad para aprender palabras nuevas más fácilmente, así lo sugiere un estudio de la Universidad de Stanford, en Estados Unidos.

Según la psicóloga y autora de la investigación, Anne Fernald, hablar directamente a los niños los ayuda a identificar pronto las reglas y el ritmo del lenguaje nativo y sienta los pilares para entender el mundo.

Se entiende por hablar directamente cuando el padre, madre, familiar o encargado mira al menor justo al rostro y logra que el niño haga lo mismo y preste atención a las expresiones faciales y los sonidos que emite.

Para la investigadora, "la repetición de palabras ayuda a los niños a recordarlas, a aprender relaciones y a construirse una imagen del mundo cuando llegan a la escuela o el colegio".



DR. IGNACIO PASCUAL-CASTROVIEJO
Neurólogo Pediatra.



EL DESARROLLO DEL CEREBRO ALARGA LA INFANCIA HUMANA

Los seres humanos tienen una infancia muy larga en comparación con otros primates y esto se debe a que, para desarrollarse, el cerebro de los niños necesita el doble de glucosa que el de un adulto, y esta alta demanda de energía de un solo órgano hace que el ritmo de crecimiento hace que el ritmo de crecimiento físico sea más lento, de acuerdo con las conclusiones de una investigación realizada por antropólogos de la Universidad Northwestern en Evanston (Illinois, Estados Unidos). A los cuatro años de edad el cerebro infantil necesita el 66 por ciento del total de recursos que utiliza todo el organismo en reposo, lo que avala la hipótesis de que los niños crecen lentamente y durante muchos años porque el cuerpo tiene que desviar una gran cantidad de energía al cerebro.

HEMIHIPERTROFIA FACIAL UNILATERAL

Tengo una hija de cuatro años con una asimetría en el crecimiento de la cara. ¿Me podría aclarar algo sobre este problema?

Raquel (Marbella).

A este síntoma se le denomina hemihipertrofia facial hemilateral o unilateral. Puede ser solo una alteración pasajera, unas veces de carácter constitucional-familiar, otras, un fenómeno pasajero de carácter

desconocido y de traducción meramente estética. Pero la causa más frecuente suele ser un signo de Neurofibromatosis tipo 1, de síndrome de Sturge-Weber, o bien síndrome de Proteus. El diagnóstico es

fácil conociendo estos tipos de patología y con investigaciones genéticas y por imagen. Raras veces se precisa tratamiento quirúrgico, pero se impone la aclaración del trastorno patológico que causa el signo.

AFASIA-EPILEPSIA O SINDROME DE LANDAU-KLEFFNER

Mi hijo de ocho años ha tenido un desarrollo normal hasta los siete años cuando comenzó a presentar un comportamiento autista. En el último año ha tenido crisis epilépticas y alteraciones generalizadas en el EEG. No ha mejorado con el tratamiento antiepiléptico. ¿Qué puedo hacer?

Montserrat (Lérida).

El cuadro patológico parece corresponder al llamado síndrome afasia-epilepsia o de Landau-Kleffner en el que se conjugan: deterioro progresivo del lenguaje y del psiquismo hasta acabar en la falta absoluta de la comprensión y de la emisión

del lenguaje y la pérdida del contacto con el entorno cayendo en un comportamiento autista. El cuadro epiléptico es muy variable, aunque con mayor expresividad en el EEG, con alteraciones focales y/o generalizadas, que el clínico ya que las crisis hay casos en los

que no se exteriorizan. La etiología parece una inflamación cerebral inespecífica, quizá con alteraciones inflamatorias arteriales. El tratamiento antiepiléptico convencional asociado a antagonistas del calcio suele mejorar drásticamente el cuadro clínico.

ENFERMEDAD DE MENKES

¿En qué consiste la enfermedad de Menkes?

Elvira (Madrid).

La enfermedad de Menkes está presente solo en varones (está ligada al cromosoma X) y muestra síntomas desde el nacimiento. Se caracteriza por retraso en el desarrollo ponderal con cabeza y cuerpo pequeños, pelo claro,

escaso, ralo, quebradizo y retorcido sobre su propio eje. Además, aparecen crisis epilépticas, retraso psicomotor severo y progresivo, con muerte durante los primeros años. Hay atrofia progresiva del cerebro. Las arterias de todo el cuerpo

están muy torcidas y reflexionadas. El cuadro se debe a un trastorno en el metabolismo del cobre, que aparece con cifras bajas en el suero, al igual que la ceruloplasmina y la oxidasa cúprica. No tiene tratamiento curativo hasta el momento.



DRA. MARTA FERRERO
Neuróloga. Complejo Asistencial de Segovia.

¿Qué ocurre cuando un niño al que se ha diagnosticado en la infancia que padece el trastorno por déficit de atención (TDAH) se hace mayor? ¿El trastorno desaparece por sí solo? Soy adolescente y me han diagnosticado TDAH, ¿tendré sus síntomas para siempre? ¿Los adultos que de niños fueron diagnosticados de TDAH siguen teniendo los mismos síntomas? ¿Puedo padecer este trastorno y no saberlo?

¿EXISTE EL TDAH EN EL ADULTO?



El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un proceso que aparece y afecta a los niños durante la edad escolar y en la adolescencia, y que puede afectar a su aprendizaje y a su conducta.

Tener este trastorno en la infancia condiciona una evolución negativa en la etapa adulta, si no se realiza un diagnóstico e intervención adecuados estas personas tienen más riesgo que la población general de desarrollar en la etapa adulta adicciones a sustancias, trastornos de conducta, marginalidad y delincuencia, inestabilidad laboral y fracaso de las relaciones personales, y mayores porcentajes de otras enfermedades psiquiátricas, como el trastorno obsesivo compulsivo, la depresión y el trastorno bipolar. Sin embargo, y esto es fundamental, con un abordaje adecuado la persona puede llegar a desarrollar una vida plena en todos los ámbitos, incluido el académico y laboral.

DE NIÑO A ADULTO. ¿EL TDAH DESAPARECE?

Hoy se sabe que entre el 50 y el 70 por ciento de los niños mantendrán las alteraciones de su funcionamiento cerebral al hacerse adultos, y hay estudios que lo cuantifican en alrededor del cuatro por

ciento de la población adulta. En España un estudio reciente indica que alrededor del 1,5 por ciento de adultos lo tendrían, aunque es difícil de precisar por el gran desconocimiento de este proceso por la población.

No obstante, la progresiva maduración cerebral y el cambio de roles de las personas desde el niño al adulto son los responsables de que los síntomas clínicos vayan variando con el tiempo: en el paso a la adolescencia y la edad adulta la hipe-



ractividad y la inatención se manifiestan de otras formas, como las dificultades para la planificación y organización de actividades dirigidas a objetivos concretos de la vida diaria o el trabajo, la formulación propia de metas y el camino para alcanzarlas, el control del tiempo que ello exige (sin que sus padres se lo organicen), o el mantenimiento de relaciones sociales y personales estables (no se organizan en tiempo ni en espacio, pierden objetos, olvidan exámenes, citas...). También la impulsividad se manifiesta en campos distintos, y pueden aparecer las adicciones a sustancias, los accidentes de tráfico, los embarazos no deseados y las conductas antisociales y delictivas. Generalmente, una mala evolución suele conllevar una baja autoestima con el tiempo, pues la persona no logra entender, ni corregir, la causa de sus problemas, y una respuesta de cierto rechazo social por los fracasos acumulados.

¿CÓMO PUEDE BENEFICIAR UN CORRECTO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO?

El adulto que tiene el problema no suele sospecharlo, por puro desconocimiento. Una forma de llegar al diagnóstico es a través del diagnóstico del TDAH en su hijo o hija, cuando se hace



la historia familiar y el sujeto se hace consciente de la similitud de sus propios síntomas y de los problemas que ha ido acumulando en su vida. Otro gran grupo de adultos afectados es tratado por sus adicciones, y se detecta al realizar una correcta evaluación global de su problema. Otras personas acuden a tratamiento por depresión y baja autoestima, y será más difícil el diagnóstico sin datos que proporcione el entorno. Otro pequeño subgrupo de adultos jóvenes consulta por lo que, a su juicio, son problemas de memoria, pero que resultan ser problemas de atención y otras alteraciones de las funciones ejecutivas, que fallan cuando se someten a un entorno laboral y familiar más exigente que el de fases previas de su vida.

Una vez identificado el problema, el adulto siente alivio desde el inicio, al entender por qué ha llegado a su situación (de la que, en general se ha/le han culpabilizado), y al constatar que puede iniciar un tratamiento.

El entorno (esposo/a, hijos, jefes y compañeros en el trabajo) puede cambiar en su modo de aceptación si el problema tiene una causa y un posible abordaje, y ello a su vez puede ayudar en gran medida a trabajar la autoestima de la persona. ◆

SÍNTOMAS DEL TDAH EN EL ADULTO

En el adulto las manifestaciones se relacionan con las actividades que desarrollan: la universidad, el trabajo, el cuidado de su familia, las relaciones sociales, etcétera. Deben haber estado presentes desde la infancia, aunque a veces es difícil haberlo registrado.

► SÍNTOMAS DE INATENCIÓN:

- Dificultades para organizarse, planificar tareas, establecer prioridades, estructurar el tiempo, terminar proyectos y tareas propias o asignadas.
- Se distraen fácilmente, cambian de actividades que dejan sin acabar.
- No prestan atención a los detalles y cometen errores por descuido.
- Tienen problemas para focalizar y mantener la atención.
- Sufren frecuentes olvidos (citas, exámenes), pérdida de objetos...
- El rendimiento en los estudios está por debajo de la media de personas con su mismo nivel de inteligencia, realizando mayores esfuerzos.

► SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD:

- Padecen una sensación interior de inquietud motora.
- Presentan dificultad para mantenerse quietos o sentados, con movimientos continuos de manos o pies.
- No paran de hacer cosas, y simultáneamente (con poco rendimiento).
- Hablan de forma excesiva, y con alto volumen de voz que difícilmente controlan.

► SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD:

- Tienen dificultad para esperar su turno e interrumpen a los demás.
- Respuestas y decisiones irreflexivas (de las que luego se arrepienten).
- Conductas temerarias, en general, pero particularmente al volante.
- Del 10 al 30 por ciento presenta consumo de tóxicos y otras adicciones.
- Sufren explosiones de ira, y de irritabilidad más o menos constante.

TRATAMIENTO DEL ADULTO

► PSICOEDUCACIÓN. Es el primer paso de la terapia cognitivo-conductual.

- Dirigida al paciente y a su entorno familiar.
- Información del proceso y de su influencia en los aspectos de su vida.
- La mera información ya es terapéutica y ayuda al afrontamiento.

► TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL.

- Estrategias para mejorar la planificación y la organización.
- Estrategias para mejorar la atención y la prevención de distracciones.
- Estrategias cognitivas: ayudas para identificar los pensamientos negativos y mejora de los pensamientos adaptativos.
- Estrategias dirigidas a la mejora de las relaciones interpersonales y la autorregulación emocional.

► TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

- Se requiere en la mayor parte de los casos, pues la terapia combinada ha demostrado mayor eficacia que la psicoterapia aisladamente. No obstante, es algo que se puede acordar con el terapeuta en los casos leves, y por intolerancia o por rechazo al tratamiento con fármacos.
- Hay fármacos de varios tipos, psicoestimulantes y no psicoestimulantes, y el efecto que producen sobre la sintomatología del TDAH es muy positivo, también en los adultos.
- Disminuyen el riesgo de la dependencia de sustancias.





DR. JOSÉ MANUEL MOLTÓ
Neurólogo. Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

Parkinson, ictus, Alzheimer... En muchas de las enfermedades neurológicas existe cierto componente hereditario. Cogerlas a tiempo y saber cómo actuar para prevenir su aparición, es fundamental en las personas con familiares afectados por algunas de estas patologías.

MI PADRE LO TUVO, ¿YO LO HEREDARÉ?



Esta es una pregunta que se plantea con gran frecuencia en las consultas de neurología. Y la respuesta no siempre es sencilla. En líneas generales, podríamos decir que, en prácticamente en todas las enfermedades, se puede reconocer una cierta base genética, algún componente de asociación familiar. La diferencia está en el grado de relevancia en el desarrollo de esa enfermedad.

ALZHEIMER Y PARKINSON

Las enfermedades neurodegenerativas más conocidas, enfermedad de Alzheimer o enfermedad de parkinson, muestran dos formas diferenciadas de herencia. En unos pocos casos, la enfermedad se hereda por la anomalía en un solo cromosoma de los llamados autosomas, o no ligados al sexo. La presencia de ese gen enfermo en un solo cromosoma conlleva el desarrollo de la enfermedad, por lo que se dice que tienen un carácter dominante. Es decir, son ejemplos de una herencia autosómica dominante. Suelen ser personas en las que la enfermedad debuta en edades más tempranas y la probabilidad de desarrollar la enfermedad es del 50 por ciento para los hijos.

Sin embargo, esos casos son la excepción. La mayor parte sigue una patrón de herencia que llamamos poligénico. Quiere decir esto que presentan anomalías en varios genes, habitualmente localizados

en diferentes cromosomas, muchos de ellos todavía por identificar. En estos casos la probabilidad de desarrollar la enfermedad se va a modificar de forma significativa atendiendo a los estilos de vida y estrategias de prevención que desarrollen los hijos a lo largo de su vida.

ELA E ICTUS

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) muestra un origen doble, en algunos casos asociado claramente a una herencia

autosómica dominante, como las anteriores, y en la mayor parte con un carácter esporádico, no ligado a mutaciones genéticas heredables.

En el caso del ictus sucede algo similar. Existe un pequeño grupo de enfermedades que causan directamente infartos cerebrales, debidas a defectos genéticos concretos. No obstante, la mayor parte de los ictus se deben al desarrollo de otras enfermedades y hábitos de vida inadecuados que denominamos

TIPOS DE HERENCIA

TIPO		CROMOSOMA AFECTO	PROBABILIDAD DE HEREDAR
Autosómica	Recesiva	Cromosomas 1-22	50% en cada descendiente.
Ligada al sexo	Dominante	Cromosoma 23:X	25% heredan la enfermedad 50% portadores de gen alterado, sanos.
Ligada al sexo	Dominante	Cromosoma 23:Y	Padre afecto: 100% hijas, 0% hijos. Madre afecta: 50% hijos varones, 50% hijas.
Ligada al sexo	Recesiva, padre afecto	Cromosoma 23:X	Padre afecto: 100% hijos. 0% hijas.
Ligada al sexo	Recesiva madre afecta, padre sano	Cromosoma 23:X	100% hijos sanos. 100% hijas portadoras sanas.
Ligada al sexo	Recesiva madre portadora, padre sano	Cromosoma 23:X	100% hijos afectados. 100% hijas portadoras. 25% de probabilidad de un varón sano. 25% de probabilidad de un varón con la enfermedad. 25% de probabilidad de una niña portadora. 25% de probabilidad de una niña con la enfermedad.



¿CÓMO COMUNICARLO?

Un tema delicado con respecto al origen genético de las enfermedades es la comunicación de dicha posibilidad a los descendientes, tanto para su conocimiento como por si desean establecer algún tipo de medidas antes de tener descendencia.

Es delicado porque para la mayor parte de estas enfermedades no se dispone de tratamientos curativos o preventivos eficaces, y las consecuencias de su desarrollo son catastróficas. El tema ha de ser llevado adelante en el seno de grupos multidisciplinarios con neurólogos, psicólogos, genetistas y otros expertos para evaluar en cada individuo, su capacidad para aceptar la comunicación de estos resultados y tomar las medidas adecuadas para evitar un uso inadecuado de dicha información.

factores de riesgo vascular, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad, el hábito de fumar y el consumo excesivo de alcohol, entre otros. En el origen de estas enfermedades podemos encontrar factores genéticos, generalmente del tipo poligénico.

MIGRAÑA

En la migraña se conoce la existencia, con gran frecuencia, de antecedentes familiares, con cierto predominio femenino. Sin embargo, salvo en entidades muy concretas, dentro de las migrañas no se ha podido establecer un patrón hereditario claro. Es muy probable que se trate de un grupo de enfermedades con sintomatología común, pero con causas diferentes. De ser así, los patrones de herencia, como ocurría con el ictus, dependen de la causa y no de las manifestaciones clínicas.

DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

Es una enfermedad que produce gran debilidad muscular en la infancia/adolescencia. La señalamos no tanto por su frecuencia, sino por su tipo de herencia, ligada al sexo con carácter recesivo. Esto significa que, en el caso de las mujeres, las cuales deben tener dos cromosomas X,

ambos cromosomas deberían ser portadores del gen de la enfermedad (a diferencia de las que se heredan con carácter dominante en las que un solo cromosoma enfermo conlleva el desarrollo de la enfermedad). Sin embargo, en el caso de los varones, al disponer de una sola copia del cromosoma X, la enfermedad se desarrolla con la presencia de un gen anómalo en ese único cromosoma.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y ATAXIAS

A diferencia de las anteriores no es básicamente una enfermedad hereditaria. Ahora bien, en ocasiones, se produce un fenómeno conocido como agregación familiar, en el que varios miembros de una familia, habitualmente dos o tres, se van a ver afectados. Esta situación parece responder principalmente a la presencia de factores ambientales que afectan al mayor o menor riesgo de padecer la enfermedad, que a factores genéticos.

Un grupo de enfermedades poco conocido, pero en el que su origen genético es la norma, mostrando casi todos los tipos de herencia posibles, son las ataxias, un amplio grupo de enfermedades en el que aparecen alteraciones en la capacidad para mantener el equilibrio, tanto duran-

te la marcha como en posición parada. Son enfermedades habitualmente poco frecuentes y con una gravedad muy variable. Además, algunas de ellas asocian otros múltiples síntomas, como temblor, deterioro cognitivo, etcétera.

Una de las más frecuentes es la ataxia de Friedrich. Se trata de una enfermedad que produce una grave alteración de la marcha que supone la imposibilidad de deambular de forma autónoma alrededor de los 20 años de edad. Su patrón de herencia es autosómica, es decir, no ligada al sexo, recesiva. Por tanto, los pacientes afectados deben haber recibido un gen alterado (situado concretamente en el cromosoma 9) de cada uno de sus progenitores, puesto que, en caso de existir una copia sana del gen, la enfermedad habitualmente no se manifestará. Conocemos a estas personas como portadores sanos, cuya unión con otro portador sano confiere un riesgo del 25 por ciento de poder heredar la enfermedad en sus descendientes. ◆



10 COSAS QUE LE HACEN DAÑO A TU CEREBRO

U

n estudio de la Organización Mundial de la Salud enumera los 10 hábitos cotidianos que pueden afectar el cerebro y su rendimiento:

- 1/ NO DESAYUNAR:** no ingerir buenos alimentos al comenzar el día reduce el azúcar y las proteínas, que son nutrientes necesarios para que el cerebro inicie su trabajo en las primeras horas.
- 2/ CONSUMIR MUCHOS AZÚCARES:** esto interrumpe la absorción de proteínas y si el cuerpo no consume los nutrientes correctamente, se ve afectado el desarrollo del cerebro.
- 3/ FALTA DE ACTIVIDAD FÍSICA:** el ejercicio ayuda a mantener saludable y con buen funcionamiento no solo al cuerpo, sino también al cerebro. Puede cambiar su estructura y funcionamiento.
- 4/ DORMIR POCO:** el sueño aumenta la reproducción de células que participan en la formación de mielina, un material aislante en las proyecciones de las células nerviosas dentro del cerebro.
- 5/ FORZAR EL CEREBRO CUANDO SE ESTÁ ENFERMO:** trabajar o estudiar mucho cuando uno está enfermo es dañino, provoca disminución en la eficacia del cerebro a largo plazo.
- 6/ FUMAR:** la exposición al cigarro por más de una hora tiene efectos en el sistema nervioso central.
- 7/ ABUSAR DE ALIMENTOS:** tras permanecer un tiempo a dieta se activan genes ligados a la longevidad y al buen funcionamiento del cerebro.
- 8/ SER SOLITARIO:** la corteza prefrontal sobre los ojos es más grande cuanto aumenta el número de amigos.
- 9/ MEDIOAMBIENTE CONTAMINADO:** si el cerebro está mucho tiempo en lugares contaminados, disminuirá el suministro de oxígeno al cerebro y habrá una deficiencia en el órgano.
- 10/ REACCIONES VIOLENTAS Y ESTRÉS:** causan endurecimiento de las arterias del cerebro. Si se fortifican, la capacidad mental disminuye.



CONSULTORIO



DR. JUAN RAFAEL GARCÍA

Neurólogo. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

DIME CUÁL ES TU ESTATUS... Y TE DIRÉ CÓMO ESTU CEREBRO?

Una investigación, llevada a cabo con 25 monos por científicos de la Universidad de Oxford, ha revelado que existen diferencias entre los cerebros de los primates, según el estatus social de estos: cuanto mayor dominancia social ejerza, mayores son ciertas partes de su cerebro. En 2006, un equipo de neurólogos norteamericanos ya se dedicó a estudiar el efecto de las jerarquías sociales en el cerebro, en este caso de los humanos, analizando los cerebros de 24 personas cuando mejoraban o empeoraban su estatus social.

Descubrieron que mejorar dicho estatus suponía un incremento en tres regiones del cerebro: la corteza cingular anterior (custodia los conflictos y resuelve discrepancias), la corteza prefrontal media (procesa pensamientos referentes a otras personas) y en el precuneo, relacionado con la capacidad de pensar acerca de uno mismo.

Por el contrario, cuando las personas bajaron en el escalafón social, la actividad cerebral aumentó en otras zonas: el ganglio basal ventral y la corteza insular, relacionadas con las tensiones y emociones y con la motivación y la recompensa.

QUISTE ARACNOIDEO

Tengo 26 años y debido a un golpe en la cabeza me realizaron un TAC craneal y en el informe hablan de la existencia de un quiste aracnoideo. El neurólogo me dice que no me preocupe, que el tamaño es pequeño y que me hará un seguimiento. ¿Qué opina, pues me tiene muy preocupado?

Gonzalo (Alcobendas, Madrid).

Tiene razón su neurólogo. Los quistes aracnoideos son cavidades llenas de líquido cefalorraquídeo. Puede desarrollarse entre la superficie del cerebro y la base del cráneo. Los que son pequeños suelen no dar

síntomas. Los quistes grandes pueden causar deformación craneal o agrandamiento de la cabeza (macrocefalia) y dan síntomas como: dolores de cabeza, convulsiones, retraso en el desarrollo, cambio en la presión intra-

craneal, trastorno de conducta o excesiva acumulación del líquido cefalorraquídeo. También puede dar lugar a parálisis de un lado del cuerpo. El tratamiento se realiza en caso de aparición de los síntomas reseñados.

PARÁLISIS FACIAL

Hace días me levanté por la mañana de la cama y al mirarme al espejo vi que el lado derecho de mi cara lo tenía acartonado, no podía cerrar el ojo y la boca se me desviaba. El médico me dijo que tenía una parálisis facial. Me puso tratamiento y estoy mejor. ¿Cree que quedará como antes?

Arnaldo (Donostia).

La parálisis de Bell es la parálisis del nervio facial que hace que el lado de la cara afecto pierda su motilidad. La mayoría de las personas se recuperan completamente. La causa no se conoce. Se produce por afectación

del nervio facial y se especula que por una infección viral se produce una inflamación que comprime al nervio y causa esta debilidad. Los síntomas comienzan repentinamente con debilidad de la cara, incapacidad para cerrar el ojo,

incapacidad para masticar, babeo, pérdida de audición o el gusto y lagrimeo. Cuando se tiene este problema debe acudir a su médico para que haga las pruebas diagnósticas pertinentes y ponga tratamiento.

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Hace tiempo que tengo molestias en mis manos y me han dicho que me van a hacer una prueba llamada electromiografía para ver si tengo un túnel carpiano. ¿Es grave?

Ana (León).

El síndrome del túnel carpiano es un trastorno que afecta a la muñeca y a la mano. Se afecta el nervio mediano, que es el nervio que controla el movimiento y la sensación de la muñeca y de la mano. Este nervio se encuentra alojado en un canal de la muñeca, llamado túnel carpiano. En este síndrome el túnel se estrecha debido

a hinchazón de la muñeca y comprime al nervio mediano produciendo dolor y otros síntomas. Los pacientes refieren dolor, adormecimiento y hormigueos en muñeca, mano y dedos y a veces, cierta debilidad al coger las cosas. Estos síntomas aumentan por la noche y pueden interferir el sueño. Para diagnosticarlo se suele

hacer una prueba llamada electromiografía que determina el grado de compresión. El tratamiento en principio es médico tratando de evitar aquellas actividades que pueden empeorar el cuadro y medicamentos y férulas de descarga. En último término se recurre a la cirugía, para liberar al nervio de la compresión a la que está sometido.

POR AMAYA TERRÓN Psicóloga. www.psicologiaamayaterron.com

Pasamos toda nuestra vida comunicándonos, dependemos en gran medida de

ello, sin embargo, ¿cuánto tiempo dedicamos a analizar cómo lo hacemos? O ¿a ver si podemos

mejorar? La respuesta suele ser poco, si consideramos el gran impacto que tiene en nuestras vidas.

Como nos comuniquemos con nosotros mismos y con los demás va a hacer que ganemos en seguridad, autoconfianza y seamos eficaces socialmente.

¿Cuántas veces nos hemos visto en situaciones donde el contenido era aceptable, pero nos han fallado las formas? Te damos algunas claves que te harán analizar tu propia conducta comunicativa verbal y no verbal y que mejorarán tu comunicación en varios ambientes sociales.

CLAVES PARA UNA COMUNICACIÓN EFICAZ Y POSITIVA

COMUNICARSE CON LA PAREJA

1 Expresa tus sentimientos sin miedo a ser juzgado. Tu pareja es una persona que tiene que entenderte sin juzgarte, por lo que ese miedo no debe existir dentro de la comunicación en con ella. Si te sientes así exprésalo, di cómo te sientes y no te bases en ese miedo para no cambiar las bases de la comunicación si esta falla. Todo es negociable si hay intereses comunes.

2 Escucha, atiende y sé empático. Nuestra pareja debe saber que la motivación de comunicarnos es usar el vínculo afectivo en el interés común, no el propio. A veces interpretamos lo que nos dice no por el contenido, sino por nuestro enfado o frustración personal. Ponernos en su lugar, atender lo que dice sin juzgar y escuchar activamente sin precipitarnos a la interpretación nos puede ayudar mucho en nuestra relación.

3 Cuando algo te moleste utiliza mensajes descriptivos. Si vamos con el dedo acusatorio provocamos defensa en nuestra pareja y esto dificulta enormemente la comunicación. "Eres un desastre, siempre llegas tarde" se puede cambiar por "Hoy has llegado tarde y eso hace sentir mal".

4 No te comuniqués cuando estás emocionalmente muy alterado. Si lo haces corres el riesgo de decir cosas que no piensas y perder el control hiriendo a la persona que te quiere y luego te sentirás mal. El contenido de las conversaciones puede ser emocionalmente cargado, pero siempre es mejor escoger un momento más calmado y una situación más tranquila para hacerlo.

5 Despójate de prejuicios o ideas tóxicas. La mayoría de las malinterpretaciones vienen de ideas previas equivocadas. Revisar estas ideas e ir con la mente abierta sin juzgar lo que nos quiere decir nuestra pareja es un gran paso para comunicarnos eficazmente con ella.

6 Piensa en llegar a acuerdos. Las ideas previas condicionan el resultado, si las analizamos y las cambiamos por otras más positivas y constructivas conseguiremos acercarnos más a buenos resultados porque estaremos motivados para ello.

7 Cuida tu mirada. Cambiar miradas de reproche por miradas de aprobación fomenta la buena comunicación, aunque expresemos o tengamos ideas distintas.

8 Sé honesto contigo mismo y con tu pareja. Expresar y compartir sentimientos es algo que forma la base de la confianza en pareja y es otro de los pilares para una buena comunicación sana y eficaz y para la propia relación.



CLAVES GENERALES

- **APROVECHA LOS BENEFICIOS DE LOS GESTOS FACIALES.** Consciente o inconscientemente, con tus gestos, emites el mensaje verbal. Ser consciente de lo que hacemos, por ejemplo practicando en un espejo, puede ser una buena manera de corregir esos tics que empeoran nuestra comunicación.
- **UTILIZA TU SONRISA.** Una leve sonrisa mientras damos el mensaje es percibido muy positivamente por nuestro interlocutor. No hay que pasarnos de la raya para no caer en la falsedad. Si practicamos esto a diario nos daremos cuenta que la actitud de la persona con la que hablamos cambia e incluso la propia también, haciendo de la comunicación algo más positivo y agradable.
- **CAMBIA EL TONO Y REALIZA ALGUNA PREGUNTA INTERCALADA.** Cuando queramos atraer la atención de nuestros interlocutores no hay nada mejor que un cambio de tono y alguna pregunta intercalada. Al obtener su opinión estaremos provocando, sin darnos cuenta, un interés personal en la conversación.
- **CUIDA TU LENGUAJE NO VERBAL O POSTURAL.** La postura con la que emites un mensaje influye en la forma en la que es recibido. No es lo mismo transmitir un mensaje con los hombros caídos y la mirada baja que un mensaje con la cara de frente y los brazos abiertos.
- **CUIDA LA ORIENTACIÓN DE TU CUERPO.** Si emites un mensaje de lado o muestras parcialmente tu espalda puede ser interpretado como irrespetuoso, falta de interés en la comunicación con la persona o miedo. Los mensajes siempre se dan de frente, mirando a los ojos como muestra de atención y respeto.
- **NO USES UN LENGUAJE CORPORAL AGRESIVO.** Apuntar con el dedo, invadir espacios, mirar con rabia o estar en exceso orientado a la persona con la que nos comunicamos provoca defensa en las personas.
- **MIRA A LOS OJOS, PERO NO TE PASES.** Mirar a los ojos de la persona con la que hablas es condición *sine qua non* para que esta perciba interés por tu parte. Mantener una mirada fija por más de cinco segundos puede llegar a incomodar e intimidar a nuestro interlocutor.
- **NO UTILICES PALABRAS NEGATIVAS.** Palabras como fatal, nunca, imposible o malo, usadas en exceso, pueden cargar la conversación de una negatividad que no favorece soluciones.



- **CUANDO EN UNA CONVERSACIÓN TE VEAS OBLIGADO A DECIR "NO" EN EXCESO, CÁMBIALO POR "SÍ, PERO".** Tendrá en mismo significado, pero el efecto no provocará tanta defensa.
- **BUSCA EN TU INTERLOCUTOR LOS ASPECTOS POSITIVOS.** Así nos acabará agradando su compañía y será mucho más fácil comunicarnos.
- **TEN LA EXPECTATIVA DE QUE TODO VA A SALIR BIEN.** Pensar que vamos a llegar a acuerdos o que vamos a ser capaces de entender y hacernos entender nos relaja y hace que todo fluya, más que si vamos con la idea de que va a ser imposible comunicarnos con esa persona.
- **SÉ FLEXIBLE.** Un buen comunicador es aquel al que le entiende todo el mundo, sabe expresar su mensaje de forma clara usando el lenguaje verbal y el no verbal.
- **TEN CUIDADO CON EL EGOCENTRISMO.** Expresar mensajes desde el "yo" está bien, pero no podemos monopolizar la conversación hablando únicamente de nosotros mismos.
- **NO PIENSES EN LO SIGUIENTE QUE VAS A DECIR.** Escucha realmente lo que nos quieren decir.
- **NO TENGAS PRISA.** A veces pensamos que comunicarnos bien implica ser rápido en la respuesta y no es así. Tómate tu tiempo, piensa antes de hablar y no contestes sin saber.
- **LLAMA A LA PERSONA CON LA QUE HABLAS POR SU NOMBRE DE VEZ EN CUANDO.** Presta atención a su nombre si es la primera vez que hablas con ella y cita su nombre en plena conversación, ya verás como notas que captas su atención de inmediato.
- **ASIENTE CON LA CABEZA O REALIZA MURMULLOS DE APROBACIÓN.** Esto hará que la persona se sienta escuchada, se relaje y hable de forma mucho más coherente. Al entenderle mejor daremos mejor respuesta haciendo así de la comunicación algo más eficaz y positivo.

COMUNICACIÓN EN ENTORNOS LABORALES

- **BUSCA EL CANAL APROPIADO PARA CADA SITUACIÓN Y PARA CADA MENSAJE.** Los cambios en el propio equipo o cambios de índole más personal es preferible hablarlos en persona, por ejemplo.
- **SÉ CLARO, CONCISO Y DIRECTO.** A veces por miedo a ser malinterpretados damos vueltas haciendo que el mensaje llegue de forma ambigua, confusa, imprecisa... Piensa antes de hablar y ensaya lo que vas a decir.
- **PRIORIZA LOS MENSAJES IMPORTANTES.** Si tenemos varios mensajes que dar es bueno decir los más importantes o los que queremos que sean recordados al principio.
- **SÉ CORDIAL Y AMABLE.** Puedes atender preguntas y comentarios e incluso solicitar la intervención en su caso.
- **SÉ POSITIVO HASTA PARA DAR NOTICIAS NEGATIVAS O PLANTEAR PROBLEMAS.** Si presentamos un problema, pero lo hacemos de forma positiva y entusiasta, buscando la solución, estaremos fomentando la unión, el desarrollo de soluciones, la creatividad en el equipo y el bien del negocio.

10 RECONOCER EL ICTUS



DR. SHAHIN MIRDAVOOD
Neurólogo. Hospital Insular Gran Canaria.



“Si mi padre se ha caído al suelo, no puede hablar y no mueve el lado derecho del cuerpo. ¿Qué debo hacer?” Esta es una situación muy típica cuando alguien sufre un

ictus y su familia llama a los servicios de urgencia sanitaria para pedir ayuda. El ictus tiene consecuencias devastadoras, pero hoy en día puede curarse. Reconocerlo y acudir inmediatamente al servicio de urgencias es fundamental. Existen dos tipos de ictus:

- **Ictus isquémico:** cuando se obstruye la arteria cerebral por un trombo.
- **Ictus hemorrágico:** cuando se rompe una arteria cerebral y la sangre sale hacia el tejido.

En ambos casos se produce daño cerebral y muerte neuronal. Según la cantidad de tejido cerebral dañado y la zona del cerebro dañada, se producen unos síntomas y signos diferentes.

El ictus es una de las principales causas de muerte, discapacidad y demencia en nuestro país. Y es uno de los principales motivos de emergencia médica que lleva a los pacientes a los servicios de urgencias.

El ictus isquémico puede curarse si el paciente es atendido y tratado con un fármaco que disuelve el trombo en las primeras 4,5 horas desde el inicio de los síntomas. Aunque es mucho más eficaz en las primeras tres horas. Desgraciadamente, el porcentaje de pacientes que acude a urgencias en las primeras tres horas, no supera el 50 por ciento.

Por otro lado, es crucial que el paciente y los familiares informen del momento exacto del primer síntoma. Otro aspecto que mejora la probabilidad de curarse del ictus es la valoración por un neurólogo de forma rápida y el ingreso en las unidades hospitalarias de ictus.

Aunque se han realizado avances importantes en nuestro país respecto al tratamiento del ictus, todavía la población general tiene un conocimiento escaso sobre el significado de sus síntomas y no posee la percepción de emergencia médica cuando este ocurre.

Estas son las diez claves para reconocer el ictus y poder actuar correctamente y con rapidez.

1 SU INICIO ES DE FORMA SÚBITA.

Si algo es característico del ictus es la forma súbita en la que se presenta. Esto es algo común a todos los tipos de ictus. Los síntomas se presentan de forma brusca en segundos o minutos. Posteriormente, los síntomas pueden empeorar, mejorar o permanecer estables. Todos los síntomas ocurren de forma brusca.

2 APARECE PÉRDIDA DE FUNCIONES.

Otra característica es que los síntomas son deficitarios. Esto quiere decir que, dependiendo de la zona del cerebro dañada, el paciente sufre pérdida de las funciones corporales o mentales. Los pacientes pueden sufrir uno de los síntomas o una combinación de ellos.





3 LAS EXTREMIDADES SE QUEDAN SIN FUERZA.

Es uno de los síntomas más frecuentes. Lo más habitual es que sea del mismo lado del cuerpo. El paciente nota que no puede mover o que le pesa la extremidad superior y/o inferior del mismo lado.

4 SE PRODUCE UNA PARÁLISIS FACIAL.

Significa pérdida de la fuerza en los músculos de un lado de la cara. Por ejemplo, al pedirle a la persona que sonría, notamos que la boca se desvía hacia el lado sano.

5 APARECEN TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

Es uno de los síntomas más discapacitantes. El paciente sufre dificultad súbita total o parcial para hablar o comprender. En algunos casos el paciente se queda mudo y en otros casos, aunque intenta hablar, su lenguaje no es comprensible. En muchas ocasiones no puede nombrar los objetos. Cuando se afecta la comprensión, la persona afectada no es capaz de entender las ordenes que le damos (como "cierre los ojos o levante las manos").

6 SE PIERDE LA SENSIBILIDAD.

El paciente nota una pérdida total o parcial del sentido del tacto en la piel de un lado del cuerpo, habitualmente en las extremidades. A veces también afecta a la cara. Es la misma sensación que notamos cuando nos han anestesiado alguna parte del cuerpo para realizarnos una intervención odontológica o quirúrgica.

7 SE PRODUCE UNA PÉRDIDA DE LA VISIÓN.

El paciente sufre ceguera parcial o total. En la mayoría de los casos existe una pérdida de la visión en un lado del campo visual, conservando la visión en el otro lado. Los pacientes pueden notar que tienen la ceguera, o simplemente una

visión disminuida, pero en algunos casos no son conscientes de la ceguera.

8 CUESTA MANTENER EL EQUILIBRIO.

Una inestabilidad brusca que dificulta la marcha o incluso provoca caídas, puede ser síntoma de un ictus. Los pacientes notan que no pueden mantenerse de pie ni caminar en línea recta, con torpeza en las extremidades, una sensación similar al estado de embriaguez.

9 HAY PÉRDIDA DE CONCIENCIA.

En los casos más graves podemos encontrarnos a los

pacientes con bajo nivel de conciencia y escasa respuesta a los estímulos. Esto es más frecuente en las hemorragias cerebrales e ictus isquémicos extensos. Es un síntoma preocupante.

10 APARECE DOLOR DE CABEZA.

Es más frecuente en las hemorragias cerebrales, y los pacientes lo describen como un dolor súbito muy intenso y discapacitante, incluso como el peor dolor de cabeza de su vida. En la mayoría de los casos se acompaña de disminución del nivel de la conciencia y otros síntomas del ictus.



En el ictus el tiempo es clave; que el paciente sea tratado en las tres primeras horas tras sufrir un ictus repercute notablemente en la recuperación.



DR. JESÚS PORTA
Unidad de cefaleas. S.
Neurología. Hospital
Universitario Clínico San
Carlos. Madrid.

El dolor facial es un cuadro frecuente que puede ser debido a múltiples causas. Aunque muchas de ellas son banales, también puede ser la expresión de enfermedades graves o el comienzo de cuadros incapacitantes. El adecuado tratamiento comienza siempre con un correcto diagnóstico, tarea en ocasiones compleja, pero básica para poder mejorar a los enfermos.

ME DUELE

LA CARA

¿Qué puede ser? Y ¿qué debo hacer?

L

a cara es un elemento social fundamental, por ese motivo en la mayoría de las culturas del mundo está siempre expuesta al medio ambiente, además alberga elementos constituyentes de los órganos de los sentidos como los ojos, la nariz o la lengua. Por este motivo, la cara presenta múltiples terminaciones nerviosas y su representación en la corteza cerebral sensitiva es extensa.

El nervio que conduce la sensibilidad dolorosa de la cara y de sus estructuras (ojos, mucosa...) es el conocido nervio trigémino. Pero donde sentimos realmente el dolor es en el cerebro.

CÓMO SON LOS DOLORES FACIALES

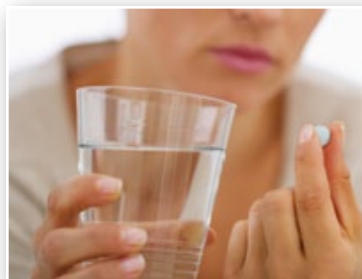
El dolor facial puede ser debido a varias causas y es de varios tipos. Un aspecto fundamental es la duración del dolor. Dolores de segundos de duración que siempre afectan a las mismas áreas y que tienen un recorrido, "como una descarga eléctrica", son típicos de lo que denominamos neuralgia del trigémino. Otras veces el dolor será continuo, en este caso hablaremos de algia facial, si se distribuye por la región del trigémino y presenta como adormecimiento de la cara hablaríamos de neuropatía del nervio trigémino.

UN TRATAMIENTO PARA CADA CASO

Antes de plantearse cualquier tratamiento hay que conocer las causas. Si es debido a una infección o lesión, el médico pautará antibióticos o tratará la lesión. Si es un problema de la articulación de la mandíbula se pondrá una férula de descarga o si es por el músculo se prescribirá un tratamiento adecuado.

Cuando el dolor es debido a lesiones de nervios se tratará con fármacos para el dolor neuropático que suelen ser antiepilépticos o antidepresivos.

Cuando alguien tiene dolor, siempre se debe tratar el dolor, pero nunca nos debemos olvidar de buscar la causa, porque, en ocasiones, es la única manera de solucionar definitivamente el problema.



Además del tipo de dolor es básico saber si el dolor se debe a una lesión de los nervios o de las vías que conducen el dolor dentro del cerebro, en estos casos lo llamaremos secundario, o no hay lesión y refleja una disfunción en las neuronas que conocemos como primario.

QUÉ ENFERMEDADES PUEDO TENER

El dolor facial es frecuente y puede ser un cuadro primario o debido a lesiones, en este sentido debemos considerar varias situaciones:

- **Neuralgia del trigémino:** un dolor como descarga eléctrica, habitualmente en la región de la boca, que dura segundos y se puede inducir al comer o mover la boca, es de gran intensidad, muy doloroso. Siempre suele dar en la misma zona y no suele manifestarse cuando se está dormido. En ocasiones es debido a un vaso que comprime el nervio trigémino, aunque puede ser por otras causas. Se debe consultar con el neurólogo y hay tratamiento oral y en casos complejos cirugía.

- **Dolor como manifestación de una cefalea primaria:** pacientes con migraña u otras cefaleas como la de racimos pueden tener dolor en la cara. Mejora con el tratamiento que utilice habitualmente para la cefalea.

¿CUÁNDO ME DEBO PREOCUPAR?

Los dolores faciales son frecuentes y en ocasiones no son debidos a patologías importantes e incluso ceden de manera espontánea. El hecho de que se presenten estos síntomas no quiere decir que obligatoriamente se vaya a padecer una patología grave, pero sí que es interesante que lo evalúe un neurólogo:

- Cara acorchada: si se nota dormida la cara es fundamental consultar con el médico porque puede existir una lesión de un nervio.
- Dolor en la cara que aumenta o más zonas de la cara dormidas: puede ser que exista una lesión que va creciendo y cuanto antes se trate mejor.
- Dolor de manera brusca y otros síntomas (ver doble, cuerpo dormido...): puede ser la manifestación de un ictus.
- Aparición de lesiones como granitos: puede ser el dolor de un zoster (conocido como la culebrilla que produce el virus de la varicela-zoster).
- Dolor como una descarga eléctrica intensa: puede ser una neuralgia del trigémino, y aunque habitualmente no es grave es muy incapacitante para el paciente.
- Dolor que no cede con el tratamiento o cede temporalmente y persiste en el tiempo: es fundamental descartar lesiones.
- Personas con cáncer o inmunodeprimidas: puede ser debido a patología relacionada con la enfermedad.
- Aparición de fiebre: puede padecer un proceso infeccioso que se deba tratar con antibióticos.

● **Dolor por lesiones en estructuras de la cara:** la inflamación de estructuras de la órbitas (alrededor de los ojos) o de los senos paranasales (cavidades con aire que están en el hueso de la cara) pueden dar lugar a dolor en la cara. El neurólogo debe excluir estas posibilidades y tratarlas.

● **Lesiones de los nervios de la cara:** la sensibilidad de la cara la conduce el nervio trigémino, que para salir el hueso y llegar a la piel se divide en tres ramas que llamamos oftálmica, maxilar y mandibular. Sus ramas emergen por unos agujeros que hay en el hueso. La lesión de las ramas por un golpe, cirugía o si se comprimen por un quiste o tumor, produce dolor en la zona de la cara. Típicamente está muy localizado y puede que, al tocarse esa zona, el paciente la note como dormida o en ocasiones más molesta. Esto se conoce como neuropatía craneal dolorosa y se debe estudiar.

● **Sin causa que lo justifique:** el dolor puede ser muy molesto e incapacitante, y habitualmente continuo. Esto lo conocemos como dolor o algia facial atípica y aunque puede mejorar si se

administra el tratamiento adecuado, en ocasiones su control es complejo. No es una patología grave, pero sí es molesta e incapacitante.

● **Problemas en la articulación de la mandíbula:** como artrosis o en personas que aprietan con fuerza los dientes especialmente por las noches (bruxismo) pueden tener dolor en la cara, habitualmente por delante y encima de la oreja. Se manifestará especialmente por la mañana o después de comer y al presionarles la mandíbula suelen presentar dolor intenso.

● **Enfermedades de los músculos:** muy habitual en un cuadro que se llama dolor miofascial que con un adecuado tratamiento se puede solucionar. ♦



Una enfermedad neurológica es un trastorno que afecta a nuestro cerebro, a la médula espinal y a los nervios. Todos esos órganos, en conjunto, controlan las funciones del cuerpo. Por ello, cuando algo falla en alguna parte del sistema nervioso, es posible hallar dificultad para aprender, moverse, tragar, respirar o hablar.

MARÍA LÓPEZ CON LA COLABORACIÓN DE IMSERSO

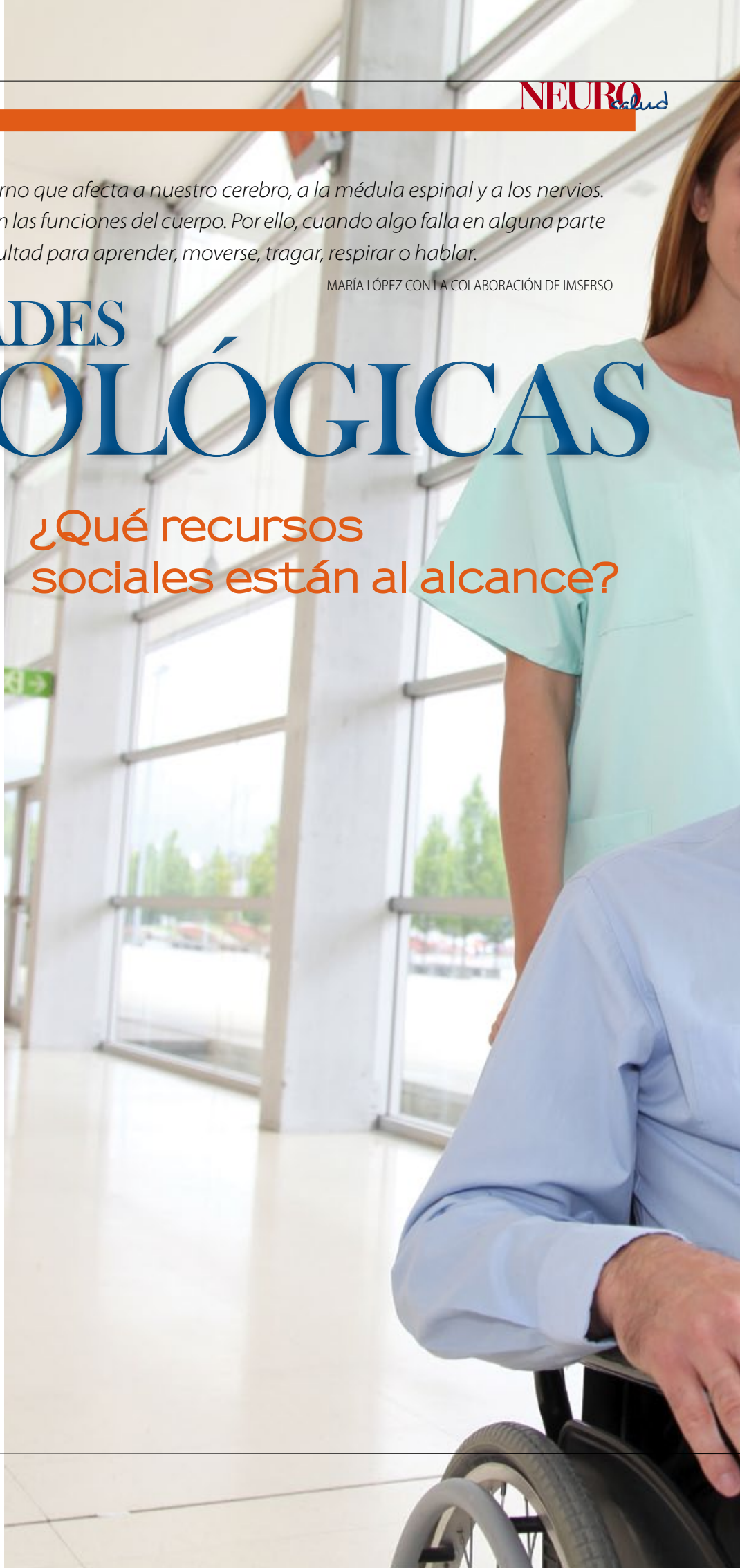
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Estas enfermedades pueden tener diferentes orígenes. Por un lado están las enfermedades neurológicas degenerativas, tales como las demencias (Alzheimer, por ejemplo), Parkinson, ELA, esclerosis múltiple. Por otra parte, se encuentran las enfermedades neurológicas adquiridas, que pueden tratarse de daños cerebrales adquiridos o de origen vascular (como infartos cerebrales, trombosis o hemorragias). Además de estos dos grandes grupos existen otros grupos de enfermedades menos frecuentes como son las de tipo medular (lesiones en la médula espinal), la epilepsia o las de origen infeccioso como sería la meningitis.

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Estas enfermedades, en su desarrollo, mayoritariamente acaban por generar una situación de dependencia o semidependencia que precisa de ayudas especiales. Estos recursos sociales que se prestan no son específicos para cada una de ellas, sino que se dan para la situación de dependencia. La atención social se comienza a prestar en un momento en el que la atención sanitaria y la rehabilitación intensiva dejan de ocupar un lugar central, ya que el usuario ha alcanzado una relativa estabilización médica y funcional. Las cuestiones fundamentales dejan de ser las relativas a la recuperación de la salud, bien porque se haya alcanzado dicha salud o porque se ha llegado al techo terapéutico posible; en su lugar las cuestiones vinculadas a los cuidados, la residencia, la ocupación o el ocio son las prioritarias. ◆

¿Qué recursos sociales están al alcance?





RECURSOS SOCIALES

La garantía de recursos sociales corre a cargo del Estado. Por tanto, la titularidad de los servicios ha de ser pública; serán los distintos niveles de la Administración, estatal, autonómica o local, quienes asuman la responsabilidad de poner los medios para la prestación de la asistencia.

Hay varios tipos de dispositivos sociales. En muchos casos puede resultar más eficiente concentrar uno o más de estos recursos en espacios físicos contiguos. Ello puede permitir compartir servicios de apoyo (comidas, suministros) y profesionales, así como facilitar un aprovechamiento máximo del equipo técnico de apoyo. Siempre que los programas y equipos de cada uno de estos dispositivos estén bien definidos, puede ser muy útil compartir espacios.

1 CENTROS DE DÍA: su objetivo principal es la prestación de cuidados orientados a la preservación y/o mejora continua de la autonomía funcional y social. Reduciendo la carga que estas personas puedan suponer para sus familias. La labor se realiza mediante la combinación de las actividades rehabilitadoras, ocupacionales, lúdicas y de la convivencia en grupo. Procuran la atención integral de personas adultas con discapacidad física, sensorial, cognitiva, conductual y/o social, y con una minusvalía reconocida superior al 33 por ciento. Estas personas han de presentar un grado de restricción de la autonomía personal que determine la necesidad de una asistencia especializada, continua y permanente.

2 RESIDENCIAS: diferenciadas de las residencias de tercera edad, en las que personas adultas con daño cerebral (o secuelas neurológicas afines) y altos niveles de dependencia pueden vivir. La existencia de un numeroso grupo de personas adultas, menores de 65 años, y con elevados niveles de dependencia plantea la cuestión de su lugar de residencia y de los cuidados que han de recibir.

3 PISOS TUTELADOS: responden a las demandas residenciales de un grupo de personas con daño cerebral que mantienen autonomía para muchas de las actividades básicas de la vida diaria, pero que requieren supervisión para

garantizar su seguridad, para facilitar la convivencia o para completar un determinado plan ocupacional. El colectivo de personas jóvenes, con daño cerebral y autonomía en las actividades básicas y gran parte de las instrumentales de la vida diaria, es un grupo candidato a llevar una vida independiente, con niveles bajos de supervisión y con expectativa de ocupación en alguna modalidad laboral.

4 EMPLEO Y OCUPACIÓN: normalmente, y a excepción de personas con daño cerebral leve que pueden acceder directamente al mundo laboral, estos enfermos van a ser candidatos a los programas de integración laboral personas con daño cerebral moderado o severo que han alcanzado autonomía en las activas básicas de la vida diaria (control de esfínteres, aseo, vestido, alimentación) y que conservan capacidad para desplazarse en transporte público. Los adultos más jóvenes son los candidatos idóneos. De forma muy esquemática, los programas de fomento del empleo y la ocupación de personas con daño cerebral severo van a requerir de tres tipos de servicios: orientación y formación; integración en centros ocupacionales; acceso a centros especiales de empleo.

5 AYUDA DOMICILIARIA Y TELEASISTENCIA: esta es una modalidad asistencial extendida por muchos municipios de la geografía nacional. Consiste en la disponibilidad de algún tiempo diario de una persona ajena a la familia; la tarea encomendada suele centrarse en las actividades básicas de la vida diaria de la persona dependiente o en las actividades domésticas. Aquellas personas con daño cerebral que vivan en sus domicilios, solos o con sus familias, y que planteen necesidad de apoyo en el aseo, el vestido, la alimentación, el traslado al Centro de día, la preparación de comidas o las actividades domésticas son candidatos a disponer de unas horas diarias de ayuda domiciliaria. Los sistemas de teleasistencia son un complemento de esta ayuda domiciliaria. Permiten a la persona con daño cerebral o a sus familias ponerse en contacto con el exterior y comunicar cualquier tipo de emergencia o incidencia que esté poniendo en peligro al usuario.

El ejercicio físico practicado de forma regular aporta numerosos beneficios a la salud: combate la obesidad, disminuye la tensión arterial, disminuye el colesterol y los triglicéridos, previene la diabetes y mejora su control; previene la osteoporosis, mantiene la funcionalidad en pacientes con osteoartritis y beneficia la salud mental de los ancianos.

ALICIA GONZÁLEZ

EJERCICIO FÍSICO

Rompiendo las barreras de la edad



El ejercicio regular contribuye a promover un envejecimiento activo saludable para prevenir la dependencia, actúa sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, al combatir el sobrepeso y la obesidad, disminuir la tensión, disminuir los triglicéridos y el colesterol malo o LDL y elevar el colesterol bueno o HDL. Mantiene las reservas cardíacas, disminuye el riesgo de sufrir otro infarto de miocardio y ha demostrado tener un efecto significativo sobre la mortalidad y morbilidad por cardiopatía coronaria.

Al favorecer la actividad de la insulina también contribuye a prevenir la diabetes y mejora el control metabólico de los pacientes diabéticos.

Además, previene la osteoporosis al fortalecer los músculos y los huesos y, por esta razón, disminuye el riesgo de fracturas.

Por otra parte, el ejercicio aeróbico y de fortalecimiento alivia el dolor y mejora la función en pacientes con osteoartritis.

A todos estos beneficios hay que añadir que el ejercicio también favorece el rendimiento intelectual y beneficia la salud mental de los ancianos al disminuir el estrés y combatir los síntomas depresivos.

¿CÓMO EMPIEZO A HACER EJERCICIO?

Se recomienda empezar por una actividad física moderada que nos guste, preferiblemente practicada en grupo y

bajo supervisión de un profesional. Es más beneficioso el ejercicio moderado y frecuente que el ejercicio intenso con menos frecuencia. Se aconseja que las personas que lleven una vida sedentaria consulten a su médico de familia antes de empezar a realizar ejercicio de forma regular.

Algunas de las actividades recomendadas para que practiquen las personas mayores podrían ser el baile, la natación, la marcha o la bici, por ejemplo. Y es preferible integrar la actividad en un horario compatible con el resto de nuestra vida.

Para empezar a hacer ejercicio es ideal caminar durante un rato seguido lo bastante rápido para estimular el sistema cardiorrespiratorio. ♦



ENTREVISTA CON...

GUILLAUME LEFEBVRE

Responsable de Siel Bleu en España
(ONG especializada en ejercicio físico
en el anciano).



“Con programas adecuados y diseñados a medida es posible hacer ejercicio a cualquier edad”

¿Dónde pueden practicar ejercicio las personas mayores?

Por ejemplo, con organizaciones como Siel Bleu. Llevamos nuestros programas y material deportivo allí donde nos necesiten para realizar nuestras sesiones de actividad física adaptada en centros de día, residencias, hospitales o domicilios. Buscamos que nuestros programas sean accesibles para los beneficiarios, tanto a nivel económico como geográfico. No queremos que el coste sea un impedimento, no tenemos ánimo de lucro y nuestro objetivo es mejorar la calidad de vida de los mayores, dándoles oportunidades de practicar ejercicio físico a medida.

¿Cuáles son los principales problemas de los mayores para acceder al ejercicio físico?

Sobre todo la falta de concienciación de la sociedad respecto a los estilos de vida activos. Se suele decir que la actividad física ya no es para las personas mayores por el miedo a que se cansen, se caigan o se hagan daño.

Sin embargo, la experiencia nos demuestra cada día que, en cuanto prueban los programas y comprueban los beneficios, entran en el círculo virtuoso del envejecimiento activo. Los mayores se vuelven más autónomos, más felices, se involucran más en las otras actividades...

También mejora la relación con los cuidadores, permitiéndoles dedicar más tiempo a otras medidas de prevención.

¿Puede hacer ejercicio cualquier mayor?

Con programas diseñados a medida y a cargo de profesionales de la actividad física es posible hacer ejercicio a cualquier edad y sobre todo mejorar.

¿Cómo deben ser los ejercicios adaptados a las personas mayores?

Deben ser adaptados según las capacidades y preferencias de cada participante. En Siel Bleu siempre empezamos nuestros programas con una evaluación inicial de cada participante: medimos el grado de movilidad, equilibrio y fuerza. Luego fijamos objetivos individualizados de mejora y los revisamos de manera regular. Eso nos permite medir mejoras y ver tendencias, sin olvidar la adaptación diaria según el humor, la ganas y la dinámica de grupo.

¿Quién debe impartir los ejercicios?

Educadores físicos licenciados en Ciencias de la Actividad Física y el

Deporte, con experiencia previa, conocimiento del colectivo de personas mayores y empatía, imprescindible para ofrecerles el trato que se merecen. En Siel Bleu, nuestros técnicos aprovechan los 17 años de experiencia de su entidad madre Siel Bleu Francia y de sus 440 técnicos. A través de una plataforma web pueden compartir experiencias, proponer nuevos ejercicios, acceder a sesiones y programas validados por nuestros expertos.

¿Cuánto tiempo es recomendable realizar ejercicio físico a la semana para una persona mayor sana?

La Organización Mundial de la Salud recomienda tres horas de actividad física semanal, pero, ¡no hablamos de maratones! Debe ser siempre a medida. Con nuestros programas apoyamos y complementamos todas las demás actividades (caminatas, bailes...) que se realizan a favor del estilo de vida activo y saludable.

¿Qué evidencias científicas apoyan el uso de ejercicio físico en el anciano?

Con nuestro estudio clínico Europeo HAPPIER probamos que se puede reducir un 50 por ciento las caídas y un 12 por ciento el nivel de depresión de

las personas mayores en residencias, además de mejorar en un 10 por ciento su autonomía al realizar actividades diarias y un 20 por ciento el estado de salud percibido.

También el estudio HAPPIER muestra que el impacto del tratamiento es mayor en los participantes con demencia y dificultades de locomoción. Esos resultados significan mayor calidad de vida para

todos los mayores, cualquiera que sea el grado de dependencia, física o cognitiva.

Por otro lado, el Instituto oncológico Curie, con quien cooperamos en Francia, demuestra que gracias a la actividad física adaptada se disminuye un 50 por ciento la tasa de reincidencia de las mujeres que han padecido cáncer de mama.

Los mayores que realizan ejercicio físico se vuelven más autónomos y más felices



EN 2050 TENDREMOS UN CEREBRO MÁS GRANDE Y VIVIREMOS HASTA LOS 120 AÑOS

Estas son algunas de las conclusiones a las que ha llegado el antropólogo Cadell Last, investigador del Global Brain Institute. Además, el investigador asegura que nuestras capacidades intelectuales se extenderán, gracias, por ejemplo, a la estimulación eléctrica del cerebro (hipocampo), o a las prótesis (o microchip) que se

insertarán en el cráneo. Tendremos menos hijos y mucho más tarde. Muchos de nosotros aceptarán también de insertar prótesis en sus propios cuerpos, para mantener la autonomía en los movimientos, incluso en edades muy avanzadas, aumentar las capacidades físicas y de trabajo, o incluso para competir mejor con robots de última generación.

UN 70% MENOS DE DEPRESIÓN CON LOS VIDEOJUEGOS

Los juegos cognitivos (o videojuegos) permiten reforzar las funciones ejecutivas de los pacientes ancianos, lo que se traduce en una remisión de la depresión en un 70 por ciento de los casos, según un estudio reciente. Por ello, un equipo de investigadores de Estados Unidos y China ha diseñado videojuegos cognitivos para mejorar el tratamiento de la depresión en este grupo de edad resistente a la terapia con fármacos. Los investigadores encontraron que los pacientes que previamente no habían respondido a los antidepresivos mejoraron en sus déficits ejecutivos y también se redujeron los síntomas de depresión. Esto ha demostrado que la rehabilitación cognitiva es un nuevo enfoque no invasivo en el tratamiento de la depresión, que, hasta el momento, se afrontaba principalmente con medicamentos y psicoterapia.





TOMAR DEMASIADOS ANSIOLÍTI-COS puede aumentar el riesgo de Alzheimer

A largo plazo, el consumo de estos medicamentos, para tratar problemas de ansiedad y del sueño, puede estar relacionado con la enfermedad de Alzheimer. El riesgo puede llegar hasta un 51 por ciento, según una investigación que se publica en British Medical Journal, que subraya que los tratamientos con estos medicamentos deben ser lo más cortos posibles.



DR. JORGE MATIAS-GUIU

Catedrático de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

POR LA NOCHE NO PUEDO DORMIR

Tengo 65 años y desde hace seis meses cuando me voy a dormir empiezo con una sensación horrible en las piernas, con necesidad de moverlas. Tengo que levantarme de la cama y dar vueltas, pero no consigo dormir, es como si tuviera algo que me recorre las pantorrillas. ¿A qué se debe?

Imma (Sabadell).

Lo que usted describe sugiere un síndrome de piernas inquietas. Es un cuadro frecuente que suele ser benigno y responde bien a diferentes tratamientos. Sin embargo, a veces puede reflejar un déficit de hierro o ser el inicio de una neuropatía periférica.

DIFICULTAD EN ENCONTRAR LAS PALABRAS

Mi esposa tiene 73 años y desde hace aproximadamente dos años tiene dificultades para encontrar palabras. Le han hecho una resonancia magnética que es normal, pero cada vez va a más. Nos han dicho que puede ser Alzheimer, pero ella tiene la memoria bien. ¿Es posible?

Juan Antonio (Tenerife).

Las alteraciones adquiridas del lenguaje se conocen como afasia. Existe un cuadro clínico conocido como afasia progresiva primaria que se caracteriza por una alteración del lenguaje progresiva, de causa degenerativa. Puede seguir evoluciones muy diferentes, desde una alteración del lenguaje aislada durante muchos años, a asociar otros problemas motores, cognitivos o conductuales. También puede ser el inicio de la enfermedad de Alzheimer. Es por ello necesario una valoración exhaustiva para conocer bien cuál puede ser la evolución y el tratamiento adecuado.

CEFALEA EN ANCIANOS

Tengo 76 años y desde hace cuatro meses tengo dolor de cabeza todos los días. Sobre todo es en la sien derecha, y me duele cuando me toco la zona. ¿Puede ser algo grave?

Antonio (Toledo).

La cefalea es un síntoma muy común en la población general, que muchas veces no tiene gravedad. Sin embargo, la aparición de un dolor nuevo, que no había presentado previamente, y persistente, son criterios de gravedad que obligan a consultar al médico. Existen enfermedades inflamatorias en las personas mayores en que la cefalea puede ser el síntoma de presentación.



DR. MARCOS LLANERO
Neurólogo, Centro de
Prevención del Deterioro
Cognitivo, Madrid.

Todos nos hemos reído en alguna ocasión. El humor es algo sustancial al ser humano; aparece en todas las culturas y nos provoca bienestar físico y psicológico. Pero, nos hemos preguntado alguna vez por qué el ser humano se ríe, ¿somos los únicos animales que lo hacen?

¿POR QUÉ NOS REÍMOS?



La risa es un cambio en la expresión de la cara producida por el movimiento de múltiples músculos acompañado de la emisión de sonidos secundarios a la contracción de músculos respiratorios y de la garganta. La risa no es exclusiva de los humanos, ya que puede aparecer en otros primates e incluso en las ratas. En estos animales la risa suele estar ligada al juego. Lo que sí es propio de los humanos es que somos capaces de reírnos de múltiples situaciones, objetos, juegos de palabras o chistes, es decir, podemos reírnos del humor, cosa que los animales no pueden hacer. Los bebés comienzan a esbozar sonrisas a las cinco semanas de vida y se ríen alrededor de los cuatro meses.

16 TIPOS DE SONRISAS Y RISAS

Además de reírnos a carcajadas, los humanos podemos sonreír, que sería activar los músculos faciales sin la aparición de los sonidos propios. Paul Ekman, psicólogo pionero en el reconocimiento de caras y expresiones de caras, diferencia 16 tipos de sonrisas y risas. A pesar de que la risa puede alcanzar una gran complejidad en cuanto a sus expresiones, la clasificación más interesante es la que divide la risa en "real" y "simulada". Esta diferencia entre reírnos porque nos ha hecho gracia y fingir que nos lo ha hecho, ya la observó el gran neurólogo francés Guillaume Benjamin Duchenne; debido a esto a la risa real se la denomina risa de Duchenne.

Entonces, ¿cómo diferenciamos la risa verdadera de la fingida? ¿Cómo sabemos si somos realmente graciosos o si la gente se ríe de verdad de nuestros chistes? Como ya describió el propio Duchenne, la risa "verdadera" se produce por la contracción de los músculos cigomático mayor y menor, cerca de la boca, que elevan la comisura de los labios, y el músculo orbicular, cerca de los

ojos, cuya contracción eleva las mejillas y produce arrugas alrededor de aquellos. La risa "falsa", por el contrario, intenta imitar esta postura, generalmente sin conseguirlo (aunque todo depende de la habilidad de quien lo realiza, de ahí que los actores sean entrenados en ello para resultar más creíbles). Lo más habitual es que la persona que muestra una risa forzada "olvide" contraer los músculos alrededor de los ojos, lo que nos ayuda a distinguirla de la real.

Neurológicamente esto es posible, ya que los músculos de la cara pueden ser movidos por dos partes diferentes del cerebro; por un lado, las áreas motoras, que vamos a llamar voluntarias, las cuales son capaces de producir gestos en la cara conscientes y, por otro lado, las zonas cerebrales, denominadas sistema límbico. Este último, responsable de las emociones, también conecta con los músculos de la cara para desencadenar las expresiones relacionadas con las mismas; estos movimientos, a diferencias de los anteriores, son involuntarios. Es decir, si algo nos despierta una emoción súbitamente alegre o graciosa se producen cambios en nuestra cara que reflejan esa emoción interna, lo que conocemos como risa o sonrisa. Estos gestos genuinos son propios de nuestra especie, no los aprendemos, por lo que son difíciles de imitar. Por esta razón, las personas sordas son capaces de reír, aún sin haber escuchado nunca una risa.

¿CON QUÉ LETRA TE RÍES?

La risa, sobre todo cuando es a carcajadas, se acompaña de ruidos respiratorios que solemos transcribir como un "ja, ja, ja..." que todos en alguna ocasión hemos escrito para transmitir este sentimiento. Aunque solemos reírnos con la "a", podemos utilizar el resto de vocales para este fin, aunque con algunas diferencias. La risa con la "e", suele expresar disimulo, y a veces la utilizamos con uno o dos "je" para hacer notar una cierta risa "incrédula". La risa con "i" refleja un cierto perfil de inmadurez, ya que es la típica en los niños. La "o" se ha asociado popularmente a Papá Noel, y curiosamente a veces se utiliza como expresión de enfado. Por último, la risa con "u" se suele utilizar en la risa que va unida a burla o desprecio.

¿POR QUÉ TENEMOS RISA?

La respuesta no es sencilla y hay varias teorías al respecto. Como hemos dicho, nuestros primos los simios también son capaces de reír; su risa en particular está muy ligada al juego. Los animales utilizan el juego como método de aprendizaje; la risa durante el juego informaría al resto de la manada que la pelea es simplemente un juego y que no debe constituir una fuente de preocupación. Esta risa equivaldría a un “no pasa nada estamos jugando”, esta observación ha sido la base de lo que se denomina la “teoría de la falsa alarma”. Esta teoría propone que la risa se originó en nuestros antepasados como una forma de comunicar al grupo que aquello que nos motiva la risa no debería ser fuente de preocupación. Así se explica por qué nos producen grandes carcajadas las caídas y porrazos en una película o una actuación. Siguiendo este ejemplo, si vemos a una persona en la calle que resbala y se cae, haciéndose una herida importante en la cabeza, nadie se reirá, sino que iremos inmediatamente a socorrerlo; sin embargo, si la persona se ha resbalado sobre un charco y se levanta sin un rasguño, pero manchado de barro, nos podrá desencadenar la risa, lo que constituiría una forma de comunicar a los que nos rodean “no os preocupéis, no se ha hecho daño”. Por esta razón, cuando vemos en el cine una película de humor (como por ejemplo a Buster Keaton), sus golpes y caídas nos producen carcajadas, ya que estamos condicionados a que el protagonista no se hará nunca daño, por



La femenina, más contagiosa

Se sabe que las risas con tonos más agudos, como la de las mujeres, suelen ser más contagiosas que las graves, esto es aprovechado por los creadores de series de humor para acompañar a los chistes de risas grabadas en estas frecuencias.

eso sus “desgracias” nos resultan graciosas. Sin embargo, si en una drama alguien rueda por la escaleras, como Escarlata O’Hara en “Lo que el viento se llevó”, esperaremos alguna desgracia, como finalmente le ocurre a la protagonista del oscarizado film, sin que ello nos provoque ninguna hilaridad.

Ahora podemos entender que para nuestros niños las caídas y golpes sean extremadamente graciosas, sería una forma de humor primitivo como el aparecido en nuestros antepasados. Muestra de ello son algunos dibujos animados como “Tom y Jerry” o “El coyote y el correcaminos”.

EL GIRO INESPERADO

Si bien esta teoría explica el posible origen de la risa en los seres humanos, no explica ni mucho menos todos los tipos de humor.

Cuando en la actualidad escuchamos un monólogo no parece existir atisbos de esa risa primitiva, no obstante, al igual que en los golpes o torrazos, en un chiste existe algo que nos provoca la risa: “el giro inesperado”. Si analizamos los chistes todos tienen algo

en común: una historia y un desarrollo que, en un momento dado, produce un giro inesperado que nos hace tener que reinterpretar de nuevo toda la historia con una nueva visión. Así, el éxito de un buen contador de chistes es acumular tensión en la historia y hacer coincidir el final con “el giro”, así como intentar que sea lo más inesperado posible, no hay nada que haga menos gracia que un final previsible. Valga como muestra del “giro” un chiste del añorado Eugenio: “Sabían aquel que diu... -¿A dónde vas? -A por estiércol para las fresas. -Y por qué no las pruebas con nata”. Es exactamente la última palabra la que cambia el sentido de lo anterior, lo que súbitamente nos hace reinterpretar todo el enunciado previo. Realmente, lo que nos hace más gracia no es la “incongruencia” en sí, sino el ser capaces de detectarla y reinterpretar el enunciado. Eso sí, algo nos resultará gracioso siempre que se cumpla la premisa que se comentó previamente: que nadie resulte dañado en la acción o que la situación no sea amenazante ni peligrosa.

Aún así, el humor tiene una parte cultural reseñable y se relaciona con nuestra personalidad. Ser capaz de reírse ante algo requiere un importante componente imaginativo, por eso el sentido del humor se relaciona con la creatividad y la inteligencia, además de hacernos sexualmente atractivos. Por ello, ríanse más y afinen su sentido del humor, su éxito y desarrollo personal están en juego. ◆

Beneficiosa para nuestra vida

La risa ha demostrado ser claramente beneficiosa, tanto a nivel psicológico como corporal. La risa reduce el estrés y los síntomas de depresión; eleva el estado de ánimo, la autoestima y la energía; mejora las relaciones sociales, la solidaridad y la cohesión del grupo; promueve el bienestar psicológico; e incluso estimula el sistema inmune e incrementa el umbral al dolor. Además, la risa mejora la relación de pareja y es fundamental para el crecimiento emocional e intelectual de los niños.

¿ERES HIPOCONDRIACO?

La persona que padece hipocondría se encuentra constantemente sometida a un análisis riguroso de sus constantes vitales buscando señales que le verifiquen sus miedos previos. No es raro encontrar casos en los que la persona, al estar tan

centrada en los síntomas leves o señales corporales imaginados, sufra síntomas orgánicos reales, este fenómeno se llama somatización.

Es posible que una persona hipocondríaca esté realmente enferma, lo importante es discernir el síntoma real del imaginario, tener una visión objetiva y que su interpretación de los síntomas no le produzca ansiedad o preocupación adicional.

POR AMAYA TERRÓN. PSICÓLOGA.

<p>1</p>	<p>¿Usas Internet para buscar información sobre tu posible enfermedad? a No, aunque alguna vez he consultado, no me autodiagnostico ni me preocupo en exceso, me dirijo a un médico especialista. b Sí, es una fuente de información y siempre acabo encontrando datos que me resultan útiles.</p>	<p>9</p> <p>¿Crees que muchos de tus síntomas son compatibles con enfermedades que los médicos no conocen porque son consideradas raras? a Sí, mi nivel de confianza en los médicos es nula, siempre se dejan posibilidades por considerar. b No, normalmente dan con la enfermedad y tratamiento.</p>
<p>2</p>	<p>¿Has encontrado en Internet contenidos que te ha hecho preocuparte o sacar conclusiones sobre el autodiagnóstico? a Sí, cuando tengo una preocupación recurro primero a Internet, aunque luego consulte con un especialista para que me confirme. b No, normalmente busco información sobre todo y no lo hago de una forma más exhaustiva cuando busco información sobre enfermedades.</p>	<p>10</p> <p>¿Has pedido en más de una ocasión opiniones a distintos médicos sobre el mismo padecimiento? a No, cuando estoy preocupado lo comento con un médico que me suele sacar de dudas. b Sí, en más de una ocasión.</p>
<p>3</p>	<p>¿Has ido con un autodiagnóstico al médico y has quedado en más de tres ocasiones descontento con su opinión? a Sí, en numerosas ocasiones me quedo descontento porque no confío en ellos, no suelen acertar con mi diagnóstico o pocos lo han hecho. b No, voy a un solo médico y normalmente quedo conforme con el diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>11</p> <p>¿Hasta que no te dan un diagnóstico consideras que la consulta con tu médico ha sido improductiva? a Sí, siempre tengo que llegar a una conclusión y deben decirme el nombre de mi padecimiento. b No, a veces he ido y me han dicho que no tengo nada y no me ha ocasionado ningún trastorno.</p>
<p>4</p>	<p>¿Cuando tengo algún síntoma corro a buscar información para calmarme, aunque raramente funciona? a Sí, suele ser mi rutina de actuación. b No, no suelo actuar siempre de esta forma.</p>	<p>12</p> <p>¿Tu constante preocupación ha interferido en tu vida? a No especialmente. Me he preocupado alguna vez como es lo normal, pero no ha interferido más allá. b Sí, siento que mi vida se centra en buscar síntomas y en encontrar enfermedades compatibles con ellos.</p>
<p>5</p>	<p>¿Vas a la consulta de tu médico con la información sobre lo que te ocurre para que él te valide tus temores? a Sí, normalmente siempre llevo una idea sacada de diversas fuentes. b No, él es el especialista, yo solo le digo lo que me ocurre.</p>	<p>13</p> <p>Ante un dolor de cabeza... ¿tus pensamientos se conectan casi automáticamente con otras enfermedades que puedan explicar tu dolor? a Sí, ante un dolor de cabeza he llegado a conclusiones sobre padecimientos mucho mayores.</p>
<p>6</p>	<p>¿Tu tendencia es a buscar en Internet argumentos de favorezcan tu hipótesis previa sobre la enfermedad que te acecha? a Sí, siempre sé qué es lo que tengo que buscar y miro todas las páginas y foros en los que aparezcan mis síntomas. b No tengo una idea previa, siempre es el médico el que me informa, aunque me guste estar informado.</p>	
<p>7</p>	<p>¿Tu nivel de preocupación o sufrimiento no se aplaca con la información que tienes o de la cantidad de síntomas que tienes? a No sufro con antelación, espero a que me digan qué tratamiento seguir. b Mi nivel de sufrimiento aumenta cuando empiezo a ver posibilidades.</p>	
<p>8</p>	<p>¿Siempre encuentras algún síntoma compatible con alguna enfermedad? a No estoy alerta constante. b Y si no lo encuentro sigo buscando.</p>	



	b No le doy más importancia que la que tiene.
14	<p>¿Cuando un miembro de tu familia se preocupa ante un síntoma te saltan las alarmas y vas a comprobar con la rutina de siempre?</p> <p>a No, siempre les escucho, pero no llego a salir corriendo a verificar sus opiniones.</p> <p>b Sí, aunque suelo ser yo el que está atento a las señales de que algo no va bien.</p>
15	<p>¿Te has descubierto a ti mismo autodiagnosticando enfermedades que solo un médico podría reconocer?</p> <p>a Sí, creo que puedo llegar a conclusiones que algunos médicos no tendrían en cuenta a la primera.</p> <p>b No, siempre han sido ellos los que me han informado.</p>
16	<p>¿Tu miedo a padecer alguna enfermedad te ha supuesto una merma en tu día a día?</p> <p>a Sí, siento que me está abarcando más tiempo del que debiera.</p> <p>b No, le dedico el tiempo suficiente y necesario.</p>
17	<p>El tiempo medio que dedico a consultas por Internet a cerca de enfermedades o síntomas es de...</p> <p>a Superior a 30 minutos siempre.</p> <p>b Depende del día, pero no suele pasar los 30 minutos.</p>
18	<p>¿Has sentido ansiedad ante la situación de visitar más de tres médicos y que ninguno te sepa decir o no concuerde su opinión con la tuya?</p> <p>a No, nunca he consultado más de tres especialistas distintos.</p> <p>b Sí, me ha pasado alguna vez.</p>
19	<p>¿Cuando tienes un diagnóstico confirmado sigues sintiendo ansiedad?</p> <p>a Sí, porque puede ser que sea el comienzo de algo peor.</p> <p>b No siento ansiedad, normalmente el diagnóstico me tranquiliza y sigo el tratamiento propuesto.</p>
20	<p>¿A partir de alguna interpretación personal sobre alguna sensación corporal has ido al médico y a pesar de que su opinión haya sido que no es nada, al rato vuelve tu preocupación?</p> <p>a Sí, me veo totalmente identificado con esta situación.</p> <p>b No me ha pasado.</p>
21	<p>¿Te tomas las constantes fisiológicas o intentas ser consciente de funciones que normalmente pasan desapercibidas como la respiración?</p> <p>a No suelo medirme las constantes ni ser consciente de mi respiración o latidos del corazón.</p> <p>b Sí, me he medido las constantes en mas de una ocasión para asegurarme de que todo iba bien.</p>

0-6 puntos

Una puntuación en este rango significa que das la importancia suficiente a los síntomas de tu cuerpo. No sientes especial ansiedad ante la interpretación de las señales sobre síntomas y tu vida transcurre en este sentido normalizada. Esto no implica que no te ocupes de tu salud de forma correcta y hagas los chequeos oportunos, pero de forma acorde y sana. No implica una preocupación excesiva y no te produce un impacto negativo en tu vida.

Cuidar tu salud no implica dejar de lado ninguna actividad tipo social o hobby, deporte, etcétera.

7-14 puntos

Tienes mucha preocupación sobre tu estado de salud, que ocupa un tiempo inapropiado en tu vida. No padeces hipocondría, pero la vivencia de tus síntomas sí es problemática, puede ser esta actitud aprehensiva lo que genere el malestar. No llegas a tener un carácter obsesivo con estos pensamientos sobre tu estado de salud, pero es buena idea en este caso que te relajes, racionalices y confíes más en los especialistas. La idea no es dejar de ocuparse por la salud, pero sí que cuidarse no suponga un perjuicio en tu vida.

Posiblemente padezcas ansiedad y se puede manifestar tras esta preocupación. Racionalizar los síntomas y ocuparse de ellos de forma oportuna sería lo más apropiado para mejorar la calidad de vida.

15-21 puntos.

Someterte a un análisis riguroso de tus funciones fisiológicas preocupándote incluso ante la ausencia de síntomas es la señal clara de que algo tienes que cambiar, tendrás que atender a la ansiedad que posiblemente esté debajo de este comportamiento y pensamientos. Es la propia interpretación de señales corporales mínimas lo que desencadena el cuadro clínico de hipocondría, por lo que trabajar en esta ansiedad que surge con estos pensamientos a veces invasivos sería un buen comienzo. La sana interpretación y racionalización de los pensamientos sería otra idea que ayudaría a tener una vida libre y sana. La obsesión por tu salud puede resultar muy molesta rebajando la calidad de vida, esta actitud fóbica ante las molestias de tu cuerpo hace que seas poco tolerante ante los síntomas, exacerbando estos.

1/a=0 b=1 2/a=1 b=0 3/a=1 b=0 4/a=1 b=0 5/a=1 b=0 6/a=1 b=0 7/a=0 b=1 8/a=0 b=1 9/a=1 b=0 10/a=0 b=1 11/a=1 b=0 12/a=0 b=1 13/a=1 b=0 14/a=0 b=1 15/a=1 b=0 16/a=1 b=0 17/a=1 b=0 18/a=0 b=1 19/a=1 b=0 20/a=1 b=0 21/a=0 b=1



VIAJES

NUEVA ZELANDA

Situado en las Antípodas, a unos 2.000 kilómetros de Australia, Nueva Zelanda es uno de esos destinos que merece la pena conocer si eres amante de la naturaleza en todo su esplendor. El país, que está formado por dos grandes islas: la Isla Norte y la Isla Sur (junto a otras menores), está repleto de lugares inolvidables: fiordos, cumbres de más de 3.000 metros, calas salvajes, volcanes, glaciares, ríos de corrientes rápidas, profundos lagos de aguas cristalinas, géiseres...

Nueva Zelanda es el rincón ideal para quienes gusten del turismo ecológico o practicar deportes de aventura como el surf, rafting, puenting, escalada o esquí. También podrás asistir a un partido de rugby, un acontecimiento diferente a lo que hayas visto, por la importancia que tiene este deporte en el país. Te impresionará el juego de su selección nacional, los All Blacks, y la danza ritual, Haka, que realizan antes de los partidos con el objetivo de intimidar a sus rivales.

Pero si lo que buscas es paz y relax, también encontrarás el descanso en sus playas de arena blanca. Además, podrás realizar apasionantes actividades al alcance de muy pocos como nadar con delfines, observar ballenas o practicar la pesca de la trucha cebada en muchos de los ríos existentes. Debido a su aislamiento del resto del mundo, Nueva Zelanda tiene una fauna extraordinaria. En los espesos bosques y selvas encontrarás gran variedad de pájaros y el curioso kiwi, un ave autóctona de la zona que es un símbolo nacional, de ahí que "kiwi" sea el apodo utilizado para los habitantes de este país.

Nueva Zelanda tiene también una arraigada identidad cultural: el legado maorí se perpetúa en las artes, el idioma y la gastronomía entre la que destaca su excelente carne de venado, marisco y buenos vinos. En definitiva, un paraíso en el que pasar unas agradables vacaciones que no dejará indiferente a ningún visitante.

LIBROS



ATRÉVETE A MOTIVARTE

Juan Carlos Cubeiro y Jorge H. Carretero

En una sociedad cada vez más desmotivada, en la que impera la negatividad, ¿qué estímulos necesitamos para sentirnos motivados y ser más felices? A partir de su experiencia empresarial y deportiva, los autores nos enseñan el camino hacia la motivación y el pensamiento positivo.



CÓMO SUPERAR LA DEPRESIÓN

Enrique Rojas

El psicólogo nos ofrece una serie de consejos prácticos y técnicas destinados a reforzar nuestro organismo y nuestra mente para superar esta afección tan generalizada.



EL MEJOR PEOR MOMENTO DE MI VIDA

Nacho Mirás Fole

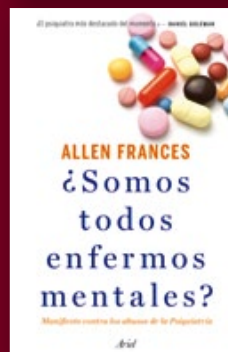
Este libro es una historia llena de humor irreverente de alguien que no se rinde. Es la celebración de las pequeñas cosas que hacen que la vida valga la pena y que no vemos hasta que el destino nos hace una mala jugada.



LA VIDA ES FÁCIL SI SABES SIMPLIFICAR

Mar Cantero Sánchez

Debemos aprender a simplificar, a dejar de enredarnos con pensamientos y hábitos mentales negativos que nos conducen al sabotaje emocional. El libro nos ofrece 20 ideas para que aprendamos a aligerar nuestra mochila emocional.



¿SOMOS TODOS ENFERMOS MENTALES?

Allen Frances

Antes, pasar el duelo de la pérdida de un ser querido durante largo tiempo se entendía; en la actualidad, más de unas semanas ya se considera un trastorno depresivo, y qué decir del síndrome de déficit de atención, del síndrome del comedor compulsivo... ¿Somos todos ya enfermos mentales?



CONCIERTOS

Raphael

La nueva gira "De amor & desamor" le llevará por innumerables teatros y auditorios del país. Esta gira que será inolvidable y, seguro, llena "de amor y desamor", tiene previsto continuar, ya en el 2015, por diversos países de América.

26 de noviembre de 2014

TEATRO COMPAC GRAN VÍA

MADRID

EXPOSICIONES

Impresionismo americano

**THYSSEN-BORNEMISZA
DESDE EL 4 DE NOVIEMBRE
AL 1 DE FEBRERO DE 2015**

Esta exposición será la primera ocasión de poder contemplar en España una muestra dedicada a la expansión del impresionismo en Nortea-

mérica. Su comisaria, Katherine Bourguignon, rastrea a través de unas sesenta pinturas el modo en que los artistas norteamericanos descubrieron el impresionismo entre las décadas de 1880 y 1890, así como la interpretación propia de este estilo que desarrollaron hacia 1900.



TEATRO

Enfrentados

**HASTA EL 2 DE NOVIEMBRE
EN EL TEATRO AMAYA DE MADRID.**

Enfrentados, una exquisita adaptación de la exitosa comedia de Bill C. Davis, es una historia cargada de ironía y mensajes relevantes interpretada por Arturo Fernández y David Boceta.

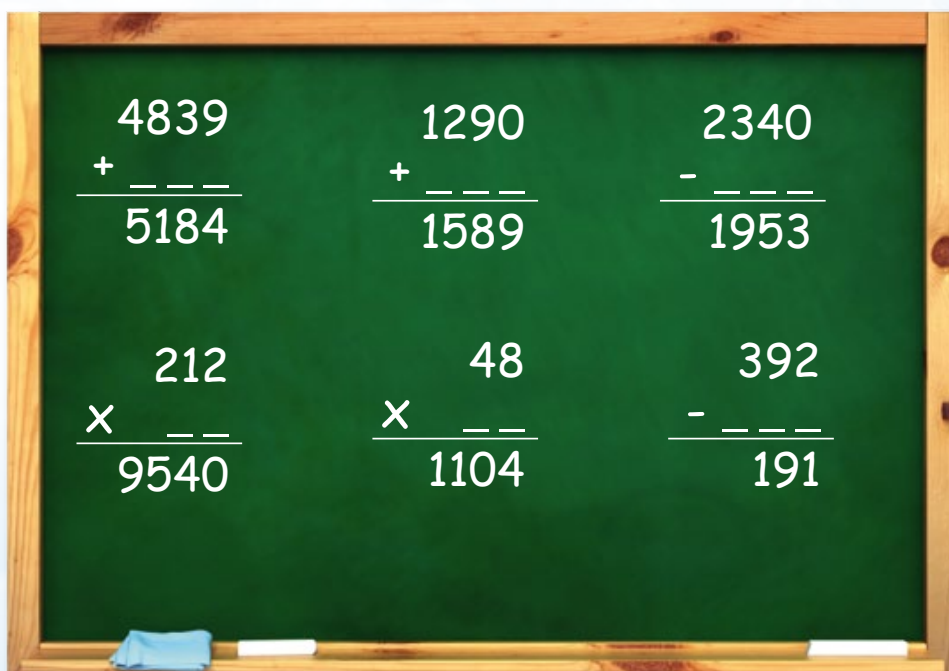
Ejercitar nuestra mente está en nuestra mano. Hacer pasatiempos y crucigramas de forma periódica estimula nuestro cerebro y nos ayuda a lograr una mente ágil.

Sopa de letras

A	O	G	B	P	I	X	E	L	A	P	N
O	V	T	A	M	E	M	O	R	I	A	O
R	I	U	E	O	R	C	B	U	N	N	I
D	T	G	A	C	A	B	L	E	A	T	X
E	I	A	R	B	L	R	Q	B	I	A	E
N	S	A	V	A	E	A	R	T	E	L	N
A	O	B	G	F	F	A	D	Q	A	L	O
D	P	M	I	E	R	I	V	O	N	A	C
O	S	A	G	E	B	A	C	U	O	E	R
R	I	V	A	F	J	K	I	O	O	N	M
Y	D	E	R	B	N	M	O	A	E	Y	U
A	E	N	S	O	F	T	W	A	R	E	M

Ordenador
Memoria
Teclado
Pantalla
Cable
Dispositivo
Conexión
Software
Giga
Gráfico
Pixel

Cálculo



Sudoku

	2				1		7	
	3	5	7			8		6
9	7					5		4
3	1				5			2
	9	2		7				3
		7	1	2	3		5	
	5	9				6		1
4		1		5				
7	6	3			9	4		5

Fácil

7		9		4		3		
	5			7				
8					1			5
	2	7	6			8	9	
4			1			6		7
			4	9	2	7	6	
9	3		5				4	
	7	4	3	8				1

Medio

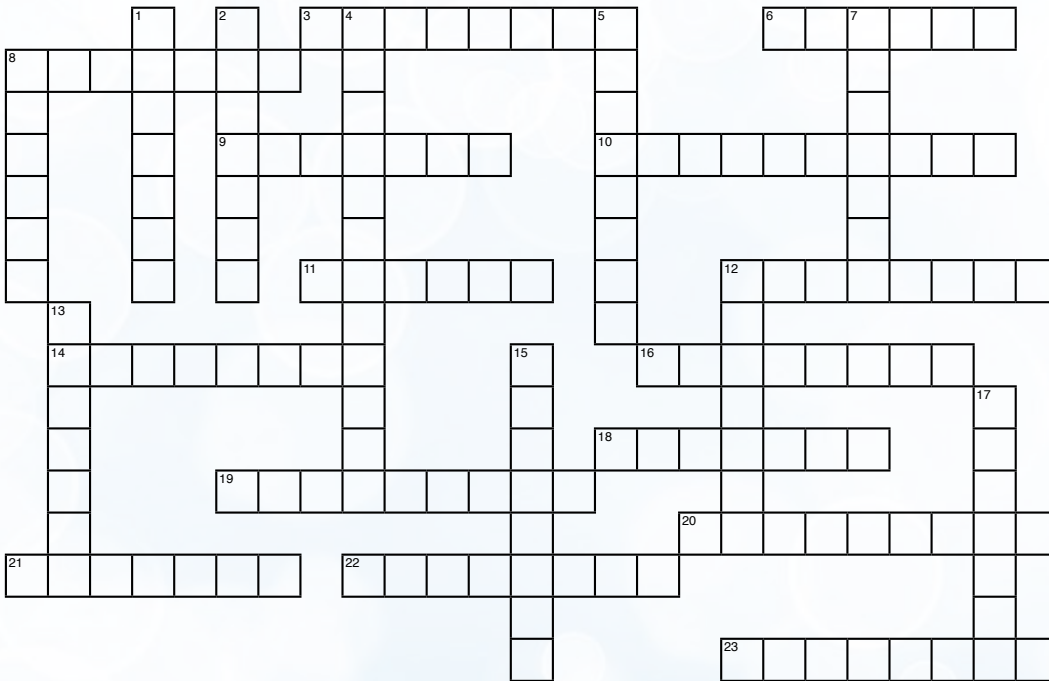
		4	5	3				
						7	2	
					1			
8			1					3
	1	5	8		7	9		2
	9	2		5				1
			3		2			
						8	4	
				8	6			

Difícil

Las siete diferencias



Palabras cruzadas



HORIZONTALES

- 3. Variedad adoptada por una lengua.
- 6. Tuberculo.
- 8. Reanudar
- 9. Pelo.

- 10. Arte de planear.
- 11. Bisoñé.
- 12. Arrasar un lugar.
- 14. Subir un sitio.
- 16. Finlandia
- 18. Oslo.

- 19. Vehículo.
- 20. Impedir la acción.
- 21. Refrigerar.
- 22. Poner un obstáculo.
- 23. Tela que cubre el piso.

VERTICALES

- 1. Inglaterra.
- 2. Animal doméstico.
- 4. Carente de vertebración.
- 5. Fijación.
- 7. Cañería.
- 8. Golpe de viento.
- 12. Sabor suave y agradable al paladar.
- 13. Composición que se canta.
- 15. Despoblado.
- 17. Que gana.

NEURO

CON EL ASESORAMIENTO CIENTÍFICO DE LA FUNDACIÓN DEL CEREBRO Y LA SEN *salud*

10 CLAVES PARA RECONOCER EL ICTUS

Niños bilingües MENTES MÁS ATENTAS Y DINÁMICAS

¿Por qué nos reímos?

MI PADRE LO TUVO. ¿YO LO HEREDARÉ? Predisposición familiar en enfermedades neurológicas



DESCUBRE Test SITIENS TENDENCIA HIPOCONDRIACA

UN PASO POR DELANTE DEL ALZHEIMER
CONSERVA TU MENTE EN PERFECTO ESTADO HASTA LA VEJEZ

¿CUÁNDO ME DEBO PREOCUPAR?

¿QUÉ LE PUEDE PASAR A LA CARA? ¿puede ser? Y ¿qué debo hacer?

¿QUÉ ENFERMEDADES PUEDO TENER?

SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

ALTERACIONES HABITUALES EN LA MEMORIA, O LIGACIONES CON LA EDADES

LA PERDIDA DE LA MEMORIA Y evitar la demencia

ESPECIAL ALZHEIMER

Entre la gente mayor la enfermedad de Alzheimer es la responsable de demencia en el 70% de los casos.

40 años Cuando llegan los 40 años, casi todas las personas que toman antioxidantes...

30.000€ Según datos de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Parientes con Alzheimer, el coste medio de la enfermedad es de unos 30.000€.

NO LLEGUES AL ALZHEIMER

Se sabe que algunos casos raros de la enfermedad, que tienden a darse en personas más jóvenes de lo normal, se transmiten genéticamente de una generación a otra.

1.6:1 El Alzheimer es más frecuente en las mujeres que en los hombres (la proporción es de 1.6 mujeres por cada hombre).

70 años Un paciente con Alzheimer necesita, de media, unos 70 horas semanales de cuidado por parte de la familia.

NEURO *salud*

La revista sobre salud física y mental



Asesorada científicamente por la FEEN: Fundación del Cerebro y la Sociedad Española de Neurología.



Edita Grupo ICM. Avenida de San Luis, 47 28033 Madrid. Tel.: 91 766 99 34 Fax: 91 766 32 65 www.grupoicm.es

SOLUCIONES A LOS PASATIEMPOS

SOPA DE LETRAS

O	P	I	X	E	L	A	P	N
O	V	T	M	E	M	O	R	I
D	T	E	C	A	B	L	E	T
E	I	R	L	A				
N	S	A	P	E	L	C	A	L
A	O	G	A	F	I	D	L	O
D	P	I	I	O	A	C		
O	S	G	I	C				
R	I	A						
D								
	S	O	F	T	W	A	R	E

PALABRAS CRUZADAS

RETORNO DI ALELECTO PATATA
AN SV BU
FD CABELLO ESTRATEGIA
G E T I
A S A PELUCA O DEVASTAR
A C C E N D E R D N U S I N K I
N A E Z G
C I A D S NORUEGA N
O A U T O M O V I L R N
O E P A R A L I Z A R D
E N F R I A R E S T O R B A R T D
O A L F O M B R A

FÁCIL

8	2	4	5	6	1	3	7	9
1	3	5	7	9	4	8	2	6
9	7	6	8	3	2	5	1	4
3	1	8	9	4	5	7	6	2
5	9	2	6	7	8	1	4	3
6	4	7	1	2	3	9	5	8
2	5	9	4	8	7	6	3	1
4	8	1	3	5	6	2	9	7
7	6	3	2	1	9	4	8	5

MEDIO

7	1	9	8	4	5	3	2	6
6	5	2	9	7	3	1	8	4
8	4	3	2	6	1	9	7	5
3	2	7	6	5	4	8	9	1
4	9	5	1	2	8	6	3	7
1	6	8	7	3	9	4	5	2
5	8	1	4	9	2	7	6	3
9	3	6	5	1	7	2	4	8
2	7	4	3	8	6	5	1	9

DIFÍCIL

2	7	4	5	3	8	1	9	6
5	3	1	9	6	4	7	2	8
9	6	8	2	7	1	3	5	4
8	4	6	1	2	9	5	7	3
3	1	5	8	4	7	9	6	2
7	9	2	6	5	3	4	8	1
4	8	7	3	9	2	6	1	5
6	2	3	7	1	5	8	4	9
1	5	9	4	8	6	2	3	7



Un paciente con Alzheimer necesita, de media, unos 70 horas semanales de cuidado por parte de la familia.

El alzhéimer desde un punto de vista más humano.

Personas Que es un lugar en internet para convivir un poco mejor con el alzhéimer.

www.personasque.es/alzheimer

Pablo y Pilar son una pareja de 70 y 68 años. Pablo está esperando el diagnóstico de su neurólogo, teme que será alzhéimer. Pilar, cuida de él cubriendo sus despistes desde hace un par de años. Quizás tengan que enfrentarse a esta enfermedad, pero lo harán juntos.




PERSONAS QUE
conviven con el alzhéimer

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition



Conoce los
10 nunca
del alzhéimer
en vídeo:





Estamos innovando en la lucha contra el Alzheimer.

Consulta a tu médico acerca de las nuevas opciones para el tratamiento del Alzheimer en fase leve.

En Nutricia estamos firmemente comprometidos en la lucha contra el Alzheimer. Trabajamos en **nuevos abordajes terapéuticos** que permitan tratar la enfermedad desde sus primeros síntomas con un doble objetivo, retrasar su avance y favorecer la calidad de vida de pacientes y cuidadores el mayor tiempo posible.

En Nutricia conectamos con el Alzheimer.