



LA SANIDAD QUE TE CURA

Andalucía | Atención primaria

“Hablar hoy de Atención Primaria es hablar de una transformación real e integral” P9



Avances en el tratamiento de un tumor letal

P4-5



CÁNCER DE PÁNCREAS

Se investigan análisis y modelos predictivos para identificar el tumor antes de la metástasis

DETECCIÓN PRECOZ

La caracterización molecular permite seleccionar mejor tratamientos y evitar las terapias ineficaces

MUJER | SALUD CARDIOMETABÓLICA

Menopausia y corazón, cuándo vigilar el riesgo y es conveniente consultar

Los cambios hormonales elevan el riesgo cardiovascular y exigen una vigilancia preventiva periódica **P3**

DEPENDENCIA | NEUROLOGÍA

Ictus y dependencia, por qué cada minuto cuenta y cambia el pronóstico

Reconocer los síntomas a tiempo reduce en gran medida el riesgo de discapacidad y mejora la recuperación **P12**

JÓVENES | NOTICIA DESTACADA

Alcohol y cerebro joven, riesgos que se mantienen invisibles

El consumo intensivo altera memoria, regulación emocional y aumenta el daño neurológico **P2**

♥ JUVENTUD

El mito del truco contra la resaca y lo que realmente funciona para reducir el daño

DAÑOS DEL ALCOHOL. No hay remedio milagroso contra la resaca, pero sí decisiones concretas que reducen riesgos reales para el cerebro y la salud



Redacción

Cada fin de semana circulan los mismos consejos. Comer queso antes de salir. Tomar café fuerte al volver. Beber aceite. Tomar analgésicos antes de acostarse. La evidencia científica no respalda ninguno de estos “trucos”. Una vez ingerido, el alcohol se absorbe con rapidez y comienza a actuar en cuestión de mi-

nutos. No hay alimento ni combinación que neutralice sus efectos.

En adolescentes y adultos jóvenes el impacto es mayor. El cerebro continúa desarrollándose hasta bien entrada la veintena, especialmente las áreas del lóbulo frontal responsables del control de impulsos, la planificación y la regulación emocional. El consumo inten-

sivo en pocas horas altera estos circuitos y aumenta la probabilidad de conductas de riesgo, accidentes y decisiones impulsivas.

La resaca no es solo dolor de cabeza. Es el resultado de varios procesos simultáneos. Deshidratación, inflamación sistémica, alteraciones del sueño y cambios en neurotransmisores que regulan el estado de ánimo.

El consumo intensivo de alcohol puede dejar huella

La resaca es solo la parte visible. Lo que no se percibe ocurre dentro del cerebro. En la adolescencia y primera juventud las conexiones neuronales siguen reorganizándose. Las áreas que permiten planificar, controlar impulsos y regular emociones todavía están madurando. El consumo intensivo de alcohol interfiere en ese proceso y altera temporalmente su funcionamiento.

Cuando se bebe mucho en poco tiempo se produce un impacto brusco sobre el equilibrio químico cerebral. Por eso al día siguiente no solo aparece malestar físico. También puede haber irritabilidad, dificultad para concentrarse, menor rendimiento académico o sensación de bajón anímico. Ese efecto rebote forma parte del mecanismo biológico del alcohol

Hidratarse reduce el impacto y marca la diferencia. Alternar con agua puede ser lo esencial

y puede ser más intenso en jóvenes con estrés previo o problemas de sueño.

Las lagunas de memoria no son algo anecdótico. Indican que el nivel de alcohol fue elevado y que el cerebro no consolidó bien lo ocurrido. Repetir este patrón aumenta la probabilidad de conductas impulsivas y decisiones de riesgo.

Reducir el daño no significa dejar de salir. Significa fijar un límite antes de empezar, evitar competir para ver quién aguanta más y no

usar el alcohol como única forma de desconectar. Planificar cómo volver a casa y cuidar al grupo también forma parte de la prevención.

Hay señales que exigen actuar de inmediato. Si una persona pierde la conciencia, respira de forma lenta o irregular, vomita repetidamente o no responde al intentar despertarla, es una urgencia médica. En esos casos no debe quedarse sola ni permitirse que duerma sin supervisión.

El cerebro joven es especialmente sensible. No por fragilidad, sino porque está en construcción. Las decisiones que se toman en esta etapa tienen más impacto del que parece. Y la mejor herramienta sigue siendo la información clara.

¿SABÍAS QUE...?

- **Mezclar con bebidas energéticas reduce el riesgo?** No. Puede hacerte sentir más despierto, pero no baja el nivel real de alcohol.
- **Beber rápido emborracha más aunque sea la misma cantidad?** Sí. Cuanto más rápido consumes, mayor es el pico de alcohol en sangre y más daño genera.
- **Las lagunas de memoria son una señal de alerta?** Sí. Indican que el nivel de alcohol fue elevado y el cerebro no pudo registrar bien lo ocurrido.
- **El bajón emocional del día siguiente tiene explicación?** Sí. El alcohol altera neurotransmisores que regulan el estado de ánimo y la ansiedad.

El alcohol interfiere en la fase profunda del sueño y provoca despertares frecuentes, lo que explica la sensación de agotamiento y malestar emocional al día siguiente.

Lo que sí reduce el daño es limitar la cantidad total de alcohol y evitar concentrarlo en un corto periodo de tiempo. El llamado consumo intensivo o *binge drinking*, definido como

Planificar es parte importante de la prevención. Fijar un límite evita excesos inesperados

varias bebidas en pocas horas, es el patrón que más se asocia a complicaciones agudas.

Si se decide beber, algunas medidas disminuyen riesgos. No hacerlo con el estómago vacío, alternar con agua para reducir la deshidratación y espaciar las consumiciones. También conviene evitar mezclar alcohol con bebidas energéticas. La cafeína puede reducir la sensación subjetiva de embriaguez, pero no disminuye el nivel real de alcohol en sangre, lo que favorece un consumo mayor del previsto.

No se trata de prohibir ni de moralizar. Se trata de entender que no existe un escudo frente al alcohol. La única protección real es la moderación y la información.

Información basada en estudios sobre consumo intensivo en adolescentes de The Lancet Public Health.

SALIR CON CABEZA TE PROTEGE

- La prevención empieza antes de beber y continúa durante la noche.
- Comer antes de salir y alternar con agua reduce picos elevados de alcohol y deshidratación.
- Evitar competir o mezclar con energéticas ayuda a no perder el control sin notarlo.
- Fijar un límite previamente y respetarlo disminuye decisiones impulsivas y riesgos posteriores.
- Si alguien pierde conciencia o no responde, no lo dejes solo y busca ayuda sanitaria inmediata.



Menopausia y corazón, lo que cambia y cuándo consultar

SALUD CARDIOMETABÓLICA. La caída de estrógenos modifica el riesgo cardiovascular y obliga a vigilar la tensión, el colesterol, la glucosa y el sueño



Redacción

La menopausia ha pasado de ser un tema incómodo o cultural a convertirse en una cuestión sanitaria con implicaciones concretas para la salud de las mujeres. Más allá de los sofocos o las alteraciones del ciclo menstrual, esta etapa supone un cambio profundo en el entorno hormonal que afecta al metabolismo, al descanso y al sistema cardiovascular.

La disminución progresiva de estrógenos

LA MENOPAUSIA CON ENFOQUE PREVENTIVO

- La menopausia no es una etapa de pérdida, sino una oportunidad para reforzar tu prevención.
- Revisar tus hábitos, actualizar los chequeos y consultar siempre que lo creas necesario, ayuda a reducir los riesgos a medio y largo plazo.

no solo influye en el aparato reproductor. Estas hormonas participan en la protección del sistema vascular. Ayudan a mantener la elasticidad de las arterias, favorecen un perfil lipídico más equilibrado y contribuyen a regular la respuesta inflamatoria. Cuando sus niveles descienden, ese efecto protector se reduce.

A partir de la menopausia, muchas mujeres experimentan cambios en la distribución de la grasa corporal. La acumulación abdominal puede aumentar incluso sin grandes variacio-

nes de peso. Este patrón se asocia a mayor riesgo cardiometabólico porque está relacionado con resistencia a la insulina y alteraciones del colesterol.

El perfil lipídico también tiende a modificarse. Puede elevarse el colesterol LDL y disminuir el HDL, incluso en mujeres que antes mantenían cifras normales. Estos cambios no generan síntomas visibles, lo que explica por qué pasan desapercibidos si no se realizan controles.

La tensión arterial es otro factor clave. En esta etapa pueden aparecer elevaciones leves pero persistentes. No suelen producir molestias claras, pero sí incrementan el riesgo cardiovascular a medio y largo plazo si no se detectan.

A ello se suma el impacto del sueño. Los despertares nocturnos, el insomnio o la sensación de descanso insuficiente no solo afectan al bienestar diario. Dormir mal se relaciona con mayor presión arterial, aumento del apetito y peor regulación metabólica.

CUÁNDO CONSULTAR

- Consulta si aparecen palpitaciones persistentes, dolor u opresión en el pecho, falta de aire con esfuerzos leves o estando en reposo, mareos o fatiga intensa.
- También si detectas cifras elevadas de tensión arterial, colesterol o glucosa.

La salud emocional también influye. Irritabilidad, cambios de ánimo o ansiedad pueden aparecer durante la transición menopáusica. El estrés sostenido y la falta de descanso contribuyen a un entorno inflamatorio menos favorable para el corazón.

El mensaje no es generar preocupación, sino ampliar la mirada. La menopausia no es una enfermedad, pero sí un momento estratégico para revisar factores de riesgo que antes podían estar compensados por el entorno hormonal.

Entender estos cambios permite pasar del tabú a la prevención útil. Con información adecuada y controles periódicos, esta etapa puede convertirse en una oportunidad para reforzar la salud cardiovascular a largo plazo.

Entender estos cambios permite pasar del tabú a la prevención útil. Con información adecuada y controles periódicos, esta etapa puede convertirse en una oportunidad para reforzar la salud cardiovascular a largo plazo.

La menopausia no marca el inicio del riesgo, sino el momento clave para anticiparse a él.

Claves prácticas para reducir el riesgo cardiovascular durante la menopausia

La transición menopáusica es también un punto de inflexión en prevención. No se trata solo de aceptar cambios hormonales, sino de aprovechar este momento para revisar factores de riesgo que antes podían estar en segundo plano.

Uno de los primeros aspectos a vigilar es la tensión arterial. Muchas mujeres desarrollan hipertensión en estos años sin notar síntomas claros. Un control periódico permite detectar elevaciones leves antes de que generen daño vascular.

El perfil lipídico es otro indicador clave. El aumento del colesterol LDL y los triglicéridos, junto con la disminución del HDL, puede aparecer tras la menopausia incluso en mujeres sin antecedentes previos.

El metabolismo de la glucosa también puede alterarse. La mayor resistencia a la insulina favorece la aparición de predia-

betes o diabetes tipo 2. La detección precoz permite actuar antes de que se consolide un problema metabólico.

El sueño merece atención especial. Los despertares nocturnos y el insomnio no solo afectan al bienestar diario. Dormir mal se asocia a mayor riesgo cardiovascular, aumento de peso y peor regulación emocional.

La salud mental también forma parte del enfoque cardiometabólico. Ansiedad, irritabilidad o cambios de ánimo pueden aparecer en esta etapa. El estrés crónico y la falta de descanso influyen en la tensión arterial y en la inflamación sistémica.

Es importante consultar si aparecen síntomas como dolor torácico, dificultad para respirar con esfuerzos mínimos, fatiga inusual persistente o molestias que se irradian a espalda, cuello o mandíbula. En mujeres, los síntomas cardiovasculares



♥ SALUD ONCOLÓGICA

QUÉ CAMBIA EN EL TUMOR MÁS LETAL

Durante años apenas hubo avances clínicos visibles en el cáncer de páncreas. Actualmente, la investigación realmente está empezando a cambiar el escenario del tumor más agresivo.

Cáncer de páncreas, reto oncológico

POR QUÉ SUELE DETECTARSE EN FASES AVANZADAS

- El cáncer de páncreas suele desarrollarse sin síntomas específicos en fases iniciales.
- Cuando aparecen señales como ictericia, dolor persistente o pérdida de peso, con frecuencia la enfermedad ya está avanzada.
- La ausencia de cribado poblacional obliga a centrar la estrategia en identificar mejor a las personas con mayor riesgo.

¿HAY MOTIVOS PARA LA ESPERANZA? Aunque sigue siendo uno de los cánceres con pronóstico peor, la investigación está abriendo vías reales en la prevención, el diagnóstico y tratamientos

Redacción

Durante décadas, el cáncer de páncreas ha sido uno de los tumores con menos avances clínicos visibles. La mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas, cuando la cirugía ya no es posible, y las opciones terapéuticas han sido limitadas. En España, según datos recientes de SEOM y REDECAN, se sitúa entre los tumores con menor supervivencia a cinco años. Esa realidad no ha cambiado de forma radical, pero el escenario científico sí está evolucionando.

Un tumor que avanza en silencio

Uno de los principales problemas es que no existen síntomas específicos en fases iniciales. Dolor abdominal inespecífico, pérdida de peso no intencionada, ictericia o diabetes de reciente aparición en adultos pueden ser señales de alerta, pero suelen aparecer cuando la enfermedad ya está avanzada. A diferencia de otros cánceres, no existe un programa de cribado poblacional porque no hay todavía una prueba eficaz y válida para detectar el tumor en población general sin síntomas.

Por eso la investigación se está centrando en identificar mejor a las personas con mayor riesgo. Factores como tabaquismo, obesidad, diabetes tipo 2, pancreatitis crónica o antecedentes familiares influyen, aunque ninguno por sí solo explica la mayoría de los casos.

El enfoque actual combina estos factores clínicos con marcadores genéticos y moleculares para estimar riesgo individual. Algunas herramientas digitales en desarrollo buscan precisamente integrar estos datos para estratificar a la población y seleccionar quién podría beneficiarse de vigilancia específica. No están aún disponibles en práctica clínica rutinaria, pero representan un cambio conceptual importante.

Más allá de los factores conocidos, se está avanzando en la

AVANCES FRENTE A ESTE CÁNCER

■ **Identificación del riesgo.** Nuevas herramientas para estimar mejor.

■ **Detección más precoz.** Se investiga la biopsia líquida para la detección.

■ **Cirugía más precisa.** Algoritmos predictivos ayudan a evitar algunas intervenciones innecesarias.

■ **Terapias dirigidas.** Los primeros inhibidores frente a mutaciones abren una vía terapéutica.

■ **Microambiente tumoral.** Se desarrolla en un entorno biológico que dificulta la penetración de los fármacos y favorece la resistencia de terapias.



comprensión de alteraciones genéticas heredadas que incrementan el riesgo, como mutaciones en genes relacionados con reparación del ADN. En personas con agregación familiar o síndromes hereditarios, las unidades especializadas ya aplican protocolos de seguimiento con pruebas de imagen periódicas. No se trata de realizar estudios indiscriminados, sino de seleccionar con precisión a quienes realmente pueden beneficiarse de vigilancia intensiva.

Diagnóstico antes de la metástasis

Otro gran eje de investigación es detectar la enfermedad cuando aún es operable. Actualmente, solo una minoría de pacientes puede someterse a cirugía con intención curativa.

El desarrollo de análisis sanguíneos que identifiquen fragmentos tumorales circulantes o patrones moleculares asociados al cáncer podría permitir una detección más temprana en grupos de riesgo. Estos estudios están en fase de validación y combinan biomarcadores con modelos predictivos apoyados en inteligencia artificial.

Paralelamente, se trabaja en mejorar la precisión de las pruebas de imagen para identificar metástasis ocultas. Determinar con exactitud si el tumor está localizado o ya diseminado es crucial, porque evita intervenciones quirúrgicas agresivas que no aportan beneficio cuando la enfermedad está extendida.

Nuevos algoritmos aplicados a imágenes radiológicas buscan precisamente aumentar esa capacidad de predicción.

TRATAR ANTES

■ Análisis de sangre en desarrollo buscan identificar señales microscópicas del tumor antes de que el cáncer sea visible en pruebas de imagen.

■ Los nuevos modelos predictivos ayudan a determinar si el tumor está localizado o ya existe metástasis.

■ La caracterización molecular permite escoger tratamientos más ajustados al perfil biológico de cada paciente.

■ Los inhibidores dirigidos frente a determinadas mutaciones abren una vía terapéutica.

Tratamiento dirigido y resistencias

En el terreno terapéutico, el panorama también empieza a moverse. El adenocarcinoma pancreático presenta en la mayoría de los casos alteraciones en el gen KRAS. Durante décadas fue considerado una diana imposible. Hoy existen inhibidores específicos frente a determinadas mutaciones de KRAS que han mostrado actividad en ensayos clínicos. No sustituyen todavía a los esquemas estándar, pero marcan el inicio de una medicina más dirigida en este tumor.

Al mismo tiempo, la investigación intenta comprender por qué el cáncer de páncreas desarrolla resistencias con tanta rapidez. El microambiente tumoral, una red compleja de tejido fibroso, células inmunitarias y vasos sanguíneos que rodea al

¿SABÍAS QUE...?

■ El cáncer de páncreas se encuentra entre los tumores con menor supervivencia a cinco años en España. Su detección precoz es compleja porque no existen síntomas específicos en fases iniciales ni pruebas de cribado poblacional validadas para la población general.

tumor, actúa como barrera física y biológica frente a muchos tratamientos. Intervenir sobre esa interacción podría mejorar la penetración de fármacos y potenciar su eficacia.

La inmunoterapia, que ha transformado otros tumores, aún no ha logrado resultados comparables en páncreas. Sin embargo, los estudios actuales buscan combinaciones terapéuticas que modifiquen el entorno tumoral para hacerlo más sensible a este tipo de abordajes.

El cambio no es inmediato ni definitivo, pero por primera vez en muchos años el avance no se limita al laboratorio. Las líneas de investigación en prevención, diagnóstico y tratamiento empiezan a converger hacia una estrategia más personalizada y racional.

Impacto en población más joven

Otro elemento que preocupa a la comunidad científica es el aumento progresivo de la incidencia global. Aunque sigue siendo más frecuente en mayores de 65 años, algunos registros internacionales describen un incremento en grupos de menor edad. Las causas no están completamente definidas, pero se estudia el papel de la obesidad, la diabetes y los cambios metabólicos como posibles factores contribuyentes. Este patrón obliga a replantear la vigilancia clínica y a no descartar el diagnóstico únicamente por edad.

Relación metabolismo y tumor

La conexión entre obesidad, inflamación crónica y cáncer de páncreas se ha convertido en una línea prioritaria de investigación.

Se sabe que el tejido adiposo no actúa únicamente como reserva energética, sino como un órgano metabólicamente activo que libera citocinas y mediadores inflamatorios. En contextos de obesidad, este estado inflamatorio sostenido puede alterar la señalización celular y favorecer un entorno propicio para la transformación tumoral y su progresión.

Además, la resistencia a la insulina y la hiperglucemia crónica asociadas a la diabetes tipo 2 generan cambios metabólicos que pueden influir en la biología del tumor. El cáncer de páncreas, especialmente el adenocarcinoma ductal, presenta una gran dependencia de determinadas rutas metabólicas para sostener su crecimiento. Comprender cómo el tumor utiliza glucosa, lípidos y aminoácidos abre la puerta a estrategias terapéuticas que no se centran solo en destruir células tumorales, sino en privarlas de los recursos que necesitan para proliferar.

Otra dimensión relevante es la interacción entre el tumor y el sistema inmunitario. La obesidad y la inflamación alteran la función de células inmunes que deberían reconocer y eliminar células anómalas.

Medicina de precisión y selección de pacientes

El futuro del abordaje pasa por clasificar mejor el tumor. No todos los cánceres de páncreas son biológicamente idénticos. Aunque comparten características comunes, presentan perfiles moleculares distintos que condicionan su agresividad y su respuesta a los tratamientos. La caracterización genética y transcriptómica permite identificar subtipos con alteraciones



concretas en vías de reparación del ADN, señalización celular o metabolismo tumoral.

En algunos pacientes con mutaciones heredadas o alteraciones específicas, determinadas terapias dirigidas pueden ofrecer mayor beneficio. Esta estratificación no solo optimiza la eficacia, sino que evita exponer a tratamientos con toxicidad relevante cuando la probabilidad de respuesta es baja. El reto actual no es tratar a todos igual, sino identificar quién puede beneficiarse realmente de cada estrategia.

Frente a la expectativa de un avance inmediato, la evidencia científica señala que el progreso en cáncer de páncreas depende de estrategias coordinadas y sostenidas en el tiempo. La investigación actual no busca soluciones milagro, sino comprender en profundidad la biología del tumor, identificar mejor a las personas con mayor riesgo y diseñar tratamientos cada vez más precisos. Este enfoque no pretende generar falsas esperanzas, sino consolidar pasos firmes que permitan intervenir antes, seleccionar mejor a los pacientes y reducir la carga de toxicidad asociada a terapias poco eficaces.

La ausencia de síntomas claros en fases iniciales retrasa el diagnóstico del tumor.



CUATRO IDEAS CLAVE

■ ■ Diabetes de reciente aparición

En adultos sin antecedentes, una diabetes nueva puede ser una señal de alerta y justificar estudio si se acompaña de otros síntomas digestivos o pérdida de peso.

■ ■ Microambiente tumoral

El cáncer de páncreas está rodeado de un tejido denso que dificulta la penetración de fármacos y favorece su resistencia terapéutica acumulada.

■ ■ KRAS

Los adenocarcinomas pancreáticos, en su mayoría, presentan alteraciones en este gen, considerado durante años una diana imposible de tratar por su complejidad molecular y su papel central en el crecimiento tumoral.

■ ■ Ensayos clínicos

Muchas terapias innovadoras están disponibles solo dentro de estudios controlados en centros especializados y hospitales de referencia, donde se evalúan nuevas combinaciones y fármacos dirigidos en pacientes seleccionados.

Cuando el riesgo es alto, no se trata de alarmarse, sino de **vigilar con precisión**

La investigación avanza, pero conviene mantener expectativas realistas. A día de hoy no existe una prueba de cribado recomendada para población general sin factores de riesgo específicos. Tampoco hay terapias milagro. Sin embargo, sí hay razones para una vigilancia más afinada y para una atención más personalizada.

Ante síntomas persistentes como ictericia, dolor abdominal continuo que irradia a la espalda, pérdida de peso sin causa clara o aparición reciente de

diabetes en personas sin antecedentes, es importante consultar y no normalizar la situación. En personas con antecedentes familiares directos o síndromes genéticos asociados, la valoración en unidades especializadas puede permitir estrategias de seguimiento individualizado.

El mensaje central no es generar alarma, sino comprender que la detección temprana depende hoy más de identificar bien el riesgo que de realizar pruebas indiscriminadas. Y que los

avances en investigación están ampliando, aunque todavía de forma gradual, las opciones diagnósticas y terapéuticas.

El cáncer de páncreas sigue siendo uno de los mayores desafíos oncológicos, pero ya no es un terreno inmóvil.

Información basada en estudios recientes sobre el cáncer de páncreas de las revistas The Lancet Oncology y Nature Reviews Cancer.

♥ SALUD Y ENVEJECIMIENTO



Fragilidad, una señal silenciosa que anticipa la pérdida de autonomía

ATENCIÓN SILENCIOSA Y CLAVE. Detectarla a tiempo permite prevenir las caídas, los ingresos hospitalarios y la pérdida progresiva de autonomía

Redacción

La fragilidad no es una enfermedad concreta, pero sí un estado clínico que aumenta el riesgo de sufrir complicaciones ante situaciones que antes no suponían un problema. Un catarro, una caída leve o unos días de reposo pueden tener consecuencias mucho más graves cuando el organismo ha perdido reserva funcional.

Fragilidad y envejecimiento

La fragilidad es uno de los grandes retos silenciosos del envejecimiento. No es una enfermedad concreta ni una consecuencia inevitable de la edad, sino un síndrome clínico que refleja pérdida de reserva fisiológica y mayor vulnerabilidad ante situaciones que antes el organismo resolvía con normalidad.

El Documento de Consenso sobre Prevención de la Fragilidad en el Mayor, impulsado por el Ministerio de Sanidad, estima que alrededor del 18% de las personas mayores de 65 años presentan fragilidad establecida, y que una proporción aún mayor se encuentra en fase de prefragilidad. En esta etapa inicial todavía no existe dependencia, pero sí señales de riesgo que pueden progresar si no se actúa.

La fragilidad implica que el cuerpo dispone de menos capacidad para adaptarse al estrés.

Un proceso infeccioso leve, una caída aparentemente menor o unos días de inmovilización pueden desencadenar un deterioro funcional importante. Lo que en una persona robusta supone un contratiempo, en una persona frágil puede marcar el inicio de pérdida de autonomía.

Uno de los mecanismos centrales es la sarcopenia, la disminución progresiva de masa y fuerza muscular. A ello se suman enfermedades crónicas, polifarmacia, malnutrición, sedentarismo y aislamiento social. La combinación de estos factores reduce la capacidad de recuperación del organismo y aumenta el riesgo de complicaciones.

Las consecuencias son claras y medibles. Mayor probabilidad de caídas y fracturas, ingresos hospitalarios más frecuentes y prolon-

gados, peor recuperación tras una cirugía o una infección, y aumento del riesgo de dependencia. La fragilidad también se asocia a mayor mortalidad en comparación con personas de la misma edad sin este síndrome.

Las señales de alerta suelen ser discretas. Lentitud al caminar, dificultad para levantarse de una silla, cansancio desproporcionado ante actividades habituales,

pérdida involuntaria de peso o reducción de la actividad diaria son indicadores que conviene valorar. Muchas veces se atribuyen simplemente a la edad, cuando en realidad constituyen oportunidades de intervención.

Detectar la fragilidad no significa etiquetar, sino anticiparse. Identificarla en fases iniciales permite diseñar estrategias de prevención personalizadas y mantener la autonomía durante más tiempo.

Saber entenderla a tiempo permite intervenir antes de que la pérdida de autonomía se consolide y marque el inicio de la dependencia.

Más información en ElConfidencial.es

Cómo ganar fuerza y mantener autonomía frente a la fragilidad

La fragilidad no es irreversible. La evidencia científica indica que en fases iniciales puede prevenirse e incluso mejorar con intervenciones adecuadas. El ejercicio físico adaptado es la herramienta con mayor respaldo. No se trata de entrenamiento intenso, sino de trabajar fuerza muscular, equilibrio y resistencia de forma regular y supervisada cuando sea necesario.

Los programas que combinan ejercicios de fuerza, actividades de equilibrio y caminatas estructuradas han demostrado reducir el riesgo de caídas y mejorar la capacidad funcional. La continuidad es clave. La inactividad prolongada acelera la pérdida muscular, mientras que pequeñas rutinas mantenidas marcan una diferencia significativa.

La alimentación también desempeña un papel esencial. Una ingesta adecuada de proteínas, vitamina D y micronutrientes contribuye a preservar masa muscular y energía. La desnutrición, incluso leve, es un factor de riesgo importante y a menudo infradiagnosticado.

QUÉ PUEDES PEDIR EN TU CENTRO DE SALUD

- Si notas pérdida de fuerza, caídas recientes o cansancio persistente, puedes solicitar una valoración funcional básica. Existen pruebas sencillas para medir equilibrio, velocidad al caminar y fuerza muscular que permiten detectar fragilidad precozmente.

- También es muy recomendable revisar la medicación y recibir pautas de ejercicio adaptado. Actuar con tiempo cambia la evolución.

Desde el centro de salud se pueden solicitar valoraciones funcionales específicas. Pruebas sencillas como la velocidad de la marcha, la fuerza de prensión manual o cuestionarios de cribado permiten detectar riesgo de fragilidad o prefragilidad. También es fundamental revisar la medicación para evitar interacciones y ajustar tratamientos que puedan aumentar el riesgo de caídas o deterioro funcional.

En personas que ya han sufrido una hospitalización o una caída, el seguimiento precoz y los programas de rehabilitación son determinantes para evitar el deterioro. La coordinación entre atención primaria, servicios sociales y apoyo familiar mejora los resultados.

La fragilidad no es un destino inevitable. Convertirla en prioridad preventiva permite no solo vivir más años, sino vivirlos con mayor independencia y calidad.

Además del ejercicio y la alimentación, el seguimiento clínico regular es determinante. Revisar la tensión arterial, el estado nutricional y la medicación permite detectar factores que aceleran el deterioro funcional y actuar antes de que aparezcan complicaciones.

La fragilidad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Con intervención precoz, actividad física adaptada y control de enfermedades crónicas es posible mantener la autonomía y retrasar la dependencia.

¿SABÍAS QUE...?

- La fragilidad puede detectarse con pruebas sencillas en el centro de salud, incluso antes de que aparezca lo que resulta ser la dependencia visible.



¿DEBO HACERME LA PSA AUNQUE NO TENGA SÍNTOMAS?

PSA y cáncer de próstata lo que conviene saber antes de realizar la prueba

PREVENCIÓN INFORMADA. La analítica de PSA puede detectar tumores en fases iniciales, pero no siempre significa cáncer o tratamiento inmediato.

Redacción

El cáncer de próstata es el tumor más frecuente en el hombre en España y su incidencia aumenta claramente con la edad. Más del 90 % de los casos se diagnostican a partir de los 65 años. La prueba del antígeno prostático específico, conocida como PSA, es una analítica de sangre que permite detectar alteraciones en fases iniciales, aunque no es una prueba diagnóstica definitiva.

Qué es la PSA

La PSA es una proteína producida por la próstata. En varones sanos suele encontrarse en concentraciones bajas en sangre. De forma orientativa, valores por encima de 3 nanogramos por mililitro suelen considerarse el punto a partir del cual conviene repetir la analítica y valorar el contexto clínico. No obstante, el límite no es absoluto. La cifra debe interpretarse según la edad, el tamaño prostático y los

antecedentes familiares.

Un valor elevado no implica automáticamente cáncer. La PSA puede aumentar en situaciones benignas como prostatitis, infección urinaria, hiperplasia benigna de próstata o incluso tras determinadas actividades previas como eyaculación reciente o exploraciones urológicas. Por este motivo, ante un resultado alterado, lo habitual es confirmar la cifra antes de indicar pruebas invasivas.

Riesgo individual

El principal factor de riesgo es la edad. Tener un familiar de primer grado con cáncer de próstata multiplica el riesgo entre dos y tres veces. También se ha descrito mayor incidencia en hombres de ascendencia africana. En población general sin factores añadidos, las guías suelen plantear la posibilidad de valorar la PSA a partir de los 50 años. En hombres con antecedentes familiares directos, la dis-

cusión puede iniciarse antes, alrededor de los 45 años.

En los últimos años el enfoque ha cambiado. Ya no se recomienda el cribado indiscriminado, sino una decisión compartida basada en información clara sobre beneficios y posibles riesgos. Detectar precozmente puede reducir la probabilidad de enfermedad avanzada, pero también puede identificar tumores de crecimiento lento que nunca llegarían a causar síntomas.

La clave no es hacerse la prueba por rutina, sino comprender cuándo aporta beneficio real y cuándo es preferible individualizar la decisión con el médico de Atención Primaria.

La PSA no confirma un cáncer por sí sola, sino que orienta sobre el riesgo y abre la puerta a una valoración más precisa. Interpretarla correctamente evita alarmas innecesarias y permite actuar solo cuando realmente aporta beneficio.

QUÉ DEBES SABER ANTES DE REALIZARTE UNA PSA

- No es una prueba obligatoria para todos los hombres. Debe valorarse según edad y factores de riesgo.
- Para la población general suele plantearse a partir de los 50 años y antes si existieran antecedentes de familiares directos.
- Los valores por encima de 3 ng/ml suelen requerir una repetición de la analítica y un estudio individualizado, no un diagnóstico inmediato.
- Una decisión informada con tu médico permite detectar a tiempo los casos relevantes y evitar pruebas innecesarias.

Cómo se interpreta

Cuando la PSA aparece elevada o aumenta de forma progresiva en controles sucesivos, el siguiente paso no suele ser una biopsia inmediata. La evaluación actual es más precisa que hace años. Se utilizan herramientas que combinan la cifra de PSA con la edad, el volumen de la próstata y los antecedentes familiares para estimar el riesgo real de cáncer.

Si el riesgo es relevante, puede indicarse una resonancia magnética multiparamétrica antes de plantear una biopsia. Esta prueba permite localizar lesiones sospechosas y ha reducido de forma importante las biopsias innecesarias. No todos los tumores de próstata evolucionan igual, algunos pueden no requerir tratamiento inmediato.

En los casos de bajo riesgo, la vigilancia activa es hoy una estrategia validada. Consiste en controles periódicos, exploración y pruebas de imagen para intervenir solo si el tumor muestra signos de progresión. En tumores de riesgo intermedio o alto, las opciones incluyen cirugía, radioterapia o tratamientos sistémicos según las características del paciente.

♥ FAMILIAS E INFANCIA

Autismo infantil, cuáles son las señales tempranas que identificar



DETECCIÓN PRECOZ Y DESARROLLO. Reconocer las señales tempranas permite activar apoyos especializados, orientar a la familia y favorecer un desarrollo estable.

Redacción

El trastorno del espectro autista es una condición del neurodesarrollo que afecta principalmente a la comunicación, la interacción social y la conducta. Los primeros signos suelen aparecer antes de los dos años, aunque no siempre resultan evidentes en los primeros meses de vida. Reconocer señales tempranas no significa anticipar un diagnóstico, sino identificar posibles dificultades para poder intervenir a tiempo.

Detección precoz

En los primeros meses conviene observar cómo el bebé responde al contacto social. ¿Sonríe cuando se le sonríe? ¿Busca la mirada del adulto? ¿Reacciona cuando se le llama por su nombre alrededor de los nueve o doce meses? La ausencia persistente de estas respuestas puede ser una señal de alerta. También es importante fijarse en si comparte intereses, por ejemplo señalando algo que le llama la atención o mostrando un juguete para que el adulto lo vea.

En el área del lenguaje, hay que vigilar retrasos claros en la aparición de palabras, escaso uso de gestos comunicativos o pérdida de habilidades previamente adquiridas. Un niño

que deja de decir palabras que ya utilizaba o que no intenta comunicarse de forma intencionada merece valoración. No todos los retrasos implican autismo, pero cuando se combinan con dificultades sociales conviene consultar.

Otro grupo de señales incluye comportamientos repetitivos o intereses muy intensos y restrictivos. Alinear objetos constantemente, alterarse ante cambios pequeños en la rutina, repetir movimientos como balancearse o alejarse de las manos, o mostrar una sensibilidad exagerada a ruidos, luces o determinadas texturas pueden ser indicadores que requieren seguimiento.

También es relevante observar el juego. La ausencia de juego simbólico alrededor de los tres o cuatro años, como fingir que un muñeco

Ante conductas repetitivas o pérdida de las palabras, consulte a su pediatra. ♥

come o que un coche vuela, puede formar parte del perfil.

Si varias de estas conductas se mantienen en el tiempo o generan preocupación en la familia o en la escuela infantil, no es recomen-

CÓMO ACTUAR A TIEMPO

- ■ No responder al nombre de forma persistente, evitar el contacto visual, no señalar para compartir intereses, retraso claro del lenguaje o pérdida de habilidades previamente adquiridas son señales que conviene observar.
- ■ Ante estas conductas, es esencial comentar ejemplos concretos en la revisión pediátrica. Una valoración temprana permite descartar algunas dificultades para el desarrollo.
- ■ También es importante escuchar la intuición familiar y consultar si la escuela infantil detecta diferencias en la interacción o el juego, aunque otras áreas del desarrollo parezcan estables.

dable esperar a que “madure solo”. Anotar ejemplos concretos y comentarlos en la revisión pediátrica facilita una evaluación adecuada. La detección precoz permite activar apoyos específicos que mejoran la comunicación, la adaptación escolar y la autonomía a largo plazo.

Ante la duda, consultar nunca es exagerar. Escuchar la intuición familiar, compartir las inquietudes con el pediatra y solicitar orientación especializada cuando algo no encaja es una forma activa de cuidar el desarrollo y el bienestar del menor.

Más información en EFEsalud.es

Qué observar y cuándo consultar

La detección del trastorno del espectro autista comienza habitualmente en Atención Primaria. Las revisiones del niño sano incluyen herramientas de cribado recomendadas en los 18 y 24 meses para identificar posibles señales de alerta. Estas pruebas no establecen un diagnóstico definitivo, pero permiten deci-

¿SABÍAS QUE...?

- La detección del autismo se suele recomendar de forma rutinaria en las revisiones pediátricas de los 18 y 24 meses?

Sí. El cribado precoz ayuda a identificar las señales y decidir si es necesaria una evaluación completa. Actuar pronto facilita el acceso a atención, y mejora la adaptación y la autonomía del menor.

dir si es necesario ampliar la evaluación.

Conviene consultar cuando el niño no responde a su nombre de forma consistente, no utiliza gestos comunicativos al cumplir el primer año, no señala para compartir intereses alrededor de los 18 meses o pierde palabras que ya utilizaba. También si evita el contacto visual, muestra dificultad persistente para interactuar con otros niños o presenta una rigidez marcada ante cambios cotidianos. En edades mayores pueden aparecer problemas para mantener conversaciones recíprocas, comprender emociones ajenas o adaptarse a normas sociales.

Si existen antecedentes familiares de trastornos del neurodesarrollo o el entorno escolar detecta diferencias significativas respecto

Observe el contacto visual, juego compartido y reacción ante cambios en rutinas. ♥

a otros niños de su edad, es recomendable comentarlo con el profesional sanitario aunque una evaluación previa haya sido normal.

El diagnóstico del TEA no se basa en una única prueba. Requiere entrevistas detalladas con la familia, observación estructurada del comportamiento y evaluación del lenguaje, la cognición y las habilidades adaptativas por parte de especialistas en desarrollo infantil o salud mental infantojuvenil.

La intervención temprana ha demostrado mejorar la comunicación, la autonomía y la adaptación escolar. Ante la duda, consultar permite actuar con criterio y activar recursos educativos y sanitarios sin demoras innecesarias.

Buscar valoración no significa confirmar un diagnóstico, sino obtener información fiable para tomar decisiones. Cuanto antes se identifiquen las necesidades, antes podrán activarse apoyos que favorezcan la adaptación escolar, la comunicación y la calidad de vida del niño y su entorno.

GESTIÓN ANDALUCÍA

Andalucía refuerza su modelo de atención primaria

ACCESO MÁS ÁGIL Y DIGITAL. El sistema reorganiza citas, refuerza plantillas y activa el Plan 72 horas para responder antes de la gran demanda asistencial



Redacción

El consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias, Antonio Sanz, ha informado en el Parlamento de Andalucía sobre el cambio de modelo que está experimentando la Atención Primaria en Andalucía. Durante su comparecencia en comisión, Sanz ha asegurado que “hablar hoy de Atención Primaria en Andalucía es hablar de transformación real y de puesta en marcha de medidas para afrontar los nuevos retos” a los que se enfrenta la prestación de esta área sanitaria, que, entre otros aspectos relevantes, ha visto duplicadas en solo un año las sesiones de continuidad asistencial.

Como ha afirmado el consejero, “estamos ante una reforma estructural que integra más recursos, una mejor reorganización asistencial y un avance tecnológico conectado a los sistemas de información”.

Al respecto, Antonio Sanz ha destacado el incremento experimentado en la plantilla desde que Juanma Moreno es presidente. Ahora, 31.374 profesionales cuidan de la atención primaria de los andaluces, un 21,4 % más que en 2018. En el caso de la plantilla de Medicina de Familia y Comunitaria en Atención Primaria, a pesar del entorno de escasez de profesionales, ha aumentado un 9,3%, pasando de 6.851 a 7.486 efectivos. Por su parte, la

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- Las sesiones de continuidad asistencial se han duplicado en un año, pasando de 47.000 a 88.000.
- Estas consultas permiten revisar casos clínicos fuera de la agenda ordinaria y dar respuesta a necesidades que no pueden demorarse.
- Facilitan el seguimiento de pacientes crónicos o con procesos en evolución, para que no tengan que reiniciar el circuito asistencial desde cero.

plantilla de enfermeras, incluidas los especialistas de Atención Primaria, ha aumentado un 35%, pasando de 7.669 a 10.365 efectivos. De hecho, ha subrayado el consejero, “de las 3.893 nuevas plazas para el Servicio Andaluz de Salud aprobadas el pasado octubre, 675 irán destinadas a fortalecer el modelo organizativo y asistencial de la Atención Primaria”.

En cuanto a la falta de médicos, Antonio Sanz ha recordado que ya en 2018 el propio Gobierno central ya advertía de un déficit de 4.000 profesionales de Medicina Familiar en España que en Andalucía se traduce en la falta de más de 500. El consejero, que ha criticado la inacción del Ministerio, ha destacado que en Andalucía, por su dispersión geográfica, “las zonas rurales son las más afectadas por este déficit estructural”. Para luchar contra esta situación, la Consejería de Sanidad ha aprobado el Decreto de Dificil Cobertura que permitirá el acceso a plaza fija mediante concurso para los puestos de especial complejidad geográfica o funcional, y donde los siste-

ACCESO EN 72 HORAS

- La demanda asistencial debe recibir respuesta en un máximo de tres días. La cita puede ser presencial, telefónica o con otro profesional sanitario según la necesidad, con el objetivo de mejorar la accesibilidad sin saturar agendas médicas.

mas ordinarios no han permitido cubrir las vacantes existentes, ha resaltado el consejero.

Durante su intervención, Antonio Sanz ha detallado también algunas de las medidas puestas en marcha dentro del Plan de Mejora de la Accesibilidad en Atención Primaria como el incremento del número de sesiones de continuidad asistencial, que ha pasado de las 47.000 de 2024 a las 88.000 de 2025; la puesta en marcha del Distrito de Salud Digital, de modo que profesionales de otro centro pueden atender a pacientes para determinadas demandas, y que en 2025 ha ascendido a las 268.000 citas; la puesta en marcha de las agendas inteligentes, que adapta la oferta asistencial en función de la demanda; o la implantación del Buzón de citas para atender a las demandas de los usuarios no satisfechas en las 72 horas siguientes, y que ha sido utilizada en 1,7 millones de ocasiones durante 2025.

Como consecuencia directa, durante 2025 se han llevado a cabo 74,5 millones de consultas en Atención Primaria, dos millones más que en 2018.

La reorganización asistencial, prioridad para tener una mejor coordinación clínica

NUEVOS PERFILES PROFESIONALES

■ La Atención Primaria incorpora nuevos perfiles como enfermería familiar y comunitaria, podología o referentes escolares. Esto permite derivar cada caso al profesional más adecuado y optimizar el tiempo clínico en función de la complejidad real.

■ **Atención especializada**
Además, añadiendo estos perfiles se abordan unas necesidades específicas dentro del propio centro de salud, reduciendo las derivaciones innecesarias y mejorando la capacidad resolutive.

En relación a la organización de la atención sanitaria, Antonio Sanz se ha referido también al Pacto por la Mejora de la Atención Primaria firmado con las organizaciones sindicales, que establecía un compromiso de agenda de 35 citas para Medicina de Familia y de 25 para Pediatría. Tal y como ha detallado, en 2025, la media diaria por profesional de medicina de familia fue de 35, es decir, igualando el compromiso establecido por el Gobierno andaluz; y de 23 para pediatría, por debajo incluso de lo acordado.

Otro avance significativo puesto en marcha por el Ejecutivo autonómico en este sentido es el de la consulta de acogida, que durante 2025 ha atendido a 1,3 millones de citas. Asimismo, es destacable la incorporación al Servicio Andaluz de Salud de nuevos perfiles profesionales como Podología, Medicina de

Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos, Enfermera familiar y comunitaria, o Enfermeras referentes de centros escolares, que han permitido “derivar la atención al profesional que se requiera en cada momento”.

El titular andaluz de Sanidad ha reseñado las medidas relacionadas con la cronicidad, uno de los retos clave de la Atención Primaria y que concentra el 31% de las consultas. En este sentido, ha destacado la puesta en marcha de herramientas de salud digital como el sistema de comunicación entre médico y farmacéutico para que las farmacias andaluzas puedan solicitar la renovación de tratamientos de pacientes crónicos, el proyecto de telemonitorización para pacientes crónicos complejos o la teleconsulta estructurada entre Atención Primaria y las consultas externas hospitalarias.

Como ha concluido el consejero, “todos los sistemas sanitarios se enfrentan a una presión asistencial cada vez más alta debido al envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la cronicidad”. Ante esta situación, ha dicho, el Gobierno de Andalucía ha venido monitorizando “la actividad asistencial y profesional de todo el sistema para poder tomar medidas de contingencia” para mejorar la asistencia sanitaria.



Qué hay detrás del fenómeno **therian** y cuándo solicitar ayuda

¿QUÉ SIGNIFICA THERIAN? Comprender esta identidad ayuda a diferenciar señales reales del simple malestar y orienta cuándo acompañar o consultar

Redacción

En las últimas semanas, el término therian se ha extendido en redes sociales, especialmente entre adolescentes. Se refiere a jóvenes que expresan sentirse identificados internamente con un animal, no porque crean literalmente serlo, sino como una forma simbólica de describir cómo se perciben. Desde la psicología clínica, esta vivencia no constituye un trastorno ni aparece recogida como diagnóstico en los manuales internacionales utilizados por los profesionales.

Identidad y desarrollo adolescente

La adolescencia es una etapa marcada por la búsqueda de identidad, la necesidad de pertenencia y la construcción de una imagen propia coherente. En ese proceso, es frecuente utilizar símbolos que ayuden a explicar emociones o rasgos personales. Sentirse lobo puede significar vivirse independiente o diferente. Identificarse con un felino puede expresar sensibilidad o necesidad de autonomía. Se trata de metáforas que organizan la experiencia interna, no de una ruptura automática con la realidad.

El fenómeno tampoco es completamente nuevo. Otras generaciones se agruparon en tribus urbanas que ofrecían códigos estéticos

y narrativos para diferenciarse y sentirse parte de algo. La diferencia actual es la exposición digital. Las redes permiten que estas identidades se compartan ante millones de personas, amplificando tanto la sensación de comunidad como la reacción social. Esa visibilidad genera preguntas legítimas en familias y docentes que intentan entender si están ante una moda pasajera o ante una señal de alarma.

Desde el punto de vista clínico, la pregunta relevante no es si la etiqueta resulta extraña, sino cómo funciona el adolescente en su vida diaria. Si mantiene relaciones diversas, continúa con su actividad académica y no muestra deterioro significativo, la identificación puede entenderse como una fase de exploración. La preocupación surge cuando aparecen ais-

lamiento extremo, sufrimiento mantenido o desconexión clara de la realidad.

También conviene observar el contexto emocional. En algunos casos, la identificación puede funcionar como refugio simbólico cuando el joven se siente incomprendido o excluido. El animal elegido puede representar cualidades que percibe como ausentes en su entorno o que le gustaría reforzar. Escuchar sin ridiculizar y preguntar qué significa para él esa identidad ofrece más información que imponer interpretaciones externas.

Mirar el fenómeno con serenidad evita dos errores frecuentes. Ni todo es patología, ni todo debe idealizarse sin análisis. El criterio profesional se centra en el impacto real sobre el bienestar y el funcionamiento cotidiano. Cuando la identidad amplía la expresión personal y no sustituye la conexión con la realidad, suele formar parte del desarrollo. Cuando genera sufrimiento o limita la vida diaria, merece una valoración clínica individual.

Información procedente de La Razón y contrastada con criterios diagnósticos del DSM-5-TR.

El sufrimiento mantenido requiere evaluación clínica individualizada.



¿SABÍAS QUE...?

■ El aislamiento social mantenido y la pérdida de interés por actividades habituales son indicadores clínicos más relevantes que la etiqueta usada.

Cuándo conviene pedir ayuda de un profesional sanitario

Señales clínicas y acompañamiento

La mayoría de los adolescentes que se identifican como therians no presentan un trastorno mental asociado. Sin embargo, la psicología clínica subraya que cualquier identidad puede convertirse en problemática cuando afecta de forma significativa al bienestar o al funcionamiento diario. La clave no es la etiqueta utilizada, sino el impacto que esa identificación tiene en la vida académica, social y familiar del joven. El análisis debe centrarse en cómo se siente, cómo se relaciona y cómo evoluciona su comportamiento en el tiempo.

El primer indicador relevante es el aislamiento persistente. Si la identidad desplaza progresivamente otras relaciones y el adolescente limita su interacción a un único grupo, puede estar utilizando esa pertenencia como refugio exclusivo. También conviene observar cambios bruscos en el rendimiento escolar, abandono de actividades habituales o pérdida marcada de interés por entornos que antes resultaban gratificantes. La reducción de la vida social presencial y el aumento de la desconexión familiar pueden ser señales de alerta cuando se mantienen de forma continuada.

Otro aspecto importante es la conexión con la realidad. Expresar afinidad simbólica con un animal es distinto de sostener creencias firmes y no cuestionables sobre una transformación literal. Cuando aparecen ideas rígidas, desconexión clara del entorno o dificultad para distinguir metáfora y realidad, es recomendable consultar con un profesional de salud mental para una valoración individualizada. La intervención no busca invalidar la identidad, sino comprender qué función cumple y si está encubriendo un malestar más profundo.

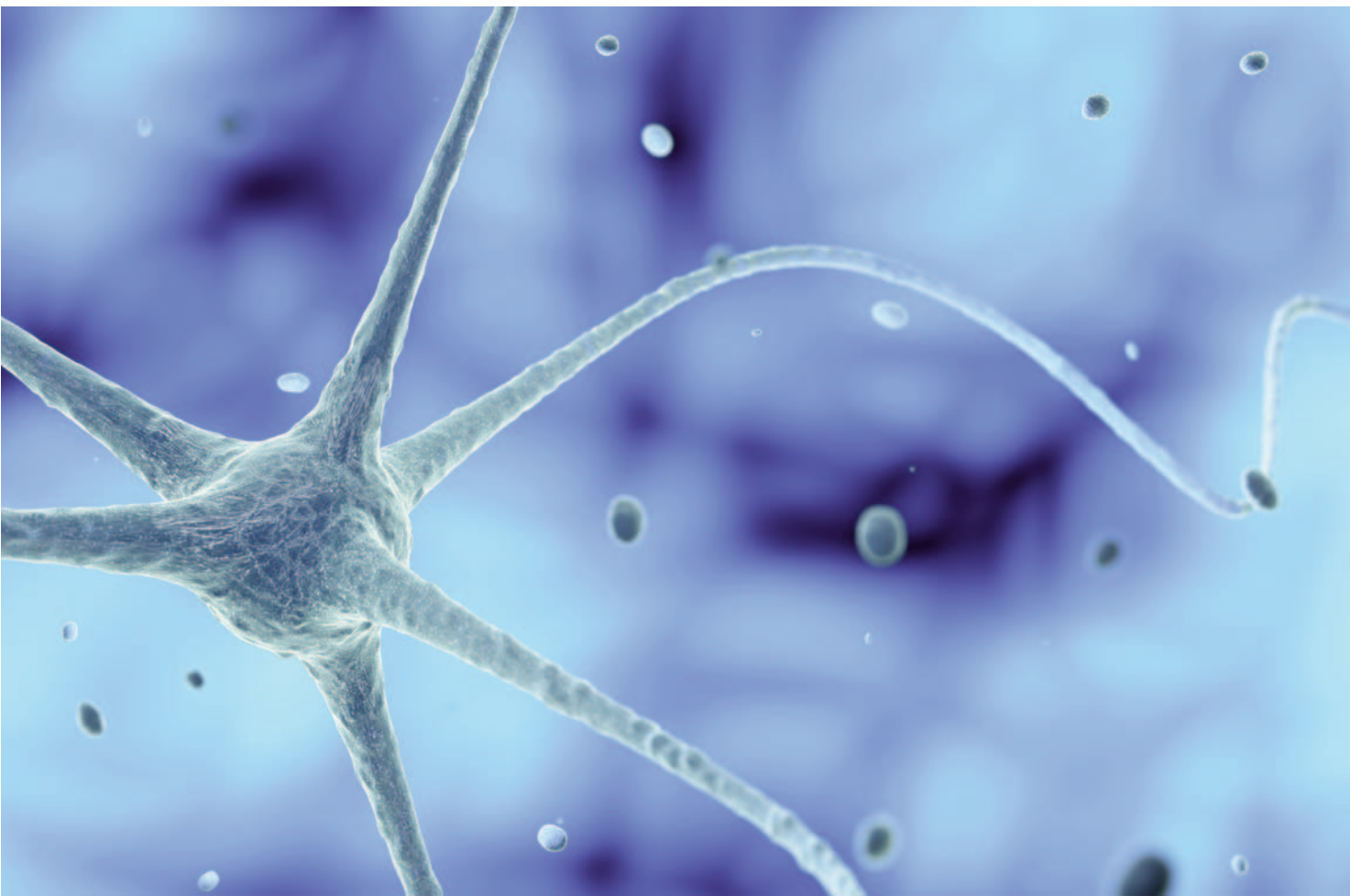
¿SABÍAS QUE...?

■ Las conductas identitarias en la adolescencia suelen formar parte del desarrollo evolutivo y no implican por sí mismas un trastorno mental si no existe deterioro funcional.

En algunos casos, la identificación puede estar relacionada con experiencias previas de exclusión, acoso o baja autoestima. El animal elegido puede representar fortaleza, protección o independencia ante sentimientos de vulnerabilidad. Escuchar qué significa para el adolescente esa identidad aporta información más valiosa que centrarse únicamente en la estética o en la denominación utilizada.

El papel de las familias es determinante. Mantener una actitud abierta, preguntar sin juicio y evitar la ridiculización reduce el riesgo de confrontación y facilita el diálogo. Invalidar de forma tajante la experiencia puede aumentar el distanciamiento. Acompañar no implica reforzar sin reflexión, sino ofrecer un espacio seguro donde explorar emociones, límites y responsabilidades.

Cuando existe sufrimiento mantenido, deterioro funcional o aislamiento extremo, la intervención temprana mejora el pronóstico.

 ACTUALIZACIÓN CLÍNICA


INNOVACIÓN EN DOLOR CRÓNICO

Restaurar la energía del nervio abre una nueva vía para el dolor neuropático

EVIDENCIA EXPERIMENTAL. Un estudio preclínico identifica la transferencia de mitocondrias como una posible estrategia para reducir las neuropatías

Redacción

El dolor neuropático podría tener una base energética. Un estudio experimental sugiere que cuando las mitocondrias de las neuronas sensoriales fallan, el nervio se vuelve vulnerable e hipersensible. Reforzar ese sistema energético mediante transferencia mitocondrial plantea una estrategia innovadora que aún se encuentra en fase preclínica.

Nueva vía biológica de dolor

Un equipo de la Universidad de Duke ha demostrado en modelos murinos de neuropatía diabética y neuropatía inducida por quimioterapia que la reposición de mitocondrias puede reducir de forma significativa los comportamientos asociados al dolor. Las mitocondrias actúan como centrales energéticas celulares. Cuando su funcionamiento se altera, las fibras nerviosas sensoriales pueden degenerarse y volverse hipersensibles.

El estudio observó que las células gliales satélite, que rodean a las neuronas sensoriales en los ganglios de la raíz dorsal, pueden transferir mitocondrias a través de estructuras microscópicas llamadas nanotubos tunelizados. Esta transferencia parece ayudar a mantener la integridad energética de la neurona. Cuando el proceso se interrumpe, aumenta la inflamación y aparecen síntomas como dolor, hormigueo o entumecimiento.

Los investigadores también probaron una estrategia directa. Inyectaron mitocondrias aisladas en ganglios de la raíz dorsal en modelos animales. Solo las mitocondrias procedentes de donantes sanos lograron reducir el dolor. Las obtenidas de personas con diabetes no mostraron efecto, lo que refuerza la importancia de la calidad mitocondrial del mecanismo.

El trabajo identificó además una proteína esencial para la formación de los nanotubos responsables de la transferencia energética.

Este hallazgo aporta una posible diana terapéutica futura. No obstante, los resultados son preclínicos y se limitan a modelos animales y tejido humano en laboratorio.

La novedad no reside en suprimir la señal dolorosa, sino en intervenir en el origen metabólico del daño nervioso. Aunque todavía no existe aplicación clínica disponible, el estudio sugiere que restaurar el flujo energético neuronal podría convertirse en una estrategia complementaria a los tratamientos actuales del dolor neuropático.

Antes de pensar en su aplicación clínica, será necesario confirmar estos resultados en estudios con personas. Aun así, el trabajo señala una posible diana terapéutica diferente, centrada en restaurar la energía de la neurona y no solo en modular la señal del dolor.

Información basada en un estudio publicado en Nature y en datos de la Universidad de Duke.

PARA EL PACIENTE

- No es un tratamiento disponible. Los resultados proceden de estudios experimentales y no de ensayos clínicos en personas.
- La neuropatía diabética y la inducida mediante quimioterapia siguen tratándose con fármacos moduladores del dolor.
- Restaurar la energía de las neuronas es una nueva línea de investigación prometedora, pero aún pendiente de una validación clínica.

Aplicación clínica y límites actuales

La investigación sobre transferencia mitocondrial se encuentra en una fase preclínica. Los resultados obtenidos proceden de modelos animales y de análisis en tejido humano en laboratorio. Aunque los hallazgos son consistentes, todavía no existen ensayos clínicos que permitan confirmar su eficacia y seguridad en personas con neuropatía diabética o dolor inducido por quimioterapia.

El dolor neuropático sigue siendo uno de los síntomas más difíciles de tratar. Los fármacos disponibles, como determinados antidepresivos o anticonvulsivantes, actúan modulando la transmisión nerviosa, pero no siempre logran un control completo y pueden producir efectos secundarios relevantes. La posibilidad de intervenir en el metabolismo energético de la neurona representa un cambio conceptual, aunque aún lejano de la práctica asistencial.

Traducir esta estrategia a humanos plantea desafíos técnicos complejos. La obtención, conservación y administración segura de mitocondrias funcionales requiere protocolos estandarizados y control estricto de calidad. Además, será necesario demostrar que la transferencia energética es estable en el tiempo y que no genera respuestas inflamatorias o efectos imprevistos.

Para los pacientes, el mensaje debe ser prudente. No se trata de un tratamiento disponible ni de una alternativa inmediata a las terapias actuales. La relevancia del estudio radica en ampliar la comprensión biológica del dolor neuropático y en identificar posibles dianas terapéuticas futuras.

Este tipo de avances refleja cómo la investigación traslacional intenta ir más allá del control sintomático y explorar los mecanismos celulares que sostienen la enfermedad. En un ámbito donde millones de personas conviven con dolor crónico, cada nueva línea de investigación contribuye a construir estrategias más precisas. La validación clínica determinará si esta vía energética puede convertirse, en el futuro, en una herramienta terapéutica real.

DÓNDE ES MÁS FRECUENTE

- Diabetes mellitus
- Tratamientos con determinados fármacos de quimioterapia
- Lesiones nerviosas periféricas por traumatismos o cirugía
- Infecciones que afectan al sistema nervioso periférico
- Enfermedades autoinmunes

DEPENDENCIA Y CUIDADO

Casos de ictus y dependencia, actuar a tiempo reduce las secuelas permanentes

DEPENDENCIA Y NEUROLOGÍA. Reconocer los síntomas y activar el código ictus de inmediato puede marcar la diferencia de la recuperación



Redacción

El ictus continúa siendo la primera causa de discapacidad adquirida en adultos en España y una de las principales causas de muerte. Cada año se diagnostican más de 120.000 casos, y el envejecimiento progresivo de la población anticipa un aumento sostenido en las próximas décadas. Esta realidad sitúa al ictus en el

centro del desafío sanitario y social vinculado a la dependencia.

En la práctica clínica, el pronóstico depende en gran medida del tiempo de reacción. Un ictus es una alteración repentina del flujo sanguíneo cerebral que priva a las neuronas de oxígeno y nutrientes. Cuando esto ocurre, el tejido cerebral comienza a dañarse en cues-

tion de minutos. La pérdida de fuerza en un lado del cuerpo, la desviación de la boca, la dificultad para hablar o comprender y la alteración del equilibrio son señales que no deben ignorarse.

La rapidez en la atención médica es determinante para preservar funciones neurológicas y reducir el daño posterior.

Actuar rápido protege para una futura autonomía

Cuidar sin agotarse

Superada la fase aguda, comienza una etapa igualmente decisiva. La rehabilitación temprana influye de forma directa en la recuperación funcional. Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional estimulan la neuroplasticidad, es decir, la capacidad del cerebro para reorganizar funciones tras la lesión.

Desde Atención Primaria y Neurología se insiste en la importancia de detectar precozmente dificultades persistentes en movilidad, habla o memoria. La intervención temprana mejora el pronóstico y evita que déficits inicialmente leves evolucionen hacia limitaciones más severas. El seguimiento continuado permite ajustar tratamientos y prevenir complicaciones secundarias.

La rapidez en la atención al ictus determina el grado de dependencia posterior.

El impacto del ictus no es solo clínico, sino también social. Cuando las secuelas son importantes, la carga asistencial recae en la familia, lo que puede generar sobrecarga física y emocional. La transición repentina hacia la dependencia altera dinámicas laborales, económicas y personales.

Actuar a tiempo reduce no solo el daño cerebral inmediato, sino la probabilidad de que la persona pierda autonomía a largo plazo. La combinación de prevención, respuesta urgen-

te coordinada y rehabilitación precoz constituye la estrategia más eficaz para limitar la discapacidad asociada al ictus.

En una sociedad cada vez más envejecida, minimizar las secuelas significa también proteger la sostenibilidad del sistema de cuidados. Reconocer señales de alerta, activar emergencias sin demora y mantener el seguimiento posterior son medidas que influyen directamente en la calidad de vida futura del paciente y de su entorno.

Además, tras un ictus, la planificación anticipada de apoyos sociales y sanitarios facilita una transición más segura cuando existen secuelas. Coordinar rehabilitación, valoración de dependencia y orientación familiar desde fases tempranas mejora la adaptación.

IMPACTO DEL ICTUS EN ESPAÑA

- ■ El ictus es la primera causa de discapacidad adquirida en adultos.
- ■ Más de 120.000 personas sufren un ictus cada año en nuestro país.
- ■ La mayoría de casos se relacionan con factores de riesgo que pueden ser modificables.

En Andalucía, la atención al ictus se organiza a través del Plan Andaluz de Atención al Ictus, que articula una red coordinada entre emergencias sanitarias, hospitales comarcales y centros de referencia con capacidad para aplicar técnicas avanzadas como la trombólisis y la trombectomía mecánica. El sistema contempla la activación del código ictus desde el primer contacto sanitario, lo que permite reducir tiempos críticos y optimizar el traslado al recurso más adecuado según la gravedad.

Llamar al 112 ante la sospecha activa esta cadena asistencial. Cuanto antes se restaure el flujo sanguíneo, mayor será la cantidad de te-

Reducir secuelas neurológicas es también proteger bien la autonomía familiar.

jido cerebral salvado y menor el riesgo de secuelas permanentes. La ventana terapéutica es limitada y cada minuto influye en el pronóstico funcional.

Las consecuencias pueden afectar a la movilidad, el lenguaje, la memoria o la autonomía en actividades básicas. En muchos casos, la persona pasa de una vida independiente a necesitar apoyo diario. Reducir el intervalo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento no solo mejora la supervivencia, sino que disminuye de forma significativa la probabilidad de dependencia futura y el impacto.

El avance organizativo y tecnológico ha transformado el pronóstico respecto a décadas anteriores. Sin embargo, su eficacia depende de la rapidez con la que el paciente acceda al sistema sanitario.

SEÑALES QUE NO SE DEBEN IGNORAR

- ■ Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en uno de los lados del cuerpo.
- ■ Dificultad para hablar o para entender algunas palabras de manera repentina.
- ■ Alteración del equilibrio de forma súbita, visión borrosa o desviación de la boca.

ACTÚA DE INMEDIATO SI...

- Los síntomas aparecen de forma brusca, aunque sean leves.
- Existe duda razonable sobre la posibilidad de un ictus.
- Han transcurrido pocos minutos desde el inicio de los signos.

Reducir la inflamación protege la salud a largo plazo

SALUD Y PREVENCIÓN. La inflamación crónica de bajo grado se asocia a mayor riesgo cardiovascular, metabólico y neurodegenerativo, pero puede modularse.



Redacción

La inflamación es un mecanismo natural de defensa del organismo frente a infecciones o lesiones. Sin embargo, cuando se mantiene activa de forma persistente y a baja intensidad, puede convertirse en un factor de riesgo silencioso para múltiples enfermedades crónicas. La literatura científica describe este fenómeno como inflamación crónica de bajo grado, un proceso que no produce síntomas evidentes, pero que se asocia con mayor pro-

MOVIMIENTO COMO HERRAMIENTA PREVENTIVA

- ■ La actividad física regular está relacionada con menor inflamación sistémica y mejor sensibilidad a la insulina.
- ■ Caminar a paso ligero, incorporar ejercicios de fuerza y reducir el tiempo sedentario tiene impacto metabólico acumulativo.

babilidad de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, deterioro cognitivo y algunos tipos de cáncer.

A diferencia de la inflamación aguda, que aparece de manera puntual y se resuelve tras cumplir su función defensiva, la inflamación crónica se mantiene durante años. Diversos estudios epidemiológicos han vinculado niveles elevados de marcadores inflamatorios en sangre con mayor riesgo de eventos cardiovasculares, fragilidad y mortalidad global, in-

cluso en personas sin enfermedad diagnosticada.

Este estado inflamatorio persistente suele relacionarse con factores modificables. El exceso de grasa visceral, el sedentarismo, el tabaquismo, la dieta rica en ultraprocesados, el estrés mantenido y la privación crónica de sueño favorecen un entorno biológico que al-

INFLAMACIÓN SILENCIOSA

- ■ La inflamación crónica de bajo grado no produce dolor ni síntomas claros, pero puede mantenerse activa durante años y aumentar el riesgo de ciertas enfermedades.

tera el metabolismo y daña progresivamente el sistema vascular.

El proceso no es inmediato ni evidente. Se acumula lentamente y actúa como un amplificador del riesgo cuando confluyen otros factores. Por eso se considera un mecanismo transversal que conecta patologías aparentemente distintas bajo una base biológica común.

La relevancia clínica de este concepto radica en que no se trata de una condición inevitable del envejecimiento. La evidencia actual indica que la inflamación de bajo grado puede modularse mediante intervenciones sostenidas en el estilo de vida, con impacto acumulativo en la salud a largo plazo.

Reducir esta activación silenciosa no implica cambios extremos, sino coherencia diaria en decisiones que influyen en el metabolismo, la función vascular y la resiliencia del organismo frente a la enfermedad. Comprender su papel permite actuar antes de que aparezcan complicaciones visibles.

La prevención no empieza cuando surge el diagnóstico, sino cuando se modifican los factores que lo hacen más probable. En ese margen de anticipación se juega buena parte del envejecimiento saludable y de la autonomía futura.

Además, la inflamación de bajo grado se estudia hoy como un posible eje común entre envejecimiento biológico y enfermedad crónica. Algunos trabajos recientes han señalado que la persistencia de este estado inflamatorio puede acelerar procesos de fragilidad, pérdida de masa muscular y deterioro funcional en edades avanzadas.

Información basada en evidencia publicada en JAMA Cardiology

Controlar la alimentación y la actividad física reduce riesgo inflamatorio funcional

Cómo reducirla

Una atención preventiva eficaz no se centra únicamente en el peso corporal, sino en la calidad metabólica global. La distribución de la grasa, especialmente la acumulada a nivel abdominal, se asocia a mayor actividad inflamatoria. Por ello, el perímetro de cintura se considera un indicador clínico relevante junto al índice de masa corporal.

La actividad física regular desempeña un papel fundamental. El ejercicio moderado y sostenido se ha relacionado con una reducción de marcadores inflamatorios y con mejora de la sensibilidad a la insulina.

No es necesario realizar entrenamientos intensivos; caminar a paso ligero, incorporar ejercicios de fuerza y reducir el tiempo sedentario son estrategias accesibles para la mayoría de la

población.

La calidad del sueño también influye. Dormir de forma insuficiente o irregular puede alterar mecanismos hormonales y favorecer la activación inflamatoria. Mantener horarios regulares y limitar el uso de pantallas antes de dormir forma parte de la prevención.

Además, la gestión del estrés crónico resulta clave. Situaciones prolongadas de tensión psicológica pueden mantener activados sistemas biológicos vinculados a inflamación persistente. Técnicas de relajación, apoyo social y organización del tiempo contribuyen a amortiguar ese impacto.

La inflamación de bajo grado no se percibe de forma inmediata, pero su modulación puede marcar la diferencia en el riesgo acumulado de enfermedad a largo plazo.

ALIMENTACIÓN CON EFECTO ANTIINFLAMATORIO

- La dieta mediterránea se asocia a menores niveles de marcadores inflamatorios y a menor riesgo cardiovascular en estudios poblacionales amplios.
- Priorizar verduras, frutas, legumbres, frutos secos, aceite de oliva y pescado azul favorece un perfil metabólico más saludable.
- Reducir ultraprocesados, azúcares añadidos y grasas trans contribuye a disminuir la activación inflamatoria sostenida y mejora el perfil lipídico y glucémico a medio plazo.
- Se trata de tener un patrón alimentario equilibrado y mantenido en el tiempo, basado en alimentos frescos y mínimamente procesados que favorezcan una estabilidad metabólica.

♥ CÚRATE EN SALUD

Abandonar el sedentarismo reduce riesgo de mortalidad

ACTIVIDAD Y LONGEVIDAD. La mayor reducción del riesgo se produce cuando se pasa de poco movimiento a cifras moderadas de pasos diarios.



Redacción

No es necesario alcanzar objetivos ambiciosos para modificar el riesgo cardiovascular. La evidencia científica indica que el mayor beneficio en términos de supervivencia aparece cuando una persona que apenas se mueve comienza a incrementar su actividad diaria, aunque sea de forma modesta. El cambio más relevante no está en superar una cifra simbólica, sino en abandonar el sedentarismo persistente.

IMPACTO DEL MOVIMIENTO

■ No es necesario alcanzar 10.000 pasos diarios para obtener beneficios en salud. La evidencia muestra que el mayor descenso del riesgo ocurre cuando se pasa de niveles muy bajos de actividad a cifras moderadas y sostenidas en el tiempo. Incorporar movimiento diario de forma constante tiene más impacto que realizar esfuerzos intensos.

Un metaanálisis internacional que integró datos de más de 226.000 adultos evaluó la relación entre número de pasos diarios medidos mediante dispositivos electrónicos y mortalidad global y cardiovascular. El seguimiento medio fue de siete años y permitió observar una asociación clara entre incremento de pasos y reducción progresiva del riesgo.

Los beneficios comienzan antes de lo que tradicionalmente se creía. En torno a 3.800 pasos diarios ya se asocian con menor morta-

lidad por cualquier causa, y desde aproximadamente 2.300 pasos se observa reducción del riesgo cardiovascular. Esto cuestiona la idea de que por debajo de 5.000 pasos no exista efecto protector.

La relación es acumulativa. Cada aumento adicional de pasos diarios se correlaciona con descensos adicionales del riesgo. Sin embargo, el tramo donde la reducción es más marcada es el que va desde cifras muy bajas hasta niveles intermedios. Pasar de 2.000 a 4.000 pasos tiene un impacto proporcional mayor que aumentar desde niveles ya elevados.

En personas mayores de 60 años, la fase de mayor reducción del riesgo se sitúa entre 6.000 y 10.000 pasos diarios. En adultos más jóvenes, el umbral puede ser ligeramente superior, aunque el beneficio comienza antes en todos los grupos de edad.

La conclusión práctica es directa. No se trata de perseguir un número ideal, sino de moverse más que ayer. Reducir la inactividad es el punto de partida que marca la diferencia.

¿SABÍAS QUE...?

- Caminar alrededor de 3.800 pasos al día ya se asocia con menor mortalidad.
- Cada incremento aproximado de 1.000 pasos se relaciona con descensos del riesgo global y el beneficio es mayor en quienes parten de niveles muy bajos de actividad.

Más allá del número

Conviene interpretar estos datos con criterio. Los estudios analizan población general sin enfermedad cardiovascular conocida y utilizan dispositivos electrónicos para medir los pasos, lo que aporta mayor precisión que los cuestionarios tradicionales, pero no permite establecer una relación causal absoluta.

Aun así, la consistencia de los resultados en distintos países y grupos de edad refuerza la solidez de la asociación observada.

También es importante subrayar que el beneficio no depende únicamente de alcanzar una cifra concreta, sino de sostener el movimiento en el tiempo.

La regularidad diaria, incluso con incrementos pequeños, parece ser más determinante que esfuerzos aislados o esporádicos. Desde el punto de vista preventivo, el mensaje es claro: incorporar actividad física moderada de forma estable puede modificar de manera significativa el riesgo a largo plazo.

Más información en ElEspañol.es

Cinco minutos diarios adicionales ya modifican el riesgo en personas inactivas

No hace falta transformar la rutina de un día para otro para obtener beneficios reales. Los datos disponibles indican que añadir apenas cinco minutos diarios de actividad física moderada, como caminar a paso ligero, ya se asocia con una reducción significativa del riesgo de muerte, especialmente entre quienes parten de niveles muy bajos de movimiento.

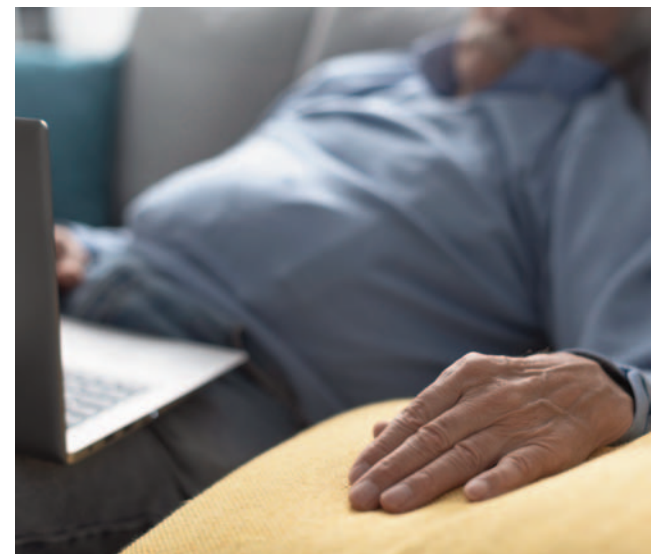
El impacto es mayor en el grupo más inactivo de la población. Cuando una persona pasa de casi no moverse a incorporar un pequeño aumento diario de actividad, el efecto relativo sobre la salud es más marcado que en quienes ya mantienen cifras elevadas de pasos. Es en ese primer tramo donde se concentra el mayor potencial preventivo.

Reducir el tiempo sentado también influye. Disminuir en torno a treinta minutos diarios el sedentarismo se relaciona con

menor mortalidad global. En sociedades donde muchas personas permanecen sentadas entre ocho y diez horas al día, romper esa inercia tiene consecuencias acumulativas.

La clave no está en alcanzar una meta simbólica, sino en sostener el movimiento a lo largo del tiempo. La constancia diaria, incluso con incrementos modestos, modifica el riesgo de forma progresiva y sostenida.

En términos prácticos, el mensaje es sencillo y aplicable a cualquier edad: moverse un poco más cada día es mejor que esperar al momento perfecto para cambiarlo todo. La prevención no siempre exige grandes gestos, sino decisiones repetidas y sostenidas. En salud pública, ese pequeño margen diario puede traducirse, con el paso de los años, en menos enfermedad y más años vividos con autonomía.




 CONSTANCIA Y SALUD

La constancia es la clave para construir unos hábitos saludables



CAMBIO SOSTENIDO. La evidencia científica demuestra que consolidar ejercicio o alimentación saludable requiere constancia y repetición, no solo motivación inicial.

Redacción

Cada año millones de personas se proponen cambiar su estilo de vida. Hacer más ejercicio, comer mejor o dormir de forma regular son objetivos frecuentes, pero muchos abandonan antes de consolidarlos. Durante años se ha repetido que bastan 21 días para crear un hábito. Sin embargo, la evidencia científica disponible apunta a una realidad diferente.

Hábitos que perduran


Una revisión sistemática reciente que analizó estudios sobre formación de hábitos saludables en más de 2.600 personas muestra que el proceso es más lento y variable. La mediana estimada para que un comportamiento empiece a automatizarse se sitúa alrededor de los dos meses. En algunos casos, puede prolongarse durante varios meses más. No existe un plazo universal.

Formar un hábito no significa repetir una acción durante un número concreto de días, sino lograr que esa conducta requiera menos esfuerzo consciente y se integre en la rutina. Ese cambio ocurre cuando la repetición se mantiene en contextos estables y previsibles. La regularidad diaria pesa más que la intensi-

dad inicial.

Los estudios también señalan que la frecuencia con la que se realiza la conducta influye de forma directa en su consolidación. Cuanto más constante es la repetición, mayor probabilidad de automatización. El momento del día y el grado de satisfacción asociado al comportamiento también condicionan el resultado.

Este enfoque tiene implicaciones relevantes en prevención. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2 o la obesidad no se desarrollan en semanas, sino tras años de exposición a determinados patrones. Pretender modificar conductas consolidadas en apenas tres semanas genera expectativas poco realistas y favorece el abandono precoz.

La constancia diaria consolida los hábitos y reduce el riesgo cardiovascular. 

Entender que el cambio requiere tiempo reduce la frustración. La construcción de hábitos saludables es un proceso progresivo. No depende de la motivación puntual, sino de la repetición sostenida hasta que la conducta

Persistencia clave

Los datos disponibles sugieren que la clave no está en empezar con intensidad, sino en mantener la repetición. Incorporar una caminata diaria, planificar comidas equilibradas o establecer horarios regulares de descanso son ejemplos de conductas que, repetidas de forma constante, tienden a consolidarse.

¿SABÍAS QUE...?


- Los hábitos saludables no se pueden consolidar solo en 21 días?

La evidencia científica indica que automatizar un nuevo comportamiento puede requerir alrededor de dos meses y, en algunos casos, más. La repetición constante en un contexto estable es el factor que facilita que la conducta deje de depender del esfuerzo consciente.

Vincular el nuevo hábito a una rutina ya existente facilita su mantenimiento. Realizar actividad física tras una tarea fija del día o preparar con antelación lo necesario para el día siguiente reduce barreras y aumenta la adherencia. La planificación previa mejora la probabilidad de continuidad.

Otro factor determinante es la percepción de recompensa. Las conductas que generan bienestar inmediato o sensación de logro tienden a mantenerse con mayor facilidad. Por el contrario, los cambios basados exclusivamente en restricción o presión externa presentan mayor riesgo de abandono.

Desde la perspectiva sanitaria, el mensaje es claro: los beneficios acumulativos de pe-

El cambio sostenible protege más que esfuerzos intensos que sean breves. 

LO QUE MARCA DIFERENCIA

- Repetir el comportamiento en el mismo contexto diario acelera su consolidación.
- Las conductas que generan una recompensa inmediata se integran con mayor facilidad.
- Cambios que son muy exigentes desde el inicio aumentan el riesgo de abandono precoz.

¿SABÍAS QUE...?

- La formación de un hábito va a depender más de la repetición estable que del número exacto de los días transcurridos.

forme parte de la estructura cotidiana.

Asumir que el cambio requiere más tiempo del esperado permite ajustar expectativas y reducir el abandono temprano. Comprender este proceso ayuda a plantear metas realistas y a mantener la continuidad cuando aparecen las primeras dificultades.

En prevención cardiovascular y metabólica, el impacto no se mide en días, sino en años. Los patrones que se consolidan terminan influyendo en parámetros como el peso corporal, la glucosa, la tensión arterial o el perfil lipídico. Por eso, más que contar semanas, conviene pensar en estructuras duraderas que acompañen el día a día.

queñas decisiones repetidas superan a los esfuerzos breves e intensos. En prevención cardiovascular y metabólica, la constancia diaria es más eficaz que los intentos intermitentes.

Los hábitos no se consolidan en tres semanas, pero pueden transformarse en aliados duraderos cuando se sostienen en el tiempo.

La evidencia sugiere que pequeñas decisiones repetidas pueden generar cambios sostenidos en el tiempo. Caminar a diario, organizar la compra con antelación o fijar horarios regulares de descanso son conductas sencillas que, integradas en la rutina, terminan automatizándose. La regularidad diaria resulta más determinante que la intensidad ocasional.

Desde una perspectiva sanitaria, la consolidación de hábitos actúa como una estrategia preventiva a largo plazo. No se trata de alcanzar la perfección, sino de mantener la continuidad. Cuando la repetición sustituye al esfuerzo constante de decidir, el comportamiento saludable deja de ser una excepción y pasa a formar parte de la vida cotidiana.

LA SANIDAD QUE TE CURA

La información publicada en este periódico tiene fines informativos y educativos y se elabora a partir de fuentes sanitarias y científicas contrastadas. No sustituye la valoración, el diagnóstico ni el tratamiento de un profesional sanitario, ni constituye consejo médico individual. Ante síntomas, dudas o cambios en tu salud, consulta con tu médico, enfermero o farmacéutico. En caso de urgencia, llame al 112.

Edita Grupo Publicaciones del Sur SA
Consejero delegado José Antonio Mallou Díaz
Director General Joaquín Ladrón de Guevara
Parque Empresarial, Avenida de la Investigación,
Parcela D-11. 11.407 Jerez de la Frontera
Publicidad 956 30 25 26 **Centralita** 956 16 73 00



USO RESPONSABLE DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

- Contrasta resultados del modelo con los datos clínicos reales antes de aplicarlos.
- Verifica que la IA haya sido validada en entornos biomédicos comparables.
- Analiza qué variables incluye ya el algoritmo y cuáles pueden influir.
- Evita confiar y delegar las decisiones terapéuticas complejas sin supervisión médica directa.
- Considera los posibles sesgos provenientes de los datos con los que fue entrenado el sistema.
- Utiliza la herramienta como un apoyo al criterio clínico, nunca como único sustituto profesional.

CÓMO FUNCIONA TU SANIDAD

Receta electrónica europea

La receta electrónica española ya es interoperable con varios países de la Unión Europea a través del servicio Mi Salud@UE. Esto significa que un medicamento prescrito por un profesional del Sistema Nacional de Salud puede dispensarse en farmacias de otros países europeos adheridos al proyecto, sin necesidad de llevar una receta en papel.

Para poder retirar la medicación, es imprescindible que la prescripción se haya realizado en un centro sanitario público de la misma comunidad autónoma de la tarjeta sanitaria del paciente. En la farmacia del país de destino deberá presentarse la tarjeta sanitaria individual junto con el DNI o pasaporte, ya que la dispensación solo puede hacerse a la persona titular de la receta. No es necesario llevar la hoja de tratamiento activo.

En el momento de la retirada, el paciente abonará el 100 % del importe del medicamento. La farmacia emitirá un justificante que permitirá solicitar posteriormente el reembolso en su comunidad autónoma.

No todos los productos pueden dispensarse fuera de España: quedan excluidos estupefacientes, psicotropos, fórmulas magistrales, vacunas individualizadas y determinados productos sanitarios.

A partir del primer trimestre de 2026, la identificación sanitaria en Andalucía podrá realizarse también desde el teléfono móvil. La tarjeta sanitaria virtual permitirá acceder a servicios y realizar gestiones sin necesidad de portar la tarjeta física, aunque ambos formatos convivirán.

Estas iniciativas forman parte del proceso de digitalización del sistema sanitario público, orientado a facilitar desplazamientos, reducir trámites administrativos y mejorar la experiencia del paciente dentro y fuera del país.

La IA con nuevas terapias génicas

La innovación biomédica avanza con modelos entrenados en ADN evolutivo que permiten diseñar inserciones génicas precisas y acelerar el desarrollo de antimicrobianos frente a resistencias bacterianas.

Redacción

La inteligencia artificial inspirada en los principios de la evolución comienza a consolidarse como herramienta estratégica en biomedicina. Un equipo liderado por César de la Fuente en la Universidad de Pensilvania, en colaboración con Basecamp Research, ha desarrollado modelos capaces de aprender patrones complejos del ADN y utilizarlos para diseñar intervenciones terapéuticas de forma programable.

Aplicación clínica

El núcleo del avance reside en modelos entrenados con grandes volúmenes de datos genómicos procedentes de múltiples especies. Esta base evolutiva permite identificar secuencias con funciones específicas y diseñar enzimas capaces de insertar material genético en ubicaciones concretas del genoma humano. La inserción génica programable ha sido uno de los grandes retos de la medicina genética, ya que los métodos actuales de edición permiten modificaciones puntuales pero presentan limitaciones cuando se trata de integrar secuencias completas de ADN.

Según los datos presentados por los investigadores, la plataforma ha logrado inserciones dirigidas en miles de localizaciones asociadas a enfermedad en ensayos celulares. También se ha demostrado la integración de ADN terapéutico en células T humanas primarias, con elevada actividad frente a células tumorales en modelos in vitro.

El mismo marco tecnológico se ha aplicado al diseño de péptidos antimicrobianos frente a bacterias multirresistentes. Los

modelos evolutivos permitieron generar bibliotecas selectivas de compuestos con alta tasa de actividad en laboratorio, lo que podría acelerar el descubrimiento de nuevas opciones frente a infecciones resistentes.

La relevancia de este enfoque radica en su versatilidad. Una única infraestructura de inteligencia artificial puede adaptarse tanto a la medicina genética como al desarrollo de antimicrobianos. Aunque todavía lejos de la aplicación clínica directa, estos avances ilustran cómo la integración de biología evolutiva y aprendizaje automático está redefiniendo el ritmo del descubrimiento terapéutico.

Antes de su aplicación en pacientes, estos desarrollos deberán superar fases rigurosas de validación, incluyendo estudios preclínicos adicionales y ensayos clínicos que evalúen seguridad, eficacia y posibles efectos fuera del objetivo previsto. En el ámbito de la terapia génica, la precisión y la estabilidad a largo plazo son factores determinantes para garantizar que las modificaciones no generen consecuencias no deseadas.

Aun así, la combinación de modelos evolutivos de gran escala y capacidad de diseño molecular abre una etapa distinta en investigación biomédica. La posibilidad de reutilizar una misma base de inteligencia artificial para abordar problemas tan diversos como el cáncer, las enfermedades hereditarias o la resistencia antimicrobiana apunta hacia una aceleración del desarrollo terapéutico basada en datos, biología y computación avanzada.

La IA evolutiva podría acelerar terapias génicas y nuevos antibióticos frente a resistencias.



Más información en ConSalud.es

PRIMEROS AUXILIOS

Atragantamiento en adultos

No todo atragantamiento es leve. Saber diferenciar cuándo intervenir puede salvar una vida. Un atragantamiento ocurre cuando un alimento u objeto bloquea parcial o totalmente la vía aérea. Si la persona tose con fuerza, puede estar expulsando el cuerpo extraño por sí misma y conviene animarla a seguir tosiendo sin golpearla en la espalda ni introducir los dedos en la boca. Intervenir de forma inadecuada puede empeorar la obstrucción.

El problema aparece cuando no puede hablar, respirar ni toser eficazmente. En ese momento la obstrucción es grave. La persona puede llevarse las manos al cuello, presentar dificultad respiratoria evidente o emitir sonidos débiles. Si está consciente, colócate detrás, rodea su abdomen y realiza compresiones firmes hacia dentro y arriba hasta que el objeto sea expulsado.

Si pierde el conocimiento, llama inmediatamente al 112 e inicia maniobras de reanimación básica mientras llega la ayuda. Tras la resolución, incluso aunque el objeto haya salido, es recomendable valoración médica.

NO ESPERES SI...

- Si no puede hablar, toser con fuerza o respirar con normalidad, actúa de inmediato.
- Si la piel, los labios o las uñas se oscurecen a un tono azulado, llama al 112 sin demora.
- Si pierde el conocimiento después de intentar expulsar el objeto, inicia reanimación básica.
- Si tras el episodio persiste el dolor torácico, una tos intensa o dificultad al tragar, consulta.
- En personas mayores o con enfermedades neurológicas, requiere siempre valoración médica.