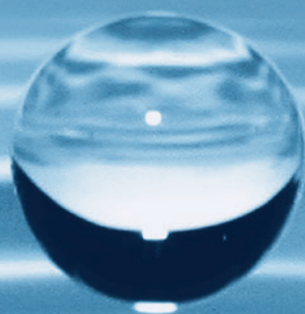




Guttman

sobreruedas

Revista de neurorrehabilitación y vida de las personas con discapacidad n.º 118 / 2026



SALUD MENTAL: CIRCUITOS EN TRANSFORMACIÓN

la entrevista

Mercedes Milà y Andrés Iniesta hablan sobre la depresión

participación

La Convención sobre los Derechos de las Personas
con Discapacidad cumple 20 años



3 editorial

4 a fondo

Neuropsiquiatría: donde la salud mental y la salud cerebral convergen

9 Neuromodulación y su aplicación en la patología neuropsiquiátrica

12 En primera persona. "Pensé: vamos a por todas; es el último cartucho"

15 Esketamina intranasal: una nueva alternativa ante la depresión resistente al tratamiento

19 El papel de la psiquiatría en el daño cerebral adquirido

24 Psicoterapia y salud cognitiva: el camino hacia una recuperación integral

27 La Planificación de Decisiones Anticipadas en salud mental: qué es, por qué es necesario implementarla y cómo podemos hacerlo

31 investigación

Depresión resistente: cuando el tratamiento también puede llegar a casa

36 la entrevista

Mercedes Milà: "No contaba con que acabaría teniendo algo tan duro para siempre"

41 Andrés Iniesta: "Este episodio me ha ayudado a ser mejor, conmigo mismo y con los demás"

45 neurorrehabilitación

El suelo pélvico en el paciente neurológico

52 experiencias

Titan Desert: "La mejor rehabilitación de nuestras vidas"

58 participación

De la convención a la práctica: el compromiso de Guttman con los derechos de las personas con discapacidad

64 buenas prácticas

Poner la oreja en asuntos ajenos

Guttman **sobreruedas**
Revista de neurorrehabilitación y vida de las personas con discapacidad

Versión digital:

<https://siidon.guttman.com/ca/centro-documentacion/revista-sobre-ruedas>



Damos las gracias a todas las personas que han hecho posible la publicación y difusión de esta revista. Los escritos publicados con firma y las respuestas a las entrevistas expresan exclusivamente la opinión de sus autores.

Han colaborado en este número: Júlia Bestard Barrio, Albert Borau, Joan Camprodon, Narcís Cardoner, Gabriele Cattaneo, Blanca Cegarra, Roberto Esteban, Sergi López, Carol Mendoza, Celia Michel, Hernán María Sampietro, Josep Maria Solé, Ana Suñé, Margarita Vallès.

Fotos e ilustraciones: Andrés Iniesta, Archivo Guttman, Marc Morell, Narcís Cardoner, Hernán María Sampietro.

Dirección: Josep Maria Solé.

Coordinación: Elisabet González Martín.

Redacción: Júlia Bestard Barrio.

Publicidad: Kevin Lao y Rafi Villodres.

Consejo asesor: Quim Brugué, Blanca Cegarra, Cristian Figueroa, Hatice Kumru, Isabel Macarulla, Carol Mendoza, Laura Sanmiquel, Javier Solana, Ana Suñé, Joan Vidal. Edita: FUNDACIÓ INSTITUT GUTTMANN. Camí de Can Rutí, s/n • 08916 Badalona • Tel. 934 977 700 • www.guttman.com • sobreruedas@guttman.com Ejemplares de este número: 10.600 unidades • Depósito Legal: B-35.984-1989 ISSN: 2013-231X • ISSN: 2696-922X edición electrónica • Preimpresión: Gumfaus, SL - www.gumfaus.com

Després de la pandèmia de la COVID-19, a les societats occidentals hem après a parlar obertament de salut mental. Alhora, els avenços en neuropsiquiatria ens mostren avui que emoció, cognició i conducta formen circuits interconnectats que requereixen abordatges integrals i precisos. Però, per molt sofisticades que siguin les eines terapèutiques actuals, la pregunta central continua sent la mateixa: com garantim que cada persona pugui viure amb autonomia, sentit i dignitat?

Aquesta qüestió pren una rellevància especial el 2026, quan fa vint anys de l'adopció de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat. Aquest tractat va desplaçar la mirada sobre la discapacitat del paradigma exclusivament mèdic a l'àmbit dels drets humans i va afirmar amb claredat que tota persona és titular inalienable de drets.

En l'àmbit de la salut mental, aquest canvi és profundament transformador. Tal com exposa Hernán Sampietro en aquest número, l'article 12 de la Convenció estableix que la capacitat jurídica mai pot ser condicionada ni restringida per una suposada manca de competència. Al contrari: l'obligació del sistema és proporcionar els suports necessaris perquè la persona pugui prendre les decisions pròpies en igualtat de condicions.

Des d'aquesta perspectiva, la Planificació de Decisions Anticipades (PDA) pren un paper central. Permet anticipar voluntats essencials, establir preferències i criteris terapèutics clars i definir l'atenció que la persona vol rebre durant les situacions de crisi. Demuestra que, també en moments de vulnerabilitat, la persona conserva la veu i el control sobre les decisions que afecten la seva vida.

Aquest model de drets fonamenta tota la pràctica clínica que presentem a continuació. Les noves tècniques de neuromodulació i els models d'atenció integrada amplien horitzons, però la veritable qualitat assistencial només s'assoleix quan aquestes innovacions restitueixen espais de participació activa.

A Guttman, fer confluïr ciència i drets és un pilar irrenunciable. Sabem que la millor rehabilitació no únicament recupera funcions, sinó que també amplia oportunitats i acompanya la persona perquè continuï sent protagonista del seu projecte de vida. En aquest camí la salut mental no és un àmbit a part: és una dimensió central d'una vida plena.

Tras la pandemia de la COVID-19, en las sociedades occidentales hemos aprendido a hablar abiertamente sobre salud mental. Al mismo tiempo, los avances en neuropsiquiatría muestran hoy que emoción, cognición y conducta forman circuitos interconectados que requieren abordajes integrales y precisos. Pero, por muy sofisticadas que sean las herramientas terapéuticas actuales, la pregunta central sigue siendo la misma: ¿cómo garantizamos que cada persona pueda vivir con autonomía, sentido y dignidad?

Esta cuestión cobra una relevancia especial en 2026, cuando se cumplen veinte años de la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este tratado desplazó la mirada sobre la discapacidad del paradigma exclusivamente médico al ámbito de los derechos humanos y afirmó con claridad que toda persona es titular inalienable de derechos.

En el ámbito de la salud mental, este cambio resulta profundamente transformador. Como expone Hernán Sampietro en este número, el artículo 12 de la Convención establece que la capacidad jurídica nunca puede ser condicionada ni restringida por una supuesta falta de competencia. Al contrario: la obligación del sistema es proporcionar los apoyos necesarios para que la persona pueda tomar sus propias decisiones con autonomía y garantías.

Desde esta perspectiva, la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) adquiere un papel central. Permite anticipar voluntades esenciales, establecer preferencias y criterios terapéuticos claros y definir la atención que la persona desea recibir durante las situaciones de crisis. Demuestra que, también en momentos de vulnerabilidad, la persona conserva la voz y el control sobre las decisiones que afectan a su vida.

Este modelo de derechos fundamenta toda la práctica clínica que presentamos a continuación. Las nuevas técnicas de neuromodulación y los modelos de atención integrada amplían horizontes, pero la verdadera calidad asistencial solo se alcanza cuando estas innovaciones restituyen espacios de participación activa.

En Guttman, hacer confluïr ciencia y derechos es un pilar irrenunciable. La mejor rehabilitación no solo recupera funciones, sino que también amplía oportunidades y acompaña a la persona para que siga siendo protagonista de su proyecto de vida. En este camino la salud mental no es un campo aparte: es una dimensión central de una vida plena.

Neuropsiquiatría: donde la salud mental y la salud cerebral convergen

La neuropsiquiatría moderna relaciona síntomas, circuitos cerebrales y el funcionamiento humano para comprender el cerebro de forma más integrada y dimensional. Al mismo tiempo, tiende hacia una medicina de precisión con herramientas cada vez más sofisticadas y personalizadas. El objetivo: dejar de tratar enfermedades para tratar a personas.



Dr. Joan Camprodon

Asesor científico Guttmann
Profesor de Psiquiatría y
Neurología de la Harvard Medical
School
Jefe de la División
de Neuropsiquiatría
y Neuromodulación
del Massachusetts General
Hospital (Boston, EE.UU.)

Durante décadas, neurología y psiquiatría evolucionaron como disciplinas separadas. La neurología se ocupaba de las enfermedades “del cerebro”, como el ictus, la epilepsia o la enfermedad de Parkinson. La psiquiatría, en cambio, trataba trastornos considerados “de la mente”, como la depresión, la ansiedad o la esquizofrenia. Esta división ayudó a organizar el conocimiento médico y los sistemas asistenciales, pero la práctica clínica siempre ha mostrado una realidad mucho más compleja.

Muchos pacientes con enfermedades neurológicas presentan síntomas emocionales, cognitivos o conductuales significativos. Del mismo modo,

muchas personas con trastornos psiquiátricos experimentan alteraciones cognitivas, problemas de sueño o alteraciones funcionales que reflejan la participación de circuitos cerebrales concretos. Con el tiempo, la separación rígida entre trastornos neurológicos y trastornos psiquiátricos ha empezado a perder utilidad clínica y científica.

Hoy entendemos mucho mejor que emoción, pensamiento y conducta forman parte de sistemas neurobiológicos profundamente interconectados, igual que el movimiento, la visión o el tacto. Y este cambio está transformando la manera en que comprendemos y tratamos los trastornos neuropsiquiátricos.



“Hoy entendemos mucho mejor que emoción, pensamiento y conducta forman parte de sistemas neurobiológicos profundamente interconectados, igual que el movimiento, la visión o el tacto”.

El cerebro como una red de circuitos

Durante muchos años predominó una visión relativamente localizada del cerebro, según la cual cada región cerebral se asociaba a una función concreta. Aunque ciertas áreas tienen funciones predominantes, actualmente sabemos que el cerebro funciona como una compleja red dinámica de circuitos interconectados, de forma parecida a los circuitos de un ordenador o de un teléfono móvil, con la diferencia de que, en lugar de estar hechos de silicio, los circuitos cerebrales están formados por proteínas, grasas y azúcares, como el resto de los tejidos biológicos.

La regulación emocional, la atención, la memoria, la motivación o el control de la conducta no dependen de un único punto en el cerebro, sino de múltiples regiones que trabajan de forma coordinada. Cuando estas redes se alteran, pueden aparecer síntomas muy diversos que afectan

tan simultáneamente al estado de ánimo, la cognición, el comportamiento y el funcionamiento físico.

Por ejemplo, una persona con depresión puede presentar tristeza, apatía, fatiga, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y pérdida de motivación. Estos síntomas reflejan cambios en distintos circuitos relacionados con la regulación emocional, el procesamiento del estrés, la recompensa y el control cognitivo. De forma similar, un paciente con epilepsia, enfermedad de Parkinson o daño cerebral adquirido puede desarrollar ansiedad, depresión, impulsividad o alteraciones cognitivas relevantes, si la enfermedad de base afecta a los mismos circuitos cerebrales.

Esta visión de circuitos y redes está transformando profundamente cómo entendemos y tratamos las enfermedades del cerebro. Cada vez resulta más evidente que muchos síntomas humanos fundamentales, como el miedo,

la apatía, la compulsión o la tristeza, emergen de sistemas cerebrales compartidos que pueden verse alterados en diversas enfermedades.

Del diagnóstico a los circuitos cerebrales

Tradicionalmente, los trastornos mentales y neurológicos se clasificaban en categorías diagnósticas relativamente separadas. Estas clasificaciones siguen siendo útiles en ciertos contextos, pero también perpetúan modos de pensar y trabajar –tanto en la clínica como en el laboratorio– que obstaculizan el desarrollo de nuevas y mejores soluciones en salud mental y cerebral.

Hoy sabemos que distintos diagnósticos pueden afectar a redes cerebrales comunes, aunque a través de mecanismos neurobiológicos distintos. La depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, ciertos trastornos de ansiedad, así como alteraciones neuropsiquiátricas asociadas al daño cerebral, a la epilepsia o a enfermedades neurodegenerativas, por poner varios ejemplos, pueden implicar a redes parcialmente superpuestas relacionadas con la regulación emocional, la flexibilidad cognitiva o la capacidad de experimentar motivación y recompensa.

Esto no significa que todas las enfermedades sean iguales ni que el diagnóstico deje de ser importante. Significa, más bien, que estamos empezando a comprender el cerebro de forma más integrada y dimensional. La neuropsiquiatría moderna intenta precisamente conectar síntomas, cir-

cuitos cerebrales y el funcionamiento humano en una misma formulación clínica.

Este cambio también está difuminando progresivamente las fronteras entre neurología, psiquiatría y medicina rehabilitadora. Muchas enfermedades neurológicas tienen consecuencias emocionales y cognitivas importantes, mientras que muchos trastornos psiquiátricos presentan alteraciones neurobiológicas medibles y afectan de manera significativa al funcionamiento cerebral.

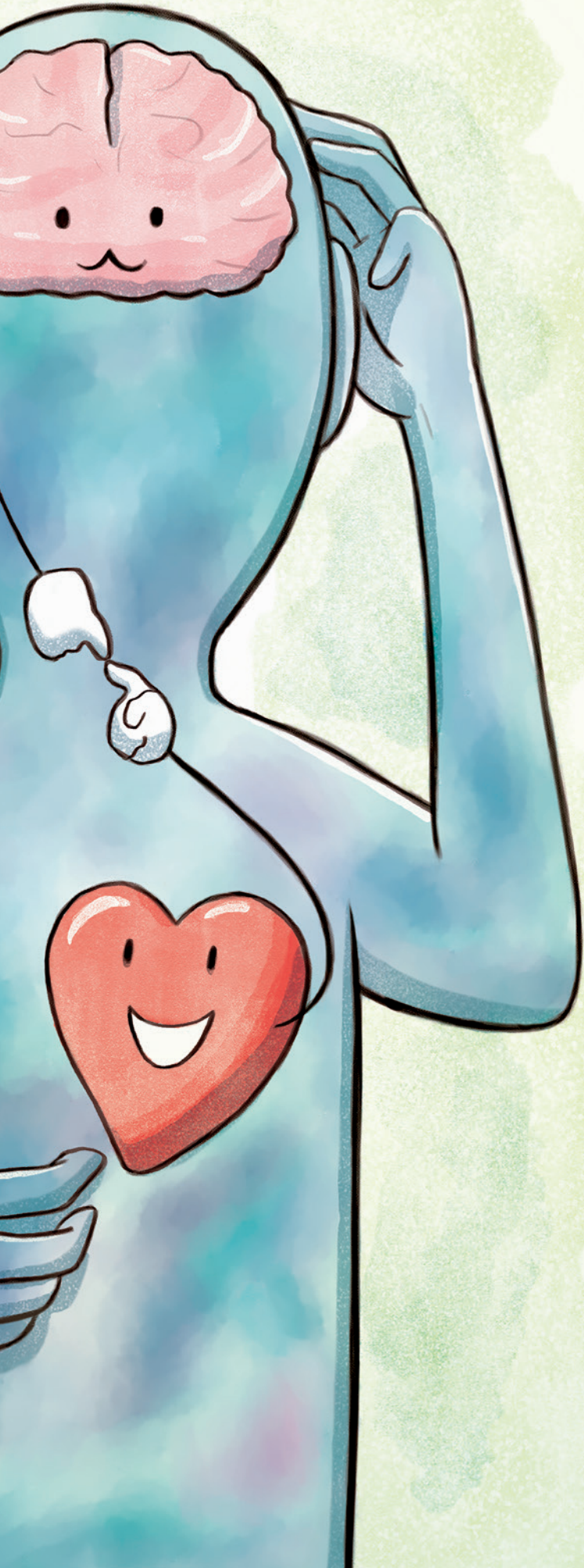
La emergencia de la psiquiatría intervencionista

En paralelo a estos avances neurocientíficos, han surgido nuevas herramientas terapéuticas que están transformando el tratamiento de los trastornos neuropsiquiátricos. En los últimos años, ha crecido especialmente el campo de la psiquiatría intervencionista. Se trata de una disciplina centrada en el uso de técnicas avanzadas de neuromodulación y otros tratamientos biológicos dirigidos a modificar la actividad de circuitos cerebrales específicos. Entre estas herramientas se encuentran la estimulación magnética transcranial, la estimulación cerebral profunda y la estimulación del nervio vago, así como el uso de determinados fármacos innovadores, como la ketamina y la esketamina.

Uno de los avances más relevantes de los últimos años ha sido la aparición



“En los últimos años ha crecido especialmente el campo de la psiquiatría intervencionista, una disciplina centrada en el uso de técnicas avanzadas de neuromodulación y otros tratamientos biológicos dirigidos a modificar la actividad de circuitos cerebrales específicos”.



de tratamientos de acción rápida para determinados trastornos psiquiátricos graves. Durante décadas, muchos tratamientos psiquiátricos, farmacológicos o psicoterapéuticos requerían semanas o incluso meses para producir una mejoría clínica significativa. En los últimos años, sin embargo, han surgido métodos capaces de producir cambios rápidos –en cuestión de días– en circuitos cerebrales implicados en la depresión, la conducta suicida o determinados trastornos resistentes. Ejemplos de ello son el uso de la estimulación magnética transcraneal acelerada, la ketamina y la esketamina para la depresión resistente, o de los neuroesteroides desarrollados para la depresión postparto. Estos tratamientos rápidos ya no son proyectos de futuro, sino realidades clínicas que pueden ofrecerse a pacientes seleccionados, dentro de unas indicaciones médicas bien definidas.

Es importante enfatizar que estas técnicas no pertenecen exclusivamente ni a la neurología ni a la psiquiatría, sino a un modelo de neuropsiquiatría integrada basada en circuitos cerebrales. La estimulación cerebral profunda, por ejemplo, se utiliza desde hace años en la enfermedad de Parkinson, así como en el trastorno obsesivo-compulsivo y la epilepsia. La estimulación del nervio vago se aplica tanto en la epilepsia como en la depresión resistente o en la rehabilitación de la parálisis del brazo tras un ictus. La estimulación magnética transcraneal se utiliza para tratar la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el tabaquismo y las migrañas.

Esto refleja un cambio profundo en la medicina del cerebro. Las herramientas terapéuticas empiezan a organizarse alrededor de circuitos y funciones cerebrales, más que en torno a límites tradicionales entre especialidades médicas. Este enfoque, profundamente neuropsiquiátrico, está permitiendo desarrollar tratamientos más dirigidos, rápidos y personalizados.

Mucho más que tecnología

Sin embargo, sería un error interpretar esta evolución como una simple biologización reduccionista de la psiquiatría o una sustitución de la clínica por la tecnología.

La neuropsiquiatría moderna no reduce la experiencia humana a circuitos cerebrales, ni tampoco reemplaza la importancia de la psicoterapia, la relación terapéutica y el contexto personal y social del paciente.

En realidad, cuanto más sofisticadas son las herramientas disponibles, más importante resulta comprender profundamente a la persona. La selección adecuada de los tratamientos requiere entender la historia clínica, los síntomas, el funcionamiento cognitivo, la personalidad, las relaciones familiares y los objetivos de recuperación de cada paciente.

La tecnología no sustituye la psiquiatría clínica; permite hacer mejor psiquiatría.

Del mismo modo, muchos tratamientos alcanzan su máximo potencial cuando se integran en abordajes multimodales. La neuromodulación, por ejemplo, puede combinarse con la psicoterapia, la rehabilitación cognitiva, el ejercicio físico, la intervención del sueño y el apoyo psicosocial. Con la neurorrehabilitación ocurre algo similar: la recuperación funcional tras un daño cerebral depende no solo de la lesión neurológica inicial, sino también de factores emocionales, motivacionales, cognitivos y ambientales.

Por ello, cada vez resulta más importante desarrollar modelos asistenciales integrados en los que neurología, psiquiatría, neuropsicología y rehabilitación trabajen de forma coordinada.

Hacia una medicina más personalizada

Otro de los grandes cambios que surgen en torno a este paradigma es la transición hacia modelos de medicina más personalizados, también conocidos como medicina de precisión. No todos los pacientes responden de la misma manera a los mismos tratamientos, incluso cuando comparten el mismo diagnóstico. El objetivo de la neuropsiquiatría de precisión es adaptar mejor las intervenciones a las características clínicas y neurobiológicas

de cada persona, dejando de tratar enfermedades para tratar a personas.

Aunque todavía estamos en fases relativamente iniciales, ya existen ejemplos prometedores de tratamientos guiados por biomarcadores funcionales o por circuitos cerebrales específicos, como es el caso de la estimulación magnética transcraneal acelerada y guiada por neuroimagen para la depresión, que se aprobó en EE.UU. en 2022 y ya se imparte en centros médicos españoles, como en Guttman. La idea central es comprender mejor cómo funciona el cerebro para ofrecer tratamientos más precisos, eficaces y personalizados.

Este enfoque también encaja especialmente bien con la rehabilitación neurológica y neuropsiquiátrica, en la que la recuperación suele requerir intervenciones individualizadas y adaptadas a las necesidades funcionales de cada paciente.

Una visión más integrada del cerebro y la mente

La neuropsiquiatría moderna representa, en el fondo, una visión más integrada y humana de la medicina del cerebro. Las antiguas fronteras entre neurología, psiquiatría y rehabilitación son cada vez menos rígidas porque los pacientes no viven sus síntomas en compartimentos separados. Cognición, emoción, conducta y función física forman parte de una misma realidad biológica y humana.

Este cambio no implica abandonar la dimensión psicológica o social de la salud mental. Al contrario, implica integrar mejor las herramientas biológicas, psicológicas y rehabilitadoras en una comprensión más amplia del paciente.

Probablemente, el futuro no pertenecerá a disciplinas aisladas, sino a modelos colaborativos capaces de combinar neurociencia, clínica y rehabilitación para ayudar a las personas no solo a abordar los síntomas, sino también a recuperar la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida.

Neuromodulación y su aplicación en la patología neuropsiquiátrica

Las técnicas de estimulación cerebral actúan de manera directa sobre la actividad de ciertos circuitos cerebrales, y amplían las posibilidades de recuperación en personas con patología neuropsiquiátrica compleja. Estos procedimientos permiten el abordaje integral que Guttmann defiende desde hace años, en el que la rehabilitación neurológica no se limita a recuperar funciones aisladas, sino que busca favorecer la autonomía, la reintegración funcional y la participación activa del paciente.



Dr. Sergi López

Psiquiatra de Guttmann Barcelona
Psiquiatra de la Unidad de
Psiquiatría Intervencionista del
Hospital de Bellvitge

Los trastornos neuropsiquiátricos rara vez se presentan de una sola manera. Dos personas con el mismo diagnóstico pueden no parecerse en casi nada y, aun así, sufrir y verse afectadas de forma similar. En la depresión, por ejemplo, pueden predominar la apatía, la ansiedad, el insomnio, la culpa, la irritabilidad o la dificultad para concentrarse. En el trastorno obsesivo-compulsivo, en

cambio, suelen destacar la duda patológica, la comprobación, el miedo a contaminarse o la necesidad de repetir una conducta hasta sentir que está “bien”. Esa variedad sintomática hace que, detrás de una misma etiqueta diagnóstica, haya recorridos evolutivos muy distintos, en los que se mezclan factores pronósticos de carácter biológico, psicológico y social.



“En depresión, las zonas que más se estimulan suelen estar en regiones frontales relacionadas con el ánimo, la motivación y el control cognitivo”.

Por eso, el tratamiento tiene que ser amplio. Para ello disponemos, en primer lugar, de los psicofármacos, que actúan sobre la química cerebral y sobre los sistemas que regulan la actividad neuronal; en segundo lugar, de la psicoterapia, que interviene en la modulación de la forma de pensar, de actuar y de relacionarse con el entorno, y, en tercer lugar, de las técnicas de neuromodulación o estimulación cerebral, que actúan de manera directa sobre la actividad de ciertos circuitos cerebrales relacionados con síntomas o patologías concretas.

El cerebro funciona como una red de conexiones entre distintas zonas. El ánimo, la atención, la motivación o el control de ciertos impulsos no dependen de una única área, sino de circuitos que trabajan interconectados. Cuando esas conexiones se ven alteradas es cuando aparecen las patologías y trastornos mentales. El objetivo de la neuromodu-

lación es incidir en la regulación de esa actividad para obtener una mejoría clínica.

Técnicas de aplicación hospitalaria y domiciliaria

La técnica de aplicación hospitalaria y domiciliaria con más trayectoria es la terapia electroconvulsiva (TEC). Esta sigue siendo una de las intervenciones más eficaces en psiquiatría para cuadros graves, sobre todo en depresiones con riesgo vital, inhibición intensa, síntomas psicóticos o catatonía. Se realiza con anestesia general breve, relajación muscular y monitorización médica. Su efecto se basa en provocar de forma controlada una crisis convulsiva terapéutica, que desencadena cambios neurobiológicos amplios relacionados con la plasticidad cerebral, la conectividad funcional y la regulación del estado de ánimo.

Más recientemente, se han aprobado técnicas no invasivas que actúan de forma más focal y permiten que la persona vuelva a su actividad habitual tras la sesión. La más consolidada es la estimulación magnética transcraneal (EMT). Funciona mediante una bobina situada sobre el cuero cabelludo que genera pulsos magnéticos, los cuales atraviesan el cráneo y producen pequeñas corrientes eléctricas en la corteza cerebral. Cuando se aplican de forma repetida y con una frecuencia e intensidad determinadas, pueden

modular la excitabilidad de circuitos específicos.

En casos de depresión, las zonas que más se estimulan suelen estar en regiones frontales relacionadas con el ánimo, la motivación y el control cognitivo. En el trastorno obsesivo-compulsivo, la estimulación se dirige a circuitos implicados en la rigidez mental, la comprobación y la ansiedad anticipatoria. En ambos casos, la EMT suele reservarse para personas que no han respondido lo suficiente a los tratamientos habituales y, con frecuencia, se combina con medicación y psicoterapia.

La EMT suele aplicarse en sesiones diarias, de varios minutos y durante algunas semanas, pero recientemente se han planteado protocolos acelerados que concentran varias sesiones en un mismo día, para acortar el tratamiento. De esta manera, la persona hace varias sesiones al día durante unas pocas jornadas. Estos formatos son especialmente interesantes en la depresión grave y resistente, y permiten obtener una respuesta más rápida. Además, facilitan el acceso y adherencia al tratamiento.

Otra técnica de neuromodulación aprobada recientemente es la estimulación transcraneal con corriente directa (tDCS). A diferencia de la EMT, no usa campos magnéticos, sino una corriente eléctrica muy débil que circula entre dos electrodos colocados sobre el cuero cabelludo. Esta corrien-



“Recientemente se han planteado protocolos acelerados que concentran varias sesiones en un mismo día para acortar el tratamiento. De esta manera, la persona hace varias sesiones al día durante unos pocos días”.

te modula la excitabilidad de las zonas estimuladas y puede facilitar o dificultar su activación. Una de las ventajas de esta técnica es que puede aplicarse en el domicilio, siempre con la supervisión adecuada. En casos de depresión, ya existen protocolos domiciliarios con apoyo de familiares o cuidadores entrenados y seguimiento remoto. Estos protocolos permiten mantener el tratamiento sin necesidad de acudir siempre al centro sanitario.

Abordaje multidisciplinar

En el daño cerebral adquirido, la utilidad de estas técnicas va más allá de los síntomas motores o cognitivos. La apatía, la irritabilidad, la fatiga, la desinhibición o los problemas ejecutivos pueden condicionar mucho la recuperación funcional. En este contexto, propuestas como la de Guttmann han defendido desde hace años un abordaje integral, en el que la rehabilitación neurológica no se limita a recuperar funciones aisladas, sino que busca fa-

vorecer la autonomía, la reintegración funcional y la participación activa del paciente. Por eso, la estimulación cerebral tiene más sentido cuando se integra en un abordaje multidisciplinar que incluye neuropsicología, rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia y un seguimiento médico especializado.

El reto sigue siendo avanzar hacia una medicina y una neuromodulación más precisa, ya que todavía no sabemos con suficiente exactitud quién responderá mejor a cada técnica, qué área cerebral conviene estimular o cuál es la dosis más adecuada en cada caso. En este sentido, las técnicas de neuroimagen, mediante el estudio de la conectividad cerebral, así como el desarrollo de biomarcadores clínicos o neurofisiológicos, están ayudando a afinar estas decisiones, aunque su incorporación a la práctica clínica habitual aún es incipiente. En cualquier caso, lo que es un hecho es que, bien aplicadas, estas técnicas amplían las posibilidades de recuperación en personas con una patología neuropsiquiátrica compleja.

“Pensé: vamos a por todas; es el último cartucho”

En junio de 2024 y tras muchos tratamientos fallidos, G. inició sesiones de estimulación magnética transcraneal para una depresión mayor recurrente que sufría desde hacía más de 30 años. Al cabo de un mes y medio empezó a mejorar y desde entonces no ha vuelto a tener ninguna recidiva. “La felicidad máxima que siento en estos momentos no la había tenido nunca”, asegura.



Júlia Bestard Barrio

Comunicación
y RSC Guttman

La primera vez que G. cayó en aquel “agujero negro sin salida” tenía 24 años y hacía poco que había empezado a trabajar como asistente social. “Tenía mucho empuje e inquietud, quería salvar el mundo”, explica sentada en una butaca de su luminoso salón. Pero de repente, de la noche a la mañana, quedó “anulada”, incapaz

hasta de utilizar un bolígrafo. “Todo me venía grande”, reconoce.

En un primer momento, le hicieron un diagnóstico erróneo de trastorno bipolar que comportó mucha medicación, múltiples efectos adversos y ninguna mejora. “Durante dos meses estaba baja de ánimos y lloraba mucho, pero de un día para el otro volvía a salir el sol; volvía a verlo todo claro, que podía trabajar, que los informes me salían como churros. Todo iba bien y pensaba: ‘Seguro que no me vuelve a pasar’”.

Pero no. “La mala pécora volvía”, relata ahora con cierto humor. Un tiempo después, un psiquiatra le diagnosticó una depresión mayor recurrente,

y empezó un tratamiento con antidepresivos gracias al cual mejoró. Sin embargo, siguió teniendo recaídas periódicas, aunque más cortas.

Cuando esos periodos oscuros acababan, G. seguía con su vida. Viajó –con un “arsenal” de medicación en la maleta–, se enamoró, hizo muchas amistades, siguió trabajando. Se resignó. “Aprendes a vivir con la depresión. Sabes que cuando te viene hay momentos en que debes decir ‘basta’ y admitir que no puedes ir allí o hacer aquello. No puedes ir en bicicleta porque te sientes incapaz; no puedes hablar con la gente porque no sabes qué les explicarás. Te ves tan débil y tan vulnerable... Creía que no había nada que hacer, que tenía que convi-



“A sus 58 años está viviendo, por tanto, el periodo más largo que ha vivido sin depresión desde que comenzó a tenerlas a los 24”.

vir con ello y que era una putada vivir así”, explica. Hasta que la pandemia de la Covid-19 lo empeoró todo de nuevo, con episodios que se alargaban, otra vez, durante meses. Probó nuevos fármacos y otras terapias, pero nada le hacía efecto, hasta que una conocida le habló de un nuevo tratamiento contra la depresión mayor recurrente: la estimulación magnética transcraneal. “Pensé: vamos a por todas; es el último cartucho”.

Fase intensiva inicial

En junio de 2024, G. entró en la consulta del doctor Sergi López, psiquiatra de Guttmann Barcelona, con un sentimiento de cierta incredulidad después de tantos tratamientos fallidos. Empezó con una fase inicial intensiva, con sesiones de lunes a viernes que duraban 15 minutos, durante unas seis semanas. El tratamiento, desde el punto de vista del paciente, es muy sencillo: la persona se sienta y se le coloca un dispositivo parecido a

una bobina sobre el cuero cabelludo (normalmente en la zona frontal). A continuación, la máquina emite pequeños impulsos magnéticos repetidos, que atraviesan el cráneo sin dolor y despiertan la actividad de determinadas neuronas. Lo único que el paciente nota son unos pequeños “toques” en la cabeza y, en algunas ocasiones, una ligera sensación de hormigueo o molestia local. El tratamiento no produce pérdida de conciencia ni ninguna otra afectación mayor. Tampoco afecta a la memoria. “Sales de allí y, si quieres, puedes irte a un concierto”, explica G. risueña.

Al cabo de un mes y medio, G. empezó a notar que se sentía bien de nuevo, pero no lanzó las campanas al vuelo, por si era otra de las mejoras espontáneas que había experimentado antes. El tratamiento entró en una fase de mantenimiento, con una frecuencia progresivamente decreciente que le permitió espaciar las sesiones: primero quincenales y después mensuales, bimensuales y finalmente cada dos meses y medio. Todo ello combinado con dos pasti-



llas diarias. “No he vuelto a tener ningún episodio”, afirma, con la satisfacción grabada en su rostro. A sus 58 años está viviendo, por tanto, el periodo más largo que ha vivido sin depresión desde que comenzó a tenerlas a los 24.

Esta época no ha estado exenta de experiencias vitales duras: su expareja, con la que mantenía una relación muy estrecha, murió de forma súbita hace un año, y su madre, su principal apoyo desde siempre, padece un cáncer. Pero ahora que la sensación de “angustia” ha desaparecido, también puede explicar “cosas bonitas”, como dice ella misma. Ha ido de viaje a Gambia y Senegal, los fines de semana hace salidas en barco y disfruta de una intensa vida social, siempre que las circunstancias familiares se lo permiten. En definitiva, sigue con su vida y experimenta alegrías y tristezas, como cualquier otra persona. “Porque a veces hay que estar triste”, puntualiza.

A lo largo de estos de 30 años, G. ha tenido que hacer frente a otros problemas, más allá de la depresión en

sí misma: la vergüenza (“tienes la impresión de que la gente te mira y ve que no estás bien”), el autorrechazo (“me escondía para que no me considerasen una persona débil”), la culpa (“hasta que no entiendes que es la enfermedad, crees que eres tú, que no pones suficiente de tu parte”) y una cierta incompreensión en su entorno (“decían ‘con lo bien que vives, que lo tienes todo, de qué te quejas. Eso es un bajón’”).

El último frente, apunta, podría ser el de no esconder que tiene depresión crónica. De momento, ha empezado explicando su caso en esta revista, por si su testimonio abre puertas a otras personas en su situación. Y mientras tanto, disfruta de una calma vital muy anhelada. “La felicidad máxima que siento en estos momentos no la había tenido nunca. Y tengo a mi madre enferma, pero estoy tranquila, voy a trabajar tranquila, tengo el control de todo lo que me rodea y tengo un profesional de referencia, que es el doctor López. Estoy en buenas manos y bien controlada, y eso me da mucha seguridad”.

Esketamina intranasal: una nueva alternativa ante la depresión resistente al tratamiento

Un fármaco de acción rápida que está cambiando el abordaje de la depresión resistente y la crisis suicida.



Dr. Narcís Cardoner

Director del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Profesor titular de Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (Cibersam) Instituto de Salud Carlos III

Imaginen a una persona que lleva meses –o años– luchando contra una depresión que no cede. Ha probado distintos tratamientos bien indicados, ha hecho psicoterapia, ha intentado cambiar sus hábitos de vida. Nada parece funcionar. Los psiquiatras llamamos a esto depre-

sión resistente al tratamiento: cuando al menos dos antidepresivos adecuados no han conseguido la remisión. Afecta a una proporción considerable de pacientes con depresión mayor y sigue siendo uno de los problemas más difíciles de abordar en psiquiatría.

La llegada de la esketamina intranasal a España en noviembre de 2022, con una financiación y una aprobación pública, ha cambiado este panorama. Por primera vez disponemos de un fármaco con un mecanismo de acción distinto al de los antidepresivos convencionales, capaz de producir efectos en un plazo mucho más corto.

¿Qué es la esketamina y cómo actúa?

La ketamina es un anestésico conocido desde hace décadas. Está formada por dos moléculas que son imágenes especulares la una de la otra: como la mano derecha y la izquierda, son iguales en composición pero tienen una forma distinta.

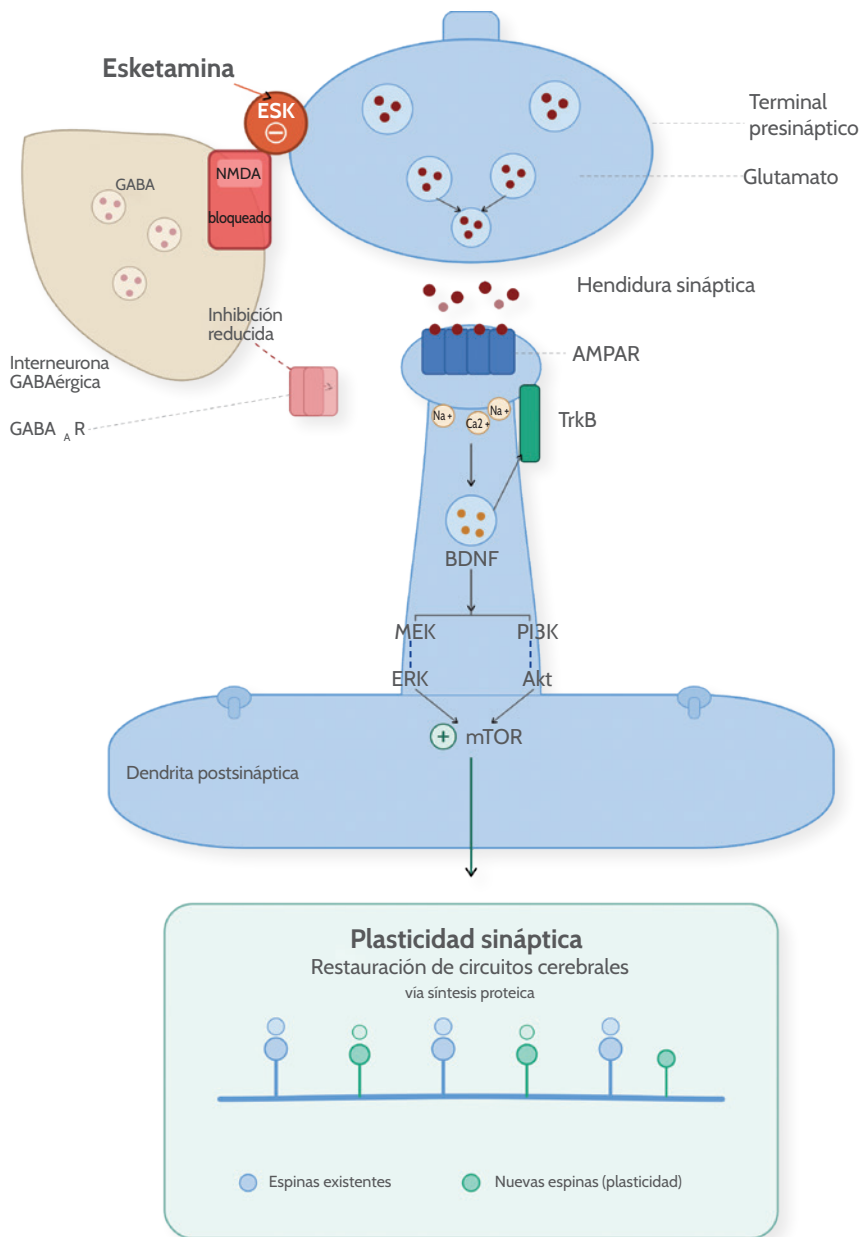


Figura 1.

Mecanismo de acción de la esketamina. La esketamina bloquea los receptores NMDA situados en las interneuronas GABAérgicas. Este bloqueo reduce la inhibición sobre las neuronas glutamatérgicas, lo que da lugar a una mayor liberación de glutamato en la hendidura sináptica. El glutamato activa los receptores AMPA de la neurona postsináptica, y genera un flujo de iones que desencadena la liberación de BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro). El BDNF activa vías de señalización intracelular que convergen en mTOR. Así, estimula la síntesis de proteínas sinápticas y favorece la formación de nuevas espinas dendríticas, así como la restauración de circuitos cerebrales alterados por la depresión (plasticidad sináptica).

La esketamina es una de esas dos mitades, la que muestra mayor afinidad por los receptores cerebrales implicados en la depresión. Mientras que los antidepresivos clásicos actúan sobre sustancias como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina, la esketamina sigue una vía diferente: modula el sistema del glutamato, el principal mensajero excitador del cerebro. Este mecanismo favorece la plasticidad sináptica, es decir, la capacidad de las neuronas para crear nuevas conexiones y reparar circuitos dañados por la depresión. Y lo hace con una característica que la distingue de cualquier antidepresivo anterior: la rapidez. En algunos pacientes, la mejoría comienza a notarse en cuestión de horas.

Se administra con un spray nasal en una consulta o unidad hospitalaria. El paciente permanece en observación unas dos horas, porque pueden aparecer efectos pasajeros –disociación, mareo, subida de tensión– que en la gran mayoría de casos desaparecen ese mismo día.

La evidencia científica: eficacia y límites

La aprobación de la esketamina se apoya en un programa amplio de ensayos clínicos. Los estudios TRANSFORM confirmaron que, añadida a un antidepresivo oral, mejoraba los síntomas depresivos tras un mes de tratamiento. Por su parte, el ensayo clínico SUSTAIN-1 demostró que esas mejoras podían mantenerse, reduciendo las recaídas. Y el estudio SUSTAIN-3, con un seguimiento de



hasta seis años y medio, ha mostrado un perfil de seguridad favorable a largo plazo. Ahora bien, no todos los pacientes mejoran: los datos acumulados indican que alrededor del 60 % obtienen una respuesta favorable.

El estudio que más ha marcado la discusión clínica es el ensayo ESCAPE-TRD, publicado en el *New England Journal of Medicine* en 2023. Esta investigación comparó directamente la esketamina con la quetiapina de liberación prolongada en casi 700 pacientes con depresión resistente. A las ocho semanas, el 27 % de los tratados con esketamina habían alcanzado la remisión, frente al 18 % con quetiapina. A las 32 semanas, las cifras subieron, respectivamente, al 49 % y el 33 %. Los pacientes más difíciles –los que habían fallado en tres o más tratamientos previos– fueron quienes más se beneficiaron. En cuanto a los efectos adversos, fueron más frecuentes con la esketamina, pero en su mayoría leves y pasajeros, y provocaron menos abandonos que la quetiapina (4,2 % frente al 11 %).

Más allá de los ensayos: la práctica clínica real

Fuera del entorno controlado de un ensayo, los datos nos cuentan una historia complementaria. El estudio italia-

no REAL-ESK es un buen ejemplo de ello: después de un mes de tratamiento, solo respondió el 28 % de los pacientes, pero a los tres meses la cifra saltó al 64 %, y a los seis meses el 76 % de los que continuaban mantenían un buen resultado. Estudios similares en España (INTEGRA-TE) y Francia (ESKALE) apuntan en la misma dirección.

Esto tiene una consecuencia práctica: muchos pacientes no responden del todo en las primeras cuatro semanas de inducción, pero mejoran de forma clara en los meses siguientes. No conviene, por tanto, abandonar prematuramente el tratamiento ante una respuesta inicial parcial. Eso sí, al tratarse de estudios observacionales, estas cifras son más vulnerables a sesgos que las de los ensayos controlados, y hay que interpretarlas con cautela.

Esketamina y conducta suicida: un campo en desarrollo

Los ensayos ASPIRE I y II probaron la esketamina en pacientes hospitalizados por ideación suicida activa. Los síntomas depresivos mejoraron rápidamente, en cuestión de horas. Pero al analizar específicamente las medidas de suicidalidad, las diferencias con el placebo no resultaron claramente significativas. Probablemente, el hecho de estar hospitalizado y

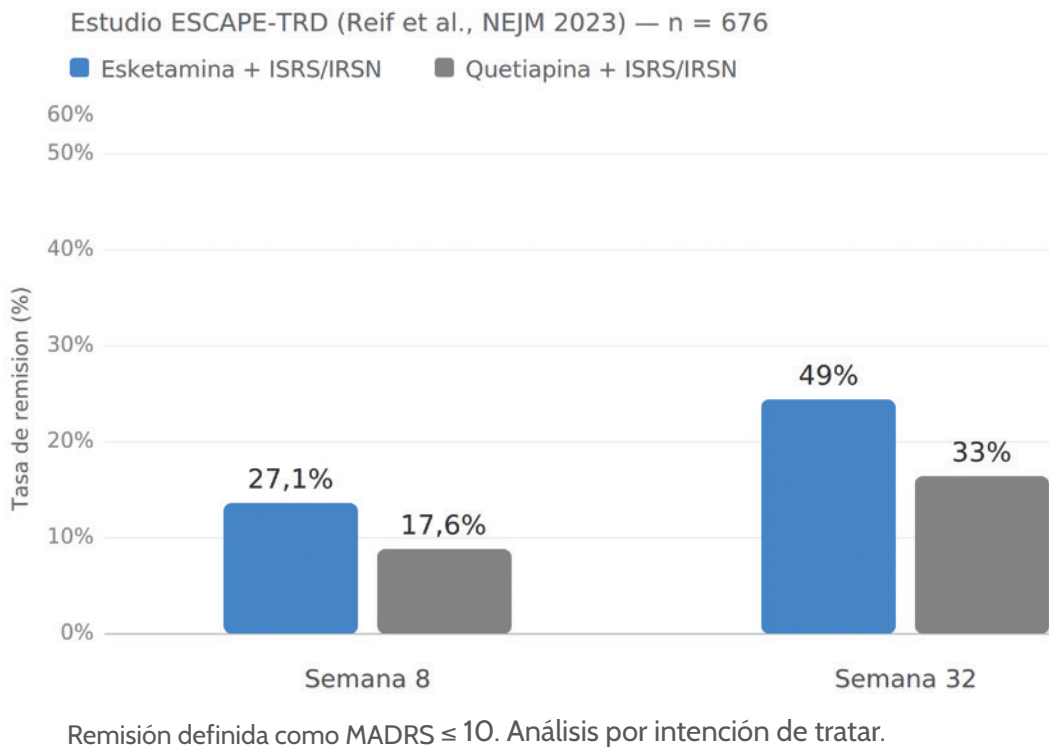


Figura 2.

Tasas de remisión en el estudio ESCAPE-TRD. El ensayo aleatorizado ESCAPE-TRD (Reif et al., *New England Journal of Medicine*, 2023) comparó la esketamina intranasal con la quetiapina de liberación prolongada, ambas en combinación con un ISRS o IRSN, en 676 pacientes con depresión resistente al tratamiento. La remisión (MADRS \leq 10) fue significativamente superior en el grupo de la esketamina, tanto a las 8 semanas (27,1 % frente a 17,6 %; $p = 0,003$) como a las 32 semanas (49 % frente a 33 %).

recibir atención clínica intensiva ya supone, por sí solo, una intervención terapéutica potente.

En resumen: la esketamina alivia con rapidez el cuadro depresivo en contextos de crisis, pero su efecto directo sobre la conducta suicida es una cuestión todavía abierta. Hay indicios de que ciertos pacientes –por ejemplo, quienes tienen antecedentes de intentos previos– podrían beneficiarse aún más, aunque estos datos son preliminares y necesitan confirmación.

Limitaciones y cuestiones pendientes

Como cualquier tratamiento, la esketamina tiene sus limitaciones. Su parentesco con la ketamina obliga a administrarla en un entorno supervisado para prevenir un uso inapropiado. No todos los pacientes responden, y aún no disponemos de buenos marcadores para saber de antemano quién se beneficiará. Quedan además pre-

guntas básicas por resolver sobre la esketamina: durante cuánto tiempo debe mantenerse el tratamiento, con qué antidepresivo oral combina mejor y qué papel puede desempeñar en poblaciones especiales como los pacientes mayores.

Consideraciones finales

La esketamina intranasal es, probablemente, el avance más relevante en el tratamiento de la depresión resistente de los últimos años. Ofrece algo que antes no teníamos: un mecanismo diferente y una respuesta que puede ser rápida. Para muchos pacientes que habían agotado las opciones habituales, esto marca una diferencia real. Ahora bien, la evidencia es sólida en algunos aspectos e incompleta en otros. No es la solución definitiva. Es una herramienta adicional valiosa dentro del abordaje de la depresión, que sigue exigiendo evaluar a cada paciente de forma individual y mediante la combinación de estrategias.

El papel de la psiquiatría en el daño cerebral adquirido

Una lesión cerebral puede afectar no solo a lo que una persona puede hacer, sino también a cómo se siente, cómo interpreta el mundo y cómo convive con los demás. La psiquiatría trata síntomas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el insomnio, y al mismo tiempo ayuda a comprender qué está ocurriendo, qué cambios pueden estar relacionados con la lesión y qué estrategias pueden facilitar la adaptación.



Dr. Roberto Esteban Sillero
Psiquiatra
Guttmann Hospital
de Neurorrehabilitación

El daño cerebral adquirido se define como cualquier lesión en el cerebro que aparece después del nacimiento y que provoca cambios, temporales o permanentes, que modifican la respuesta de una persona.

La atención inicial de estas patologías neurológicas sobrevenidas, ya sea por un traumatismo craneoencefálico, un ictus o una encefalopatía, suele centrarse en la supervivencia y la recuperación física. En este sentido, la primera atención ayuda a mejorar movilidad, a tragar, a hablar o a controlar el dolor, como objetivos urgentes y visibles.

Una vez que el cuerpo se estabiliza, nos encontramos ante una realidad compleja: el cerebro, que rige los procesos cognitivos, las emociones,

la personalidad y la conducta, también se ha visto afectado. Muchas familias explican, con preocupación, algo difícil de identificar en una resonancia o en una exploración física: “Ya no es la misma persona”, “se enfada por todo”, “no tiene iniciativa”, “llora sin poder parar”, “parece que no le importa nada”. Estas frases describen una parte esencial del daño cerebral adquirido: las secuelas emocionales, cognitivas y conductuales.

El cerebro no solo nos permite movernos, también regula cómo nos sentimos, cómo tomamos decisiones, cómo nos relacionamos, cómo toleramos la frustración y cómo construimos nuestra identidad. Por eso, una lesión cerebral puede afectar no solo a lo que una persona pue-

de hacer, sino también a cómo se siente, cómo interpreta el mundo y cómo convive con los demás. Aquí es donde la psiquiatría tiene un papel fundamental dentro del equipo de neurorrehabilitación.

No todo es “estar triste”

Después de una lesión cerebral, es esperable que aparezcan la tristeza, el miedo, la rabia o la incertidumbre. La vida cambia de golpe: pueden producirse cambios en el trabajo, la autonomía, los proyectos, el rol familiar y la imagen que la persona tenía de sí misma. En este sentido, hay un proceso de duelo real que necesita tiempo, apoyo y acompañamiento por profesionales de la salud mental.

En el daño cerebral, la frontera entre una reacción emocional adaptativa y proporcionada a la situación y una alteración producida por la propia lesión puede ser muy fina. No todo lo que parece depresión es exactamente una depresión como la entendemos habitualmente. A veces nos encontramos con síntomas depresivos más reactivos, relacionados con la pérdida de autonomía, los cambios físicos o el miedo al futuro. Otras veces, aparece una depresión más “orgánica”, vinculada a la afectación de circuitos cerebrales que regulan el ánimo, la energía y la motivación.

Además, existe otro síntoma muy frecuente: la apatía. Entendemos por apatía una disminución de la iniciativa y de la motivación; no es pereza, ni falta de voluntad, ni desinterés voluntario. La persona, por ejemplo, no empieza actividades, no propone planes, se muestra indiferente o necesita que otros la activen constantemente. Para la familia puede ser desesperante, porque desde fuera parece que “no quiere”; pero muchas veces, en realidad, significa que no puede arrancar.

Distinguir entre tristeza, depresión y apatía es muy importante: en consulta no se abordan de la misma manera. Una persona con depresión puede necesitar elaborar lo ocurrido y someterse a un tratamiento psicológico y, a veces, farmacológico. Mientras, una persona con apatía pue-

de necesitar una estructura, una activación, rutinas y, en algunos casos, un tratamiento farmacológico específico.

Cuando cambia el comportamiento

Las alteraciones de la conducta son una de las secuelas más difíciles de afrontar en casa. Podemos encontrarnos con irritabilidad, cambios bruscos de humor, llanto fácil, impulsividad, desinhibición, comentarios inadecuados, ansiedad intensa e incluso episodios de agitación o agresividad. En muchas ocasiones, vemos que la persona que ha sufrido un daño cerebral reacciona de forma desproporcionada ante estímulos pequeños: una espera, un ruido, una orden, un límite, un consejo o un cambio de plan o de rutina.

Esto no quiere decir que cualquier conducta quede justificada por la lesión cerebral, ni que la persona pierda toda capacidad de decisión. Significa que los mecanismos cerebrales que ayudan a frenar, valorar las consecuencias, interpretar el contexto y regular las emociones pueden estar alterados. Para la familia, comprender este punto suele aliviar la culpa y el enfado. El mensaje no es “todo vale”, sino “esto tiene una explicación y podemos abordarlo”. Poner nombre al síntoma permite actuar mejor: anticipar situaciones difíciles, reducir estímulos, ordenar rutinas, hablar con frases claras, evitar discusiones en escalada y pedir ayuda antes de que la convivencia se deteriore.

Psicofármacos como ventana de oportunidad

En psiquiatría, los psicofármacos no se utilizan para anular a la persona ni para tapar problemas. En neurorrehabilitación, muchas veces sirven para abrir una ventana de oportunidad terapéutica, es decir, nos ayudan a modular los circuitos cerebrales alterados que regulan los procesos cognitivos, afectivos y conductuales.

Cuando la medicación está indicada, el objetivo es reducir la intensidad del síntoma para que la persona pueda participar mejor en su recuperación. Tan importante

como prescribir un fármaco es ajustarlo bien: evitar una excesiva somnolencia, el enlentecimiento, un aumento de las caídas o la interferencia con las terapias; por eso, la observación de los profesionales y de la familia es clave.

En el daño cerebral adquirido, se utilizan diversos psicofármacos según el síntoma predominante y siempre de forma individualizada.

Según el síntoma predominante, pueden utilizarse distintos grupos de fármacos: antidepresivos para la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el dolor; fármacos activadores cuando predominan la apatía, la somnolencia o las dificultades atencionales; antipsicóticos en casos de agitación, desorganización, agresividad o síntomas psicóticos; y fármacos como la gabapentina o la pregabalina si hay ansiedad, irritabilidad o dolor neuropático. Las benzodiazepinas pueden ser útiles de forma puntual, pero en caso de daño cerebral deben usarse con especial prudencia, por su impacto sobre la cognición y el equilibrio, así como por el riesgo de dependencia.



“A veces nos encontramos con síntomas depresivos más reactivos, relacionados con la pérdida de autonomía, los cambios físicos o el miedo al futuro. Otras veces aparece una depresión más “orgánica”, vinculada a la afectación de circuitos cerebrales que regulan el ánimo, la energía y la motivación”.

La elección no depende solo del diagnóstico, sino del momento evolutivo, el tipo de lesión, la conducta, el sueño, el dolor, las crisis epilépticas, las constantes vitales y los objetivos rehabilitadores de cada persona.

Cognición, lenguaje y emoción: todo está conectado

Muchas reacciones emocionales tienen una relación directa con la existencia de dificultades cognitivas o comunicativas. Si una persona no recuerda, no entiende bien lo que se le dice, se fatiga al conversar o no encuentra las palabras, puede frustrarse, aislarse y ponerse nerviosa e incluso irritable. En casos de afasia (trastorno del lenguaje), disartria (trastorno motor del habla debido a una afectación de los músculos de la boca, la cara y el sistema respiratorio) o fatiga cognitiva, el sufrimiento puede expresarse más en la conducta que en las palabras.

A veces, mejorar el malestar empieza por adaptar la comunicación: hablar despacio, hacer una pregunta cada vez, dar tiempo para responder, usar apoyos visuales, reducir los estímulos del entorno y validar la emoción, aunque no se comprenda todo el mensaje. La conducta no se entiende bien si se mira aislada de la memoria, el lenguaje, el dolor, el sueño, la movilidad o el entorno. Por eso, la psiquiatría trabaja estrechamente y de manera multidisciplinar con otros profesionales implicados en la rehabilitación, como neuropsicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o enfermeros, para conseguir entender bien todos los cambios que presenta la persona y mejorar el abordaje de la situación.

Rehabilitar también es reconstruir identidad

La neurorrehabilitación no consiste solo en recuperar la fuerza, la movilidad, el lenguaje o la memoria, también implica volver a reconocerse y encontrar una forma posible de vivir después de la lesión.

Muchas personas sienten que quedan suspendidas entre el antes y el ahora: lo que podían hacer, lo que han

perdido, lo que esperan recuperar y lo que tendrán que aprender a hacer de otra manera. El objetivo no siempre es volver exactamente al punto de partida, sino recuperar el poder tomar decisiones, expresar preferencias, marcar objetivos realistas, sostener vínculos y participar en actividades con sentido.

En ese proceso, la psiquiatría y los profesionales de salud mental acompañan a la persona en la reconstrucción de su proyecto vital. No se trata únicamente de tratar síntomas como la depresión, la ansiedad, la irritabilidad o el insomnio, sino de ayudar a comprender qué está ocurriendo, qué cambios pueden estar relacionados con la lesión y qué estrategias pueden facilitar la adaptación.

Conclusiones

Las secuelas emocionales, cognitivas y conductuales del daño cerebral adquirido pueden ser menos visibles que las físicas, pero condicionan de forma muy importante la autonomía, la convivencia y la participación en la rehabilitación de la persona.

Comprender síntomas como la apatía, la irritabilidad, la ansiedad, la impulsividad o los cambios de personalidad ayuda a cambiar la mirada. No se trata de justificar cualquier conducta, sino de entender que algunas capacidades necesarias para regularse, organizarse, frenar impulsos o expresar emociones pueden estar afectadas.

La psiquiatría aporta una mirada específica dentro del equipo rehabilitador: diferencia el duelo, la depresión, la apatía, la ansiedad o la desregulación emocional; valora cuándo puede ayudar la medicación; acompaña a la familia; y trabaja de forma coordinada con el resto de los profesionales. Cuidar la salud mental después de una lesión neurológica no es un signo de debilidad, sino una parte imprescindible de la rehabilitación.

¿Què li demanes a la teva ortopèdia?

1

Assessorament expert ✓

- Fisioterapeutes, tècnics ortoprotèsics i terapeutes ocupacionals.
- Experts en cadires electròniques, actives i esportives des de 1991.

2

Provar els productes ✓

- 1.400 m² d'exposició dels models de les millors marques.
- Primer i únic showroom multimarca de cadires electròniques de gamma alta a Espanya.

3

Que estigui a prop meu ✓

- 2 centres a Barcelona i 1 a Terrassa.
- Servei a domicili i assistència tècnica a tot Catalunya.
- 1 Centre d'Assistència Tècnica a Barcelona.

4

Qualitat garantida ✓

- Reparacions ràpides en taller propi.
- Equip tècnic exclusiu i autoritzat Nivell 2.
- Només primeres marques amb suport a Espanya.
- El 99% dels nostres clients ens recomanaria a un familiar.

5

Serietat ✓

- Menys eslògans, més resultats. Així entenem l'ortopèdia des de fa més de 35 anys.



Psicoterapia y salud cognitiva: el camino hacia una recuperación integral

Los trastornos de salud mental llevan asociados en muchos casos alteraciones de la función cognitiva, que se traducen en problemas de concentración, memoria o impulsividad, entre otros. En estos casos, la psicoterapia no se limita al alivio emocional o a la reducción de los síntomas, sino que también busca reentrenar el cerebro para recuperar su funcionamiento cotidiano.



Celia Michel

Neuropsicóloga
Guttman Barcelona

Cuando hablamos de salud mental, la imagen que nos viene a la cabeza suele estar relacionada con las emociones o con los síntomas asociados a los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, existe una dimensión menos visible, pero igualmente determinante para la autonomía y la calidad de vida: el funcionamiento cognitivo. Es frecuente que las personas que experimentan dificultades relacionadas con el estado de ánimo también se sientan identificadas con problemas de concentración, memoria, lentitud mental, impulsividad o dificultades para mantener una rutina.

Cuando estas funciones cognitivas se ven alteradas, incluso actividades sencillas pueden percibirse como abrumadoras, generando frustración y un aumento del malestar general. Muchos pacientes describen esta experiencia como una “niebla mental” que interfiere en su funcionamiento laboral, académico y social. Es importante destacar que estas dificultades no reflejan una falta de esfuerzo o motivación, sino alteraciones en circuitos cerebrales implicados en las funciones cognitivas esenciales. Además, en muchos casos estos problemas persisten incluso cuando los síntomas agudos del trastorno mental han remitido, convirtiéndose en uno de los principales factores que limitan la recuperación funcional completa.

En el enfoque actual de la neuropsiquiatría, además de la farmacoterapia o la neuroestimulación, la psicoterapia constituye un pilar fundamental dentro del tratamiento integral. Su objetivo no se limita al alivio emocional o a la reducción de síntomas, sino que también

estandarizadas y validadas científicamente, permite analizar de manera objetiva capacidades como la atención, la velocidad de procesamiento, la inhibición o la flexibilidad cognitiva.

Muchas veces, la sensación subjetiva de ir más lento, no poder concentrarse u olvidar cosas no refleja con exactitud qué procesos cognitivos están fallando. La evaluación ayuda a desglosar estas dificultades en componentes concretos, lo que facilita comprender mejor el problema y elaborar un perfil individualizado. Esto es especialmente relevante, ya que incluso dentro de un mismo diagnóstico clínico, dos personas pueden presentar perfiles cognitivos distintos. Además, la exploración no solo permite detectar dificultades, también ayuda a identificar las capacidades conservadas que pueden utilizarse como apoyo compensatorio, y ofrece una línea base objetiva desde la que medir con precisión la evolución a lo largo del tratamiento.

El tratamiento psicológico como herramienta

La psicoterapia moderna es un proceso estructurado, orientado a objetivos concretos y respaldado por una sólida base científica. La evidencia en la neuroimagen funcional ha demostrado que intervenciones como la terapia cognitivo-conductual, la remediación cognitiva o las técnicas basadas en el *mindfulness* pueden modificar patrones de funcionamiento cerebral alterados y reforzar redes funcionales alternativas que compensan los déficits presentes.

Por ejemplo, en condiciones como la depresión o el trastorno bipolar, las personas suelen referir dificultades a la hora de iniciar tareas, estructurar el día o gestionar el tiempo de manera eficaz. En estos casos, el abordaje se orienta a mejorar la anticipación ante posibles obstáculos, a dividir metas complejas en pasos más manejables o a priorizar tareas y construir planes de acción realistas, entre otros. El trabajo subyacente es actuar sobre las funciones ejecutivas (como la planificación, la organización, la toma de decisiones o la monitorización) que depen-

den de redes específicas del cerebro implicadas en la regulación y el control del comportamiento. De este modo, no solo se entrenan estrategias concretas, sino que también se favorece un mejor funcionamiento de estos sistemas cognitivos en la vida diaria.

Otra de las principales características en personas con malestar psicológico se relaciona con la presencia de pensamientos automáticos, como interpretaciones pesimistas, autocríticas constantes o anticipaciones de fracaso. Por ello, otro de los aspectos fundamentales que se trabaja en la consulta consiste en aprender a filtrar distracciones internas y externas, así como a reducir respuestas automáticas que interfieren en el funcionamiento diario. Esto se traduce en el entrenamiento de la atención selectiva y del control inhibitorio. A medida que estas habilidades se fortalecen, el cerebro necesita menos recursos para gestionar interferencias cognitivas, lo que mejora la concentración y reduce la sensación de saturación mental.

Hacia una reorganización adaptativa del cerebro

En conjunto, la psicoterapia puede entenderse como un proceso de adaptación del cerebro. No se limita a aliviar el malestar emocional, sino que también favorece cambios en el funcionamiento de los circuitos implicados en el pensamiento, la regulación emocional y la conducta. De forma similar al aprendizaje de una habilidad compleja, el trabajo terapéutico promueve cambios funcionales basados en la repetición, la práctica y la consolidación de nuevas estrategias cognitivas. Gracias a la neuroplasticidad, la terapia permite recuperar la eficacia del funcionamiento mental, facilitando que la persona recupere autonomía, mejore su calidad de vida y alcance una integración personal, social y funcional más plena y estable.

La Planificación de Decisiones Anticipadas en salud mental: qué es, por qué es necesario implementarla y cómo podemos hacerlo

La Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) permite a las personas dejar expresadas sus voluntades y preferencias de atención y acompañamiento ante futuras crisis de salud mental. A través del proyecto ADVANCE se está promoviendo la incorporación de la PDA en la cartera de servicios de salud mental de Catalunya.



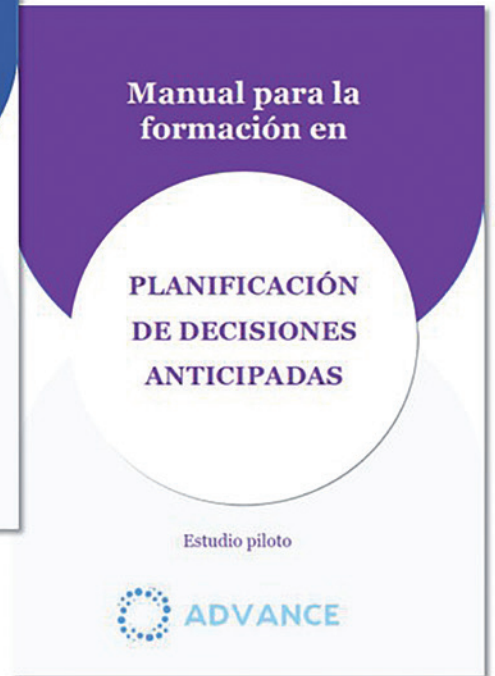
Hernán María Sampietro

Vocal de derechos de ActivaMent Catalunya Associació

Actualmente, estamos viviendo un cambio de paradigma en la atención de la salud mental, con el objetivo de alinear los diferentes servicios con la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas (2006). Este tratado de derechos humanos plantea un cambio de perspectiva radical: pone de manifiesto que el principio de igualdad –fundamento de la universalidad de los Derechos Humanos– no es un fundamento formal, que puede derogarse cuando se identifica una afectación de la competencia o capacidad mental de la persona para tomar “buenas” decisiones. Por el contrario, lo que hay que hacer es aplicar el principio de equidad, es decir, ofrecer a las personas los ajustes o compen-

saciones que sean necesarios para garantizar el pleno disfrute de todos los derechos, con independencia de sus diferencias individuales.

Este cambio de perspectiva está estipulado en el Artículo 12, llamado “Igual reconocimiento como persona ante la ley”, el cual establece que todas las personas, con independencia del tipo y gravedad de la discapacidad identificada o atribuida, son titulares de derechos y tienen capacidad de obrar, en igualdad de condiciones con las demás. Es decir que las personas con discapacidad, también aquellas con discapacidad intelectual o psicosocial –que es como se llama la discapacidad por motivos de salud mental en este marco– tienen derecho a ejercer derechos y a



“En lugar de hacer una evaluación de la competencia como criterio de exclusión para el ejercicio de derechos, lo que deberíamos hacer es identificar las necesidades de apoyo, los ajustes razonables y las barreras que impiden o dificultan el pleno ejercicio de derechos”.

tomar sus propias decisiones en todos los ámbitos de la vida, incluidas las decisiones relativas a tratamientos médicos. En este contexto, cuando se habla de ejercer derechos en igualdad de condiciones, se hace referencia a que se debe hacer de manera equitativa. Por lo tanto, a la hora de ejercer los derechos, en lugar de hacer una evaluación de la competencia como criterio de exclusión, lo que se debe hacer es identificar las necesidades de apoyo, los ajustes razonables y las barreras que impiden o dificultan el pleno ejercicio de derechos de la persona afectada. Por ello, el Artículo 12 de la CDPD establece la obligatoriedad de los Estados de ofrecer a las personas con discapacidad un acceso a sistemas de apoyo voluntarios, para que puedan ejercer su capacidad jurídi-

ca, así como a salvaguardas que garanticen una ayuda y una atención adaptadas a sus deseos.

La discapacidad psicosocial: un factor fluctuante

Precisamente, la Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) es un modelo de salvaguarda que tiene en cuenta la naturaleza fluctuante de la discapacidad psicosocial en la mayoría de las personas. Las personas no sufren de manera constante un brote psicótico, un episodio de manía, una crisis de depresión, etc. La PDA en salud mental es una estrategia de actuación que permite abordar o afrontar, de manera anticipada y de la mejor forma posible, los momentos de sufrimiento intenso, las crisis de salud mental o las recaídas clíni-

cas futuras. La PDA nos permite dejar constancia en nuestra historia clínica de los elementos siguientes:

- A. Consentimiento anticipado: las formas específicas de apoyo, atención y tratamiento que se prefiere recibir.
- B. Rechazo anticipado: las formas específicas de apoyo, atención y tratamiento que no se acepta recibir.

Asimismo, en una PDA se puede dejar constancia tanto de decisiones clínicas –por ejemplo, el tipo de ingreso preferido o una determinada medicación que no se quiere recibir– como de decisiones no clínicas –por ejemplo, a quién hay que avisar si tenemos una crisis o a quién delegamos el cuidado de los hijos o las mascotas si se produce un ingreso–.

Es importante tener en cuenta que la PDA no es lo mismo que el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). Esto es así por diversos motivos. Las decisiones que incluye un DVA afectan solo a la persona que lo elabora, como es el caso de aquellos que no aceptan recibir una transfusión de sangre por motivos religiosos. Por lo cual, la persona no necesita consensuar con nadie sus decisiones. Además, el DVA

es jurídicamente vinculante, es decir, de obligado cumplimiento. Por el contrario, en la PDA se pueden incluir decisiones que afectan a terceros. Así, por ejemplo, se puede indicar la preferencia por un ingreso domiciliario, en lugar de un ingreso hospitalario. Esto requiere que alguien del entorno de apoyo de la persona se comprometa a hacerse cargo de las crisis, y requiere la existencia de equipos de atención domiciliaria en el territorio del afectado. Por lo tanto, la PDA necesita una serie de pactos y acuerdos entre todas las partes implicadas en su cumplimiento. Por ello es fundamental que la PDA se elabore a través de un proceso deliberativo entre la persona usuaria de los servicios, su entorno de apoyo y su profesional de referencia. También es fundamental reflexionar y dejar constancia de las limitaciones para su cumplimiento, porque todas las partes tienen derecho a cambiar de opinión respecto a los pactos y acuerdos.

Implementación en Catalunya

Catalunya cuenta desde el año 2020 con un documento que incluye el marco normativo para la implementación de la PDA (Departament de Salut, 2020). A pesar de ello, se constató que su despliegue en la cartera de servicios no se estaba produciendo. Para resolver esta situación, se ha





“La PDA requiere de una serie de pactos y acuerdos entre todas las partes implicadas en su cumplimiento. Por ello es fundamental que se elabore a través de un proceso deliberativo entre la persona usuaria de servicios, su entorno de apoyo y su profesional de referencia”.

puesto en marcha el proyecto ADVANCE, cuya finalidad es promover esta implementación. Este proyecto está liderado por la Universitat de Barcelona, está financiado por el Ministerio de Ciencia, Investigación y Universidades, cuenta con el apoyo del Departament de Salut, y se realiza gracias a la colaboración con la Fundació Hospitalàries, Sant Joan de Déu y la asociación ActivaMent.

El proyecto ADVANCE, a través de un proceso participativo a nivel internacional y local, ha promovido la creación de una guía práctica para la elaboración de la PDA (Sampietro et al., 2025), así como una serie de materiales com-

plementarios que permiten implementar una formación para enseñar a elaborar la PDA. Todos estos materiales están publicados y se puede acceder a ellos de manera abierta. Actualmente, se está realizando un estudio piloto de evaluación de esta formación, en el cual también participan los servicios de salud mental del Bages, Tarragona y Girona.

La incorporación efectiva de la PDA en la cartera de servicios favorecerá una atención a la salud mental que respete los derechos humanos.

Depresión resistente: cuando el tratamiento también puede llegar a casa

Un proyecto de investigación de Guttman financiado por La Marató de TV3 ha permitido estudiar una técnica para aplicar la estimulación cerebral no invasiva a domicilio en 40 personas con depresión resistente. Los primeros resultados indican que la estimulación domiciliar semisupervisada puede incorporarse, como opción terapéutica complementaria, en circuitos asistenciales híbridos.



Gabriele Cattaneo

Dr. en Biomedicina
Investigador de Guttman
Institut de Recerca

Para muchas personas con depresión, el tratamiento farmacológico funciona. En estos casos, la sintomatología se reduce o remite poco a poco. Pero no siempre ocurre así. Una proporción relevante de pacientes, en torno al 30 %, continúan con síntomas intensos y persistentes pese a haber probado distintos fármacos y abordajes terapéuticos. Es lo que se conoce como depresión resistente al tratamiento, una situación que afecta profundamente a la vida diaria, las relaciones personales y la capacidad para trabajar. Frente a esta realidad, la investigación busca nuevas opciones que sean eficaces, seguras y más fáciles de integrar en la vida de las per-

sonas. En esa línea se sitúa un proyecto impulsado por Guttman, en colaboración con el Hospital de Bellvitge y la Universitat de Barcelona, y financiado por La Marató de TV3: estudiar si una forma de estimulación cerebral no invasiva puede aplicarse en casa, con un seguimiento clínico y con resultados satisfactorios para los pacientes.

Una opción cuando los tratamientos no bastan

La técnica estudiada se llama estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS). Dicho de manera sencilla, consiste en aplicar una co-

rriente eléctrica de muy baja intensidad sobre zonas concretas del cuero cabelludo para modular la actividad de redes cerebrales relacionadas con la regulación emocional. No es una técnica invasiva, no requiere cirugía y su perfil de seguridad, cuando se usa con protocolos rigurosos, es favorable. La gran pregunta del proyecto no era solo si esta intervención podía ayudar a mejorar síntomas depresivos, sino también si podía hacerse a domicilio, de forma semisupervisada, sin perder seguridad, adherencia ni control clínico. El objetivo, desde el inicio, fue doble: confirmar la viabilidad y la eficacia de este formato domiciliario e identificar biomarcadores que ayuden a prever qué pacientes pueden responder mejor.

Esto es importante porque, en la práctica, muchos tratamientos eficaces se encuentran con un obstáculo muy concreto: la vida cotidiana. Desplazarse a un centro sanitario varias veces por semana no siempre es fácil. Hay personas con fatiga, con limitaciones de movilidad, con dificultades económicas, con responsabilidades familiares o que viven lejos de un centro especializado en este tipo de técnica. En estos casos, un tratamiento domiciliario bien diseñado puede marcar la diferencia entre una opción viable y una opción imposible. Por eso, el proyecto no se limitó a enviar un dispositivo a las casas de los participantes, sino que construyó todo un modelo asistencial alrededor del paciente: formación inicial, acompañamiento por parte de una persona adulta del entorno del usuario, cuestionarios de seguimiento tras cada sesión, contacto semanal con el equipo y un circuito claro de alertas clínicas.

Cómo se desarrolló el estudio

El estudio reclutó a 40 personas con depresión resistente al tratamiento farmacológico. Tras el cribado clínico y de neuroimagen, dos participantes fueron excluidos por contraindicaciones y cinco no iniciaron o interrumpieron la intervención por motivos personales no relacionados con la estimulación. Finalmente, 33 pacientes completaron el protocolo completo de seis semanas de estimulación. Todos ellos realizaron una valoración an-

tes y después del tratamiento, con escalas clínicas de depresión, pruebas cognitivas y medidas de calidad de vida. Además, el proyecto contaba con el uso de herramientas neurofisiológicas, como electroencefalografía en reposo (rsEEG) o electroencefalografía combinada con estimulación magnética transcraneal (TMS-EEG), para explorar posibles marcadores cerebrales de respuesta.

El tratamiento consistió en 42 sesiones domiciliarias de 30 minutos repartidas en seis semanas, dirigidas al córtex prefrontal dorsolateral izquierdo, una región cerebral que desde hace años se considera una diana relevante en casos de depresión. Después de cada sesión, pacientes y acompañantes rellenaban un breve cuestionario para registrar incidencias técnicas o posibles efectos adversos. A esto se añadía una supervisión semanal por parte del equipo investigador, que también monitorizaba posibles señales de alarma como síntomas maníacos o ideas de suicidio. Es decir, el domicilio dejaba de ser un espacio sin control para convertirse en una extensión del circuito clínico.

Qué mostró el proyecto

Uno de los resultados más relevantes fue comprobar que este modelo es, en conjunto, viable. Con los 33 participantes que completaron el protocolo, se programaron 1.386 sesiones, de las cuales se realizaron 1.219, lo que equivale a una adherencia global del 87,95 %. Hubo incidencias técnicas, sobre todo relacionadas con el buen contacto entre los electrodos y el cuero cabelludo, pero en la gran mayoría de los casos pudieron resolverse sin impedir la continuidad del tratamiento. En términos de seguridad, los efectos adversos fueron en general leves o moderados: hormigueo, cefalea, somnolencia, enrojecimiento o molestias en el cuero cabelludo. No se registraron acontecimientos adversos graves atribuibles a la estimulación. Sí se detectó una alerta de riesgo suicida en un participante, que fue derivado de forma urgente a su psiquiatra, un dato que subraya algo fundamental: estos programas pueden ser seguros siempre que vayan acompañados de monitorización y de una respuesta clínica rápida cuando hace falta.



“Hay personas con fatiga, con limitaciones de movilidad, con dificultades económicas, con responsabilidades familiares o que viven lejos de un centro especializado en este tipo de técnica. En esos casos, un tratamiento domiciliario bien diseñado puede marcar la diferencia entre una opción viable y una opción imposible”.

Más allá de la viabilidad, la gran cuestión de fondo era si el tratamiento ayudaba realmente a los pacientes. Y los resultados apuntan a que sí. A lo largo de las seis semanas, el estudio mostró una reducción significativa de la sintomatología depresiva en las tres escalas principales utilizadas.

También se observó una mejora modesta, pero significativa, en el rendimiento cognitivo global. La calidad de vida no experimentó cambios significativos a corto plazo, algo que posiblemente tiene una lectura muy humana: a veces los síntomas empiezan a mejorar antes de que la persona pueda percibir el impacto sobre su vida cotidiana.

Otro hallazgo especialmente interesante es que la respuesta no fue igual en todos los pacientes. El estudio mostró una marcada heterogeneidad en la respuesta, y justamente por eso es tan importante avanzar hacia tratamientos más personalizados. Los análisis exploratorios

sugieren que algunas señales neurofisiológicas, como determinados patrones de EEG en reposo o algunas respuestas registradas con TMS-EEG, podrían ayudar en el futuro a distinguir mejor entre pacientes respondedores y no respondedores. También se observó que una mayor severidad basal o una edad más avanzada podrían asociarse a una menor magnitud de respuesta. Estos resultados sugieren que, aunque aún no estamos ante unos marcadores para establecer un uso clínico rutinario, sí vamos en una dirección prometedora: reducir el ensayo y error y acercarnos a una neuromodulación de precisión.

De la investigación a la clínica

De todo ello se desprende uno de los resultados más importantes: la traslación a la práctica clínica. Este trabajo no se ha quedado en una investigación aislada. El hecho de que el reclutamiento se realizara mediante una



colaboración con el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bellvitge ha demostrado la posibilidad de su aplicación directa en condiciones reales. Gracias a esta evidencia, el proyecto ya ha contribuido a implantar cambios reales en el sistema asistencial de Guttmann Barcelona, con la implementación de un servicio de estimulación domiciliar que sigue el protocolo diseñado y utilizado en el estudio. Esto tiene implicaciones muy concretas para nuestros pacientes: la posibilidad de acceder a una opción complementaria para tratar la depresión resistente, especialmente cuando el acceso a tratamientos presenciales es limitado o cuando los desplazamientos son una barrera.



“Estos programas pueden ser seguros siempre que vayan acompañados de monitorización y de una respuesta clínica rápida cuando hace falta”.

Dicho de otro modo, esta investigación no solo ha generado conocimiento, sino que ha empezado a transformar la forma de atender a personas concretas en nuestro entorno. La estimulación domiciliar semisupervisada puede incorporarse como opción terapéutica complementaria en circuitos asistenciales híbridos, combinada con un entrenamiento inicial, una monitorización remota y unos circuitos de alerta. Este matiz es importante. No se trata de sustituir automáticamente otras terapias, sino de ampliar el abanico de posibilidades para personas que a menudo necesitan tratamientos intensivos, prolongados y compatibles con la vida diaria. También significa pensar de manera equitativa: es necesario acercar la neuromodulación

a pacientes que, por motivos de distancia, carga familiar o dificultad funcional, tienen más complicado beneficiarse de fórmulas exclusivamente presenciales.

El futuro: protocolos rápidos y personalizados

Queda mucho camino por recorrer, y el equipo lo reconoce y es prudente. Los siguientes pasos incluyen validar estos resultados en ensayos aleatorizados y controlados, replicarlos en muestras independientes y seguir afinando qué dosis, qué intensidad y qué calendario funcionan mejor. Este estudio abre una línea muy sugerente: definir mejor la dosis efectiva en protocolos domiciliarios y explorar estrategias adaptativas, como esquemas escalonados o mecanismos de intensificación según la respuesta clínica. En otras palabras, no solo importa que la técnica funcione, sino también administrarla del modo más eficiente y personalizado posible.

Otros pasos futuros en esta línea de investigación pasan por estudiar la viabilidad, seguridad y eficacia de los protocolos acelerados. En otros formatos de neuromodulación no invasiva ya se están desarrollando estrategias

para implantar dosis altas o varias sesiones al día, con el objetivo de concentrar el tratamiento e invertir menos tiempo en él. Eso no significa que el mismo esquema pueda trasladarse de forma automática a la estimulación domiciliar con tDCS, pero sí marca una dirección clara: el futuro pasa por tratamientos más intensivos, mejor ajustados al perfil de cada paciente y potencialmente más rápidos en producir un beneficio clínico.

Una nueva oportunidad más cerca de la vida real

En un momento en que la salud mental exige respuestas más cercanas, flexibles y humanas, este proyecto aporta algo muy valioso: una prueba de que la innovación no siempre consiste en inventar algo completamente nuevo, sino que también reside en trasladar de forma segura y útil el tratamiento al lugar donde está el paciente. Para quienes conviven con una depresión resistente, esto puede significar mucho más que comodidad. Puede significar continuidad, accesibilidad y una nueva oportunidad. Y para Guttman, significa también constatar que la investigación que impulsa sigue traduciéndose en opciones reales para sus pacientes.

Adom

QineraGROUP

Transformamos espacios para mejorar vidas

Diseñamos entornos accesibles que acompañan el proceso de rehabilitación, mejoran la autonomía y promueven el bienestar de las personas con movilidad reducida.



-  Baños accesibles con ducha plana
-  Grúas de techo
-  Elevadores
-  Automatismos de puertas
-  Domótica
-  Mobiliario regulable

Solicita asesoramiento y presupuesto gratuito info@adom-autonomia.com t. 900 103 371 adom-autonomia.com



Mercedes Milà: “No contaba con que acabaría teniendo algo tan duro para siempre”



Júlia Bestard Barrio

Comunicación
y RSC Guttman

Propone quedar en +Bernat, una librería-café de Barcelona gestionada por una cooperativa de la que es socia. El lugar evoca irremediamente algunas escenas míticas de la historia de la televisión que ella ha coprotegonizado, como la rabieta del “yo he venido a hablar de mi libro” de Francisco Umbral o la entrevista en que

Camilo José Cela le compartió sus habilidades para absorber agua por canales de su cuerpo, digamos, poco ortodoxos.

Más de 50 años en televisión dan para generar muchos recuerdos, aunque probablemente su trabajo más conocido sean las 15 tempora-

das en las que estuvo al frente de *Gran Hermano*. Lo hizo con ese ímpetu y vehemencia que la caracterizan, sin que nadie sospechara que tenía desde hacía años un diagnóstico de depresión. Comenzó con una ruptura sentimental, se tornó crónica y desde entonces tiene recaídas periódicas. Una vez preguntó a un neurocientífico de Boston qué ocurre exactamente en el cerebro de una persona con depresión. “Todavía no lo sabemos”, fue la respuesta. “Me dejó hecha polvo”, asegura.

En los peores momentos, algunos de los puntales a los que se aferra son su perro, Scott, y la lectura. Ahora está con *La vida entera*, de David Grossman, y recomienda con entusiasmo la obra de David Uclés. Acaba de finalizar la grabación de su último programa, *Me meto en un jardín*, en el que se instala en jardines de España para entrevistar a 10 personas conocidas “muy respetables y muy interesantes”. Se nota que el oficio le corre por las venas: una vez se apaga la grabadora, acaba preguntando ella más que la entrevistadora.

¿Cómo ha ido la grabación?

Eran diez programas. Hicimos cuatro y me empecé a encontrar mal. Entonces pedí socorro a la productora.

¿Qué significa “encontrarte mal”?

Significa que no te levantas de la cama, que lloras, que todo lo ves negativo. Cuando yo soy todo lo contrario. Y que te parece que no vas a ser capaz de hacer una entrevista más en tu vida, estando además en la mitad de un programa de entrevistas. Duró tres o cuatro meses. Y cuando empecé a estar bien volvimos a ponernos en marcha, y lo hemos acabado ahora. Así que al final ha sido positivo y se ha podido hacer. Además, como los jardines eran muy protagonistas, este parón ha servido para que llegara la primavera, y estaban mucho más bonitos que cuando me encontraba mal. No hay mal que por bien no venga.

¿Cómo reaccionó la productora cuando pediste socorro?

Como siempre, porque no es la primera vez que pasa, con toda la generosidad y el respeto del mundo. Dijeron “paramos”. La cadena lo entendió perfectamente, porque la gente que ahora está en Televisión Española son personas que conozco bastante bien y me conocen a mí, con lo cual saben que esto puede pasar.

Tú hiciste público que tenías depresión en 2017, pero hace más de 25 años que tuviste el primer episodio.

¿Por qué en ese momento?

Pues no lo sé. Sé que al terminar *Gran Hermano*, en 2016, yo estaba agotada, muy cansada, y eso afecta mucho. El estrés daña mucho el cerebro, en el sentido de que el cortisol se desbarata y afecta a tu forma de ser, a la forma de estar en el mundo. Me llamaron para hacer entrevistas después de *Gran Hermano*, ofrecí muy pocas porque no me encontraba con fuerzas y a continuación hice una entrevista con Jesús Calleja, al que quiero muchísimo. Nos fuimos al Polo Norte y allí, en medio de la nieve, del frío bajo cero, de aquel programa apasionante y bonito, se ve que se me heló la cabeza. La serotonina, la dopamina y el cortisol se quedaron quietos y dijeron “oye, con este frío nosotros no actuamos” [ríe]. Ahí fue la primera vez que alguien supo que yo no estaba bien. Alguien que es Jesús Calleja.

El primero después de tu entorno cercano.

Calleja me preguntó y yo le expliqué que lo estaba pasando mal, que nunca pensé que con mi carácter iba a tener estos problemas en la vida. Y él se quedó muy impresionado porque no se lo esperaba. Y dije: “Pues sí, es así y además mucha gente si tiene algo parecido lo entenderá, porque nos entendemos muy bien entre nosotros”. Por ejemplo, yo leí una entrevista a Bruce Springsteen, que publicó un libro en el que hablaba de su depresión, y cuando estaba mal me agarraba como un clavo ardiendo a eso. Decía “si Bruce Springsteen, que es el rey de los escenarios, que es



el más grande de la música, ha pasado por esto, a mí me puede pasar y lo que me está pasando es verdad”. Por eso cuando me preguntan lo explico, porque pienso “si le sirve a alguien, estoy dispuesta a ayudar”. Y ahí fue cómo empezó. Primero fue Jesús y luego Jordi Évole.

Con Bruce por en medio.

Con Bruce para ayudarme. Jordi también es muy amigo mío y me sentía muy cómoda con él hablando de esto. A él también le chocó mucho, porque no le cabía en la cabeza que yo estuviera pasándolo tan mal. Todos los que pasan por una depresión saben que esto ocurre, que la gente de alrededor no puede entender que estés tan mal.

¿Por eso quisiste explicarlo?

Cuando expliqué lo que me pasaba, me pidieron que hablara en muchos sitios. Al principio, como quería ayudar, decía que sí. Pero llegó un momento en que no pude seguir, porque ni siquiera me iba bien a mí. Y entonces dejé de dar entrevistas. Ahora estoy esperando a que se estrene el programa de los jardines para volver a ello, porque seguro que me preguntan otra vez por la depresión: como hay tanta gente que la sufre, el interés es muy importante. Seguramente, antes había las mismas personas con estos problemas, pero no había salido a la luz, y ahora sí.

No había salido nadie a la luz, pero tú presentabas *Gran Hermano* ante toda España y tenías depresión.

Sí. Dices “no puedo salir de la cama”, pero ahí estaba, obligada. En las épocas buenas, yo me ocupaba mucho de *Gran Hermano*, veía la retransmisión de 24 horas siempre por la noche. Y esa es una de las razones por las que me puse mal, porque casi no dormía. Porque el sueño es importantísimo, y entonces no nos lo explicaban tanto. Dejar de ir a las reuniones de contenido del programa me hacía sentir fatal, pero el jueves sacaba fuerzas de no sé dónde y llegaba al camerino. Me arrastraba, pero llegaba y hacía como si “encapsulara” la depresión. Hacía lo que tenía que hacer: vestirme, maquillarme, peinarme... Y luego salía al programa como si no pasara nada. Luego, claro, llegaba a mi casa destruida y ahí empezaba otra vez la cuesta abajo. Eso me pasó un par de veces con *Gran Hermano*.

De eso hace más de diez años. Por aquel entonces no se hablaba tanto de salud mental.

Yo no hablaba con nadie de esto. Se dio cuenta mi estilista, que un día llegó al camerino y me dijo “oye, Mercedes, ¿a ti qué te pasa?”. Y yo arranqué a llorar como una loca. Me angustié tremendamente porque los ojos se me hincharon por el llanto y yo al cabo de dos horas tenía que salir en directo. Lo pasé muy mal y ella fue la que habló con algunos de los jefes del momento.



“Cuando me preguntan lo explico, porque pienso ‘si le sirve a alguien, estoy dispuesta a ayudar’”.

¿Y ellos te dijeron algo?

Ni me dijeron nada entonces ni me han dicho nada nunca. Yo creo que tenían apuro, vergüenza o no sé qué.

¿Te hubiera gustado que lo hicieran?

No lo sé. En aquel momento no lo sentí así, no eché nada en falta. Yo lo que quería era ponerme bien y dejar de hablar de este asunto tan desagradable.

Dices que te hace daño hablar de este tema.

Porque es *volver a*. Ahora estoy en una buena época, y vamos a ver lo que pasa con esta entrevista, porque me ha costado llegar a este punto de equilibrio. Estoy segurísima de que las personas que lean esto dirán “cómo la entiendo”, porque te disfrazas un poco cuando estás mal. A no ser que estés muy mal –que entonces no hay disfraz posible– o que alguien te pregunte –y entonces se te llenan los ojos de lágrimas–, disimulas, sonríes y sales corriendo. El temor es de volver a caer.

Dices que estás en un punto de equilibrio, pero grabando el programa has tenido una recaída. ¿El equilibrio ahora es así?

Sí. De vez en cuando tengo una no muy fuerte. Alguna impotencia, vamos a llamarlo así.

Has tenido que aprender a convivir con las impotencias.

Sí, y una vez que las personas de tu alrededor lo saben, reconocen inmediatamente cuando no estás bien porque pasas a ser silenciosa, a quedarte mirando a tu alrededor. Enseguida lo identifican y te dejan el espacio que necesitas.

Gente como por ejemplo tu hermano Lorenzo, que fue la persona que te ayudó en un primer momento.

Estuve dos años sin tratamiento ni nada. Y Lorenzo llegó un día a mi casa en Madrid, le vi, le abracé y me puse a llorar. Él ya me había visto en verano

Tecnología, experiencia y cercanía al servicio de tu movilidad

WhatsApp directo: 655 497 027
info@mueveteyaccede.es • www.mueveteyaccede.es

500 m²

ORTOPEDIA Y AYUDAS TÉCNICAS

Asesoramiento, venta y reparación de sillas de ruedas electrónicas, ligeras y ultraligeras. Asesoramiento en la accesibilidad en el hogar y la adaptación del vehículo

nuevas INSTALACIONES

Accesibilidad • Rehabilitación • Movilidad • Dormitorio
Vida diaria • Ocio y deporte • Transferencias • Asesoramiento

Tel.: 93 667 75 36
Carrer de Laureà Miró, 128
08950 - Esplugues de Llobregat



Le damos alas a tu silla



llorando todo el rato y me dijo: “Creo que tienes que poner fin a esto de alguna manera”. Me buscó una psiquiatra que me trató con química y me encontré bien enseguida, a los dos meses y medio. La imagen que tuve de esa sensación de arreglo fue como la de una gaviota que empieza a volar. Y lamento no haber dejado las pastillas lo antes posible, porque ahora me siento esclava de ellas. Por mucho que me digan “piensa en positivo, que son las que te salvan la vida”. Dependes de la química para sobrevivir y siempre te queda la duda de pensar “¿y si consigo quitármelas poco a poco?”. Pero entonces te dicen que no, que tu cuerpo está tan acostumbrado que lo pasarías muy mal. Y me da miedo y no lo hago.

¿Qué ha sido lo más duro de este proceso?

Cuando me dijeron “esto es crónico”. Yo pensaba que era temporal, no contaba con que acabaría teniendo algo tan duro para siempre. Tienes que repetirlo muchas veces: crónico, crónico, crónico. Hasta que va entrando en tu cerebro.

¿Qué otras terapias haces o has hecho?

He hecho dos intentos de terapia verbal con mi psiquiatra, que no me fueron útiles. Mucho deporte, que sí que era muy útil. Y trabajar me ayuda muchísimo. Estos días, cuando estaba en las grabaciones, decía: “¡Qué felicidad!”.



“Cuando aprendes que la depresión no mira si eres más o menos rico, si tienes más o menos trabajo, si eres feliz en tu vida diaria con tu familia y tus amigos... Cuando lo aprendes, ya no te culpas nada”.

Las personas que tienen una depresión a veces se culpabilizan o se ven débiles por no poder salir de la situación. ¿Te ha pasado?

Probablemente al principio. Pero cuando aprendes que la depresión no mira si eres más o menos rico, si tienes más o menos trabajo, si eres feliz en tu vida diaria con tu familia y tus amigos... Cuando lo aprendes, ya no te culpas nada. Sí te sientes débil, porque es terrible: no puedes contar con tus piernas, ni con tus manos, ni con tu cabeza.

Cuando moderaste una charla en Guttman Barcelona sobre la depresión dijiste que “siempre hay que tener esperanza con esta enfermedad”. ¿En qué centras la esperanza ahora?

Mi gran esperanza en este momento sería demostrarme a mí misma que puedo no tomar ni una pastilla y estar bien.

¿Qué crees que es lo más importante cuando se tiene una depresión?

Pedir ayuda y tener un diagnóstico cuanto antes, porque en ese momento te pueden tratar, y a mí las pastillas me ayudaron muchísimo y seguramente ahora me siguen ayudando, aunque esté harta de tomarlas. Pero es muy importante el diagnóstico porque hay mucha gente que se autodiagnostica o los diagnostican en la familia, y les dicen “sal a la calle, date un paseo, si te da el aire te encontrarás mejor”. Yo recomiendo que no se den esos consejos, porque es que no podemos, no nos sirve ni salir a la calle ni hacer nada de lo que la gente cree. Es importante que vayan al médico, aunque sé que la Seguridad Social te hace esperar mucho tiempo. Yo tuve la suerte de poder ir a un psiquiatra privado y por eso tuve un camino trazado enseguida.

¿Y qué dirías a las personas del entorno de alguien con depresión?

Que nos miren con cariño, que atiendan a lo que decimos y que tengan mucha paciencia. Yo he tenido mucha suerte porque mis hermanos se han volcado conmigo, han estado cariñosos, atentos, vigilantes. Ayudan mucho el amor, el respeto, que te escuchen y que te aporten.



Andrés Iniesta: “Este episodio me ha ayudado a ser mejor, conmigo mismo y con los demás”



Júlia Bestard Barrio
Comunicación
y RSC Guttman

Se conecta a la entrevista desde Dubái, donde vive actualmente, en camiseta. “Hace frío, ¿no?”, pregunta cuando ve a su mánager con chaqueta un viernes de mayo atípicamente fresco en Barcelona. Dice su fisioterapeuta, Raúl, que “si hubiera sido escritor, sería un poeta maldito, y si se hubiese convertido en una estrella del *rock*, sería un Kurt Cobain o una Amy Winehouse. Es de ese

tipo de personas, pero con un trasfondo cargado de mucha belleza y romanticismo”. Un trasfondo que, tal y como hemos visto siempre, no aflora a la superficie: durante media hora desgrana un episodio de su vida muy duro con una serenidad que nada consigue perturbar, ni siquiera la aparición en escena de su hija pequeña durante unos minutos.

En 2025, Iniesta publicó con Espasa (Planeta) *La mente también juega*, un libro en el que combina su voz con la de sus padres, su mujer, su nutricionista, su psicóloga, su psiquiatra y su fisioterapeuta para explicar cómo ha vivido su trayectoria como futbolista desde que a los 12 años ingresó en la Masia hasta hoy, en que se prepara para ser entrenador. En medio de todos los éxitos, muchísimos, una depresión que tuvo en 2009-2010 y que le dejó una enseñanza: “No por triunfar en la vida tienes todo resuelto a nivel emocional”.

¿Cómo estás ahora?

Todo bien. Muchos proyectos por delante y muy focalizado en el tema de ser entrenador. Hace algún tiempo que dejé de jugar a fútbol y ahora es “otra vida”, pero también tiene sus cosas.

En ocasiones, las personas que han tenido una depresión viven con la inquietud de recaer.

Lo que viví entre 2009 y 2010 fue lo más duro y difícil. Tuve algún episodio parecido estando en Japón, por diferentes situaciones, pero no tengo esa incertidumbre de llegar a vivir algo más agudo. Te puedes encontrar con momentos que te generan un estrés muy alto o con situaciones familiares que no sabes gestionar, pero este tipo de experiencias te enseñan a anticipar o gestionar mejor situaciones que antes eran totalmente incontrolables.

¿Qué ocurrió exactamente?

En ese momento no me importaba mucho el nombre o el diagnóstico, sino que era una situación muy difícil. Requerí de profesionales, tanto de medicina psiquiátrica como de psicología. Esos fueron los dos puntos más importantes, y luego tuve la oportunidad o la suerte de seguir yendo a entrenar. El deporte y el fútbol a lo mejor no

eran lo más importante, pero sabía que eran una vía de escape para seguir avanzando.

En *La mente también juega* explicas que ibas al entreno, aunque solo fueran diez minutos, porque te ayudaba. Pero al mismo tiempo tu mujer, Anna, afirma que “el verdadero cambio se produjo cuando Andrés dejó el Barça”. Parece contradictorio: el fútbol como vía de escape y el fútbol como estresor.

Hay un momento en mi vida bastante traumático, que es cuando me voy a Barcelona con 12 años y mi familia se queda en Albacete. Ese momento me ha acompañado y a la vez me ha perseguido durante muchos años. Yo no diría que el fútbol me ha generado ese tipo de situaciones. Sí que conlleva, y más estando en el Barça y habiendo crecido ahí, todo tipo de presiones y responsabilidades. Te lleva a unos picos de autoexigencia fuera de lo normal, pero estuve preparado para eso, y cuando tuve más herramientas para solventar diferentes situaciones, eso me ayudó. Afortunadamente para mí, este episodio me ha ayudado a ser mejor, conmigo mismo y con los demás, y a conocerme mejor. Y estoy feliz de haberlo conseguido, porque mucha gente no lo consigue.

Separarse de la familia con 12 años debe de ser difícil, aunque sea para cumplir un sueño.

Como dice Inma [su psicóloga], tú eres, sin querer, el faro de tu familia. Todo gira en torno a ti y te haces adulto antes de tiempo. Yo entrenando era el más feliz, pero cuando volvía a La Masia, sobre todo al inicio, y tenía que irme a dormir o tenía que hablar con ellos por la noche, se me hacía un mundo. Más allá de eso, solo pensaba en el fútbol y en estudiar, nunca me salía de los raíles, y eso tiene cosas buenas y otras que van minando. Ahora hay muchos chicos y chicas que tienen la oportunidad de poder expresar todas estas sensaciones, y eso es un avance. En aquel momento, no teníamos tantas herramientas o conocimientos para que ese dolor no fuese tan punzante.



“Me siento afortunado porque con los años ha habido otros deportistas que se han puesto en contacto conmigo y me cuentan situaciones que están experimentando y yo les puedo ayudar”.



¿A eso te refieres cuando escribes que el mundo ha cambiado para bien?

En el ámbito del deporte y la salud mental, no hay más que ver cuántos deportistas o personas públicas se abren y expresan. Hace 10 o 15 años no existían tantos testimonios sobre personas que, como yo, hemos tenido la oportunidad, el privilegio, de hacer lo que nos gusta y estar bien remunerados, pero que no estamos exentos de vivir situaciones que no podíamos controlar.

Según tu experiencia, lo que nos pasa en la infancia condiciona mucho lo que nos ocurrirá en el futuro. ¿Lo tienes en cuenta a la hora de criar a tus cinco hijos?

No existe un libro que te enseñe cómo educar, y no hay más que ver a nuestros cinco hijos: cada uno es diferente. Lo único que intentamos es acompañarlos, y sobre todo que se comuniquen, que hablen, que no tengan miedo, que no sientan vergüenza. Y si en el cole o en sus equipos viven una situación u otra, darles ese soporte, porque creo que la comunicación es lo más importante. A partir de ahí, también les dices que la vida se trata de eso, de situaciones incómodas, a veces difíciles, pero que te tienen que servir para aprender y avanzar. Es difícil que tu hijo de diez u ocho años lo llegue a entender, pero a base de hablarlo esas cosas se te quedan en la cabeza. Quizá no es algo que te sirva para hoy, pero si en unos meses o un año te vuelve a pasar, seguramente en tu cabeza ya estará

interiorizado cómo tienes que solventarlo. Acompañarlos y estar a su lado. Poco más se puede hacer.

¿Tú tuviste ese acompañamiento de pequeño?

Nosotros, con mi padre y mi madre, a lo mejor no hemos sido de expresar mucho lo que sentíamos, pero supongo que aprendes a base de golpes. Cuando viví este episodio tan difícil, ellos también estuvieron hablando con Inma para saber cómo afrontarlo, porque a veces es casi más importante la gente que está alrededor que tú mismo. Ahora que soy padre, si me preguntan si dejaría a mi hijo en un lugar con 12 años, se me vendría el mundo encima, igual que se les vino a ellos. Pero al final tienes que actuar como crees que es mejor para tus hijos. A veces te equivocas, a veces aciertas. Pero bueno, eso es lo que se decidió y al final mereció la pena.

Escribes que “todo empieza después del que había sido el verano más exitoso de mi vida”. Fue en 2009, después de Stamford Bridge, de ganar la Champions, de superar una lesión que no te dejó jugar la final de la Copa. Y caes en una depresión.

Yo creo que cuando expones el cuerpo a situaciones altamente estresantes, donde tienes un compromiso fuera de lo normal y la exigencia requiere estar en un lugar como en el que estaba, cuando ese cuerpo para y se relaja, hay algo que explota. Muchas veces pasa que estás en tu día

la entrevista

a día y llegan las vacaciones y relajás el cuerpo, y “ostras, ¿qué me está pasando? ¡Si lo único que tengo que hacer es descansar!”. Me pasó un poco eso. Y ese momento puntual, que vino derivado seguramente de todo lo anterior, fue el punto de inflexión. Y no sé si la palabra es “agradecido”, pero sí estoy contento de que pasase y me sirviese para intentar sacar una versión mejor.

¿Mejor en qué?

Sobre todo mejor a la hora de controlar muchas situaciones que antes no controlaba. Mejor en saber poner límites. En saber que lo más preciado que tienes es el tiempo y que tiene que ser un tiempo de calidad para ti y para la gente que te importa. Pero tampoco tengo nada que recriminarme. Soy una persona que intenta vivir lo que le toca, encontrar soluciones a lo que se le presenta, sean difíciles o buenas, y a partir de ahí hay que intentar aprender, crecer y ser mejor. Me siento afortunado porque, con los años, ha habido otros deportistas que se han puesto en contacto conmigo y me han contado situaciones que estaban experimentando, y yo les he podido ayudar. Me encanta hablar del tema, me encanta ayudar cuando alguien sufre esa situación, porque sé que es súper desagradable.

En su momento, solo lo explicaste en casa, a Pep Guardiola, a tu psicóloga y a tu fisioterapeuta. ¿Qué te llevó luego a hacerlo público y escribir un libro?

Te diría que no lo sé. Recuerdo que fue en una entrevista en La Sexta, con Jordi Évole, cuando estaba en Japón. Surgió de forma natural. No es que tuviera ganas, pero quería contarlo, porque parece que solo explicas las cosas buenas que te pasan, cuando ganas títulos y demás. Y salió, sin buscar nada. Ya que prácticamente todo el mundo me conoce, pues que también sepan las cosas que me pasan.

¿Qué recomendarías a una persona que está pasando por la misma situación que tú en aquel momento?

No me gusta generalizar, pero sobre todo que verbalicen. Que comuniquen, hablen con la gente con la que tienen confianza y se pongan en manos de profesionales. Y les diría que es muy difícil, porque cuando estás en una situación así estás completamente vacío, sin control de ti mismo ni de las situaciones.

¿Y a la gente que está alrededor?

Que no moleste en la medida de lo posible. Porque ese afán de ayudar, de relativizar las cosas que pasan, se vuelve en contra, porque nadie entiende lo que tú sientes en ese momento. Mi familia, mi mujer y algunos amigos hablaron con Inma para que les orientase en cómo ayudar. Fue un acierto, porque no me molestaban mucho [sonríe]. Recuerdo, por ejemplo, que estábamos comiendo con mis padres, y si me apetecía irme y levantarme de la mesa, me iba y no me cuestionaban. A la gente que está al lado, les diría que acompañen y que no intenten decirle al otro lo que tiene que hacer.

Hay gente que se siente culpable por no poder salir por sí misma de la situación.

No he tenido esa sensación de culpa. Siempre me he querido, me sigo queriendo y mi autoestima siempre ha estado por las nubes. Eso también me ha ayudado mucho. He confiado mucho en mis posibilidades, por eso no me ha dado miedo nunca enfrentarme a los retos que se me han presentado, prácticamente todos deportivos. Eso también es un desgaste mental, esa autoexigencia, pero nunca me lo he recriminado. Sí que llegó un momento en el que fui humilde y honesto conmigo mismo y dije “o me ayudáis o me voy a morir”. Y a partir de ahí todo ha sido construir, poner cositas positivas en el camino para volver a ser mejor. Vengo de una familia sin prácticamente nada, y toda mi vida ha sido un camino de esfuerzo y de enfrentarme a los retos que han venido. Creo que esa personalidad, que me viene de familia, me ha ayudado a afrontar muchos momentos difíciles.

El suelo pélvico en el paciente neurológico

Las enfermedades neurológicas pueden afectar al funcionamiento del suelo pélvico, que se relaciona con la continencia urinaria y fecal y con la función sexual. En este artículo, exploramos los diversos problemas urinarios e intestinales, por qué aparecen, cómo se evalúan y qué opciones existen para mejorar la calidad de vida de las personas.



Dr. Albert Borau

Dr. en Medicina. Especialista en neurourología.



Dra. Margarita Vallès

Dra. en Medicina. Especialista en tratamiento del intestino neurógeno.

El suelo pélvico es un conjunto de músculos, ligamentos y tejido conectivo que sostiene los órganos pélvicos y abdominales. Además de dar soporte, el suelo pélvico permite que los órganos de esta zona (vejiga, uretra, útero, vagina, próstata, vesículas seminales, recto, canal anal y aparato esfinteriano) funcionen correctamente. Como consecuencia, está estrechamente relacionado con la continencia urinaria y fecal, así como con la función sexual.

Las enfermedades neurológicas, como la lesión medular, el daño cerebral o la esclerosis múltiple, entre otras, pueden afectar al correcto funcionamiento del suelo pélvico. Esto puede provocar disfunciones en las tres esferas mencionadas anteriormente, con una gran repercu-

sión en la calidad de vida de la población afectada.

Por este motivo en Guttman Hospital de Neurorrehabilitación prestamos una atención especial a este tipo de disfunciones, tanto en la práctica asistencial como en la formación de los profesionales en este ámbito. El pasado mes de febrero, organizamos un seminario titulado “El suelo pélvico en el paciente neurológico”, que contó con una gran asistencia y una valoración muy positiva por parte de los participantes.

A raíz de esta experiencia, hemos considerado oportuno elaborar este artículo. Su objetivo es acercar a pacientes y familiares la información más relevante sobre la materia, de forma clara y útil. Nos centraremos

especialmente en los problemas urinarios e intestinales, por su frecuencia y por cómo pueden afectar al día a día de las personas que los padecen. El objetivo es ayudar a comprender qué son, por qué aparecen, cómo se evalúan y qué opciones existen para mejorar la calidad de vida de las personas que los sufren.

VEJIGA NEURÓGENA

La vejiga neurógena es una disfunción miccional causada por una lesión neurológica que afecta a la vejiga, al sistema esfinteriano o a ambos, alterando el almacenamiento y/o la evacuación normal de la orina. Puede provocar incontinencia urinaria (emisión involuntaria de orina), que afecta a la imagen corporal y a la autoestima, con una interferencia de las actividades de la vida diaria y de la calidad de vida.

La incidencia de la vejiga neurógena es difícil de conocer, y afecta a gran número de enfermedades neurológicas. Puede tener un origen congénito –por ejemplo, la espina bífida– o adquirido. Las causas adquiridas pueden ser traumáticas o no traumáticas, y afectan al cerebro (en caso de ictus o traumatismo craneoencefálico), la médula (lesión medular) o a ambos (esclerosis múltiple).

La vejiga neurógena traumática se atribuye a la disfunción debida a causas traumáticas, especialmente una lesión de la médula espinal. Los hallazgos clínico-exploratorios dependerán de la localización de la lesión (cervical, dorsal, lumbar), el grado de afectación (lesión completa o incompleta) y el momento evolutivo (lesión aguda o crónica).

Control neural

El control vesicoesfinteriano constituye uno de los mecanismos neurológicos más complejos del organismo, debido a la participación de múltiples estructuras nerviosas y de amplios circuitos de información que requieren una coordinación precisa entre distintos niveles del neurorje (cerebro y médula espinal).

Este control integra la actividad voluntaria con los mecanismos reflejos regulados por el sistema nervioso simpático y parasimpático. Para mantener un funcionamiento normal, es necesaria la integridad de todas estas estructuras nerviosas; por ello, cualquier lesión neurológica puede alterar fácilmente el control miccional y el funcionamiento esfinteriano.

Valoración de la vejiga neurógena

Actualmente, de acuerdo con los consensos internacionales, la valoración clínica de la vejiga neurógena se centra en el comportamiento funcional de la vejiga y del sistema esfinteriano, más que en la localización exacta o la intensidad de la lesión neurológica.

La evaluación se basa fundamentalmente en los estudios urodinámicos, que permiten definir el comportamiento vesical según la actividad del músculo detrusor. Durante la fase de llenado, la vejiga puede presentar una función normal o hiperactividad del detrusor; mientras que, en la fase de vaciado, puede observarse una contracción normal, hipoactividad o ausencia completa de contracción.

Los estudios urodinámicos también permiten valorar el comportamiento del sistema esfinteriano, y facilitan el diagnóstico tanto de la incontinencia urinaria como de posibles obstrucciones funcionales u orgánicas.

Asimismo, el registro de un diario miccional durante tres días constituye una herramienta fundamental para el estudio de la función vesical, ya que permite analizar la capacidad de la vejiga, los hábitos miccionales, los episodios de incontinencia y los volúmenes de ingesta hídrica. Este registro representa un pilar básico del tratamiento conservador, que incluye una terapia conductual, un ajuste farmacológico y las maniobras de vaciado, como las micciones programadas o el cateterismo.

Complicaciones de la vejiga neurógena

Las complicaciones asociadas a la vejiga neurógena representan un aspecto fundamental, por su repercusión sobre



“El control vesicoesfinteriano constituye uno de los mecanismos neurológicos más complejos del organismo, debido a la participación de múltiples estructuras nerviosas y amplios circuitos de información que requieren una coordinación precisa entre distintos niveles del neuroeje”.

la salud general de las personas afectadas y también sobre su calidad de vida. Dichas complicaciones pueden derivarse de la propia disfunción urinaria o de los sistemas utilizados para el drenaje y el vaciado de la vejiga.

Complicaciones generales

Disreflexia autónoma. Es una respuesta exagerada del sistema nervioso autónomo ante estímulos como la distensión vesical por retención urinaria o el estreñimiento severo. Puede manifestarse de forma leve con sudoración, rubefacción o piloerección, pero también ocasionar cuadros graves como hipertensión intensa, cefalea o incluso hemorragia cerebral. Se trata de una urgencia potencialmente grave, aunque reversible si se corrige la causa desencadenante. Colocar al paciente en posición sentada puede ayudar a disminuir la presión arterial.

Alergia al látex. El látex, antiguamente presente en sondas y dispositivos urinarios, puede provocar reacciones alérgicas. Aunque actualmente, en muchos casos, se ha

sustituido por la silicona, sigue siendo un problema relevante, especialmente en personas con espina bífida. Las manifestaciones de esta alergia varían desde el picor o la urticaria hasta reacciones graves como el edema de glotis y la dificultad respiratoria.

Complicaciones derivadas de la disfunción miccional

Infección urogenital. Es la complicación más frecuente. Habitualmente está causada por enterobacterias, especialmente la *Escherichia coli*. El principal factor predisponente es el vaciado incompleto de la vejiga y la presencia de un residuo urinario elevado.

Las infecciones pueden ser asintomáticas o evolucionar hacia cuadros graves que afecten al estado general o a los tejidos blandos. Solo deben tratarse las infecciones sintomáticas o aquellas que alteren la función urinaria.

Litiasis urinaria. La formación de cálculos urinarios es significativamente más frecuente que en la población



general. Factores como la inmovilidad, las infecciones crónicas, la hipercalcemia y la estasis urinaria favorecen su aparición.

Los síntomas pueden ser poco específicos, manifestándose mediante espasticidad o episodios de disreflexia. Actualmente, la mayoría de los tratamientos se realizan mediante litotricia extracorpórea u técnicas endoscópicas, reservándose la cirugía abierta para casos complejos.

Reflujo vesicoureteral. Consiste en el retorno de la orina desde la vejiga hacia los uréteres y los riñones. Puede favorecer infecciones renales y deterioro progresivo de la función renal.

Su diagnóstico se realiza mediante pruebas radiológicas, como la cistografía. El tratamiento suele ser en-



“Cuando el vaciado vesical no es eficaz, puede recurrirse al cateterismo intermitente, considerado una de las técnicas más útiles para garantizar el vaciado completo de la vejiga y reducir complicaciones”.

doscópico mediante inyección de sustancias que refuerzan el mecanismo antirreflujo.

Ureterohidronefrosis. Se caracteriza por la dilatación de los uréteres y de la vía urinaria superior, con posible afectación renal a largo plazo.

Las causas más habituales son la obstrucción o la compresión de los uréteres. El tratamiento puede requerir mejorar el vaciado vesical o realizar cirugía desobstructiva y ampliación vesical.

Fístulas urinarias. Son comunicaciones anómalas entre la vía urinaria y los tejidos vecinos, como los músculos, la piel o el hueso. Suelen ser complejas y requieren un tratamiento con antibióticos, una derivación urinaria y, en muchos casos, una cirugía reconstructiva.

Complicaciones relacionadas con los sistemas de drenaje urinario

Sonda uretral permanente. El uso prolongado de sondas permanentes puede asociarse a infecciones urinarias, cálculos vesicales, lesiones uretrales, falsas vías, fístulas y estrecheces uretrales.

Cateterismo intermitente. Presenta menor riesgo de infección que la sonda permanente, aunque puede ocasionar hematuria, falsas vías uretrales y estenosis.

Catéter suprapúbico. Reduce las complicaciones uretrales y las lesiones de tejidos blandos. También se asocia con una menor incidencia de prostatitis y epididimitis.

Colectores urinarios. Pueden provocar lesiones cutáneas, dermatitis, úlceras por presión o alergias, especialmente relacionadas con materiales como el látex.

Tratamiento de la vejiga neurógena

El tratamiento de la incontinencia en la vejiga neurógena tiene como objetivo mejorar la continencia, favorecer

un vaciado vesical adecuado y preservar la función renal. Para ello, suele combinar medidas conservadoras, farmacológicas y, en algunos casos, quirúrgicas.

Las primeras estrategias incluyen la terapia conductual, basada en hábitos miccionales programados, control de la ingesta de líquidos, planificación de itinerarios fuera del domicilio y aprendizaje de maniobras para facilitar el vaciado de la vejiga. Estas medidas pueden contribuir de forma importante al control esfinteriano y a la autonomía personal.

Cuando el vaciado vesical no es eficaz, puede recurrirse al cateterismo intermitente, considerado una de las técnicas más útiles para garantizar el vaciado completo de la vejiga y reducir complicaciones.

El tratamiento farmacológico se orienta a modular el funcionamiento vesical mediante fármacos que disminuyen la hiperactividad del músculo detrusor o facilitan la apertura del cuello vesical y del esfínter urinario.

Entre las terapias más utilizadas destaca también la toxina botulínica, que puede inyectarse en la vejiga para mejorar la capacidad de almacenamiento urinario o en el esfínter uretral para favorecer el vaciado.

morgan
Diseñada para tu día a día
Potencia y control en interior y exterior

Escanea para más info

karma
A Better Wheelchair, A Better Fit

MÁS INFORMACIÓN EN WWW.KARMAMOBILITY.ES

karma
A Better Wheelchair, A Better Fit

La fisioterapia del suelo pélvico ocupa igualmente un lugar relevante. Los ejercicios de Kegel ayudan a fortalecer la musculatura pélvica, mientras que las técnicas de *biofeedback* permiten mejorar el control vesical mediante la contracción voluntaria de la musculatura anal y perineal.

En los últimos años han adquirido importancia las técnicas de neuromodulación, basadas en la estimulación nerviosa de las raíces sacras, del nervio dorsal del pene o del clítoris y, especialmente, del nervio tibial posterior, que actualmente cuentan con una creciente evidencia científica.

Cuando las medidas conservadoras no son suficientes, puede recurrirse a tratamientos quirúrgicos, como la cirugía reconstructiva del suelo pélvico, el implante de mallas o la inyección de sustancias abultantes para mejorar el cierre uretral.

INTESTINO NEUROGÉNICO

El intestino neurogénico es una alteración del funcionamiento intestinal causada por una lesión en el sistema nervioso que puede afectar a la capacidad de controlar la continencia y la defecación. Puede provocar dos grandes síntomas, que habitualmente coinciden, el estreñimiento (dificultad para evacuar) y la incontinencia anal (pérdida involuntaria de heces).

La continencia y la defecación dependen de una coordinación precisa entre el intestino, el recto, la musculatura abdominal y el suelo pélvico, los nervios y el cerebro. Cuando una enfermedad neurológica altera este sistema, pueden aparecer dificultades para controlar la evacuación intestinal. Las enfermedades neurológicas pueden producir pérdida de sensibilidad, alteración de los reflejos intestinales, lentitud del tránsito intestinal y dificultades de coordinación muscular durante la defecación.

Además, factores frecuentes en estas enfermedades, como la inmovilidad, determinados medicamentos o la

dependencia funcional, también pueden favorecer el estreñimiento y la incontinencia anal.

¿Cómo se evalúa el intestino neurogénico?

La evaluación del intestino neurogénico incluye una entrevista clínica detallada, una exploración física y, en algunos casos, pruebas complementarias. Durante la valoración se estudian los hábitos intestinales, la presencia de estreñimiento o incontinencia y el tiempo dedicado a la evacuación. La exploración física permite valorar la sensibilidad, los reflejos y la capacidad de contracción de la musculatura del suelo pélvico.

En algunos casos, para ayudar a entender mejor el problema y a orientar el tratamiento, estará indicado realizar alguno de los estudios siguientes:

Tiempo de tránsito colónico. Permite evaluar si el tránsito a través del colon es normal o está enlentecido. **Manometría anorrectal.** Permite estudiar la presencia de reflejos anorrectales, la capacidad de contracción del esfínter anal externo, la sensibilidad rectal y la coordinación entre la musculatura abdominal, el esfínter anal externo y el resto del suelo pélvico.

Estudios neurofisiológicos. Son útiles para completar el estudio de la afectación de los nervios responsables del control de la sensibilidad y la contracción muscular del suelo pélvico.

¿Cómo se trata el intestino neurogénico?

El tratamiento del intestino neurogénico debe adaptarse a las características y necesidades de cada persona. Sus principales objetivos son evitar la incontinencia, conseguir evacuaciones regulares y mejorar la calidad de vida.

La base del tratamiento es establecer un programa de evacuación individualizado con horarios regulares, una dieta rica en fibra, una hidratación adecuada y actividad



física siempre que sea posible. También pueden utilizarse diferentes técnicas para facilitar la evacuación, como supositorios, estimulación mecánica, evacuación manual o tratamientos farmacológicos.

Cuando estas medidas no son suficientes, existen otras alternativas como la irrigación transanal, que facilita la evacuación intestinal mediante la introducción controlada de agua en el recto y el colon. En casos puntuales, puede ser útil la rehabilitación del suelo pélvico o algunas técnicas de neuromodulación y neuroestimulación.

La cirugía, especialmente la colostomía, se reserva para situaciones graves o refractarias, aunque en determina-

dos pacientes puede mejorar significativamente la autonomía y la calidad de vida.

Además del tratamiento intestinal, es importante tener en cuenta otros factores como la movilidad, la capacidad cognitiva, el acceso al baño y las adaptaciones del entorno.

Aunque el intestino y la vejiga neurogénicos puede ser un problema complejo, hoy en día disponemos de diferentes estrategias para gestionarlos. Con un buen diagnóstico, un tratamiento adecuado y el apoyo de los profesionales sanitarios, es posible conseguir una mejora significativa. Hablar abiertamente y buscar ayuda es el primer paso para recuperar el control y el bienestar.

“La mejor rehabilitación de nuestras vidas”

Coincidiendo con el 60 aniversario de Guttman Hospital de Neurorrehabilitación, cuatro expacientes aceptaron un reto que empezó acumulando muchos “no”. No era fácil, no era habitual, no parecía posible, pero les convencieron y, acabaron formando parte del equipo que participó en la Škoda Titan Desert Morocco, una de las pruebas internacionales de ciclismo de montaña más exigentes. De ahí ha surgido el documental *TITANES, la historia de un no*, que podrá verse próximamente en Movistar. Hablo con ellos para entender qué hay detrás de cada uno de esos “no” y cómo se transformaron en un “sí”.



Carol Mendoza
Responsable de
Mecenazgo
Fundació Institut
Guttman



He quedado con ellos en el hotel donde, en pocas horas, se estrenará el documental *TITANES, la historia de un no*. Están nerviosos, solo han visto el tráiler. Han invitado a amigos, familiares y personas importantes en sus vidas, como Víctor, el *mosso d'esquadra* fuera de servicio que le salvó la vida a Cristian tras su accidente. Antes de entrar en la sala, me cuentan qué los llevó a Guttman, cómo se sienten hoy y por qué dijeron "sí" a una experiencia que, sin saberlo, les acabaría cambiando la vida.

Iñaki tuvo un accidente practicando *motocross*. En Guttman coincidió con Pablo, que en abril de 2021 sufrió una caída mientras escalaba. Ambos son navarros y tienen una lesión medular. Se autodenominan con humor "Los Paras". Recuerdan su estancia en Guttman, primero como una pesadilla y luego como una experiencia muy positiva y constructiva para el momento en que regresaron a casa. Los dos van en silla de ruedas y son unos enamorados de sus *handbikes*.

La historia de Buga y Cristian es distinta. Su discapacidad no se ve, pero está ahí. Ambos sufrieron un daño cerebral tras ser atropellados mientras iban en bicicleta, uno en Galicia y otro en Catalunya. Recuerdan poco del accidente y de los días posteriores, pero rememoran su paso por Guttman como un proceso de aprendizaje muy duro. "Todo el mundo tendría que pasar por el hospital un fin de semana para valorar y aprender" dice Cristian.

Los cuatro formaron parte del equipo Guttman que participó, en mayo de 2025, en una de las pruebas más exigentes de bicicleta de montaña: la Škoda Titan Desert Morocco. Lo hicieron junto a dos fisioterapeutas, Miquel Sarrió y Roger Rifà, un auxiliar de enfermería, Alfonso Rubio, y dos médicos, Álex del Arco y Jesús Benito. Junto recorrieron seis etapas, cerca de 600 kilómetros de dunas, pistas de piedras, barro, mucho desnivel y un calor difícil de aguantar. Un reto que, además, se enmarcaba en la celebración del 60 aniversario de Guttman, inaugurado en 1965.



"Todos coinciden en que Guttman fue, en un primer momento, un lugar difícil. El impacto, la aceptación, el 'no podré'. Pero ese punto de partida dio paso a lo que muchos describen como 'un despegue hacia la vida'. Un proceso que no termina al salir del hospital, sino que empieza de verdad cuando uno se enfrenta al mundo real".



Un despegue hacia la vida

Todos ellos coinciden en que Guttmann fue, en un primer momento, un lugar difícil. El impacto, la aceptación, el “no podré”. Pero ese punto de partida dio paso a lo que muchos describen como “un despegue hacia la vida”. Un proceso que no termina al salir del hospital, sino que empieza de verdad cuando uno se enfrenta al mundo real.

El documental lo refleja muy bien: el equipo vivió en realidad dos *titan*. La de la competición... y la que empezaba al terminar cada etapa. Porque cuando otros descansaban, para ellos comenzaba un nuevo reto: ducharse, cambiarse, organizar el material, gestionar el cansancio, compartir lo ocurrido a lo largo del día. Situaciones cotidianas que, en su caso, requerían de organización y apoyo, no solo físico sino también mental.

Porque, más allá de los obstáculos propios de la carrera, también contaban los momentos de duda. “Maldito el día en que os dije que sí” o “me quiero ir a casa”, manifestó Buga al resto del equipo. Él pone el foco en una realidad que muchas veces pasa desapercibida: “No se valora el esfuerzo mental que una experiencia así supone para alguien con daño cerebral. Para la mayoría de participantes, era más fácil darle el mérito al que va en silla”.

Recuerda cómo cruzó la meta el último día: “Entré con una cara como si viniera de un entierro... No logré expresar la emoción que sentía, fruto seguramente de mi daño cerebral”. Y añade: “A la Titan le tenía respeto, pero miedo no”. Las conversaciones con su pareja y con el equipo fueron clave para sostenerse.

De incógnita a constante

La presión también jugó su papel. Entraron con la condición de no competir en la clasificación, pero acabaron marcando buenos tiempos. Pasaron de ser percibidos como una incógnita, incluso como “un problema”, a

convertirse en un equipo más: competitivo, constante y capaz de superar etapas y de coronar la gran duna, igual que el resto.

Y es justo ese momento, el ascenso a la duna de la primera etapa, el que todos recuerdan como el mejor instante de toda la competición. Porque ocurrió algo importante: trabajaron en equipo, midieron las fuerzas, confiaron en las capacidades de cada uno. Toda esa lucha por estar, por demostrar, tuvo su recompensa. Ahí lograron su *titan*.

El resto de los participantes, primero incrédulos, después respetuosos, acabaron compartiendo, acompañando e incluyendo.

Y ese es, en esencia, el espíritu que Guttmann impulsa: hacer visible lo que muchas veces la sociedad no ve. Romper barreras, no solo físicas, y demostrar que la inclusión real ocurre cuando dejamos de mirar la diferencia y empezamos a reconocer la capacidad.

Cristian lo resume con naturalidad: “No había probado ni la bici con la que competí... y no conocía al equipo hasta que los vi en el aeropuerto”. “Venía de una época complicada, sin ilusión ni ambiciones. A pesar de no estar tan preparado como mis compañeros, acepté sin pensarlo demasiado. Para mí toda la experiencia ha sido mágica, aunque lo pasé muy mal física y mentalmente”.

A quienes hoy están en proceso de rehabilitación, o a aquellos expacientes que aún no han encontrado su motivación, les lanzan un mensaje claro: buscar su propia *titan*. No tiene por qué ser una carrera en el desierto. Puede ser una carrera en su ciudad, o simplemente volver a quedar con amigos, recuperar hábitos, encontrar aquello que les haga salir de la rutina. Porque, como dice Pablo: “Para estar amargado no hace falta tener una discapacidad”. Y añade una reflexión que resume bien el fondo de todo: “Si te tienen que felicitar, que sea por acabar una carrera, la que sea, o simplemente por salir de tu zona de confort ... pero no por bajar a comprar el pan o hacer lo que haces cada día”.



“La presión también jugó su papel. Pasaron de entrar con la condición de no competir en clasificación a marcar buenos tiempos. De ser percibidos como una incógnita, incluso como “un problema”, a convertirse en un equipo más: competitivo, constante, capaz de superar etapas y coronar la gran duna igual que el resto”.





Confianza en uno mismo. Es ahí donde empieza todo.

Una mirada que no limite

Más allá del reto deportivo, esta historia habla de algo mucho más profundo: de personas que, acompañadas, han aprendido a volver a creer en sí mismas, y que hoy ayudan a que otras también lo hagan. Y ese es, precisamente, el impacto que Guttman quiere generar en la sociedad: una mirada que no limite, sino que acompañe, que incluya y haga posible que cada persona encuentre su propio camino.

Cuando les pregunto qué ha significado la Titan en sus vidas, lo resumen en una frase contundente: “La mejor rehabilitación de nuestras vidas”. Y es inevitable preguntarse si es así. Porque, quizás, después de la rehabilitación funcional y neuropsicológica, después del aprendi-

zaje y del entrenamiento para ser más autónomos, lo que realmente necesitan las personas es salir ahí fuera y vivir sus propias *titan*. Creérselo. Sentirse visibles, útiles y protagonistas.

Por este motivo, desde hace años, Guttman, como fundación, ha apostado por programas comunitarios y de rehabilitación activa; para promover la inclusión y participación real de las personas con una lesión de origen neurológico en la sociedad. Ejemplos como los programas Vida Activa, Sports&Life o Jocs Esportius ponen en valor estos objetivos y significan un trampolín para llevar a cabo un proyecto vital más participativo e inclusivo.

No dejéis nunca de buscar vuestra *titan* particular.

Al final de la conversación, les pido que definan a sus compañeros en una palabra:



Buga:

“Voluntad”. Su discapacidad no se ve, pero ha estado presente en cada momento. Para sus compañeros ha sido todo un valiente. Señalan también su humor gallego y su agilidad mental para calcular las distancias que les quedaban en cada etapa.



Cristian:

“Testarudo”. Sufrió mucho, quizás el que más, pero cada día volvía a estar ahí, dispuesto a comerse la siguiente etapa. Ha antepuesto siempre el equipo a sus propios límites.



Iñaki:

“Espontáneo”. Intrépido, imprevisible. Él mismo dice: “Si nos hubiéramos conocido en otro entorno, quizá no seríamos amigos. Ahora somos familia”.



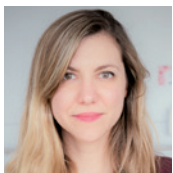
Pablo:

“Estratega”. La cabeza del equipo, quien supo sostener la actitud necesaria en los momentos más difíciles. El faro al que el equipo seguía donde fuera.



De la Convención a la práctica: el compromiso de Guttman con los Derechos de las personas con discapacidad

En el 20.º aniversario de la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, recordamos el cambio de paradigma que supuso el documento y algunas de las iniciativas que avanzan a diario con el objetivo de reconocer la igualdad de oportunidades y de derechos de todas las personas.



Blanca Cegarra

Investigación social
y Experiencia paciente Guttman



Ana Suñé

Responsable del programa Vida
Independiente de Guttman

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es uno de los avances más importantes en materia de derechos humanos de las últimas décadas. Aprobada por la Asamblea General de la ONU en 2006, el documento supuso un cambio profundo en la forma de entender la discapacidad: dejó de considerarse únicamente como una cuestión médica o asistencial para pasar a reconocerse como una cuestión de derechos humanos.

Este 2026 tiene un significado especial, ya que se cumplen 20 años de la aprobación de la CDPD. En esencia, la CDPD establece que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, y que los Estados deben garantizar que puedan ejercerlos en igualdad de condiciones. Esto incluye aspectos tan diversos como el acceso a la educación, el empleo, la salud, el ocio, la participación política, la cultura o, en términos generales, el derecho a ejercer un proyecto de vida

independiente. Pone el foco en la necesidad de eliminar todo tipo de barreras actitudinales y del entorno que impidan la plena participación en la sociedad de las personas con discapacidad.

Una de las grandes aportaciones de la CDPD es el énfasis que pone en la autodeterminación y la dignidad de la persona. El documento reconoce a las personas con discapacidad como sujetos activos de derechos, con capacidad de decidir sobre sus propias vidas, y no como meros receptores de cuidados. Esto supone pasar de una mirada asistencialista de la discapacidad a un enfoque basado en el empoderamiento, los derechos humanos y la no discriminación. Este cambio de paradigma ha influido en leyes, políticas públicas y cambios sociales en muchos países, y ha impulsado algunos avances en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

De hecho, la CDPD no es solo un documento simbólico: es un tratado internacional vinculante. Esto implica que los países que la ratifican se comprometen legalmente a cumplirla y a rendir cuentas sobre sus progresos. Para ello, existe un comité internacional que supervisa su aplicación, y al que pueden acudir personas y organizaciones para denunciar vulneraciones de derechos.

España ratificó la CDPD el 3 de diciembre de 2007. Unos meses después, el 3 de mayo de 2008, pasó a ser jurídicamente vinculante, coincidiendo con su entrada en vigor a nivel internacional. Desde ese momento, la CDPD forma parte del ordenamiento jurídico español y debe guiar la legislación y las políticas públicas, así como todas las actuaciones que influyen en las vidas de las personas con discapacidad. Aunque en España se han hecho avances en el ámbito normativo, todavía queda un largo camino por recorrer.

En este contexto, el 3 de diciembre de 2025 –y en el marco del 60 aniversario del Hospital de Neurorehabilitación–, Guttman organizó un acto en Barcelona con motivo del

Día Internacional de las Personas con Discapacidad. En él, 35 reconocidas personalidades de la cultura, el cine, el periodismo, el deporte, la justicia, la gastronomía, la música y el mundo empresarial, entre muchos otros ámbitos, pusieron voz a los 33 artículos de la convención, con el objetivo de reivindicar los derechos del colectivo. Bajo el lema “No pasemos página. Subrayémosla”, la iniciativa reclamó una igualdad real de oportunidades, e hizo un llamamiento a las instituciones para garantizar los derechos de las personas con discapacidad.

Retos pendientes

Dos décadas después, el impacto de la CDPD es innegable: ha contribuido a transformar miradas, a fortalecer el movimiento social de la discapacidad y a situar la inclusión en el debate público. Sin embargo, también es un momento para reflexionar sobre los retos pendientes y recordar que, aunque se han logrado avances importantes, la igualdad de condiciones y de oportunidades todavía no está íntegramente garantizada.

Los datos del proyecto de investigación social PARTICIPA de Guttman, que cuenta con una cohorte de más de 2.000 voluntarios y voluntarias con discapacidad, lo evidencian. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto las conclusiones siguientes:

- Menos de la mitad de las personas participantes en el estudio puede decidir plenamente dónde y con quién vivir (46 %).
- Solo una de cada tres personas con discapacidad en edad laboral trabaja y casi el 30 % considera que las barreras en el transporte dificultan mantener un empleo.
- El 72 % manifiesta dificultades de acceso al espacio público.
- El 41 % experimenta soledad no deseada.



“Es un momento para reflexionar sobre los retos pendientes y recordar que, aunque se han logrado avances importantes, la igualdad de condiciones y de oportunidades todavía no está íntegramente garantizada”.



Ante esta situación, Guttmann mantiene un firme compromiso con los principios de la convención, y trabaja activamente para llevarlos a la práctica. Más allá de la atención clínica especializada, la institución impulsa iniciativas orientadas a promover la autodeterminación, la participación social, la igualdad de derechos y oportunidades y el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. A continuación, se destacan algunas de estas acciones, que reflejan un compromiso social profundo y sostenido y contribuyen a avanzar hacia una sociedad más justa, accesible e inclusiva.

Artículo 8. Toma de conciencia

La CDPD subraya la necesidad de sensibilizar a la sociedad para combatir estereotipos, prejuicios y prácticas nocivas hacia las personas con discapacidad, y fomentar el respeto a sus derechos y su dignidad. En esta línea, Guttmann impulsa programas sociales que acercan la realidad de la discapacidad de origen neurológico a colectivos diversos, mediante espacios de diálogo, testimonios y actividades participativas. Iniciativas como Tot Conversant (sesiones informativas sobre el trabajo de la Funda-

ción y la discapacidad de origen neurológico), Guttmann Talks (sesiones de sensibilización y prevención para empresas) o el Game Over (programa para la prevención de accidentes que ya casi ha alcanzado a un millón de estudiantes de secundaria y ciclos formativos), contribuyen a generar conciencia, desmontar estereotipos y promover una mirada más inclusiva sobre la discapacidad.

Asimismo, el proyecto PARTICIPA tiene como objetivo identificar las barreras y los facilitadores que encuentran las personas con discapacidad a la hora de participar en la comunidad. Esta información resulta clave para avanzar hacia una sociedad más inclusiva y se alinea, además, con el artículo 31 de la CDPD, que promueve la recopilación de datos y las estadísticas sobre la realidad de las personas con discapacidad.

También cabe mencionar, en esta tarea de difusión, la revista SobreRuedas. Con una tirada de más de 11.000 ejemplares, lleva más de 30 años informando y sensibilizando sobre temas clínicos, sociales y científicos relacionados con la discapacidad. Igualmente, destacan las casi 40 ediciones de las Jornadas Técnicas organizadas por Guttmann que tienen este mismo objetivo.



“A los 20 años de su aprobación, el reto ya no es solo reconocer derechos, sino hacerlos efectivos en el día a día. Guttman demuestra que la combinación de excelencia clínica, generación de conocimiento y compromiso social es clave para avanzar hacia una sociedad donde la inclusión no sea una aspiración, sino una realidad compartida”.



Artículo 19. Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

El artículo 19 de la CDPD reconoce el derecho de las personas con discapacidad a elegir su proyecto de vida y a contar con los apoyos necesarios para vivir de forma inclusiva en la comunidad. El compromiso de Guttman con este principio se concreta en su Programa de Vida Independiente. La misión de este programa es promover la filosofía de vida independiente en la organización entre las personas con discapacidad atendidas en Guttman, su entorno cercano y los profesionales que trabajan con ellas. Asimismo, pretende promover un cambio de paradigma, y transitar del modelo médico-rehabilitador al modelo social de la discapacidad. Su objetivo último es que las personas con discapacidad dejen de ser consideradas como sujetos pasivos de cuidados para convertirse en ciudadanos de pleno derecho, capaces de vivir de forma autodeterminada en su comunidad.

El programa se desarrolla, principalmente, a partir del modelo de vivienda innovador del Guttman Life (GL). Se trata de un complejo de apartamentos adaptados con servicios y apoyos personales para personas con discapacidad, de acuerdo con la filosofía de vida independiente

de la organización. El modelo tiene el propósito de ser un instrumento facilitador y de construir un entorno propio para acompañar a las personas que quieran experimentar o impulsar su propio proceso hacia la vida independiente.

La metodología de trabajo del Programa de Vida Independiente se articula a través de tres itinerarios estratégicos:

- Una formación dirigida a los pacientes y a sus familias, así como a los profesionales, para integrar la filosofía de vida independiente en el seno de la organización.
- Un acompañamiento personalizado, que consiste en un proceso de reflexión compartida entre el referente de vida independiente y la persona con discapacidad, para que defina su propio proyecto de vida y tome el control de sus decisiones.
- Una difusión a través de acciones de sensibilización social y una colaboración con el tejido asociativo de la discapacidad, principalmente a través del Consejo Social y de Participación Guttman.

Artículo 26. Habilitación y rehabilitación

La CDPD reconoce también la importancia de que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia y la máxima capacidad física, mental, social y vocacional, así como una inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. El modelo asistencial de Guttman se alinea con este enfoque: ofrece una neurorrehabilitación intensiva, personalizada, individualizada y altamente especializada, basada en equipos multidisciplinares expertos. Además, pone a disposición de los usuarios dos herramientas que llevan estos objetivos más allá del hospital, y favorecen la continuidad del proceso rehabilitador en el entorno comunitario. La primera de ellas es el Equipo de Evaluación y Soporte Especializado, que proporciona servicios de neurorrehabilitación a domicilio para facilitar la reinserción sociofamiliar y la atención social de las personas con daño neurológico. La segunda es el programa Vida Activa, un espacio de empoderamiento, entrenamiento comunitario e iniciación a la vida independiente.

Artículo 30. Participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte

La participación en el ocio, la cultura y el deporte es también un derecho. Guttman lo promueve a través de iniciativas como Sports&Life Guttman Club, un programa de actividades deportivas, culturales y sociales dirigido a los pacientes y sus familias y amistades, así como a otras personas con discapacidad de origen neurológico. Además de las salidas urbanas durante el proceso neurorrehabilitador y las actividades del programa Vida Activa, estas actuaciones promueven la vida comunitaria y la inclusión social de los pacientes, que deben ser el objetivo final de la rehabilitación.

Todas estas actividades, sumadas a muchas otras llevadas a cabo por la fundación a lo largo de sus 60 años de historia, reflejan cómo los principios de la convención pueden traducirse en acciones concretas que impactan directamente en la vida de las personas. En el vigésimo aniversario de su aprobación, el reto ya no es solo reconocer derechos, sino hacerlos efectivos en el día a día. En este camino, Guttman demuestra que la combinación de la excelencia clínica, la generación de conocimiento y el compromiso social es clave para avanzar hacia una sociedad donde la inclusión ya no sea una aspiración, sino una realidad compartida.



Les nostres solucions
llibertat en moviment

f 📷 🐦 📷 📺 in

Rehatrans ☎ 93 293 41 33 www.rehatrans.cat

Poner la oreja en asuntos ajenos

El pódcast se ha consolidado como herramienta de comunicación cercana, rigurosa y accesible en cualquier momento y lugar. Exploramos algunos pódcast de temáticas y formatos diferentes, pero con un mismo objetivo: producir un impacto de calidad en públicos de todo tipo.



Júlia Bestard Barrio

Comunicación
y RSC Guttman

Parece que los pódcast hayan aparecido de repente en nuestras vidas, junto a los auriculares inalámbricos y el pago con el móvil, pero lo cierto es que el formato nació a mediados de los años 2000, cuando el iPod –de ahí el nombre de *podcast*– des-puntaba como el dispositivo definitivo. Lo que sí es reciente es su explosión: especialmente desde 2020, el pódcast se ha convertido en una herramienta habitual para informarse, acompañarse, aprender... y también para hablar de salud, dis-

capacidad o salud mental desde lugares más profundos y, al mismo tiempo, cercanos.

Según el informe *V Estado del Audio y la Voz en España*, elaborado por la agencia de comunicación Prodigioso Volcán, actualmente el 74 % de los internautas españoles escucha pódcast y el 47,4 % de ellos lo hace al menos una vez por semana. Spotify, Ivoox y otras plataformas del sector lo ratifican: el pódcast en España goza de muy buena salud. No es extraño, pues, que organizaciones, periodistas e incluso particulares opten cada vez más por esta fórmula como una herramienta de impacto apta para acercarse a sus públicos.

Los datos de Prodigioso Volcán indican que el entretenimiento (39,9 %), el aprendizaje (30,9 %) y la información (17,8 %) son los principales motivos de escucha de pódcast. De este modo, reflejan un equilibrio entre

ocio y conocimiento a la hora de optar por este medio. De hecho, es así como se concibió el pódcast *Beines de Mielina* (Vainas de Mielina) de Guttman, coproducido con Badalona Comunicació. En total, son 10 episodios que tratan temas como las enfermedades neurológicas minoritarias, el trastorno de desarrollo del lenguaje, la depresión o la rehabilitación personalizada a domicilio. “La gente suele conocer un hospital por su actividad asistencial, pero en Guttman también investigamos, fomentamos la inclusión de las personas con discapacidad y trabajamos en la prevención del deterioro cognitivo – enumera Elisabet González, jefa de Comunicación de Guttman–. Son muchos temas y de gran complejidad, y por ello optamos por la mejor combinación posible: un pódcast que integrara el rigor de los profesionales con la cercanía de pacientes y familias”.

Beines de Mielina



Optimismo y realismo

Se trata de una receta similar a la que sigue *Gent Normal* (Gente Normal), una producción de Catalunya Ràdio dirigida y escrita por Adam Martín, que en 2024 obtuvo el Premio Ondas al mejor podcast en lengua cooficial del Estado. En él, Martín se acerca a la salud mental –adicciones, psicopatía, depresión, TOC...– a través de la voz de expertos, profesionales asistenciales y pacientes. “A partir de la pandemia se empezó a hablar mucho de salud mental y me di cuenta de que quizá no estábamos tratando los temas desde el sitio adecuado. La sensación que yo tenía era que tener un trastorno así era una condena, porque así es como lo tratamos los medios de comunicación”, explica Martín. “A veces nos ponemos paternalistas o críticos, en plan ‘quizá no hay para tanto, ¿no?’ o ‘quizá hay un sobrediagnóstico’. O, lo peor de



“Son una gran diversidad de temas y de mucha complejidad, y por ello optamos por la mejor combinación posible: un podcast que integrara el rigor de los profesionales con la cercanía de pacientes y familias”.

todo, amarilleamos”, enumera. “Y sí que es verdad que todos los trastornos tienen una parte oscura, pero no solo eso. Yo soy de la opinión de que hay que tratar las cosas en positivo, con optimismo, pero con realismo”, sentencia.

El optimismo es, precisamente, el ingrediente principal de *Haz limonada*, con Lary León, un videopódcast conversacional en colaboración con la Fundación Caser y el Bureau de Congresos y Conferencias (BCC). En él, León conversa durante una hora sobre “las limonadas que ha hecho cada uno de los invitados para comenzar de nuevo en un momento dado de su vida”, explica. “Desafortunadamente, el optimismo tiene muy mala fama, porque no se entiende de verdad su sentido y su significado. No va de ‘venga, sonrío y ya está’, no funciona así, y la discapacidad tampoco. *Haz limonada* es más bien una declaración de rebeldía: si la vida te da limones, al menos aprendamos cómo sobrellevar esa acidez e incluso sacarle el lado dulce”, asevera.

Entre sus invitados se cuentan Irene Villa, que perdió las dos piernas a consecuencia de un atentado terrorista; Miriam Fernández, cantante y



actriz con parálisis cerebral, y el piloto de ralis Albert Llovera, que tiene una lesión medular. Todos comparten su experiencia con León, que también habla en primera persona: nació sin brazos y con una sola piedad. Con historias así, ¿había riesgo de caer en el morbo? León lo niega rotundamente: “Aquí no hay un entrevistador mirando desde fuera, aquí hablamos de tú a tú desde la experiencia y la complicidad. En ningún momento he pensado que pudiéramos caer en el morbo porque cuando tú también formas parte de ese universo, las preguntas delicadas no suenan invasivas, sino honestas”, afirma.

Por su parte, Martín explica que “inevitablemente, cuando alguien

te habla en primera persona se mezclan muchas emociones”, pero matiza que ello no está reñido con la información. “Con las adicciones, por ejemplo, hay muchísimo estigma porque tendemos a pensar que se deben a una debilidad de carácter y que con fuerza de voluntad se pueden arreglar”. El episodio sobre la adicción al alcohol, muestra que esta no siempre es tan evidente como en el cine: “En ocasiones tú puedes ser funcional y tener una adicción, hasta que dejas de funcionar”. Y el episodio sobre la adicción a la heroína enseña que este consumo no siempre se inicia para “buscar emociones”. “Este capítulo me dejó muy satisfecho profesionalmente y muy abatido personalmen-

te, porque es una historia muy dura, por lo que ha sufrido la persona y porque la sociedad no estuvo ni está a la altura”, expone.

Una radio que tiende a la televisión

El informe de Prodigioso Volcán indica que en 2025 YouTube (54,3 %) lideró el consumo de pódcast, superando a Spotify (49,6 %). León tenía claro que quería apostar por un videopódcast conversacional: “La discapacidad y la dependencia están llenas de matices, silencios, risas inesperadas, respiraciones... Y todo eso solo se capta cuando escuchas a alguien hablar sin prisa. Y la imagen suma muchísimo: cada gesto, cada mirada, cada plano aporta emoción e información”. Martín optó, eso sí, por el formato editado. “Hay determinadas cosas que se pueden decir en una conversación que pueden no ser precisas, y yo no tengo el conocimiento para reaccionar y ser riguroso”, explica. Asegura, además, que la edición “imprime más ritmo y hace que entre mucho mejor”.

En un ámbito con una oferta de contenido tan abrumadora, la calidad técnica es otro factor a tener en cuenta. “La principal ventaja del formato es la ubicuidad de su acceso: la gente los escucha mientras cocina, conduce o trabaja. Eso no significa, sin embargo, que no aprecien e incluso exijan la mejor calidad técnica –razona Elisabet González–. En



Beines de Mielina hay un auténtico trabajo de orfebrería sonora para conjugar locución, efectos, música y entrevistas”.

Todo ello, unido a un factor que fue determinante para Guttman: la accesibilidad del pódcast. “Como organización que trabaja cada día por la plena inclusión de las personas con discapacidad, no podíamos obviar ese factor”, indica González. Por ello, *Beines de Mielina* dispone de subtítulos descriptivos en Youtube, y de guiones con marcas de tiempo, para ofrecer el máximo de accesibilidad a las personas con discapacidad auditiva. Este punto fue uno de los factores que el Col·legi de Periodistes de Catalunya tuvo en cuenta al otorgar a este pódcast el Premio Pilar Casanova a la Mejor Acción de Comunicación de 2023. También lo tuvieron en cuen-



“Aquí no hay un entrevistador mirando desde fuera, aquí hablamos de tú a tú desde la experiencia y la complicidad. En ningún momento he pensado que pudiéramos caer en el morbo porque cuando tú también formas parte de ese universo, las preguntas delicadas no suenan invasivas, sino honestas”.

ta la asociación cultural La Mira y Catalunya Ràdio, que le entregaron el Premio Sonor 2024 al mejor pódcast branded content.

¿Están contentos con el resultado? “Siempre tienes la sensación de que te quedas en la superficie”, confiesa Martín. Pero añade que la principal reacción que ha recibido es de “agradecimiento”, tanto de pacientes como de profesionales, quienes valoran que se hable de salud mental “con sensibilidad y respeto”. En la misma línea se expresa León, que asegura que mucha gente ha apreciado “que por fin se pongan palabras y emociones a experiencias que suelen quedarse en el silencio”. Todo apunta, pues, a que seguiremos muchos años poniendo la oreja en asuntos propios y ajenos.

Sentirse como en casa

Apartamentos adaptados y equipados con apoyo 24h para vivir con autonomía, confort y seguridad.



Ubicación céntrica

Bien comunicada y con transporte adaptado.



Servicios de neurorrehabilitación especializados

En el mismo edificio.



Apartamento + tratamiento

Packs adaptados a cada estancia y necesidad.



barcelonalife.guttman.com
660 711 594

 Guttman *life*