

salud & bienestar



Lumbalgia

EL DOLOR DE ESPALDA MÁS COMÚN, A EXAMEN

Niños

CÓMO HACER QUE TOMEN VERDURA

Catarro

¿FUNCIONAN LOS REMEDIOS CLÁSICOS?



Ni un pelo menos

La alopecia no tiene marcha atrás, pero se puede frenar. La mayoría de los casos son hereditarios, aunque también influye el estrés, la alimentación... El primer paso es ir al dermatólogo: sólo un 6% lo hace. **Páginas 2 y 3**



Pillados por los pelos

Unos se acomplejan y otros lo asumen, pero la mayoría de los alopécicos no sigue ningún tratamiento. Es cierto que la calvicie no se puede curar, pero sí ralentizar. A veces es síntoma de otros problemas

■ MÓNICA L. FERRADO

Cuando a Sansón le cortaron su melena, su fuerza desapareció. Pura mitología. Cuando Yul Briner, Bruce Willis o Andrea Agassi perdieron la suya, no hicieron más que ganar atractivo. Actualmente, el 50% de los hombres tiene calvicie. La inmensa mayoría, a causa de una alopecia androgenética, hereditaria y ligada en ocasiones a factores externos. Los dermatólogos están empezando a desentrañar la genética de la calvicie. De momento, ya tienen armas para ralentizarla, pero no para evitarla.

“Siempre supe que iba a ser calvo porque en mi familia todos los hombres lo son”, afirma Javier, de Barcelona, que antes de cumplir los 30 ya tenía toda la coronilla al descubierto. Ahora tiene 35 años, y bromea afirmando que así gasta menos en peluquería. Cada dos meses, su novia le corta el pelo al 2. A ella le gusta, y a él, también.

Probablemente, la herencia de Javier se encuentra en alguno de los genes que los investigadores están descubriendo. Su abuelo ya era calvo. Sus tíos por parte de madre también lo son, lo que corrobora que la herencia se adquiere por línea materna. Un estudio genético publicado en *Nature Genetics* a principios de año desveló que dos variantes genéticas presentes en el 14% de los varones europeos multiplican por siete el riesgo

de ser calvo. Estas nuevas variantes genéticas se encuentran en el cromosoma 20. La revista *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS) publicaba este mismo año los resultados de un estudio que apuntaba también a otro gen, el Sox21. Los científicos lo han estudiado en ratones con pérdida de cabello y han corroborado que también se encuentra en los humanos. Al parecer, funciona como un regulador principal de la formación de la cutícula del pelo. Los descubrimientos desvelan que la complejidad de la calvicie no se lo va a poner fácil a la terapia génica, que hasta hace poco se apuntaba como una de las líneas de investigación más prometedoras.

La pérdida normal

En la cabeza hay un promedio de 100.000 pelos, que se van mudando en ciclos que van de 2 a 6 años. También es normal que diariamente, al estirar un mechón, se puedan caer algunos. Y existen épocas en que las que la pérdida es mayor. La mayoría de mamíferos muda su pelaje después del verano para así prepararse para el invierno. Y los seres humanos también formamos parte del reino animal. Por eso, en otoño el pelo se nos cae más.

Este pelo tarda unos meses en reaparecer, porque el folículo necesita descansar. Pero, al fin y al cabo, se trata de pelo sano. Sólo se pierde el tallo. Las células madre

del folículo persisten y permiten que nazca un nuevo pelo. Hay que empezar a preocuparse cuando pasan los meses y el pelo no crece, se cae en exceso o se vuelve tan fino que resulta imposible de domar. Ante tales indicios, lo mejor es ir al dermatólogo.

Según datos de la Academia de Dermatología, sólo el 6,5% de las personas que sufren alopecia acude al dermatólogo y sigue un tratamiento adecuado. En muchos casos se utilizan productos que no sirven de nada y que no han pasado por ensayos científicos que avalen lo que prometen.

“La Administración debería actuar para que no tomen el pelo a las personas que, llamadas por la propaganda, acuden a centros donde, de entrada, les hacen un presupuesto altísimo para controlar su alopecia. Pero, por suerte, son muy pocos los que siguen en esos centros y no acaban acudiendo al dermatólogo. Lo malo es que cuando vienen ya han sido engañados”, explica Francisco Camacho, catedrático de dermatología de la Universidad de Sevilla.

Los milagros no existen, pero concretar el tipo de alopecia exacta que se padece y emprender un tratamiento a tiempo puede, si no curar, al menos frenar el avance de la pérdida de pelo. Lo primero es realizar un buen diagnóstico. “Supone hacer una historia clínica personal minuciosa, un examen físico y otros exámenes com-

Vida y radiografía

> Cada pelo tiene un grosor de entre 0,085 y 0,05 milímetros.

> Crece una media de 1,25 centímetros al mes.

> Durante toda la vida sigue entre 33 y 38 ciclos de renovación.

> Cada uno de estos ciclos dura entre 2 y 6 años.

> Una cabellera sana tiene unos 100.000 pelos.

> Cada día se pierden alrededor de 50.

> Los especialistas creen que hay que empezar a preocuparse cuando se pierden más de 100 pelos diarios.

plementarios, como una analítica (para descartar otras enfermedades), el análisis microscópico del cabello y, en algunas ocasiones, una biopsia del cuero cabelludo”, explica Juan Ferrando, del servicio de dermatología del hospital Clínic de Barcelona.

El médico puede acabar encontrando diferentes tipos de alopecia. La alopecia androgenética afecta al 80% de los casos. Suele comenzar hacia los 20-30 años, estableciéndose con fuerza entre los 40 y los 50. La línea de crecimiento del pelo va retrocediendo, con entradas que avanzan inexorablemente, hasta que la calva queda al descubierto. Este tipo de calvicie se da cuando las hormonas masculinas, los andrógenos, inciden sobre una serie de enzimas relacionadas con la degradación del folículo capilar, la raíz del pelo.

Esta relación con las hormonas ha dado lugar a un mito: que los calvos son más viriles. Según los especialistas, no es cierto. No se trata sólo del exceso hormonal, que puede darse en todo varón, sino que es el patrón genético el que acaba determinando que las hormonas desencadenen el proceso molecular que hay tras la calvicie.

Existen otros tipos de alopecia, como el efluvio telégeno, que está asociado a una mala dieta, a alguna enfermedad grave o a la ingesta de algunos medicamentos. La alopecia areata hace que se for-



En España se realizan 3.000 autotrasplantes capilares al año.

STUART MCCLYMONT

men círculos sin cabello en una o varias zonas de la cabeza. Está relacionada con otras alteraciones del organismo, como desórdenes emocionales o del sistema inmunitario. La alopecia cicatricial puede estar originada por afecciones de la piel o tratamientos farmacológicos prolongados, daña el cuero cabelludo y el folículo, destruyéndolo de forma irreversible.

En las mujeres

Una mujer sin pelo no tiene la misma aceptación social que un hombre. No está tan bien asumida. “El problema sobrepasa la barrera de lo estético y puede llegar a provocar graves trastornos psicológicos”, explica Juan Ferrando.

¿Veremos en un futuro a más mujeres calvas? Actualmente, casi el 30% de las mujeres entre 20 y 90 años sufre alopecia, y el porcentaje va en aumento. Mientras que la alopecia masculina suele manifestarse en la frente, con entrada, y en la coronilla, “en las mujeres, acostumbra a ser difusa, repartida por todo el cuero cabelludo”, explica Ferrando. En la mayoría de casos, la alopecia femenina también tiene una base hormonal y hereditaria.

Esa predisposición genética despierta muchas veces coincidiendo con algunos cambios internos o externos. Por ejemplo, el parto o la menopausia pueden desencadenar una pérdida de pelo transitoria. Deficiencias nutricionales, el

estrés, ciertas enfermedades y medicamentos pueden desencadenarla cuando hay una base genética. Por eso, los especialistas creen que ante el aumento de dietas adelgazantes y del estrés se dará un incremento de la alopecia femenina. “La mayoría de las mujeres entre los 15 y los 30 años que pierden pelo sigue dietas de adelgazamiento. Nuestro organismo, que es una máquina perfecta, cuando nota que le faltan nutrientes, los busca donde puede, empezando por aquella estructuras, como pelos o uñas, que no considera vitales”, explica Camacho.

Cuando no existe una predisposición genética, los trastornos nutricionales o problemas médicos como la anemia ferropénica, problemas en las tiroides, diabetes, cáncer o deficiencias de calcio pueden provocar una pérdida de pelo sutil y difusa. También pueden estar detrás el estrés u otros eventos emocionales negativos. Los dermatólogos denominan a este tipo de alopecia con un nombre complicado: efluvio telegénico. Corregir el problema de base puede acabar con la pérdida de cabello. Pero igual que ocurre con los hombres, una vez instaurada, si no se coge a tiempo, también puede ser irreversible.

La venta de crecepelos u otros productos que de nada sirven ha generado muchos timos y abundantes ganancias para los timadores. Según una encuesta de la

agencia Gallup, realizada en 2008 entre 1.500 europeos, los españoles son los que más importancia atribuyen a su cabello. Siete de cada diez opinan que es un elemento determinante para su imagen. Así pues, tampoco es de extrañar que el mayor gasto en cosmética entre los hombres sea en productos capilares. Aun así, según la misma encuesta, prevalece la resignación. Entre los hombres calvos que respondieron a la encuesta, el 75% confesó que no había iniciado ningún tratamiento convencidos de que es un problema sin solución.

Soluciones

Las vitaminas, los oligoelementos o las hormonas sólo sirven de algo cuando la pérdida de pelo es consecuencia de otro trastorno de la salud. Pero para la alopecia más común, la alopecia androgenética, no existe solución. Si se coge a tiempo, se puede frenar en algunos individuos. Pero tarde o temprano la calva resulta inevitable.

“Ya tenemos tratamientos que retrasan la caída del cabello en la mayoría de las personas. Como el minoxidil, que se emplea al 5% y dos veces al día, o la finasterida, que determina el mantenimiento folicular con alargamiento de la fase de anagen (en el ciclo de crecimiento del cabello, la primera fase, que dura de 2 a 7 años, y que en individuos con alopecia dura menos)”, explica Camacho.

- Usar champús suaves y adaptados a cada tipo de cabello. No utilizar gel de ducha normal.
- No hacerse con frecuencia peinados que tensen demasiado el pelo, como fuertes coletas o extensiones.
- Se recomiendan cortes periódicos para sanearlo.
- Antes de utilizar el secador, quitar la humedad del pelo con una toalla. No acercar el aparato demasiado al cuero cabelludo y no usar temperaturas muy altas. Cuando sea posible, dejarlo secar al aire libre.

En definitiva, aún quedan lejos las promesas de los vendedores de crecepelo: hacer brotar cabello de la nada. Hoy por hoy, el autotrasplante capilar se ha consolidado como una alternativa eficaz. En España se realizan ya unos 3.000 al año. En el verano de 2008, el mismo José Bono, presidente del Congreso, fue noticia por haberse realizado un injerto capilar y volver de sus vacaciones sin las entradas que antes lucía. Consiste en extraer pelo de otra zona del cuerpo y reubicarlo en la zona despoblada. Los especialistas desaconsejan los implantes de pelo artificial, que, con frecuencia, ocasionan complicaciones, como granulomas o infecciones.

En el laboratorio, las células madre prometen avances, de momento, más esperanzadores que la terapia génica. “Investigadores de distintos centros han conseguido cultivar células madre de folículo piloso. Se han inoculado a animales para averiguar si tienen capacidad de crear cabello nuevo. Y, de momento, en estos modelos experimentales se ha conseguido. Posiblemente, en un futuro no lejano, se pueda conseguir en personas”, explica Ferrando.

Quizá llegue el día en que la calvicie tenga solución. Pero también puede ocurrir que haya quien no quiera renunciar a su calva. Eso sí, podrá elegir.

Cuando la espalda se queja

La lumbalgia es uno de los dolores más comunes e incómodos. De hecho, causa la mitad de las bajas laborales. Puede deberse a una mala postura o al estrés, pero aún se desconoce el origen de muchos casos



sin apenas moverse”, apunta. En realidad, prácticamente nadie lleva una vida sana para la espalda. Y casi nunca se tratan las lumbalgias a tiempo. Cerca del 70% de los casos mecánicos, que podrían ser fácilmente curables, terminan llegando a rehabilitación, según afirma el doctor Ferrero, que es presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas.

Para una rápida recuperación es muy importante, según Jover, que el paciente, además de seguir el tratamiento médico, se incorpore cuanto antes y en la medida de lo posible a su vida cotidiana y normal. “Está comprobado que los enfermos que así lo hacen se curan antes”, comenta el especialista del hospital Clínico. En el Ramón y Cajal existe un Escuela de Espalda, donde se enseña cuáles son las posturas nocivas y cómo deben realizarse acciones cotidianas sin dañarse. También explican, por ejemplo, cómo escoger el tipo de colchón más adecuado para cada persona, según un estudio realizado en colaboración con la Fundación Kovacs. Se trata de medidas sencillas, pero muy eficaces. Otra de las claves en las que hacen hincapié es en la necesidad de andar, mantenerse activo aunque cueste. Nada de sedentarismo ni cama.

A veces, la lumbalgia puede ser la somatización de graves problemas de estrés e, incluso, solapar cuadros de depresión, por lo que no hay que infravalorar esta dolencia. Es la más frecuente de los llamados reumatismos que,

Se da a cualquier edad, pero es más frecuente a partir de los 50 años

■ MAYKA SÁNCHEZ

Es ese dolor que se concentra en la parte baja de la espalda. Ese malestar que protagoniza el 60% de las consultas de los reumatólogos. Es la lumbalgia. Una patología que está detrás de la mitad de todas las bajas laborales, según el doctor Juan Ángel Jover, jefe del servicio de reumatología del hospital Clínico San Carlos de Madrid. Según muchos especialistas, se trata del peaje que el ser humano debe pagar por caminar erguido.

La lumbalgia puede aparecer a cualquier edad, aunque se va

haciendo más frecuente a partir de los 50 años.

Jover aclara que habitualmente es un cuadro benigno, que dura unos días y que raramente se vuelve crónico. Aunque en las personas mayores es importante descartar que haya patologías subyacentes más graves como fiebre, procesos oncológicos o inicios de trastornos parkinsonianos.

Pueden deberse a malas posturas (entonces se conocen como lumbalgias posturales) o a movimientos bruscos (mecánicas), aunque hay un alto porcentaje cuyo origen aún se desconoce.

Consejos

1. Al coger un peso, flexione las rodillas, mantenga la espalda recta y alargue los brazos para atraer el paquete hacia usted. Suba poco a poco extendiendo las piernas, sin doblar la espalda.
2. Los colchones, ni muy duros, ni muy blandos.
3. Camine entre 30 y 60 minutos al día a paso ligero por terrenos llanos.
4. Use sillas ergonómicas.

El doctor Avelino Ferrero es jefe de la sección de rehabilitación del hospital Ramón y Cajal de Madrid y asegura que el 80% de las lumbalgias que trata son, precisamente, de origen mecánico o postural. Llegan hasta él porque se han cronificado, puntualiza. Ferrero asegura que diagnosticar una lumbalgia no suele ser difícil, basta con conocer datos como dónde trabaja el paciente, qué posturas adopta... “La mayor parte de los pacientes no cuida nada la espalda y cada día, al trabajar, la está exponiendo a lesiones, ya sea por coger pesos o por permanecer muchas horas de pie

como advierte Jover, agrupan a más de 200 patologías con un denominador común: dolor y, a menudo también, discapacidad. De hecho, son la primera causa de discapacidad en todas las edades y en ambos sexos.

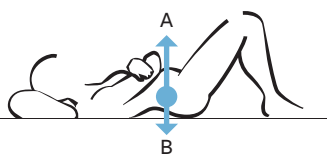
Aun así, y según el especialista del Clínico, los reumatismos o enfermedades musculoesqueléticas son la cenicienta de la medicina. “No matan, como el cáncer o las patologías cardiovasculares. Sin embargo, sí producen mucho sufrimiento, callado; alteran la calidad de vida y, desde luego, disparan los costes sociosanitarios”, advierte el doctor Jover.

A vueltas con la lumbalgia

Ejercicios recomendados por la Asociación Española de Fisioterapeutas

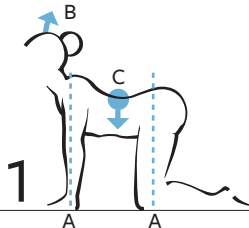
Estabilización de la columna

Túmbese sobre una superficie lisa, por ejemplo el suelo. Coja aire, manténgalo y arquee la región lumbar (A) separándola del suelo. Suelte el aire y aplane la espalda contra el suelo (B) intentando que toda ella quede apoyada en el mismo. Repita este movimiento suave y rítmicamente varias veces.

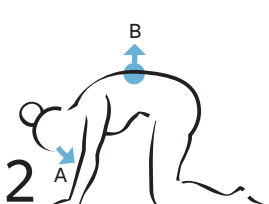


Flexibilización lumbar

Póngase a cuatro patas con las manos a la altura de los hombros y las rodillas alineadas con las caderas (A). Coja aire, extienda la cabeza hacia arriba (B), curve la espalda hacia abajo (C) y eleve los glúteos.

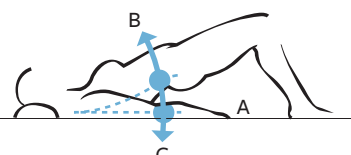


Suelte el aire al tiempo que agacha la cabeza como para mirarse el abdomen (A) y ahueque la espalda hacia arriba (B). Repita el ejercicio rítmicamente y aumente el número de repeticiones cada semana.



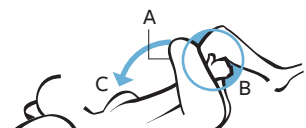
‘El puente’

Apoye firmemente los brazos a los costados (A). Coja aire, suéltelo y eleve la pelvis lo justo para despegarla un poco del suelo. Eleve entonces totalmente la espalda (B) de forma que quede en el aire. Una vez arriba, coja aire y vaya apoyando la columna despacio (C), vértebra a vértebra, desde arriba hasta la rabadilla.



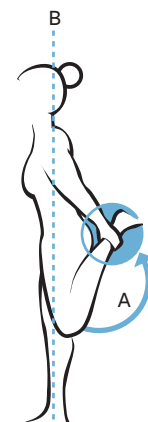
Estiramiento de cadera

Sobre el suelo, doble ambas piernas y cruce una sobre la otra (A). Sujete con las manos la pierna que queda debajo (B) e intente llevarla hacia su pecho (C). Mantenga la posición contando hasta veinte y cambie de pierna.



Estiramiento del muslo

Con la ayuda de la mano, doble una pierna hasta que el talón toque las nalgas (A). Apriete éstas e intente estirar la pierna hacia abajo mientras la sujeta con la mano. Cuente hasta veinte y repita con la otra pierna intentando mantener el cuerpo recto y estable (B).



ACEPTA EL DESAFÍO ACTIVIA 14 DÍAS

"Antes, un día tomaba Activia
y al siguiente cambiaba...
Hasta que ví lo del Desafío
y dije, voy a hacerlo bien,
voy a tomarlo 14 días.
¡Qué diferencia!
Ahora Activia, sí que me ha
ayudado a ser regular.

Desafío
ACTIVIA
14 días

Ayuda a poner en marcha
tu regularidad y que nada te la cambie

Sólo Activia te asegura que ayuda a regular tu tránsito intestinal en 14 días.
Por eso, no dejes de tomarlo cada día durante 14 días y compruébalo.

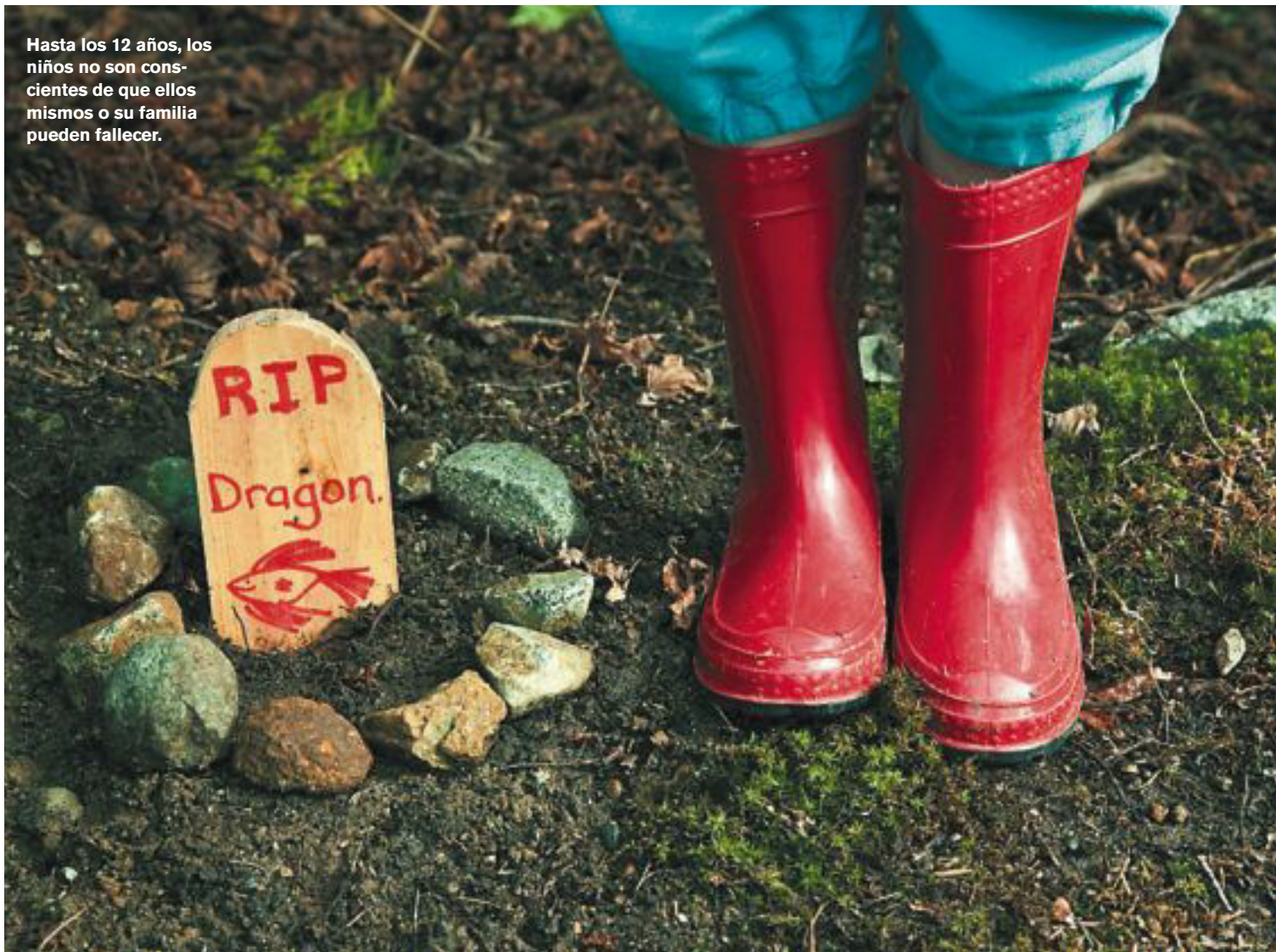
¡Haz el Desafío Activia 14 Días!


barcelona
world race



La peor pregunta

Responder a las infinitas dudas de los niños sobre la muerte es complicado. Pero los expertos aconsejan no eludirlas, dar explicaciones sencillas y, sobre todo, no mentir. Los cuentos ayudan a hijos y padres



Hasta los 12 años, los niños no son conscientes de que ellos mismos o su familia pueden fallecer.

■ MARTA ASPAR

Julia tiene cinco años. Es la hora del baño y está jugando con su hermanita pequeña. De repente, sin más, se para, mira a su madre a los ojos y pregunta: "Mamá, ¿qué pasa cuando nos morimos?". La mujer, sorprendida, improvisa una respuesta del tipo "pues nos convertimos en una estrella o en un angelito". Pero Julia no se da por vencida y continúa: "Vale, pero ¿cómo?, ¿por qué?". Los niños no tienen que haber vivido una pérdida muy cercana para empezar a interrogarse sobre la muerte. Los expertos aseguran que hablar del tema con ellos es el mejor camino no sólo para prepararlos ante una situación de duelo, sino también para calmar con complicidad sus primeras inquietudes al respecto. Algunas herramientas, como los cuentos, pueden ser de gran ayuda. Pero las primeras preguntas necesitan, sobre todo, explicaciones sencillas, breves y muy sinceras.

La psicopedagoga y fundadora de la Asociación Española de Tanatología, Mar Cortina, pone un ejemplo: a un niño de seis años le dijeron que su abuelito, recién fallecido, era una estrella y el pequeño empezó a estudiar las constelaciones para ver si así lograba bajarlo del cielo. "No se trata de interrumpir su propio proceso de elaboración, sino buscar respuestas juntos", advierte Cortina, que ha escrito el manual *La muerte y*

su didáctica (editorial Universitas), junto al profesor de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) Agustín de la Herrán.

¿Qué decirles, entonces? Concepció Poch, psicopedagoga y filósofa que lleva años orientando a padres y maestros sobre el tema, insiste en que las respuestas dependen de la edad y de la madurez de cada niño. Aunque existe una premisa común: "no engañarles nunca". Y es que hasta los siete años aproximadamente, el niño no

Es mejor evitar expresiones como "se ha dormido para siempre"

empieza a entender los cinco sub-conceptos que entraña el propio concepto muerte, según los teóricos del duelo. Por ejemplo, antes de esta edad no comprenden que la muerte afecta a todos los seres vivos y tienden a pensar que sus padres son inmortales.

Al entrar en la segunda infancia van viendo que los demás pueden fallecer: primero, los malos en las películas, y luego, puede que el abuelo de otro niño. De forma paralela, van asimilando que siempre hay una causa: un accidente o una enfermedad. En esos momentos, ayudarles a entender con argumentos sencillos el significado de los conceptos de universalidad

y causalidad es muy importante, insiste Poch. "Hasta ese momento, su mente está llena de fantasías y pensamientos mágicos, y podrían creer, por ejemplo, que su propio deseo de que el otro regrese puede devolverle la vida", explica la psicopedagoga. Algo que no sería tan grave si el siguiente pensamiento no fuera que, si no vuelve, es culpa suya por no haberlo deseado lo suficiente.

"A edades tempranas, los niños tienden a quedarse con una interpretación literal de lo que les decimos", explica Poch, autora junto a la psicoterapeuta Olga Herrero de *La muerte y el duelo en el contexto educativo* (Ediciones Paidós). Por eso, dice, es mejor evitar expresiones como "se ha dormido para siempre", "se ha ido de viaje" o "ha desaparecido". Los niños pueden empeñarse entonces en buscarlos.

Una de sus primeras preguntas suele ser si su propia mamá o papá se pueden morir. Poch propone varias pautas. A los cinco años se les puede responder que sí, "pero cuando sean muy, muy viejecitos" y no ir más allá. A los ocho, empezar a matizar: "Igual nos podemos morir antes si enfermamos o tenemos un accidente, aunque lo más probable es que eso no suceda, porque nos preocupamos mucho de estar sanos e ir al médico y, normalmente, cuando uno enferma, se acaba curando". A los 12, Bosch recuerda que los niños ya exigen respuestas más científicas.

Coincidiendo con la entrada en

la primaria (seis años) empiezan a comprender que la muerte es irreversible o que el cuerpo deja de funcionar, pero los expertos apuntan que no será hasta los 11 o 12 cuando sean conscientes de que ellos mismos o los que los rodean se pueden morir. Es entonces cuando vuelven a plantear interrogantes sobre enfermedades, cementerios o rituales.

Hay preguntas, como si hay vida después de la muerte, para las que a veces ni los padres tienen contestación. En ese caso, los especialistas aconsejan que los adultos admitan que no conocen la respuesta y expliquen cuáles son sus creencias, si es que las tienen.

Cortina utiliza como ejemplo su experiencia en los institutos: "Les digo que yo no sé seguro qué pasa cuando alguien muere, pero que me gusta tener una creencia determinada, o me gusta recordarlos o sentirlos de tal forma. A continuación, siempre les pregunto qué creen ellos". Porque al final, insiste esta psicopedagoga autora del cuento *¿Dónde está el abuelo?* (Tàndem Edicions), "los niños son investigadores naturales y preguntan a los adultos para tantear si pueden hablar con ellos de temas delicados, más que para obtener una respuesta concreta". Si no la consiguen de los padres, las buscarán en otra parte. Por eso, apunta Poch, "los padres deberían leerles de vez en cuando un cuento donde aparezca la muerte de un abuelo, una mascota o, simplemente, la caída de las hojas en otoño".



'El pato y la muerte'

WOLF ERLBRUCK
BARBARA FIORE (15 EUROS)

El pato se ha dado cuenta de que la muerte le sigue, pero en realidad está a su lado desde el día en que nació, "por si acaso".



'Puedo verte siempre que quiera'

MARIKO KIKUTA
GLÉNAT (10 EUROS)

Shiro es un perrito que ha perdido a su dueña, Miki, y descubre que al recordarla se siente menos solo y triste.



'Ramona la mona'

AITANA CARRASCO
FONDO DE CULTURA
ECONÓMICA (9 EUROS)

A Bruno le han dicho que su abuelo ha muerto porque le ha llegado la hora y no está dispuesto a que vuelva a suceder: ¡Todos los relojes a la pecera!

¡No quiero lo verde!

Sobredosis de paciencia y no caer en el juego del premio y el castigo. Son las claves que dan los nutricionistas para conseguir que los pequeños coman frutas y verduras

■ JOAN CARLES AMBROJO

En infinidad de hogares con niños, la hora de la comida representa una auténtica batalla de rabietas y lloros, sobre todo cuando la verdura hace acto de presencia en el plato. En cambio, se vuelven locos por una ración de macarrones. ¿Por qué muchos críos odian lo verde?

En la consulta del pediatra es habitual escuchar las quejas de los padres. "Si le pongo algo verde en el plato, mi hijo sale pitando", suelta más de un progenitor. Un niño que hasta los 18 meses "comía como un primor verdura a mogollón, fruta cruda y entera, ahora no quiere nada de todo esto. Se me cierra en banda a la que ve una zanahoria. No toma nada de fruta, se me rebota y dice que no y que no. Sin embargo, en casa de la abuela se zampa un plato de albóndigas o embutido con una alegría que no veas", cuenta una madre angustiada en un foro de Internet.

Algunos nutricionistas llaman neofobia alimentaria a la aversión a los alimentos desconocidos. Se

Las acelgas, las espinacas y la coliflor son las más odiadas

trata de un mecanismo natural que desarrolla el ser humano ante los productos nuevos y que no tiene relación con la destreza culinaria de los progenitores. Entre las verduras más odiadas por los pequeños destacan las acelgas, las espinacas y la coliflor, según los resultados de un estudio de la Fundación Sanitas hecho público en 2007, y que contó con la participación de 1.620 familias de toda España con hijos de entre 6 y 14 años.

Comer pocas verduras y frutas no supone sólo un desequilibrio en la dieta, sino que provoca un déficit de nutrientes y vitaminas D y E. Y en algunos casos, también de calcio, hierro y de folatos (cuya falta puede afectar la función cognitiva y alterar la capacidad de atención). "Entre otros problemas futuros, puede causar enfermedades cardiovasculares, hipertensión u obesidad", afirma Ana Requejo Marcos, catedrática de Nutrición y Dietética de la Universidad Complutense de Madrid.

El estudio español EnKid, realizado en el año 2000 con chicos de 2 a 24 años de edad, destacaba el hecho de que entre los niños y jóvenes que más comían este tipo de alimentos (cuatro o más raciones

diarias) había menos casos de obesidad. Todos los profesionales coinciden en la necesidad de introducir "una alimentación basada en cinco comidas al día", según corrobora Norma I. García-Reyna, especialista en nutrición y psicóloga del hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Una dieta que debe comenzar con un desayuno a base de cereales, leche y frutas, y donde la ensalada o la verdura estén presentes tanto en la comida como en la cena.

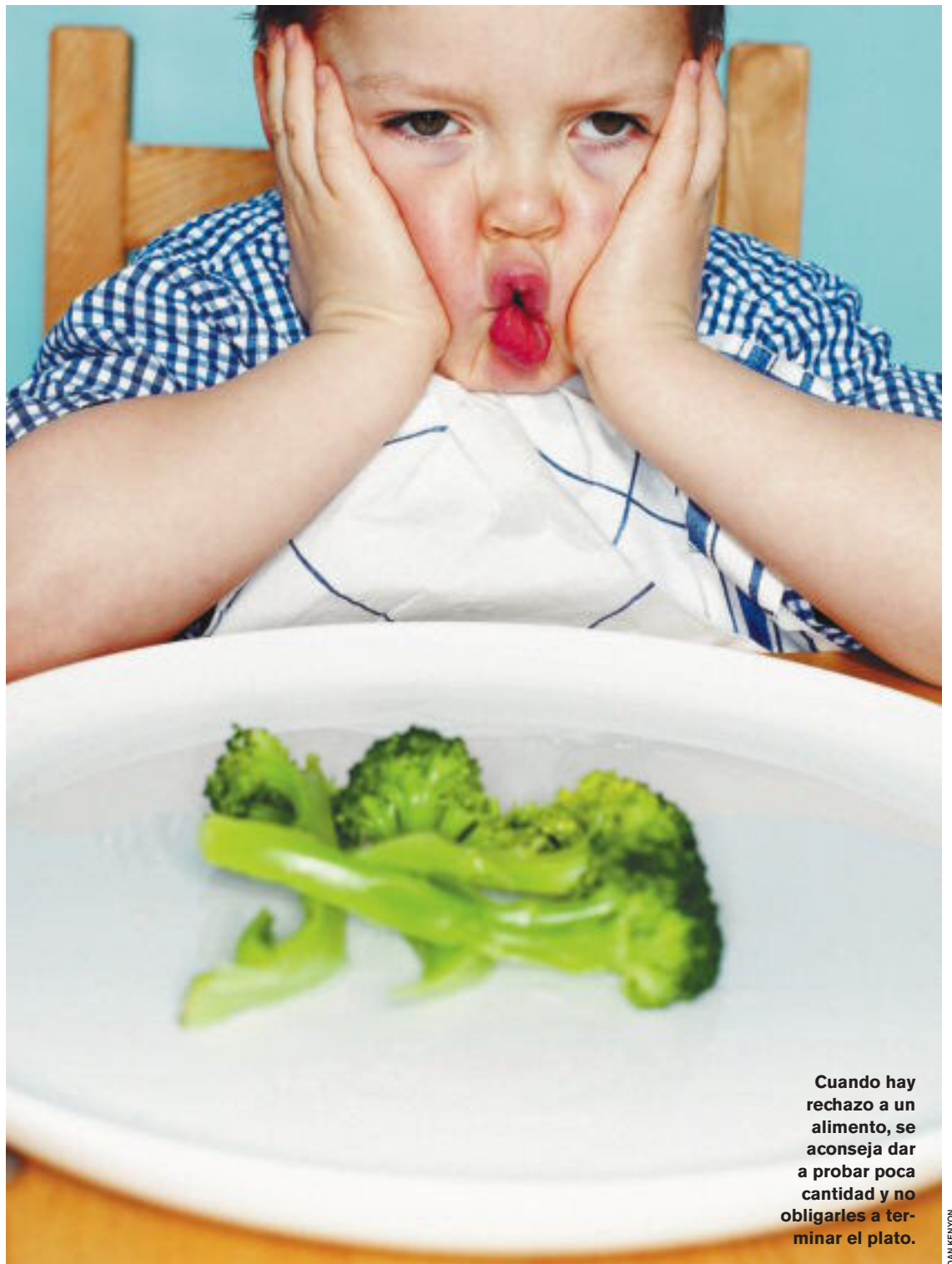
En el programa del Vall d'Hebrón destinado a pequeños en edad escolar con obesidad, *Niños en movimiento*, se trabajan, precisamente, las aversiones alimentarias. "Porque muchos de los niños con problemas de peso tienen rechazo a ciertos alimentos", dice la especialista en nutrición.

"Muchas veces, lo que sucede es que si le dan judías al niño una vez y no le gustan, no se le vuelven a dar nunca más", apunta García-Reyna. Craso error. Existen investigaciones que indican que cuando un niño siente rechazo por cierto alimento, si se le da a probar poco a poco, a la octava o décima vez es muy probable que termine gustándole. Y esto, según García-Reyna, es algo que muchos padres no saben. La clave, añade, es darles pequeñas cantidades, no obligarles a comer todo el plato.

La alimentación infantil se convierte, a veces, más que en un tira y afloja, en una auténtica lucha por el poder. Muchos padres optan por el "no te levantarás de la mesa hasta que te lo acabes todo"; otros, por premiar con su postre preferido si se comen el plato que les disgusta; y los más tajantes los envían como castigo directamente a la cama. "El niño hace pruebas de fuerza con la comida, está en su derecho, y si no lo hiciera sería preocupante. Pero nunca debe decidir lo que come", explica Lucrecia Suárez Cortina, de la unidad de gastroenterología y nutrición infantil del hospital Ramón y Cajal de Madrid y coordinadora de nutrición de la Asociación Española de Pediatría.

El pediatra Carlos González recomienda en su libro *Mi niño no me come* (Temas de Hoy) no premiar con regalos ni, tampoco, sobornar con el postre para que el pequeño coma. Y mucho menos, castigar. "Está comprobado que inconscientemente relacionamos la sensación de saciedad y bienestar con el último alimento ingerido. Con el premio del postre, los padres no aumentan la preferencia ni el gusto por las verduras, sino el gusto por el flan", asegura García-Reyna.

De hecho, esta actitud les puede marcar su futuro hábito alimenticio. Investigadores de la Escuela de Psicología de la Universidad de Birmingham (Reino Unido) descu-



Cuando hay rechazo a un alimento, se aconseja dar a probar poca cantidad y no obligarles a terminar el plato.

Estrategias diarias

- > Establecer una gama de alimentos variada y equilibrada con ayuda del pediatra.
- > Tener en cuenta las preferencias del niño, pero no permitir que dicte el menú.
- > No premiar ni recompensar; tampoco castigar.
- > Cocinar con los pequeños. Les ayuda a probar los alimentos.
- > Los padres deben dar ejemplo: marcan los hábitos alimentarios de sus hijos.
- > Se puede añadir a las verduras un poco de *ketchup*, mayonesa o carne.
- > Evitar bollería y chucherías.

Para más trucos e ideas, la guía *Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia*, elaborada por las consejerías de Educación y Salud de la Generalitat de Cataluña, se puede descargar en la web www.gencat.cat/salut

brieron que los bebés que destetan con alimentos como los bizcochos tendrán una preferencia por productos amarillentos, tales como las patatas fritas, más adelante en la vida. Por ello recomiendan introducir verduras entre esa primera variedad de alimentos, para que aumenten su prototipo visual de la clase de alimentos que les guste comer. A veces, lo que les produce rechazo es simplemente el color.

La conducta y los hábitos alimentarios se aprenden en la familia, y los padres deben predicar con el ejemplo. Su actitud es de-

La alimentación se convierte, a veces, en una lucha de poder padre-hijo

terminante, asegura Ana Requejo Marcos, catedrática de Nutrición y Dietética de la Universidad Complutense de Madrid. Esta doctora considera que los ingredientes fundamentales para conseguir que los niños coman verduras son la naturalidad y, sobre todo, la paciencia: "Si la primera vez no le gusta el plato de espinacas, hay que cambiar la preparación para intentar que le entre mejor la próxima vez". Requejo propone tratar la alimentación como si fuera una asignatura más: "Contarles los nutrientes y alimentos que tienen las verduras".

La doctora aconseja comenzar la diversificación alimentaria cuando finaliza la etapa lactante. "Es como el sobrepeso, cuanto mayor es el niño, más consolidados están los hábitos alimentarios equivocados y más tiempo necesitan para corregirlos. No es lo mismo educar los hábitos alimentarios de un niño de 3 años que uno de 10, que está en la preadolescencia", añade.

Para algunos autores, el odio a las verduras también puede estar en los genes. ¿Están programados los niños para odiar las acelgas o el brócoli? Un estudio de la psicóloga Lucy Cooke, del Colegio Universitario de Londres, publicado en 2007 en la revista médica *American Journal of Clinical Nutrition* mostraba cómo la aversión alimentaria es una característica altamente heredable. Estudió 5.390 pares de gemelos idénticos y no idénticos, de entre 8 y 11 años, y los resultados indicaban que la neofobia alimentaria es hereditaria en el 78% de los casos, pudiendo aparecer a partir de los dos años de edad.

Lucrecia Suárez no está de acuerdo: "No hay que buscar explicaciones genéticas, sino ambientales". En España, hace 35 años las legumbres se comían a diario. Las encuestas indican que ahora sólo se toman lentejas o garbanzos un par de veces al mes. "Hoy es mucho más frecuente comer pasta varias veces a la semana, cuando antes el plato de macarrones era esporádico", añade Suárez.

Solos ante el catarro

Es más inofensivo que la gripe, pero el resfriado no tiene vacuna ni cura. Dura una semana y la medicina no ha conseguido acortarlo ni un solo día. Analizamos sus supuestos remedios tradicionales: la vitamina C no lo previene siempre, y la eficacia de la equinácea y el ajo está por demostrar

■ GONZALO CASINO

Aunque el catarro parece el hermano menor e inofensivo de la gripe, la medicina del siglo XXI carece de recursos para hacerle frente. Contra el resfriado común, a diferencia de lo que ocurre con la gripe, no hay ni vacunas ni tratamientos que valgan. Todos los conocimientos sobre los virus acumulados por la biología no han conseguido reducir un solo día su duración. La gran diversidad de medicamentos que se venden para el catarro sirven, en el mejor de los casos, para aliviar sus síntomas, ya sea la congestión y la secreción nasales, el dolor de cabeza o la fiebre. Si dejado a su evolución natural un resfriado dura normalmente una semana, tomando medicinas dura siete días.

Quizá no haya nadie en el mundo que se haya librado de sufrir un resfriado. Cada año, los adultos tienen entre dos y cuatro resfriados, y los niños, entre cuatro y ocho, y son muy pocas las personas que no padecen al menos uno por temporada. Para la mayoría de la gente son más una molestia que un auténtico problema de salud, pero para algunos grupos de riesgo (bebés, enfermos inmunodeprimidos, ancianos) puede complicarse con una infección bacteriana y llegar a ser mortal.

Aparte del impacto en la calidad de vida de quienes los sufren,

el gran problema de los catarros se deriva de su frecuencia, de los millones de episodios que hay cada año y de los millones de jornadas de trabajo y escolares que se pierden. Sólo en EE UU se estima que representan un gasto de 3.500 millones de dólares anuales, unos 2.400 millones de euros.

¿Cómo es posible que la todopoderosa medicina de hoy no pueda curar un simple catarro? En realidad, los resfriados se curan solos. Son lo que se llaman infecciones autolimitadas, que duran lo que tarda el sistema inmunológico en controlar la multiplicación de los virus. Esto ocurre normalmente en una semana, y en la cuarta parte de los casos, en dos.

La principal razón de que no haya ni vacuna ni tratamiento curativo para el resfriado es que no se trata de una sola enfermedad, sino de un complejo de infecciones causadas por dos centenares de virus distintos. Encontrar un remedio para el catarro sería tan complicado como curar a la vez la varicela, las paperas, el sarampión y una larga lista de infecciones distintas.

Entre la dificultad del reto terapéutico y la benignidad de la infección, la medicina parece haber dejado de lado el catarro. Por eso, el resfriado ha sido desde antiguo un territorio abonado para la prevención, recurriendo a todo tipo de remedios naturales o alternativos, entre los que destacan la vitamina C, la equinácea y el ajo,

entre otros muchos. Pero ¿funcionan estos remedios? La medicina ha buceado recientemente en las evidencias científicas para dar respuesta a estas preguntas.

Tratamiento oloroso

Respecto al ajo, hay muchos libros y referencias que sostienen que el consumo habitual de este bulbo previene la aparición del resfriado. Esta afirmación se basa en diversos estudios de laboratorio y otras observaciones, pero al hacer una revisión rigurosa y exhaustiva de las pruebas disponibles resulta que esta afirmación no está ni mucho menos demostrada.

En julio de este año se ha publicado una revisión de todos los estudios sobre la eficacia del ajo en la prevención del catarro. Este estudio lo ha realizado la Colaboración Cochrane, una organización internacional sin ánimo de lucro, cuyo objetivo es asegurar que la información actualizada y rigurosa sobre los efectos de las intervenciones sanitarias se encuentre a disposición de todo el mundo. Sólo han encontrado una investigación de calidad sobre esta cuestión. Se trata de un ensayo clínico controlado, realizado con sólo 146 voluntarios durante 12 semanas, en el que se concluía que los miembros del grupo control (que no tomaron ajo) estuvieron más días enfermos por un resfriado que los del grupo que sí tomó suplementos de ajo. Si bien el tiempo de recu-





No se ha conseguido probar que el ajo, la equinácea y la naranja sean remedios contra el catarro, causado por 200 virus distintos.

peración del catarro entre unos y otros fue similar. Aunque los resultados de este ensayo parecen favorables al ajo, los autores de la revisión indican que no hay pruebas concluyentes y que hacen falta más estudios, más largos y con más personas para tener resultados más sólidos. El informe no desmiente en ningún momento las propiedades anticatarrales del ajo, pero indica que no están suficientemente demostradas.

Megadosis vitamínicas

La idea de que tomar diariamente dosis elevadas de vitamina C previene el catarro viene de lejos, al menos de mediados del siglo pasado. Su principal paladín fue el dos veces premio Nobel Linus Pauling (1901-1994), que difundió en un famoso libro su fe casi religiosa en las bondades de la vitamina C. Además predicó con el ejemplo, tomando cada día entre 6 y 18 gramos de vitamina C (la dosis equivalente a entre 60 y 180 vasos de zumo de naranja). Mucha gente le ha imitado, principalmente en EE UU, sin ningún problema porque esta vitamina es hidrosoluble y se elimina fácilmente por la orina.

La controversia ha seguido viva hasta hace un par de años, cuando las supuestas bondades preventivas de esta vitamina fueron desmentidas por la ciencia. Una revisión de 30 estudios realizados con 11.000 personas, publicada en *The Cochrane Library* en 2007, mostró que el único efecto positivo de esta vitamina se observa en personas sometidas a un estrés físico extremo, como los corredores

de maratones o los soldados, en quienes tomar dosis suplementarias de vitamina C parece reducir en un 50% la posibilidad de sufrir un catarro.

Remedios herbales

Paralelamente, la revista *The Lancet Infectious Diseases* publicaba en 2007 otra revisión de los estudios sobre los efectos preventivos de la equinácea sobre el resfriado. De los 700 trabajos publicados, la revisión se centró en los 14 que eran ensayos clínicos realizados aleatoriamente y controlados con placebo. La investigación concluía que este remedio herbal reduce en un 58% el riesgo de coger un resfriado, a la vez que acorta ligeramente su duración. Sin embargo, la metodología de esta revisión ha sido cuestionada por algunos investigadores, que dudan de sus conclusiones.

En cualquier caso, la medicina alternativa parecen haber ganado la batalla del mercado de la prevención del catarro. Según datos del Centro del Catarro Común de la Universidad de Cardiff (Reino Unido), se estima que en EE UU un tercio de la población recurre a remedios alternativos frente al resfriado. En Europa, esta proporción es mayor todavía, entre un 40% y un 70%.

Comer de forma saludable, hacer ejercicio físico, dormir lo suficiente y evitar el estrés, que afecta al sistema inmunitario, son probablemente cuatro buenas medidas para prevenir los resfriados, además de lavarse las manos con frecuencia y evitar tocarse la boca y los ojos.

Cómo se contagia y por qué ataca más en invierno

Aunque se usan indistintamente, el término resfriado (alude a enfriamiento) es menos adecuado a la luz de la ciencia que el de catarro (alude a secreción): enfriar el cuerpo no aumenta el riesgo de sufrir un catarro o agrava sus síntomas. Lo que ocurre es que el enfriamiento de la piel y la mucosa de la nariz puede provocar estornudos, y esto ha conducido a relacionar el frío con el catarro. Sin embargo, lo único seguro para que se produzca la infección es que el virus debe llegar a la nariz.

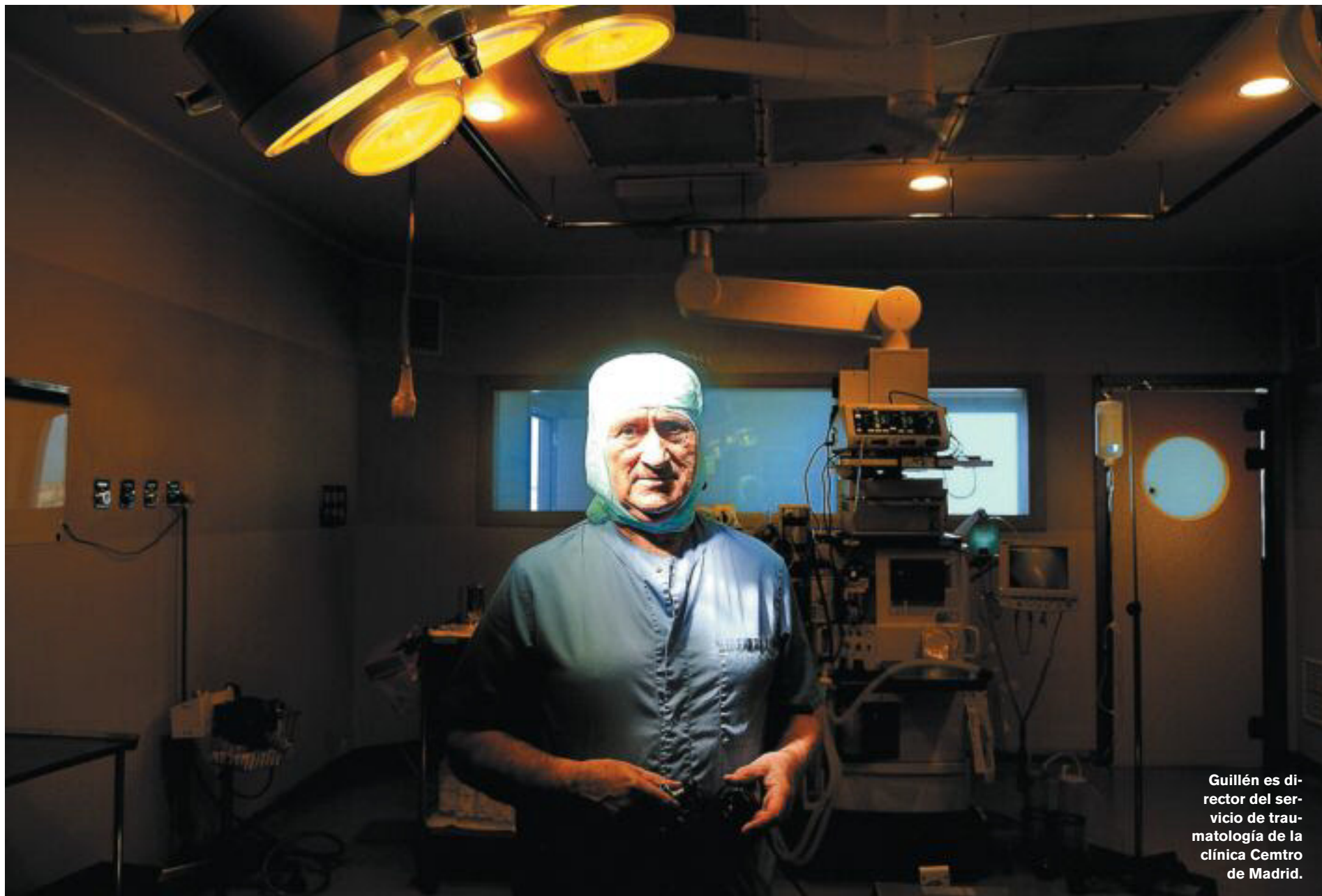
Los virus del catarro se encuentran en suspensión en el aire, en pequeñas gotitas de agua expulsadas por los enfermos. Para que se produzca la infección es preciso que entren en contacto con la mucosa nasal, la fina capa celular que recubre el interior de la nariz, y que penetren en esas células. Los catarros no se transmiten tanto por un beso como por llevarse los dedos a la nariz tras haber tocado el pomo de una puerta, un libro o cualquier objeto contaminado con las gotitas que contienen los virus. Los niños son los principales afectados y el foco más importante de transmisión. El principal virus del catarro, causante de entre el 30% y el 40% de los resfriados en los adultos, es el rinovirus (etimológicamente, virus de la nariz), del que hay más de un centenar de serotipos o variedades. Mide unos 20 nanómetros (en un solo milímetro pueden ponerse en fila 50.000 rinovirus), un tamaño unas 100 veces menor que el de las células de la nariz a las que infecta y parasita para multiplicarse. Los coronavirus, el virus respiratorio sincitial e incluso el virus de la gripe son otros de los agentes infecciosos implicados habitualmente en los catarros.

¿Por qué hay más catarros en otoño e invierno? Por un lado, el aire frío hace que los virus se repliquen más fácilmente en la nariz. Y por otro, en los meses fríos se pasa más tiempo dentro de casas y oficinas, que normalmente están peor ventiladas y en las que hay más contacto directo con otras personas. También influye la menor radiación ultravioleta del sol que ayuda a eliminar los virus. La mayoría de los contagios ocurren en el hogar o en el trabajo y justo cuando aparecen los primeros síntomas catarrales estamos en la fase más infectiva.

PEDRO GUILLÉN

TRAUMATÓLOGO Y EXPERTO EN MEDICINA DEL DEPORTE

“El cultivo de cartílago es una esperanza para las articulaciones dañadas”



Guillén es director del servicio de traumatología de la clínica Centro de Madrid.

■ CARMEN GIRONA

A sus 70 años, Pedro Guillén, profesor de traumatología y ortopedia del deporte en la Universidad Complutense de Madrid desde 1988 y director del servicio de traumatología y ortopedia de la clínica Centro, confiesa que siempre ha tenido cierta debilidad por la “señora rodilla” y que le debe mucho a las lesiones musculares.

En 1996 introdujo en España el implante de cultivos de condrocitos autólogos, una técnica para tratar las lesiones del cartílago y prevenir la artrosis. En 2000 mejoró este procedimiento con un sistema que se ha extendido por todo el mundo. En 2007 fue considerado uno de los 25 españoles más influyentes en la medicina. Ese mismo año fue galardonado con el Premio Nacional Investigación en Medicina del Deporte por la Universidad de Oviedo e intervino al primer paciente con artroscopia sin cable, un dispositivo diseñado en su centro.

Pregunta. ¿En qué consiste el cultivo de cartílago?

Respuesta. La técnica de cultivo de condrocitos implantados autólogos (ACI, en sus siglas

en inglés) la describió por primera vez un grupo sueco en 1994. Consiste en tomar una muestra de cartílago del paciente, cultivarla en el laboratorio e inyectarla al paciente a través de un líquido por cirugía abierta. En el proceso se extrae medio gramo de cartílago, como unos cuatro granos de arroz, que contiene unas 30.000 células. En tres semanas aumen-

La genufonía es el ruido de la rodilla, su lenguaje. No suena igual una rotura de menisco que la de un ligamento

tan a unos 20 millones. La clínica Centro fue el primer hospital que la realizó en España en 1996.

P. ¿Por qué se ha especializado en esta técnica?

R. En el organismo sólo hay tres tejidos que se autorreparan, el hueso, la córnea y el hígado. La falta de cartílago conduce a artrosis; la artrosis, a la prótesis, y muchas prótesis dejan cojo al paciente o le restan calidad de vida. Inauguramos la Unidad de Investigación Biomédica en 2005 para investigar los cultivos celulares en la ortopedia y traumatología. Nos centramos en cartíla-

go, hueso y tendón. El cultivo es una esperanza para las articulaciones dañadas, y digo esperanza porque todavía no tengo la llave perfecta.

P. ¿Por qué la modificó?

R. No me gustaba el ACI porque al inyectar el líquido en la lesión se podían perder células y, además, tenía que cubrir las con periostio (tejido vivo). En 2000

sustituí el líquido por una membrana con dos caras, una satinada y otra porosa. Se conoce como membrana de condrocitos implantados autólogos (MACI) y la colocamos por artroscopia. Ahora hemos avanzado otro paso. Hemos diseñado el Instant MACI, otra modificación en la que los 20 millones de células se impregnan de manera instantánea en la membrana ya ajustada al tamaño de la lesión.

P. ¿Sustituirán las células madre a sus técnicas?

R. Yo creo en la misma línea celular. Es decir, que si hay que

reconstruir un tendón, sacamos las células del tendón y no de otra parte. Hemos realizado un estudio en animales en el que se compara el cultivo del cartílago del animal y el de células madre mesenquimales procedentes de la grasa. Los resultados reflejan que la línea del cartílago es cartílago puro, mientras que las procedentes de las células mesenquimales tienen menos células y son de peor calidad.

P. Ha acuñado el concepto de genufonía. ¿En qué consiste?

R. Es el lenguaje de la rodilla. El ruido de la rodilla se expresa con un crujido que he grabado y analizado muchas veces. No es lo mismo escuchar los sonidos de una rodilla sana, en movimiento, o cuando se explora en consulta. Es muy diferente el sonido de la rotura de un menisco al de un ligamento. Pero, además, la rodilla también se expresa si está caliente o fría, o si tiene un derrame inmediato o tardío. La historia del paciente y los signos que manifiesta la rodilla son su voz, que, junto con las pruebas diagnósticas, constituyen el trípode para el mejor diagnóstico.

P. ¿Qué opina del implante de plasma rico en factores de creci-

miento, las sustancias que estimulan el crecimiento celular?

R. Se conocen más de 1.000 subtipos de factor de crecimiento. Dichos factores circulan por la sangre y cuando algo falta se acantonan en ese lugar y tratan la lesión. Un científico español ha optado por la vía centrífuga, los concentra y los extrae en forma de moco. Pero falla porque se utilizan todos los factores a la vez, en vez del específico que se necesita para esa lesión. Roger Guillemin, premio Nobel de Medicina, me dio la razón en la sesión inaugural de nuestra unidad de investigación.

P. ¿Por qué ese respeto de los cirujanos a la rótula?

R. La rótula es una de las asignaturas pendientes del siglo XXI. No todos los trastornos de la rótula son por enfermedad; también aparecen por disminución de la capacidad muscular, problemas de alineación o de angulación. Muchas veces sucede que cuando la rodilla duele y se hace una artroscopia, no se aprecia lesión alguna. Por mis investigaciones durante años clasifico la pobreza del cartílago en dos tipos: cuantitativa y cualitativa. En esta última, la composición del líquido sinovial nos puede dar una información clave.



Toda una vida estaría contigo

Desde la mañana a la noche, en el desayuno, en la comida, en la cena... Porque es saludable, porque es especial y porque está buenísimo. Porque es de Jaén, la tierra del aceite, porque tiene un carácter incomparable y porque tiene una garantía de calidad que nos asegura que es un aceite "bien hecho".

Por todas estas cosas y por otras que no se pueden contar, tan sólo se pueden sentir.

Denominación de origen "Campiñas de Jaén". Toda la vida estaría contigo.



CAMPIÑAS DE JAÉN
Denominación de Origen
Aceite de Oliva Virgen Extra



¿Quieres conocernos? Entra en nuestra web www.campinasdejaen.es y podrás conocer todos las marcas amparadas por Campiñas de Jaén. Además si te registras podrás **ganar un fin de semana con todos los gastos pagados** en las ciudades de Úbeda y Baeza (declaradas ciudades Patrimonio Histórico de la Humanidad por la UNESCO).



Arándanos en el botiquín

El fruto rojo se abre paso como tratamiento preventivo contra la cistitis. Pero los urólogos se dividen entre la alabanza y el escepticismo. Las infecciones urinarias afectan al menos a tres de cada 10 mujeres. El 20% de ellas las sufren de forma recurrente

■ MARÍA DE LAS HERAS

Pilar Carrasco, de 26 años, sufre la misma tortura cada mes. Primero siente escozor al orinar y después tiene la sensación de no poder vaciar bien la vejiga. Son los síntomas de una cistitis, una infección de orina concentrada en la vejiga. Carrasco pertenece al 30% de mujeres que pasa por alguno de estos episodios a lo largo de su vida, según la mayoría de los estudios internacionales. Algunas investigaciones estadounidenses elevan este porcentaje hasta el 50%. Además, tiene la mala suerte de formar parte del 20% que los sufre de forma recurrente.

Se investiga una vacuna contra la bacteria más común

Los urólogos empiezan a considerar que el caso es anormal y repetido cuando la paciente presenta más de tres episodios anuales. Pilar Carrasco ha llegado a soportar hasta dos al mes durante tres años.

La cistitis es mucho más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. El urólogo Joan Palou, de la Fundación Puigvert, explica por qué: "La uretra es una vía de entrada de gérmenes y es mucho más corta en el aparato urinario femenino. Por esto, ellas son más proclives", afirma. Según Palou, las infecciones son más comunes al inicio de las relaciones sexuales y en ciertos periodos como el embarazo o la menopausia. Los cambios hormonales son muy perjudiciales para las mujeres en este sentido, ya que se produce una transformación en la composición de la flora vaginal, que la hace más sensible a la entrada de gérmenes. En los hombres, la probabilidad de sufrirla aumenta con la vejez, favorecida por los problemas de próstata.

Los casos más difíciles de infecciones recurrentes suelen encontrarse en mujeres activas sexualmente y se deben a que el *masaje* que produce el coito en la uretra favorece el paso de gérmenes a la vejiga. El sistema defensivo de la mujer debería ser suficiente para evitar que las bacterias penetren, pero si algo falla o la flora vaginal no es resistente, la cistitis está asegurada.

Luis Prieto, coordinador del grupo de urología de la Asociación Española de Urología, señala que los factores nutriciona-

les "desempeñan un papel prioritario". Productos como los yogures refuerzan la flora vaginal. Los antibióticos acaban con las infecciones y destruyen sin discriminación las bacterias *malas* causantes del daño y también las *buenas*, que lo protegen. Su uso excesivo ha propiciado la búsqueda de fórmulas más naturales, y el arándano rojo americano se ha consolidado como el tratamiento preventivo más saludable.

El urólogo y director del Instituto Urológico Madrileño, Juan Carlos Ruiz, fue el pionero en recetar arándano rojo a sus pacientes hace 15 años. No existían ni comprimidos ni sobres que se vendieran en farmacias, pero recomendaba el consumo de zumo diario, aproximadamente un cuarto de litro al día. Lo hizo impulsado por todas las investigaciones estadounidenses que aseguraban que esta fruta ácida conseguía disminuir los episodios de cistitis hasta en un 80% en los casos causados por la bacteria más común, la *Escherichia coli* (*E. coli*). Ruiz asegura que ha comprobado que en muchos casos funciona. "No acaba con el germen, pero evita que se quede en el organismo", cuenta.

María de la Calle, de la Sociedad Española de Ginecología Fiterapéutica, comparte esta opinión y explica de forma gráfica el funcionamiento del arándano: "La proteína de la fruta se adhiere a los pelos de la bacteria e impide que ésta a su vez se adhiera a las paredes de la vejiga".

No todos los profesionales están seguros de que el arándano funcione. Prieto dice que sólo se

ha probado científicamente la efectividad de los antibióticos. Asegura que las dosis que él recomienda de forma preventiva apenas presentan efectos secundarios. Consisten en una ingesta mínima nocturna o una poscoital. Pilar Carrasco se somete a este último tratamiento, pero no descarta combinarlo con el consumo de arándano, dado que no tiene efectos secundarios. "Ahora no tengo pareja, pero si la tuviera, supondría tomar antibióticos muy a menudo. Y eso no puede ser sano", apunta.

El ginecólogo de la Asociación Española de Ginecología y Obstetricia, Gerardo Ventura Serrano, asegura que no hay investigaciones suficientes sobre los efectos

Los casos son más frecuentes en el embarazo y la menopausia

del arándano y aconseja prestar más atención a los hábitos que pueden favorecer la aparición de cistitis. "Se ha generalizado, por ejemplo, la idea de que lavarse muy a menudo es sano, pero en realidad esto destruye la flora vaginal", explica.

El debate sobre la efectividad del arándano centra la atención de ginecólogos y urólogos. Mientras se llega a una posición oficial, algunos optan ya por recetarlo ante la evidencia de algunas investigaciones y la ausencia de efectos secundarios.

A Carrasco, el antibiótico le provoca la aparición de hongos vaginales y no consigue terminar el tratamiento para éstos porque antes llega la siguiente cistitis. Todo un círculo vicioso de medicamentos combinados con un ritual que sigue a rajatabla: Beber y orinar antes y después de cada relación sexual, la dosis de antibióticos poscoitales, una alimentación que excluye ciertos productos... Y aun así no ha conseguido librarse de una piedra en el riñón provocada por las continuas infecciones. "Crea mucha impotencia que nadie acierte con la causa que te provoca este horror", clama.

Lo que no parece dividir a los expertos es la vacuna frente a la bacteria *E. coli*, la más común entre las que desencadenan la cistitis. Todavía se investiga en varios laboratorios de Estados Unidos y en algunas clínicas españolas, entre ellas la Fundación Puigvert, pero su descubrimiento puede acabar con el sufrimiento de muchas mujeres.



La esperanza frente al Parkinson y otras enfermedades neurológicas

Parkinson Forum El Doctor Werth responde



¿Por qué mucha gente no cree en nuevos tratamientos aunque carezcan de efectos secundarios y prefieren tomar fármacos?

En la sociedad actual existe un dogma en cuanto al Parkinson se refiere, y es que muchas personas piensan que es una enfermedad sin solución. Como dijo un paciente mío de Canadá "es demasiado bueno para ser verdad". Por otra parte, la mayoría de pacientes se hacen con el tiempo farmacodependientes, ya que el consumo prolongado de medicamentos desarrolla una peligrosa adicción, sin importarles las consecuencias. Además, en ocasiones los grandes cuidados familiares hacen que los pacientes se sitúen en una zona de confort sin darse cuenta de que su enfermedad sigue avanzando y que cada vez son más dependientes. Así que en estas situaciones son sus propios allegados los que impulsan a los pacientes a luchar por su bienestar.

¿Hay que renovar regularmente las agujas permanentes implantadas? Teniendo en cuenta que las agujas están hechas de titanio, no es necesaria la sustitución de los implantes en un espacio temporal determinado ya que el titanio es un material duro, resistente y biocompatible, y por ello es de gran utilidad en el campo médico. En cuanto a la localización del estímulo, los puntos que se encuentran en la oreja son los más adecuados de todo el cuerpo humano, ya que al implantarse las agujas en la zona cartilaginosa, se anclan en el lugar donde fueron insertadas y permanecen allí para siempre.

Se obtienen resultados en una sola sesión y sin efectos secundarios

6º Congreso Internacional de Auriculoterapia y Auriculomedicina

El próximo 9 y 10 de octubre tendrá lugar en Bolonia (Italia) el 6º Congreso Internacional de Auriculoterapia y Auriculomedicina, organizado por la AMAB (Medical Acupuncture Association of Bologna) y el Glem (Lyon Medical Studies Group).

Esta nueva edición, en la que se presentarán los últimos

avances en auriculoterapia y sus resultados, será un punto de encuentro y debate para todos los profesionales e investigadores.

En las diferentes actividades programadas intervendrán expertos de reconocido prestigio internacional. El 10 de octubre por la mañana tendrá lugar la conferencia "La influencia de

Los microimplantes estimulan la producción de la dopamina natural

microimplantes auriculares en el síndrome de Parkinson" a cargo del Dr. Ulrich Werth.

En la jornada de tarde continuarán las ponencias, en las que el Dr. Werth presidirá con honor las mesas de debate.



www.auriculotherapy-bologna2009.com

Testimonios de pacientes

"Ha sido increíble cómo he recuperado la movilidad tras el tratamiento"

Anja Mertanen padece la enfermedad de Parkinson hace veinte años pero pasó mucho tiempo hasta que se le diagnosticó.

Un tiempo en el que Anja veía mermadas muchas de sus facultades con la consiguiente desazón...

Finalmente, su neurólogo certificó que se trataba de

esta enfermedad y comenzó con la medicación. Pero el alivio era mínimo y la desesperación y escepticismo de Anja crecían día a día.

Hace un año y medio todo cambió: Anja y su familia no se resignaban y decidieron buscar otros tratamientos.

Su marido dio con el Dr. Werth a través de Internet

y fueron a visitarle.

Le hicieron muchas preguntas, pues querían estar plenamente convencidos de que la "aguja permanente" del Dr. Werth podría ayudarles y terminaron por apostar por este tratamiento.

"Ha sido increíble cómo he recuperado la movilidad tras el tratamiento", nos cuenta

Anja, cuya mejoría no fue constante al principio, pero poco a poco fue en aumento al tiempo que el tratamiento le permitía ir reduciendo la medicación.

Hoy Anja se siente mucho mejor, muy esperanzada y con su movilidad prácticamente reestablecida.

Investigación

Un estudio demuestra la regresión de síntomas de Parkinson en 3 meses

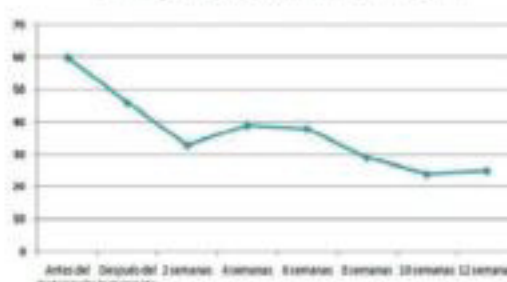
Una investigación clínica realizada recientemente en Bad Nauheim (Alemania) muestra cómo en 20 pacientes de Parkinson tratados con microimplantes auriculares se ha logrado una estabilización de los síntomas y una mejora continua. El ensayo fue realizado tras unos estudios previos de pacientes en diferentes estadios de la enfermedad. Los resultados mostraron en algunos de los pacientes efectos positivos inmediatamente después del tratamiento, y en el resto una reducción sintomatológica a lo largo de los 3 meses posteriores.

El estudio fue realizado usando las escalas UPDRS y PDQ 39, utilizadas habitualmente para evaluar la evolución de la enfermedad de Parkinson. Ambas pruebas muestran una

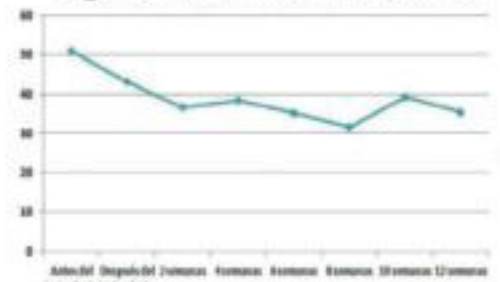
mejora continua. Las evaluaciones mostraron una disminución de hasta casi un 50% en la sintomatología de algunos pacientes, como se

puede observar en las gráficas. Esta mejora se traduce en una reducción de medicación diaria y una mayor independencia personal y familiar.

Ejemplo de regresión de los síntomas en un paciente mediante UPDRS



UPDRS media total de 20 pacientes Regresión de los síntomas en 3 meses



Dr. Ulrich Werth

Especialista en Parkinson

Info@parkinson-therapie.com




¡Llámanos!

963 516 680

Werth Parkison Center

www.parkinson-therapie.com

Gran Vía Marqués del Turia, 65. Valencia



Quiero y no puedo

Tres de cada diez españoles se consideran estreñidos. Y casi la mitad reconoce tomar laxantes sin receta. Mal. Sin control, pueden llegar a intoxicarnos. La solución: beber dos litros de agua diarios, tomar fibra y hacer un poco de deporte

■ ELENA SEVILLANO

Estreñir (del latín *stringere*, apretar, comprimir): “Retrasar el curso del contenido intestinal y dificultar su evacuación”. Tampoco hace falta recurrir al diccionario para saber lo que significa el verbo de marras. Porque ¿quién no ha sufrido sus consecuencias, aunque haya sido ocasionalmente? En un periodo de estrés, por un embarazo, debido a un viaje. “No es una enfermedad, sino un síntoma que percibe el sujeto en forma de emisión dificultosa de heces muy duras y con una frecuencia disminuida”, precisa Juan Enrique Domínguez-Muñoz, jefe del servicio de digestivo del hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

“Entre un 25% y un 30% de la población española se considera estreñida; entre un 12,5% y un 15% lo está según criterios médicos; es decir, realiza, de forma habitual, menos de tres deposiciones a la semana, y con esfuerzo”, interviene Miguel Bixquert, pro-

fesor y jefe de medicina digestiva del hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

“Resulta incómodo, pero ni intoxica, ni provoca retención de venenos dentro del cuerpo, ni la aparición de granos o de mal aliento... Son mitos”, aclara el doctor. Tampoco se está más sano por ir al baño todos los días; cada cual tiene su frecuencia, personal e intransferible.

Que sepan los amantes de las estadísticas que el ritmo normal en España es de cinco o seis veces a la semana para hombres y de entre tres y cuatro para mujeres. Y que el problema afecta hasta tres veces más a ellas que a ellos, y más conforme avanza la edad.

El estudio *Estreñimiento en la población española* (Espogen), de 2000 y aún vigente en muchas de sus conclusiones, establece más factores de riesgo: no seguir una pauta horaria, comer fuera de casa, aguantarse las ganas porque en ese momento estamos ocupados o porque el retrete de la oficina o de la cafetería no nos gusta (negligencia o resistencia a la llamada, lo denominan los especialistas).

El problema puede venir como efecto secundario de una alteración del colon, de algún fármaco o por “una disfunción del suelo pélvico”, enumera Domínguez-Muñoz. Pero lo habitual, se lamenta, es que sea consecuencia del ritmo de vida imperante: “Una dieta pobre en fibra, frecuente uso de precocinados y comidas rápidas, una insuficiente ingesta de líquidos y, sobre todo, sedentarismo”.

Bixquert detecta que las mujeres jóvenes tienen hoy más dificultades para evacuar que hace 15 años. ¿Motivos? Menos consumo de fruta y verdura, los kilos de más (que se asocian con la falta de ejercicio y de un adecuado tono muscular) y también la lucha contra los kilos de sobra, que muchas veces lleva a abusar de los diuréticos –que hacen perder líquido al organismo– o a reducir drásticamente la ingesta de grasas –que lubrican y ayudan al tránsito intestinal.

“El estreñimiento está causado, en parte, por una razón puramente física como es el peso de los residuos en el intestino”, afirma Jesús Román, presiden-

Reducir drásticamente las grasas es contraproducente: lubrican y ayudan al movimiento intestinal.

te de la Fundación Alimentación Saludable de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Un mayor peso facilita el movimiento intestinal (peristaltismo) a una velocidad adecuada para la expulsión. Luego es fundamental aumentar los residuos no digeribles, como la fibra. Junto con, al menos, dos litros de agua al día.

Para funcionar bien, el organismo necesita unos 25 gramos de fibra diarios, según estimaciones de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC). Hortalizas frescas, frutas con piel, cereales integrales y legumbres, preferiblemente cocinadas al vapor, al horno, a la plancha o en *wok*. “De lo contrario, el tiempo de tránsito intestinal podría hacerse cada vez más largo, provocando una sensación de malestar e hinchazón”, advierten desde el programa NUSA (Nutrición y Salud) desarrollado por la marca Danone.

Bixquert agrega a la receta “los yogures con bifidus”; anima a bailar, hacer gimnasia, bicicleta, natación; y advierte de que el tabaco es un arma de doble filo: “Mucha gente desayuna, se fuma un cigarrillo e inmediatamente va al cuarto de baño... A veces puede ayudar, sobre todo con un buen desayuno, pero fu-

Las frutas con piel y las hortalizas al vapor ayudan a regular el tránsito

mar un paquete al día estríne. Es verdad que la nicotina produce un aumento del movimiento del colon, pero también de las contracciones circulares, que cierran el conducto”.

Un estreñimiento crónico puede llevar a fisuras, hemorroides y, en pacientes de más edad, a infecciones de orina, prolapso (caída o descenso) del recto e incluso obstrucción intestinal. Así que si las medidas dietéticas y de hábitos de vida no son suficientes, llega el momento de acudir al médico. Que, quizá, recete un laxante. “Los más adecuados en la mayoría de los casos son los que incrementan el contenido intestinal y los osmóticos, que retienen agua en el intestino”, informa Domínguez-Muñoz.

“Menos recomendables en el tratamiento a largo plazo son los llamados estimulantes, muchos de ellos considerados naturales por ser derivados de plantas; pueden producir dolor abdominal y diarrea”, advierte. Tilda de “creencias falsas” que los laxantes incrementen el riesgo de cáncer de colon o que produzcan dependencia. “Son, en general, fármacos seguros si se usan racionalmente y en las dosis adecuadas, por lo que siempre deben ser prescritos por el médico”, concluye.

Pues tomar laxantes sin control facultativo es justo lo que reconocía hacer el 42,7% de los encuestados en el estudio *La automedicación en España*, dirigido por Pilar Carrasco Garrido, profesora de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. El doctor Bixquert ve en ellos la solución fácil y en ocasiones nociva: “Se han descrito casos de toxicidad hepática con el aloe vera”, alerta. “¡Estos productos serán buenos para las farmacias!”, espetta. Para las personas, se remite a lo ya repetido: beber más agua y hacer más ejercicio, comer mejor, fumar menos.



Consultorio de Sexo

Dra. María Ángeles Sanz

?

¿La píldora anticonceptiva puede reducir la libido?

BELÉN ABELLÁN
Badajoz

Son muy pocos los casos en los que el uso de la píldora produce una cierta sequedad vaginal. De ahí que algunos prospectos adviertan que disminuyen el apetito sexual. Es más frecuente que en algunos momentos del ciclo menstrual la lubricación vaginal varíe, y la mujer lo note sin que ello repercuta en su deseo sexual. Hay que tener en cuenta que el impacto de tipo físico (hormonal) es muy pequeño frente a la especulación que genera. La reducción de la libido puede girar en torno a otros factores como la decisión de usar la píldora: ¿Se ha tomado con la suficiente madurez y responsabilidad?, ¿se han hecho las consultas médicas necesarias y tranquilizadoras?, ¿existen temores exagerados a quedarse embarazada? La ansiedad, la inseguridad que aparece en este momento contamina la relación sexual, que pierde parte del atractivo. Una vez que empiezan a tomar la píldora, muchas mujeres comienzan a preocuparse por los mínimos cambios que se producen en su cuerpo, por su estado de ánimo, por el posible aumento del peso, etcétera, lo que puede disminuir la apetencia. De alguna



manera, los cambios han sido para peor, y sienten que "ya no es como antes". Se habla de deseo sexual como de algo instintivo y que es necesario para iniciar la interacción sexual. Nadie duda de que es una fase de la respuesta sexual humana, pero si se exagera su importancia, probablemente se bloquee su aparición. Así, si se inicia el juego amoroso, si la mujer se deja llevar por esa sensación sin más, poco a poco puede notarse cada vez más deseosa. Mientras que si está esperando sentir ese deseo para iniciar una caricia, un beso..., ese impulso probablemente no aparezca y, por tanto, no se produzca ningún encuentro sexual.

María Ángeles Sanz es sexóloga y profesora de Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de Madrid.

ILUSTRACIÓN: SRA. MILTON



Consultorio de Psicología

Dr. Francisco Alonso-Fernández

?

Desde que saltó la noticia de la gripe A, mi hijo se lava las manos unas 20 veces al día, ¿Debo preocuparme?

PEDRO FERNÁNDEZ
Ferrol (A CORUÑA)

+

La conducta actual de su hijo se puede identificar como una reacción de ansiedad al coincidir su conducta, lavarse las manos, con la pauta preventiva antigripal más recomendada. La mayor parte de estas reacciones desaparecen espontáneamente al cabo de algunos meses. Para que su evolución sea favorable, lo mejor es que su hijo siga con su vida normal

y que las personas de su entorno le presten un apoyo afectivo, sin presiones. Una ligera dosis de medicación ansiolítica resulta conveniente en algunas ocasiones, con objeto de situar los temores hipocondríacos en su justo límite y restablecer el autocontrol. Habría que consultar con un experto si apareciesen síntomas de un trastorno obsesivo-compulsivo, como son ideas reiterativas, que se mantienen durante horas a pesar de considerarlas absurdas, y compulsiones, que consisten en repetir el mismo acto con objeto de reducir la ansiedad. Entre los rasgos propios de la personalidad obsesiva destacan la inseguridad en sí mismo, el perfeccionismo, la escrupulosidad física o moral, el exagerado control de luces o puertas y la excesiva timidez o fobia social. Si la sintomatología actual de su hijo sigue evolucionando progresivamente o se mantiene estacionaria largo tiempo, puede indicar la presencia de una enfermedad obsesiva.

Francisco Alonso-Fernández es presidente de la Sociedad Europea de Psiquiatría Social.



ILUSTRACIÓN: JAVIER BARBADO

consultorio

Envíen sus consultas acerca de psicología, sexo, pediatría o medicina general a salud@elpais.es o a la dirección de correo:

Salud. Diario EL PAÍS, Miguel Yuste, 40. 28037 Madrid.
Para más información: www.elpais.es/sociedad/salud

PESCADO CONGELADO: LA MAR DE VENTAJAS.

FROM

POR NUESTRO PESCADO DE HOY
Y DE MAÑANA

www.from.es



PULEVA OMEGA 3.
Más de 10 años cuidándote cada día.

Arjan Geerlings. Investigador de Puleva Biotech.
Dpto. de Nutrición y Salud.

● **LA IMPORTANCIA DE LOS OMEGA 3**

Los Omega 3 son unos **ácidos grasos** fundamentales para el organismo humano. Algunos de ellos son **esenciales**, lo que significa que debemos tomarlos en nuestra dieta diaria. El pescado azul, uno de los pilares de la dieta mediterránea, es una fuente inmejorable de Omega 3.

● **OMEGA 3 EPA y DHA**

Desde el punto de vista de su función, existen dos tipos de ácidos grasos Omega 3:

OMEGA 3 DHA: está presente en la leche materna y es crítico (en épocas tempranas) para el desarrollo del sistema cognitivo y de la función visual.

OMEGA 3 EPA: ayuda a preservar la salud de su **sistema cardiovascular**.

PULEVA OMEGA 3 contiene ambos tipos de grasas saludables, si bien es especialmente rico en Omega 3 EPA y ácido oléico, por lo que, junto con otros ingredientes funcionales, **te ayuda a reducir los niveles de colesterol y triglicéridos** haciendo que todo fluya mejor en tu interior.



Cuidate cada día.