



Encuentros



De izda. a dcha.; la Dra. Ingrid Möller, la Dra. Clara Esteban, Julio Agredano y el Dr. Enrique Guillén, en el encuentro recientemente celebrado en la Torre Emperador de Madrid.

La salud bucodental se reivindica como pieza clave de la salud integral

La relación entre salud oral y salud general cuenta con una evidencia científica sólida, pero la práctica clínica aún camina por detrás. Con esta premisa se celebró la mesa redonda impulsada por DONTE GROUP, que reunió a la Dra. Clara Esteban, directora médica del grupo; la Dra. Ingrid Möller, directora del Instituto Poal de Reumatología; el Dr. Enrique Guillén, vocal de la Comisión de ORL Pediátrica (SEORL CCC) y Julio Agredano, presidente de la Fundación Freno al Ictus. El objetivo: reflexionar sobre los vínculos entre salud bucodental y enfermedades sistémicas, los desafíos de comunicación entre profesionales y la necesidad de trasladar estos mensajes a la población.



“ Desde hace unos tres años es cuando empieza a haber una evidencia científica significativa que avala la relación entre salud oral y enfermedades sistémicas. En España, históricamente no se ha tenido mucho hábito de cuidado bucodental de ningún tipo, ni de higiene ni de revisiones. Se iba al dentista cuando te dolía algo, que es cuando ya es tarde, y siempre se ha tratado la boca como si fuera algo separado del cuerpo humano. Eso que es histórico, sigue pasando actualmente y creo que ese es el motivo principal por el que ni en el ámbito médico ni en la sociedad se vincule la salud oral con la salud general”, destacó la Dra. Clara Esteban, directora médica de Donte Group, para

abrir la mesa de diálogo. Asimismo, la desvinculación de la Odontología de la Medicina, desde el punto de vista formativo, tampoco ha contribuido en los últimos años a una visión integral de la salud teniendo muy en cuenta la boca y sus patologías. “En este sentido, es deseable una formación continuada e interdisciplinar para que tanto el médico como el odontólogo estén al día de toda la evidencia científica. Esto evoluciona muy rápidamente”.

En el campo de la formación, y como especialista en el campo de la Otorrinolaringología Pediátrica, también encuentra el Dr. Enrique Guillén una de las principales respuestas a la poca atención que se muestra, desde el ámbito sanitario, a las relaciones entre determinadas enfermedades sistémicas y la salud oral. “Hay un déficit formativo importante. Los años de especialidad son muy cortos. El campo del otorrino abarca las regiones orales orofaríngeas, laringeas, nariz, cuello, oído... Muchas áreas, muy extensas, con muchos detalles temáticos que hacen que en esos cuatro años que tenemos de formación sea imposible abarcarlo todo. En todas las especialidades tendemos hacia la especialización, incluso dentro de la propia especialidad, y nos olvidamos que el cuerpo es un todo. Perdemos la visión general, la visión holística, porque nos centramos mucho en la especificidad. En este sentido, veo los congresos como una herramienta útil de puesta al día, pero tendría que haber más espacio para hablar de la relación multidisciplinar”, advirtió el Dr. Guillén.

A pesar de esta realidad, el Dr. Guillén observa un cambio de tendencia. “Se está volviendo a esa parte holística donde la salud bucodental tiene un papel fundamental, especialmente en los niños: el



«Una herramienta rápida para ayudar a médicos y dentistas sería implantar la historia médica única y compartida»

Dra. Clara Esteban

desarrollo maxilar, cómo las apneas o los ronquidos pueden influir en el mismo, la posición de la lengua, los frenillos lingüales. Son aspectos que, además, no solamente involucran al otorrino, sino también otros especialistas como pediatras, cirujanos pediátricos, matronas, logopedas...”, destacó.

El punto de vista de la Reumatología lo aportó en el encuentro la Dra. Möller, directora del Instituto Poal, quien destacó que en su ámbito de especialidad hay pocas tesis doctorales dedicadas al estudio de la relación entre salud oral y

enfermedades sistémicas. “Tampoco es un tema de moda que se discuta en los foros de Reumatología. No obstante, parece que va a crecer el interés, por las relaciones entre la sarcopenia, la inflamación crónica, el paciente inmunodeprimido... con todas las consecuencias a nivel salud que tiene para un paciente con este tipo de patologías padecer de enfermedad periodontal”, reseñó.

DÉFICIT COMUNICATIVO Y VACÍO PROTOCOLARIO

¿Y cómo se vive en la clínica dental el abordaje de pacientes con patologías o riesgos que puedan interferir en su salud oral? “Es todo muy informal. Depende mucho de la formación del dentista, de su puesta al día y de lo que nos transmita el paciente. Tú no detectas si un paciente es diabético o padece una enfermedad cardiovascular si él no te lo cuenta. Además, muchas veces no es consciente de que lo que tiene o si el medicamento pautado para un tratamiento determinado puede tener relación con la enfermedad bucodental que está padeciendo. Tiene que decirle a su médico de cabecera o al especialista que va a venir al dentista para algo y el dentista, a su vez, tiene que conocer toda la información que se derive de esas visitas médicas. Pero no hay ni protocolos estandarizados escritos, ni tampoco hay una vía reglada o bidireccional de comunicación entre profesionales”.

Un aspecto en el que quiso incidir la Dra. Möller. “Tenemos un problema de coordinación, comunicación y en la historia clínica no hay una pregunta específica de cómo es la salud periodontal de nuestros pacientes, cuando sí las hay relativas a la hipertensión o la diabetes, por ejemplo. Un problema si tenemos en cuenta

▼ MÁS DETALLES DEL ENCUENTRO EN EL CANAL DE YOUTUBE DE GD





que hablamos de pacientes a los que, en muchos casos, les vamos a pautar tratamientos que muy probablemente interfieran en su salud bucodental. Esto depende del profesional si, de forma voluntaria, quiere decirle a su paciente: habla con tu dentista que vas a tener este tipo de tratamiento... El paciente, a veces lo dice, a veces no... Y es muy cierto que de por sí, a ti, como reumatólogo, no te va a contar si ha tenido problemas en la boca porque entiende que se lo tiene que contar al dentista. Lo concibe como dos ámbitos totalmente independientes".

"Aunque vivimos en la era de la información, lamentablemente en los medios electrónicos mucha información no está adecuadamente filtrada ni contrastada con fuentes fiables", advirtió el Dr. Guillén. Por ello -prosiguió- hay que informar muy bien a los padres de cuál sería nuestra actitud tanto médica como quirúrgica y es fundamental tener una coordinación adecuada con los dentistas. Hay padres que vienen derivados del dentista, con una mordida abierta, con alteraciones dentarias y, efectivamente, puede ocurrir que sea por una obstrucción nasal, pero no siempre. Es fundamental la coordinación entre ambas especialidades para poder ofrecer la mejor solución y tratamiento al paciente. Somos profesionales íntimamente relacionados y es hora de que empecemos a trabajar juntos. Es necesario individualizar cada caso, ver al paciente desde distintas perspectivas haciendo un trabajo multidisciplinar", explicó el Dr. Guillén. Pero la tarea es doble, advirtió el especialista: "por un lado, hay que decirle a la población que sepan manejar la información, que se fíen de su médico y dentista y, por otro, trabajar la coordinación entre

los profesionales. Pero esto va más allá de la comunicación otorrinos-dentistas, hay que involucrar a otras especialidades que transversalmente están relacionados: los neumólogos en el caso de apneas, los logopédas que evalúan y trabajan la función de la musculatura orofacial...", detalló.

HOJA DE RUTA

¿Cómo articular una mejor comunicación y trabajo en equipo entre profesionales de la salud? "La coordinación entre profesionales la podemos abordar desde el punto de vista asistencial y desde el punto de vista político. En el primer caso, es fundamental que tengamos claros cuáles son los signos clínicos, las señales de alarma que nos pueden indicar que hay otra parte, con la que no estamos tan familiarizados, que no está funcionando bien. Por ejemplo, como otorrinos tenemos que evaluar la lengua, el frenillo lingual, la arcada dentaria, el paladar, los signos indirectos de crecimiento maxilar y mandibular, la posición de la mordida... Y, por otro lado, tener una comunicación lo más directa posible con los dentistas, pero, lamentablemente, dependiendo del medio donde te encuentres, es posible

6



En el encuentro se puso de manifiesto que la formación continuada e interdisciplinar es esencial para estar al día de toda la evidencia científica.



«Hemos perdido la visión holística porque tendemos hacia la superespecialización. Nos olvidamos que el cuerpo es un todo»

Dr. Enrique Guillén

o no. Aquí viene la parte más política. Lo que nos permite el entorno donde trabajamos. Yo, por ejemplo, trabajo en un hospital público infantil y tenemos comunicación directa con los dentistas solo en casos de niños con patologías mayores. Aquí hay que intentar que se pueda hacer extensivo a todos los pacientes", analizó el Dr. Guillén.

A la hora de plantear soluciones pragmáticas, "sería deseable que toda la información sobre salud bucodental se incluyera en la información de la Seguridad Social, de tal manera

que cuando te viene el historial del paciente tengas esos datos. Así evitas preguntar a los pacientes y confiar en que te lo expliquen adecuadamente. Todos los agentes implicados tienen que estar informados, y para eso se necesita la comunicación", resumió la Dra. Möller. En este aspecto también se detuvo la Dra. Clara Esteban: "la historia médica única y compartida podría ayudar de una forma rápida tanto a médicos como a dentistas. Asimismo, es fundamental concienciar a los médicos de la importancia de la salud bucodental y de lo que conlleva. Tras esta primera tarea, dar pasos y que la Organización Médica Colegial y el Consejo de Dentistas se pongan de acuerdo en los aspectos más relevantes a protocolizar", resaltó.

"Es tan importante concienciar al paciente como al especialista. Nosotros tenemos banderas rojas para el dolor lumbar, pero no tenemos establecida una revisión de signos de alerta para la salud oral si usamos tratamientos inmunosupresores. Es algo que vemos en pacientes infantiles con problemas temporomandibulares, pero también en pacientes adultos, la mitad de ellos con tratamientos de osteoporosis, otro 50% sin dientes, con debilidad muscular, con mayor riesgo de caídas y las consiguientes fracturas... Una rueda que va inflando el gasto sanitario cada vez más. Si saliera a la luz el gasto público que genera una mala salud bucodental... Pero al médico de familia no le podemos pedir más. Tenemos que encontrar otras fórmulas. No sé cómo se podría articular o implementar. Quizás se podrían establecer revisiones de salud oral para la población interesada cada 3 meses. No podemos obviar que una de las grandes barreras para los pacientes son los costes de ir al dentista, pero si esto se hiciera de forma voluntaria



EL PACIENTE COMO PARTE ACTIVA DEL CAMBIO

La voz del paciente durante la jornada no pudo tener mejor representante: Julio Agredano, presidente de la Fundación Freno al ictus. Una organización que él mismo impulsó después de sufrir dos infartos cerebrales y que trabaja para reducir el impacto del ictus en la sociedad mediante información, investigación e inclusión. Como paciente, ni antes ni después de sufrir los ictus, y a pesar de las conexiones entre salud oral y enfermedades neurológicas, Agredano no recibió ningún consejo ni recomendación. "Vas al especialista y te cuentan cosas relacionadas con tu patología. No te hablan de que un posible factor de riesgo o un elemento de prevención tiene que ver con la salud bucodental. Tampoco en Atención Primaria me han preguntado por el estado de mi boca. Es necesario que la salud se vea como un todo", advirtió.

Desde su Fundación no están con los brazos cruzados. "En las reuniones con diferentes agentes sanitarios hemos propuesto que se dé un mayor protagonismo a la Medicina del Trabajo como elemento para la prevención de enfermedades. Que a la hora de hacer chequeos médicos, además de electros, analíticas, tensión... se incorpore la salud bucodental. La prevención es la herramienta más coste-efectiva, pero sigue infravalorada por las administraciones públicas", denunció. Agredano se mostró también crítico con el paciente. "Como sociedad, como individuos, tenemos que tomar conciencia de la importancia de llevar una alimentación saludable, de huir del sedentarismo y los malos hábitos... En el momento que la gente empiece a entender que efectivamente hay muchos problemas derivados de descuidar la salud bucodental, se irá más proactivamente al dentista. Por nuestra experiencia las cosas se mueven de abajo a arriba, pero el proceso es largo. Somos una sociedad muy paternalista, esperamos que el de arriba nos solucione las cosas y en temas de salud mucho depende de nosotros mismos. Hay que cambiar el chip. Hace unos años participamos en un estudio en el que se demostraba que un alto porcentaje de pacientes de infarto o un ictus, previamente fumadores, seguía fumando dos años después de sufrirlos. Esto no hay por dónde cogerlo".

La Fundación Freno al ictus ha hecho una campaña divulgativa para hablar de las relaciones entre enfermedades neurológicas y salud bucodental. "Trabajamos hace años con DONTE GROUP y la Sociedad Española de Neurología e hicimos una campaña informativa para alertar a los pacientes. Sería el momento de hacer una actualización y ampliar el alcance. No solo en prevención secundaria, sino también primaria. Ir poquito a poquito para generar conciencia", reseñó.



«Como sociedad tenemos que tomar conciencia de la importancia de la salud. Hay que cambiar el chip»

Julio Agredano



y gratuita y sirviera para detectar no solo problemas sino riesgos a modo de prevención sería fantástico".

La Dra. Möller sacó a la luz uno de los problemas que subyace de la falta de inversión pública en salud bucodental. Y es que las enfermedades no tratadas, la nula apuesta por la prevención, el escaso abordaje integral de la salud... impactan de manera relevante en el gasto sanitario. "Es un análisis que todavía no se ha hecho y nos vamos a llevar muchas sorpresas. Cuando pongamos encima de la mesa la cantidad de dinero que el Sistema Nacional de Salud está perdiendo creo

que marcaría un antes y un después", reveló la Dra. Esteban.

Un ejemplo práctico lo expuso el Dr. Guillén: "En mi campo, cada vez se le está dando más foco y peso al síndrome de apnea obstructiva del sueño, tanto en niños como en adultos. Un problema muy vinculado al desarrollo craneofacial. Vigilar el desarrollo dentario desde pequeños es fundamental. Si esto lo tratamos a tiempo podemos evitar que aparezca un síndrome de apnea obstructiva del sueño en el adulto, que siempre va a presentar mayor riesgo de síndrome metabólico, mayor riesgo de ictus,

EL IMPORTANTE PAPEL DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Si en algo coincidieron los participantes en el encuentro fue en el importante papel que juegan las sociedades científicas en el fomento de la vinculación entre salud oral y salud general. "Desde DONTE GROUP procuramos hablar con todas las sociedades científicas, participamos en mesas, congresos, hacemos publicaciones... Nuestro mensaje es el de democratizar la salud bucodental y no podemos hacerlo si solo nos centramos en el acceso a la misma. Tenemos que concienciar a los políticos, a los colectivos médicos y a la población de lo interrelacionado que está todo y que es necesario actuar. En este sentido, hay que destacar el trabajo tan importante que están realizando organizaciones como la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) visibilizando la enfermedad periodontal a todos los niveles", destacó la Dra. Esteban.

"Las sociedades científicas son la base para que el especialista tome conciencia del tema. Pero también las fundaciones y asociaciones de pacientes pueden hacer tanta o más presión. Ellos pueden ayudarse de la comunidad científica para hacer presión a nivel político. Conozco el caso de la Asociación de Pacientes con enfermedad de Sjögren que han trabajado mucho y muy bien sobre su relación con el dentista", destacó la Dra. Möller, quien también a nivel de comunicación de impacto, apuntó, a modo de propuesta, "la emisión de podcast específicos con mensajes claros para la población".

Como conclusiones, los expertos apuntaron a la necesidad de establecer protocolos, avalados por diferentes sociedades científicas, "donde vengan pautadas instrucciones y derivaciones y que nos ayuden a transitar en el nivel de complejidad en el que nos solemos mover muchas veces en la clínica dental o en el hospital", destacó la Dra. Esteban. En este sentido, también la Dra. Möller destacó la ayuda que supondría, en su especialidad, un documento de consenso, de la mano de sociedades científicas o de los investigadores, donde se establezca de manera clara cómo abordar las vinculaciones expuestas y ofrecer los mejores tratamientos y la mejor atención sanitaria a los pacientes".



«Las sociedades científicas son la base para que el especialista tome conciencia, pero también las asociaciones de pacientes pueden hacer tanta o más presión»

Dra. Ingrid Möller

mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, que eso sí que supone un gasto muy grande en el sistema de salud".

En este punto surgió otro de los temas que animó el debate de la jornada: la escasa cobertura

TAREAS URGENTES

El encuentro puso de manifiesto un consenso inequívoco: la salud oral es salud, y su abordaje no puede seguir fragmentado.

Los expertos coincidieron en que es urgente:

- Integrar salud periodontal en historias clínicas y cribados sanitarios.
- Establecer protocolos comunes entre dentistas y médicos.
- Reforzar la formación cruzada.
- Impulsar campañas de concienciación para pacientes.
- Combatir la desinformación en redes.
- Reforzar la prevención desde la infancia.
- Generar evidencia económica que permita decisiones políticas.

pública bucodental y estética vs salud. "Tú a un niño lo llevas al odontopediatra o al ortodoncista infantil y comprueba cómo tiene el crecimiento maxilar, el paladar, pauta si necesita un expansor..., pero esto se considera estética y solo acceden a ello los niños que tienen unos padres con una visión holística de lo que puede ocurrir y con un cierto poder adquisitivo. La boca de esos niños, sus maxilares, su paladar, gracias a ese expansor crecerá armoniosamente, y no tendrán determinadas patologías que van más allá de la apnea del sueño: hablar mal, deglutar mal, dormir mal, respirar mal, etcétera", destacó la Dra. Esteban.

Aquí la Dra. Möller alegó la necesidad de un cambio de mentalidad en la población. "La primera consulta con el dentista generalmente no está relacionada con la salud periodontal, es más una consulta estética. Hay que transmitirle a la población que al dentista no se va por estética: Sí, usted, puede conseguir un resultado estético, pero el dentista es un profesional al que se va porque hay un problema de salud que se origina en la boca". ●



'A pesar del temblor', en la avenida de Asturias, 44

Exposición solidaria dedicada al Párkinson

TETUÁN 30 DÍAS

El Espacio Medialuna, en la avenida de Asturias, 44, acoge 'A pesar del temblor', la primera exposición que reúne una colección entera de obras de Esmeralda Cuthbert, diagnosticada de Párkinson hace una década. La muestra nace de una decisión personal: convertir la creación artística en una forma de no rendirse ante la enfermedad y, al mismo tiempo, contribuir a su visibilización en el espacio público. La exposición estará abierta al público hasta el 29 de enero, de lunes a jueves, de 16:00 a 18:00 horas.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que alrededor de 160.000 personas viven con la enfermedad de Párkinson en España y, debido al progresivo envejecimiento de la

población, el número de afectados llegará a triplicarse en los próximos 25 años. Las obras expuestas están a la venta y la recaudación se destinará a la Asociación Párkinson Madrid, entidad de referencia en España en el apoyo a las personas con Párkinson, sus familias y personas cuidadoras.

En palabras de la artista, "crear no cura, pero transforma el temblor en algo hermoso. Ojalá estas piezas ayuden a visibilizar la enfermedad y a combatirla. Quiero seguir creando; mientras tenga manos, mirada y ganas". Por su parte, Mercedes Pescador, presidenta de Medialuna, asegura que "esta artista nos da una gran lección de creatividad, fortaleza y vida. Necesitamos mujeres ejemplares como ella, no podemos perdonar su arte".



El equipo de Medialuna, junto a la artista (Foto: Medialuna).



Productos para dormir sin receta: un negocio de 200 millones de euros anuales

Los especialistas en sueño advierten que estos productos «no solucionan el insomnio» y alertan de sus «posibles efectos adversos»

YOLANDA VEIGA



BILBAO. «Mis problemas con el sueño han sido progresivos. Empecé a dormir mal con 16 años, con 20 encontré trabajo y se agravó la falta de descanso, que llegó a un punto casi insostenible cuando nació mi hijo. Comencé cenando alimentos que se supone favorecen el sueño: plátano, leche, cacahuetes. No funcionó. He comprado todo lo que venden sin receta en farmacias y herboristerías: pastillas de melatonina, de serotonina, de triptófano, de magnesio, que me dijeron que iba muy bien. Dormidina de todas las dosis...». Andoni Sanz (Bilbao, 45 años) es uno de esos más de 4 millones de españoles que padecen algún tipo de trastorno del sueño crónico y grave. Algunos, como es el caso de Andoni, están ya medicados y supervisados por un médico, pero muchos van 'parcheando' el descanso a cabezadas con pastillas, sprays relajantes, infusiones...

El sueño esquivo se ha convertido en un negocio al alza. En noviembre se vendieron en España más de un millón de cajas, botes, sobres... de productos para favorecer el descanso que se dispensan sin receta, ventas que superaron más de 14 millones de euros —estos productos no están financiados—, según los datos de la consultora IQVIA. En lo que va de año se llevan vendidas 14.706.744 cajas (casi 200 millones de euros). Son un 2,6% más que el año pasado y un 41% más que en 2020.

El empuje económico de este sector no está mejorando, sin embargo, nuestro descanso. Un 48% de la población adulta española no tiene sueño de calidad y el 54% duerme menos de las horas recomendadas, según los datos de 2025 de la Sociedad Española de Neurología. «La mayoría de estos productos son un engaño para el cerebro porque le dan un impulso para dormir, pero no solucionan el problema de fondo», advierte Manuel de Entrambasaguas, coordinador del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española de Sueño.

El caso más claro —señala— es de la famosa melatonina de liberación rápida. «El efecto es el mismo que el de darse un atracón en la



En los últimos cinco años se han disparado las ventas de este tipo de productos. ADOBE STOCK

mesa. Las pastillas de melatonina saturan los receptores de esta hormona y te duermen enseguida, pero no sirven para mantener un sueño sostenido durante siete horas porque cuando se pasa el efecto, al tener saturados los receptores, estos no pueden recoger la melatonina natural que produce nuestro cuerpo de noche».

Desde gominolas a sprays

Asegura que son productos «que no están recomendados para tratar el insomnio» y que, lejos de ser inocuos, «pueden tener efectos adversos». En el caso de la melatonina, explica que en España se vende sin receta si el producto contiene menos de 2 miligramos, «pero eso no es garantía de nada, sino más bien una trampa. Te venden cápsulas con 1,95 o 1,99 miligramos pero, al no hacer falta receta, nadie controla si tomas una pastilla o cinco. ¡Hasta los supermercados venden gominolas de melatonina! En Reino Unido se necesita receta para cualquier fórmula que contenga melatonina, independientemente de la dosis».

Confirma el bum de la melatonina Juan Gil, farmacéutico en Villa del Prado (Madrid). «Es lo que más me piden. Por tres razones.

En primer lugar, porque la gente cree erróneamente que es una sustancia inocua. Además, los laboratorios fabricantes le han hecho mucha publicidad. Y, en tercer lugar, por la propia acción de esta hormona. Regula el sueño, a diferencia de la valeriana o de la pasiflora, que lo que hacen es disminuir la ansiedad y calmar para favorecer el descanso». Se da incluso a los niños. De hecho, esta misma semana un estudio ha revelado que las sobre-dosis en menores en Estados Unidos se ha multiplicado por cinco en poco más de una década.

Si todos estos productos funcionan a veces como un atajo, podríamos decir que la melatonina te lleva por el camino más corto. «Los productos que contienen melatonina se dividen en dos grupos. Por un lado están los de liberación rápida, que sí son efectivos en casos de jet lag o en el de una persona que trabaja a turnos y debe dormirse a las ocho de la mañana, un momento en el que su cuerpo ha dejado de producir ya de manera natural melatonina. Los de liberación lenta se asemejan más al funcionamiento fisiológico y son eficaces para tratar algunos casos de insomnio en mayores de 55 años».

Seniala el doctor estas excepciones, pero son eso, excepciones. Sin embargo, la melatonina la están tomando mayores y, no tanto, gente que trabaja a turnos y los que no. «No es agua del grifo, es una hormona que hemos dejado que sea de acceso libre y cuyos efectos a largo plazo desconocemos. Ya hay estudios que vinculan la toma de

melatonina de liberación rápida con el riesgo cardiovascular», alerta. «Muchas veces son complementos alimenticios. Se presentan así porque, a diferencia de los fármacos, los complementos alimenticios no solo son más baratos, sino que la ley no obliga a que demuestren su eficacia».

El ritual de la infusión

La melatonina vive un bum ahora, pero hay negocio para mucho más. «Tradicionalmente se han vendido muchas infusiones de pasiflora, lavanda, manzanillas relajantes... que para casos poco severos pueden resultar. A veces basta simplemente con hacer cada noche el mismo ritual: me preparo una infusión y eso me ayuda a ir desconectando, a frenar... lo que favorece el descanso», reconoce el doctor. El farmacéutico confirma que, ante la falta de descanso, «la gente empieza con productos naturales porque cree que son más seguros y no les van a provocar adicción. Pero la valeriana también tiene contraindicaciones y puede interferir con otros medicamentos».

Un 'paso' más serían los sprays. «Algunos contienen CDB, lo que tiene efectos sobre el organismo aunque se vendan libremente»,

**LOS MECANISMOS QUE PERPETÚAN EL INSOMNIO**

► **La hiperactivación.** «Tengo la mente a tope e incluso noto palpitaciones, contracturas... e insomnio. Sucede porque en nuestro cerebro se activan los mecanismos de lucha y huida», explica Manuel de Entrambasaguas. Lo confirma Juan Gil: «Aunque los mayores de 65 años presentan más problemas para dormir, cada vez llegan a la farmacia más jóvenes que te cuentan que el problema de acceso a la vivienda, por ejemplo, les quita el sueño».

► **Creencias disfuncionales.** «Si no duermo 8 horas, voy a estar fatal. Si pierdo memoria, es porque no duermo; si en el futuro tengo alzhéimer, es porque no descanso lo suficiente...».

► **Conductas desadaptativas.** «Hago cosas que creo que van a mejorar mi insomnio pero que, en realidad, producen el efecto contrario, como quedarme quieto en la cama a ver si me duermo, dormir más el fin de semana para 'recuperar' sueño...».

alerta Manuel Entrambasaguas. También la popular Dormidina, que en realidad «no se concibió como producto para dormir sino como antihistamínico», explica el experto. «Uno de los efectos adversos de los antihistamínicos es la somnolencia. En el caso de la Dormidina, se dieron cuenta de que este efecto era muy potente e hicieron de esa cuestión adversa un efecto terapéutico y empezaron a venderlo como producto para dormir». Aunque en algunos países de Europa se dispensa con receta, «en España no hace falta», lo que da pie muchas veces «a una mala administración». «Aunque en el prospecto se indica que solo debe tomarse unos días, queda a la responsabilidad del paciente tomarla una semana o meses».

Insiste el doctor en el peligro de esta «falta de control» que implica la venta libre. «Hay chavales que se están tomando las pastillas para dormir que les han recetado a sus padres o a sus abuelos, Orfidal sobre todo. Eso es un riesgo». El otro peligro de estos 'parches' al descanso, alerta el médico, es que en ocasiones ocultan otros trastornos. «Igual tengo apnea y por eso no descanso. Pero me tomo una pastilla para dormir y voy tirando. Tengo una enfermedad pero, en lugar de tratar la causa, solo estoy resolviendo unos de sus síntomas, la falta de sueño».



Productos para dormir sin receta: un negocio de 200 millones de euros anuales

YOLANDA VEIGA

Más de 4 millones de españoles padecen algún tipo de trastorno del sueño crónico y grave. Algunos están ya medicados y supervisados por un médico, pero muchos van 'parcheando' el descanso a cabezadas con pastillas, sprays relajantes, infusiones... El sueño esquivo se ha convertido en un negocio al alza. En noviembre se vendieron en España más de un millón de cajas, botellas, sobres... de productos para favorecer el descanso que se dispensan sin receta, ventas que superaron más de 14 millones de euros –estos productos no están financiados–, según los datos de la consultora IQVIA, y que alcanzan los 200 millones anuales.

El empuje económico de este sector no está mejorando, sin embargo, nuestro descanso. Un 48% de la población adulta española no tiene sueño de calidad y el 54% duerme menos de las horas recomendadas, según los datos de 2025 de la Sociedad Española de Neurología. «La mayoría de estos productos son un engaño para el cerebro porque le dan un impulso para dormir,

pero no solucionan el problema de fondo», advierte Manuel de Entrambasaguas, coordinador del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española de Sueño.

El caso más claro es el de la famosa melatonina de liberación rápida. «El efecto es el mismo que el de darse un atracón en la mesa. Las pastillas de melatonina saturan los receptores de esta hormona y te duermen enseguida, pero no sirven para mantener un sueño sostenido durante siete horas porque cuando se pasa el efecto, al tener saturados los receptores, estos no pueden recoger la melatonina natural que produce nuestro cuerpo de noche». Asegura que son productos «que no están recomendados para tratar el insomnio» y que, lejos de ser inocuos, «pueden tener efectos adversos». En el caso de la melatonina, explica que en España se vende sin receta si el producto contiene menos de 2 mg, «pero eso no es garantía de nada, sino más bien una trampa. Te venden cápsulas con 1,95 o 1,99 miligramos, pero nadie controla si tomas una pastilla o cinco».



Productos para dormir sin receta: un negocio de 200 millones de euros anuales

Los especialistas en sueño advierten que estos productos «no solucionan el insomnio» y alertan de sus «posibles efectos adversos»

YOLANDA VEIGA



BILBAO. «Mis problemas con el sueño han sido progresivos. Empecé a dormir mal con 16 años, con 20 encontré trabajo y se agravó la falta de descanso, que llegó a un punto casi insostenible cuando nació mi hijo. Comencé cenando alimentos que se supone favorecen el sueño: plátano, leche, cacahuetes. No funcionó. He comprado todo lo que venden sin receta en farmacias y herboristerías: pastillas de melatonina, de serotonina, de triptófano, de magnesio, que me dijeron que iba muy bien. Dormidina de todas las dosis...». Andoni Sanz (Bilbao, 45 años) es uno de esos más de 4 millones de españoles que padecen algún tipo de trastorno del sueño crónico y grave. Algunos, como es el caso de Andoni, están ya medicados y supervisados por un médico, pero muchos van 'parcheando' el descanso a cabezadas con pastillas, sprays relajantes, infusiones...

El sueño esquivo se ha convertido en un negocio al alza. En noviembre se vendieron en España más de un millón de cajas, botes, sobres... de productos para favorecer el descanso que se dispensan sin receta, ventas que superaron más de 14 millones de euros —estos productos no están financiados—, según los datos de la consultora IQVIA. En lo que va de año se llevan vendidas 14.706.744 cajas (casi 200 millones de euros). Son un 2,6% más que el año pasado y un 41% más que en 2020.

El empuje económico de este sector no está mejorando, sin embargo, nuestro descanso. Un 48% de la población adulta española no tiene sueño de calidad y el 54% duerme menos de las horas recomendadas, según los datos de 2025 de la Sociedad Española de Neurología. «La mayoría de estos productos son un engaño para el cerebro porque le dan un impulso para dormir, pero no solucionan el problema de fondo», advierte Manuel de Entrambasaguas, coordinador del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española de Sueño.

El caso más claro —señala— es de la famosa melatonina de liberación rápida. «El efecto es el mismo que el de darse un atracón en la



En los últimos cinco años se han disparado las ventas de este tipo de productos. ADOBE STOCK

mesa. Las pastillas de melatonina saturan los receptores de esta hormona y te duermen enseguida, pero no sirven para mantener un sueño sostenido durante siete horas porque cuando se pasa el efecto, al tener saturados los receptores, estos no pueden recoger la melatonina natural que produce nuestro cuerpo de noche».

Desde gominolas a sprays

Asegura que son productos «que no están recomendados para tratar el insomnio» y que, lejos de ser inocuos, «pueden tener efectos adversos». En el caso de la melatonina, explica que en España se vende sin receta si el producto contiene menos de 2 miligramos, «pero eso no es garantía de nada, sino más bien una trampa. Te venden cápsulas con 1,95 o 1,99 miligramos pero, al no hacer falta receta, nadie controla si tomas una pastilla o cinco. ¡Hasta los supermercados venden gominolas de melatonina! En Reino Unido se necesita receta para cualquier fórmula que contenga melatonina, independientemente de la dosis».

Confirma el bum de la melatonina Juan Gil, farmacéutico en Villa del Prado (Madrid). «Es lo que más me piden. Por tres razones.

En primer lugar, porque la gente cree erróneamente que es una sustancia inocua. Además, los laboratorios fabricantes le han hecho mucha publicidad. Y, en tercer lugar, por la propia acción de esta hormona. Regula el sueño, a diferencia de la valeriana o de la pasiflora, que lo que hacen es disminuir la ansiedad y calmar para favorecer el descanso». Se da incluso a los niños. De hecho, esta misma semana un estudio ha revelado que las sobre-dosis en menores en Estados Unidos se ha multiplicado por cinco en poco más de una década.

Si todos estos productos funcionan a veces como un atajo, podríamos decir que la melatonina te lleva por el camino más corto. «Los productos que contienen melatonina se dividen en dos grupos. Por un lado están los de liberación rápida, que sí son efectivos en casos de jet lag o en el de una persona que trabaja a turnos y debe dormirse a las ocho de la mañana, un momento en el que su cuerpo ha dejado de producir ya de manera natural melatonina. Los de liberación lenta se asemejan más al funcionamiento fisiológico y son eficaces para tratar algunos casos de insomnio en mayores de 55 años».

Seniala el doctor estas excepciones, pero son eso, excepciones. Sin embargo, la melatonina la están tomando mayores y, no tanto, gente que trabaja a turnos y los que no. «No es agua del grifo, es una hormona que hemos dejado que sea de acceso libre y cuyos efectos a largo plazo desconocemos. Ya hay estudios que vinculan la toma de

melatonina de liberación rápida con el riesgo cardiovascular», alerta. «Muchas veces son complementos alimenticios. Se presentan así porque, a diferencia de los fármacos, los complementos alimenticios no solo son más baratos, sino que la ley no obliga a que demuestren su eficacia».

El ritual de la infusión

La melatonina vive un bum ahora, pero hay negocio para mucho más. «Tradicionalmente se han vendido muchas infusiones de pasiflora, lavanda, manzanillas relajantes... que para casos poco severos pueden resultar. A veces basta simplemente con hacer cada noche el mismo ritual: me preparo una infusión y eso me ayuda a ir desconectando, a frenar... lo que favorece el descanso», reconoce el doctor. El farmacéutico confirma que, ante la falta de descanso, «la gente empieza con productos naturales porque cree que son más seguros y no les van a provocar adicción. Pero la valeriana también tiene contraindicaciones y puede interferir con otros medicamentos».

Un 'paso' más serían los sprays. «Algunos contienen CDB, lo que tiene efectos sobre el organismo aunque se vendan libremente»,

**LOS MECANISMOS QUE PERPETÚAN EL INSOMNIO**

► **La hiperactivación.** «Tengo la mente a tope e incluso noto palpitaciones, contracturas... e insomnio. Sucede porque en nuestro cerebro se activan los mecanismos de lucha y huida», explica Manuel de Entrambasaguas. Lo confirma Juan Gil: «Aunque los mayores de 65 años presentan más problemas para dormir, cada vez llegan a la farmacia más jóvenes que te cuentan que el problema de acceso a la vivienda, por ejemplo, les quita el sueño».

► **Creencias disfuncionales.** «Si no duermo 8 horas, voy a estar fatal. Si pierdo memoria, es porque no duermo; si en el futuro tengo alzhéimer, es porque no descanso lo suficiente...».

► **Conductas desadaptativas.** «Hago cosas que creo que van a mejorar mi insomnio pero que, en realidad, producen el efecto contrario, como quedarme quieto en la cama a ver si me duermo, dormir más el fin de semana para 'recuperar' sueño...».

alerta Manuel Entrambasaguas. También la popular Dormidina, que en realidad «no se concibió como producto para dormir sino como antihistamínico», explica el experto. «Uno de los efectos adversos de los antihistamínicos es la somnolencia. En el caso de la Dormidina, se dieron cuenta de que este efecto era muy potente e hicieron de esa cuestión adversa un efecto terapéutico y empezaron a venderlo como producto para dormir». Aunque en algunos países de Europa se dispensa con receta, «en España no hace falta», lo que da pie muchas veces «a una mala administración». «Aunque en el prospecto se indica que solo debe tomarse unos días, queda a la responsabilidad del paciente tomarla una semana o meses».

Insiste el doctor en el peligro de esta «falta de control» que implica la venta libre. «Hay chavales que se están tomando las pastillas para dormir que les han recetado a sus padres o a sus abuelos, Orfidal sobre todo. Eso es un riesgo». El otro peligro de estos 'parches' al descanso, alerta el médico, es que en ocasiones ocultan otros trastornos. «Igual tengo apnea y por eso no descanso. Pero me tomo una pastilla para dormir y voy tirando. Tengo una enfermedad pero, en lugar de tratar la causa, solo estoy resolviendo unos de sus síntomas, la falta de sueño».



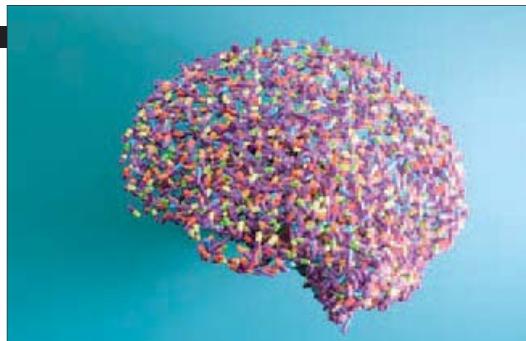
Año vital ante dolencias complejas

REDACCIÓN

■ El año 2025 marcará un punto de inflexión en la historia reciente de la medicina. Desde las primeras terapias capaces de modificar la evolución del alzhéimer hasta el uso clínico de la biopsia líquida para anticiparse al cáncer, pasando por nuevos tratamientos inmunológicos en enfermedades neurológicas, y un cambio de paradigma en el manejo de la cronicidad. Así, la innovación científica ha dado pasos decisivos que ya se traducen

en más supervivencia, en una mejor calidad de vida, y en una atención sanitaria más precisa.

Según resalta InfoSalus, todos los expertos coinciden en que estos avances no sólo amplían el arsenal terapéutico, sino que redefinen la forma de diagnosticar, de tratar, y de acompañar a los pacientes en el sistema sanitario del futuro. En primer lugar, Mar Mendible Bilbao, vicepresidenta y responsable del área Científica de la Sociedad Es-



pañola de Neurología resalta que los avances científicos de este 2025 "marcan un antes y un después en la investigación de enfermedades neurológicas". En cuanto al alzhéimer apunta al lecanemab y al donanemab como terapias antiamiloide. Resalta que se consolidó la aprobación de las terapias dirigidas directamente contra el amiloide en esta enfermedad, que marcan un cambio de paradigma del tratamiento en ese problema neurodegenerativo tan frecuente. Este hecho representa un paso relevante en la lucha contra un mal que afecta solamente en España a entre 830.000 y 900.000 personas. La intención es que 2026 evolucione en la misma línea en cuanto a investigaciones destacadas.



«El ictus me arrebató mi vida, pero se puede volver a ser feliz»

Con apenas 39 años y con secuelas muy graves, Sonia tuvo que empezar de cero

Raquel Bonilla. MADRID

Con apenas 39 años, en ese momento en el que alguien suele considerarse «invencible» y con todas las cartas a su favor, Sonia González descubrió que la partida de la vida puede perderse de un momento a otro. En su caso, un ictus fue el envite que se cruzó en su camino y le arrebató de un plumazo la felicidad del día a día, hasta el punto de cambiarle la vida por completo.

«El 1 de abril de 2019, mientras estaba en la ducha, grité y me caí

desplomada. Por suerte, estaba mi novio en casa y rápidamente llamó al 112. Eso me salvó la vida, porque a los 20 minutos tenía una ambulancia en casa y se activó el código ictus», relata la joven. Y a pesar de ello, el camino ha sido duro.

«Estuve 33 días en coma, entre la vida y la muerte, jugando a las cartas con San Pedro hasta que le gané la partida», cuenta entre risas Sonia, quien echando la vista atrás reconoce que aquello fue un antes y un después que lo trastocó todo. «Mi vida cambió radicalmente porque trabajaba, era independiente,

vivía sola, viajaba, era muy activa... Y salí del hospital con secuelas muy serias que me convirtieron en una persona totalmente dependiente, porque no hablaba, no tenía capacidad de atención ni de memoria, no movía el brazo derecho ni me podía levantar sola, no podía comer, caminaba cojeando... Necesitaba ayuda para todo», recuerda.

Tras el shock inicial de sentirse «incapaz de hacer cualquier cosa», Sonia pasó por el Centro Estatal de Daño Cerebral, donde realizó un duro trabajo de recuperación con la ayuda de logopedistas, neuropsicólogos, fisioterapeuta o terapia ocupacional, entre otros, lo que le permitió ganar confianza y fuerzas para seguir adelante. «Allí descubrí que no era la única, que los ictus le dan a personas cada vez más jóvenes y que le puede pasar a cualquiera», advierte.

Cada vez más jóvenes

Fumadora, con un trabajo que le exigía muchas horas de dedicación, una alta dosis de estrés y una vida sedentaria, Sonia compraba cada día las papeletas de una lotería a la que nadie quiere jugar y que hace mella a edades cada vez más tempranas. «Los ictus afectan a unas 120.000 personas al año en nuestro país, de los que el ictus isquémico representa el 80% de ellos y el hemorrágico el 20% restante, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). De todos ellos, alrededor de 25.000 personas mueren cada año y lo más preocupante es que se ha observado una incidencia creciente en población cada vez más joven, ya que ha subido un 25% entre los 20 y 64 años», advierte la doctora Marta Guillán, médica adjunta del Servicio de Neurología de la Unidad Neurovascular del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Aunque lo más frecuente es el ictus isquémico, que continúa siendo una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en España con un impacto sanitario y social muy elevado, Sonia sufrió un ictus hemorrágico provocado por una malformación que saltó por los aires empujada por su estilo de vida. «No era consciente del ritmo que llevaba, pero ese estrés jugó en mi contra y le puede pasar a muchas personas, por eso es fundamental controlar los factores de riesgo y aumentar la visibili-

dad y la concienciación», recomienda la joven, quien insiste en que «se puede salir adelante y volver a ser feliz tras un ictus».

Sonia es el vivo reflejo de ello, ya que, después de haber congelado sus óvulos, en diciembre de 2022 se quedó embarazada y ahora tiene una niña preciosa, Martina, de dos años y cuatro meses. «Mi vida cambió totalmente y aunque tengo algunas secuelas y la incapacidad absoluta, colaboro con la Fundación Freno al Ictus en inclusión y me he formado como coach para ayudar a la gente que ha pasado por lo mismo que yo para guiarla en su camino de recuperación». Una labor de divulgación y concienciación que también realiza Sonia en las redes sociales a través del nick @el_ictus_de_mama_leona, «donde intento transmitir esperanza y cuento mis trucos del día a día para criar a un bebé».

Lo que resulta fundamental tras sufrir un ictus es hacer un abordaje del paciente como si se tratara de una enfermedad crónica, donde la

«Después de 33 días en coma, salí del hospital sin poder hablar y totalmente dependiente»

«Gracias a un largo proceso de rehabilitación pude cumplir el sueño de ser madre»



Sonia González junto a su hija, Martina, a la que dio a luz después de haber sufrido un ictus

Controlar los factores de riesgo vascular

Tras un primer episodio, el manejo clínico del ictus se centra en la prevención de nuevas recurrencias, ya que el riesgo permanece elevado durante años, lo que exige una prevención secundaria activa.

Los pacientes con antecedentes de ictus isquémico presentan un riesgo acumulado del 12,9% de registrar nuevos eventos vasculares en los cinco años posteriores y un 9,5% de sufrir un nuevo ictus.

Los estudios más recientes muestran que tener el «colesterol malo» (LDL) en niveles altos aumenta el riesgo de sufrir patología cerebrovascular y que reducirlos con tratamiento ayuda a disminuir ese riesgo.

prevención secundaria y el control de los factores modificables, como el colesterol, son esenciales, pues cuanto más tiempo se mantengan cifras elevadas de colesterol, mayor será el riesgo acumulado. «El 90% de los ictus son prevenibles si controlamos los factores de riesgo vascular», afirma la doctora Marta Guillán, quien recuerda que «las personas que ya han sufrido un ictus deben controlar su presión arterial y sus niveles de colesterol para mantenerlos en niveles óptimos, que serán diferentes según el tipo de ictus sufrido, siendo el caso del isquémico en muchas ocasiones lo deseable niveles de colesterol LDL («colesterol malo») menores de 55 mg/dL. Estos objetivos son individuales y deben preguntarse siempre al médico. Para lograrlo, resulta fundamental una buena adherencia a los tratamientos y para eso hay que mejorar la comunicación con médico-paciente».

Reportaje elaborado en colaboración con Novartis.



Productos para dormir sin receta: un negocio de 200 millones de euros anuales

YOLANDA VEIGA

Más de 4 millones de españoles padecen algún tipo de trastorno del sueño crónico y grave. Algunos están ya medicados y supervisados por un médico, pero muchos van 'parcheando' el descanso a cabezadas con pastillas, sprays relajantes, infusiones... El sueño esquivo se ha convertido en un negocio al alza. En noviembre se vendieron en España más de un millón de cajas, botes, sobres... de productos para favorecer el descanso que se dispensan sin receta, ventas que superaron más de 14 millones de euros –estos productos no están financiados–, según los datos de la consultora IQVIA, y que alcanzan los 200 millones anuales.

El empuje económico de este sector no está mejorando, sin embargo, nuestro descanso. Un 48% de la población adulta española no tiene sueño de calidad y el 54% duerme menos de las horas recomendadas, según los datos de 2025 de la Sociedad Española de Neurología. «La mayoría de estos productos son un engaño para el cerebro porque le dan un impulso para dormir,

pero no solucionan el problema de fondo», advierte Manuel de Entrambasaguas, coordinador del grupo de trabajo de insomnio de la Sociedad Española de Sueño.

El caso más claro es el de la famosa melatonina de liberación rápida. «El efecto es el mismo que el de darse un atracón en la mesa. Las pastillas de melatonina saturan los receptores de esta hormona y te duermen enseguida, pero no sirven para mantener un sueño sostenido durante siete horas porque cuando se pasa el efecto, al tener saturados los receptores, estos no pueden recoger la melatonina natural que produce nuestro cuerpo de noche». Asegura que son productos «que no están recomendados para tratar el insomnio» y que, lejos de ser inocuos, «pueden tener efectos adversos». En el caso de la melatonina, explica que en España se vende sin receta si el producto contiene menos de 2 mg, «pero eso no es garantía de nada, sino más bien una trampa. Te venden cápsulas con 1,95 o 1,99 miligramos, pero nadie controla si tomas una pastilla o cinco».

**ÁNGEL SESAR IGNACIO JEFE DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DO MOVIMIENTO DEL CHUS**

«Tengo varios pacientes que viven con parkinson desde hace 40 años»

El neurólogo dice que los ultrasonidos han revolucionado el temblor esencial

ÁLVARO SEVILLA

SANTIAGO / LA VOZ

Ángel Sesar Ignacio (Santiago, 1968) habla como un libro abierto. Si Jordi Sevilla fue capaz de enseñar economía a José Luis Rodríguez Zapatero en dos tardes, el neurólogo podría explicarle la historia completa del parkinson en un par de horas. Desde que el apotecario James Parkinson le «cedió» su apellido en 1817, hasta que la levodopa revolucionó la vida de quienes lo sufrían. Para los pacientes con temblor esencial, el jefe de la Unidad de Trastornos del Movimiento (UTM) es una especie de deidad que les devuelve unas manos que minutos antes eran incapaces de controlar. Confiesa que sus reacciones aún le sorprenden, pero dice que no es magia, sino ciencia.

—La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha certificado su unidad como una de las mejores del país para tratar el parkinson.

—¿Qué supone para ustedes?

—Es un reconocimiento al trabajo diario. Algunos criterios no son fáciles de cumplir, especialmente al ser una unidad médica-quirúrgica. Además del trabajo en quirófano, somos uno de los centros de España con más tratamientos para estudios avanzados.

—¿Qué supone un estadio avanzado para el paciente?

—Cuando el tratamiento oral falla, ergo no proporciona una calidad de vida adecuada, debemos pasar al tratamiento de segunda línea, que fundamentalmente son los de infusión y la cirugía. Normalmente recomendamos la cirugía, pero no todos los pacientes cumplen los criterios. El resto se tratan con medicación en infusión continua. Calculando... [empieza a sumar] debemos tener unos 160 pacientes. Es un número muy alto, de los mayores de España.

—¿Cómo impacta en el enfermo?

—Cuando la enfermedad lleva unos cuantos años, el tratamiento oral no proporciona un buen control durante todo el día. Hay momentos en que la medicación no hace efecto. A mi antiguo jefe, una paciente le dijo que era como caminar con una armadura que le apretaba las articulaciones. A otro colega, una paciente le dijo que se moría tres veces al día y resucitaba otras tres. Con esos tratamientos de infusión conseguimos que el buen efecto de la terapia se mantenga todo el día.

—¿Se puede frenar la patología?

—Es una buena pregunta y gran parte de las líneas de investiga-



Sesar, a las puertas del Hospital Clínico de Santiago. SANDRA ALONSO

ción buscan un tratamiento que frene la enfermedad. Salvo un pequeño porcentaje, que son de origen genético, desconocemos la causa de las enfermedades de Parkinson, porque no puede hablarse de una sola. No hay ningún fármaco que frene su progresión, pero cada vez tenemos más indicios de que el ejercicio físico aeróbico puede hacerlo. La recomendación son 150 minutos a la semana, o lo que digo a los pacientes, 40 minutos cuatro veces por semana.

—¿Tienen suerte los pacientes que son tratados en el CHUS?

—En España en general, y en Galicia en particular, se trata muy

bien el parkinson. Nosotros tenemos más dedicación. En otros hospitales, el médico quizás no puede dedicarle tanto tiempo. También contamos con la cirugía y los ultrasonidos. De esta manera podemos hacer el tratamiento al paciente desde que empieza su enfermedad hasta que llega a los tratamientos más complejos.

—¿Cómo abordan una enfermedad con tantas incógnitas?

—No es que sea extraña, se conoce desde 1817, cuando James Parkinson, que era un apotecario y cirujano británico, la describió. Se ha avanzado mucho, pero desgraciadamente no tenemos un fármaco que la frene. El fár-

maco principal que utilizamos, la levodopa, es uno de los grandes de la historia de la medicina. Antes de que se empezara a utilizar, la esperanza de vida era de siete años tras el diagnóstico. Hoy en día tengo varios pacientes que viven con parkinson desde hace 40 años. Ya nos gustaría en otras enfermedades degenerativas.

—¿Cómo definiría la filosofía de su unidad?

—Nuestra idea es atender las necesidades del paciente. Tratamos a cada uno de manera individual porque la enfermedad se manifiesta de diferente manera. Es una enfermedad crónica y el paciente establece una relación con el neurólogo casi de familiar. La sanidad tiene sus limitaciones, pero destaco el papel de las asociaciones. Hacen un esfuerzo muy grande para completar las terapias con fisioterapia, logopedia, psicoterapia...

—¿Ve una cura en el horizonte?

—La ciencia no avanza de manera lineal, sino a saltos. En los primeros años 60 se sabía poco del parkinson. Se descubrió que la dopamina no llegaba al sistema nervioso, pero que un productor suyo, la levodopa, sí podía. Vamos a meterle levodopa a ver qué pasa. Pudo no haber pasado nada, pero mejoró mucho la enfermedad. Recuerdo, cuando estaba haciendo las prácticas, a un paciente al que aún no se le había dado el tratamiento. Estaba completamente inmóvil. Cuando vi el efecto del tratamiento no se me olvidó. Hay pocas cosas en medicina que tengan un efecto tan llamativo.

«Cuando no había cirugía ni infusión continua, la calidad de vida empeoraba mucho»

Ángel Sesar explica las diferentes etapas que afrontan los pacientes que sufren parkinson.

—¿Cómo evoluciona la patología?

—En el parkinson, el término avanzado no tiene las connotaciones negativas de otras enfermedades. Cuando no había cirugía ni tratamientos de infusión continua, la calidad de vida empeoraba mucho. Con ellos, ahora podemos darle a los pacientes unos cuantos años buenos.

—¿Cómo funciona la cirugía específica para el parkinson?

—La falta de dopamina provoca alteraciones en los circuitos motores del cerebro. Una de esas alteraciones es que hay un n úcleo, el subtalámico, que trabaja más, que est á hiperactivo. Si somos capaces de disminuir esa hiperactividad, mejoran mucho los s íntomas. Con HIFU lo hacemos muy f ácilmente porque concentr a los ultrasonidos en esa zona y producimos una lesi ón, pero no podemos hacer una lesi ón bilateral.

—¿Qué es lo que necesitan los enfermos de parkinson?

—Exacto. A ellos hay que hacerles un agujero en el cráneo y les llevamos un electrodo hasta el n úcleo subtalámico de un lado y despu es al del otro. Usamos unos cables, que van debajo de la piel, que llegan a una bater ía que se coloca debajo de la clavícula, como si fuese un marcapasos. Mediante un programador externo somos capaces de conseguir que el n úcleo subtalámico deje de funcionar de esa manera hiperactiva. Conseguimos que un paciente que estaba tres o cuatro horas con mal control motor, mejore durante todo el d ía. En la mayor parte de los casos nos permite reducir tambi én la medicaci ón.

—¿Por d ónde cree que pasa el futuro de la patología?

—Hay varias l íneas de investigaci ón, que se basan en disminuir una proteína que est á en exceso en la enfermedad, que es la alfa-sinucleína. Existe otra desventaja, que a n n no disponemos de un marcador biológico para el parkinson. ¿Qu é es esto? Pues una prueba de an lisis de sangre o de imagen que con una precisi ón muy alta nos diga si un paciente tiene, o no, la enfermedad. Eso todav ía no lo tenemos, pero la tecnolog ía puede conseguirnoslo. El diagn óstico todav ía lo hacemos por la historia que nos cuenta el paciente y nuestra exploraci ón. Si conseguimos eso, podremos precisar el diagn óstico y buscar tratamientos, incluso especficos. Espero que, antes de jubilarme, haya un remedio, como se dice en el habla popular.

«El cerebro es el órgano m ás complejo»

—El HIFU ha sido otra revolución. Para los pacientes es un milagro, pero me gustaría saber que ha supuesto para los neurólogos.

—Hemos descubierto un n úmero muy importante de pacientes con temblor esencial, que es una enfermedad muy incapacitante, que no sabíamos donde estaban. Habían tirado la toalla porque, aunque hay fármacos, a partir de cierta intensidad de temblor, no son demasiado efectivos. Puede tratarse con cirugía, pero los pacientes nunca est án muy por la labor. En estos momentos llevamos 420 pacientes intervenidos quirúrgicamente y de esos, solo 18 son de temblor esencial. Sin embargo, estamos en 314 intervenciones con HIFU y la mayorí

tienen temblor. Hay quienes no podían comer solos y los ves salir mirándose la mano, con incredulidad. He visto ya a unos cuantos y sigue sorprendiéndome.

—Le considerarán un dios.

—Algunos pacientes dicen que hacemos milagros, pero en realidad es ciencia.

—Y no sirve para el parkinson.

—Solo para ciertos casos. El temblor esencial suele ser bilateral, pero el HIFU solo puede usarse inicialmente para un solo lado. Cuando un paciente tiembla mucho, inicialmente abordamos el lado dominante. En el parkinson eso no lo podemos hacer. Si hacemos el tratamiento bilateral hay efectos secundarios importantes que lo desaconsejan.

—¿Sigue siendo el cerebro el órgano m ás desconocido?

—Del cuerpo humano hay muchísimas cosas que no se saben. Qu é ocurre con el cerebro? Qu e es el órgano m ás complejo. Cada vez sabemos m ás, pero eso tambi én nos demuestra todo lo que desconocemos. Hay otros órganos m ás sencillos, que evidentemente son vitales, pero no se puede comparar el funcionamiento del estómago con el cerebro. Es mucho m ás complejo el cerebro, pero sin estómago uno vive muy mal [ríe]. Es l ógico que echemos en falta conocer muchas cosas, pero cuanto m ás complejo es algo, m ás díficil es desentrañar sus m isterios. Dicho as í queda un poco poético [ríe].

PAPEL

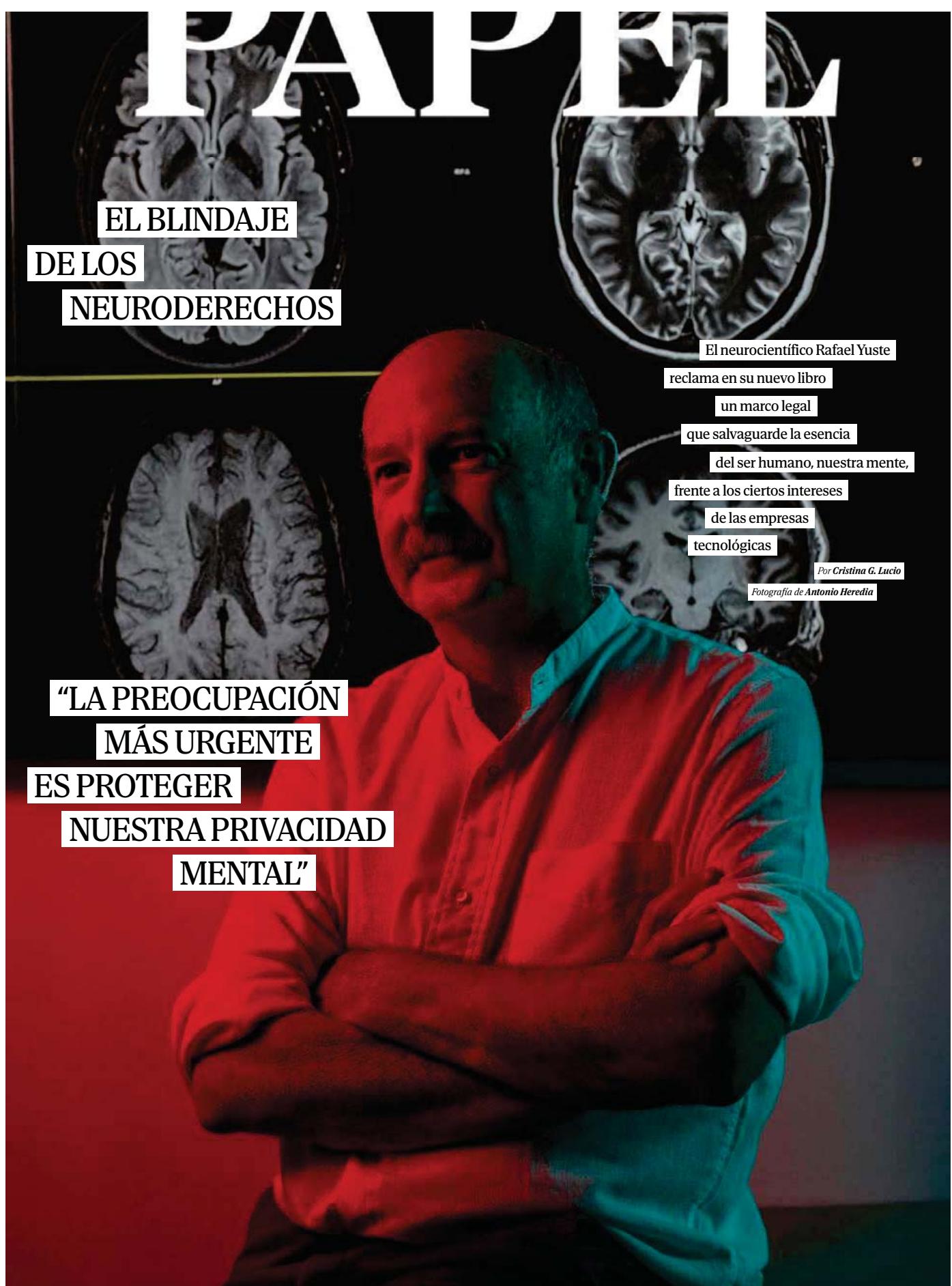
EL BLINDAJE DE LOS NEURODERECHOS

El neurocientífico Rafael Yuste reclama en su nuevo libro un marco legal que salvaguarde la esencia del ser humano, nuestra mente, frente a los ciertos intereses de las empresas tecnológicas

Por Cristina G. Lucio

Fotografía de Antonio Heredia

“LA PREOCUPACIÓN
MÁS URGENTE
ES PROTEGER
NUESTRA PRIVACIDAD
MENTAL”





PAPEL

Por **Cristina G. Lucio** (Madrid)
 Fotografía de **Carlos García Pozo**

Rafael Yuste recuerda con detalle el momento en que su carrera como neurocientífico cambió. Aquel día de 2014 empezó con un éxito; después de años de trabajo, su equipo por fin había logrado un objetivo que llevaba tiempo persiguiendo: nada menos que manipular el comportamiento de unos ratones mediante la neurotecnología óptica que había desarrollado.

Los animales habían sido entrenados para sorber agua de una cáñula cuando veían unos estímulos visuales concretos: unas barritas blancas y negras que se movían de arriba abajo en la pantalla. Pero aquel día los investigadores consiguieron que repitieran el mismo comportamiento simplemente activando externamente un conjunto de neuronas relacionadas con ese estímulo. Apuntando a una docena de células concretas, los científicos lograron controlar el comportamiento de los animales. Tomaron el mando de su percepción visual e hicieron que los ratones chuparan el líquido aunque, en realidad, estuvieran viendo una alucinación y no hubiera ninguna barra en la pantalla.

«Posiblemente es el experimento más rompedor que hemos hecho en nuestro grupo», recuerda Yuste, director del Centro Neurotecnológico de la Universidad de Columbia (Nueva York).

Esa noche, asegura, no pudo dormir. Pero no por la euforia del descubrimiento. «Me di de brases con un pensamiento que nunca se me había ocurrido hasta entonces. Fui consciente de que lo que hoy se podía hacer en un ratón, mañana se podría hacer también en un ser humano», relata. Pasó la noche dando vueltas en la cama, bañado en sudor frío.

«Fue mi particular *momento Oppenheimer*», rememora desde su casa de Nueva York. «Igual que en la película sobre la creación de la bomba atómica, en la que al protagonista le cambia la cara cuando ve explotar la primera bomba y se da cuenta de lo que ha creado, así me sentí yo aquella noche. Porque fui consciente de que habíamos abierto una puerta que ya no se podía cerrar. Fue un cambio radical en mi manera de pensar».

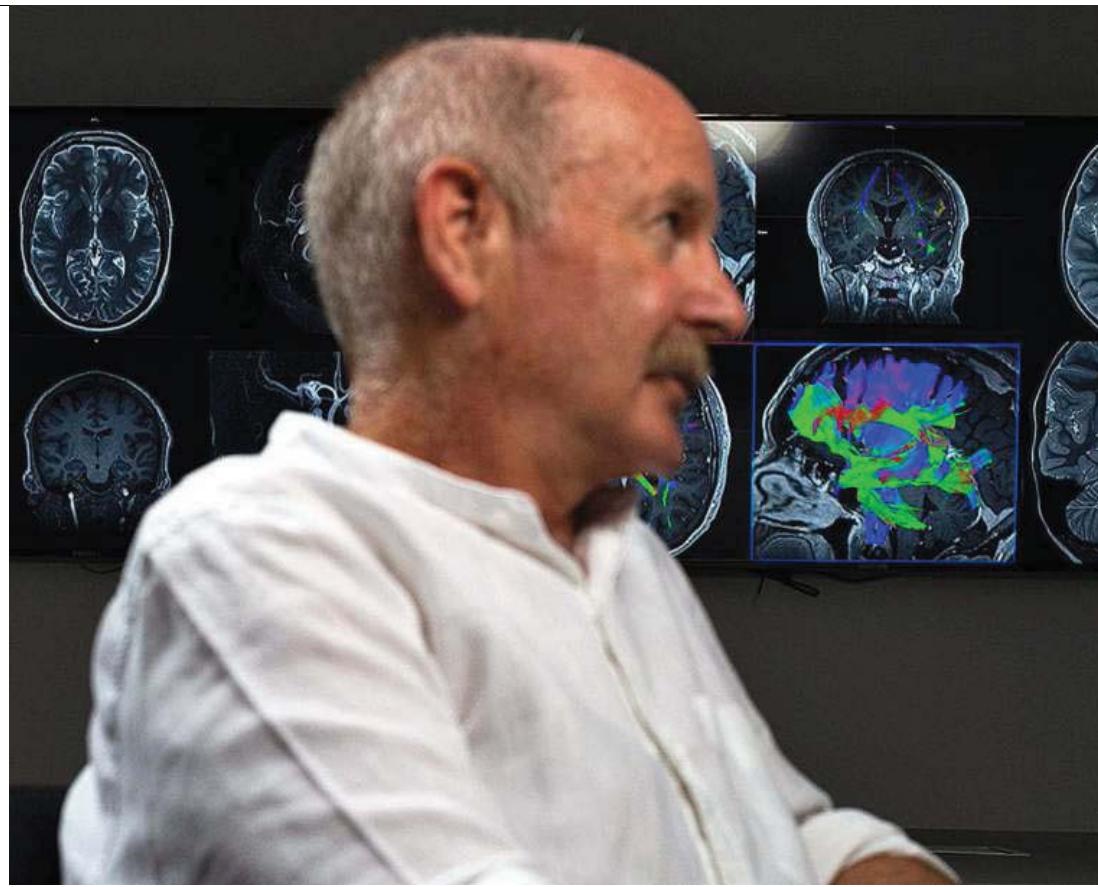
A partir de ese día, se convenció de que tenía que involucrarse en «frontar el problema de las consecuencias éticas y sociales de la neurotecnología que se estaba desarrollando». Y ahí nació su compromiso con los neuroderechos.

«A día de hoy, paso la mitad de mi tiempo laboral intentando averiguar cómo funciona el cerebro utilizando neurotecnología. Y la otra mitad, intentando asegurarme de que esas técnicas se utilicen como es debido y nuestras mentes y nuestra sociedad estén protegidos de los efectos potencialmente negativos de estas nuevas herramientas de *hardware* y *software*», asegura.

Desde hace más de ocho años, Yuste intenta convencer a gobiernos y organismos de todo el mundo para que se protejan desde el punto de vista legislativo los derechos de la mente humana, que ha agrupado en cinco neuroderechos básicos: el derecho a la privacidad mental, el derecho a la identidad personal, el derecho al libre albedrío, el acceso justo a la neuroaumentación y la protección contra sesgos y discriminaciones.

«Los problemas que pone sobre la mesa la neurotecnología son tan fundamentales que requieren una receta distinta desde el punto de vista regulatorio, ya que afectan a la esencia misma del ser humano, es decir, a su mente», subraya el investigador, que repasa todo su periplo en este campo en un libro que acaba de publicarse bajo el título *Neuroderechos. Un viaje hacia la protección de lo que nos hace humanos* (Paidós).

Por el momento, ha logrado que seis territorios protejan los datos neuronales de sus ciudadanos por ley. Se trata de la República de Chile, el estado de Río Grande



del Sur (Brasil) y los estados estadounidenses de California, Colorado, Montana y Connecticut, una norma que el científico espera que cada vez sea más amplia.

La idea general de los neuroderechos apunta, «es anticiparse a posibles problemáticas y cubrirlas de una manera específica». Por ejemplo, es necesario protegerse ante la posibilidad de que pueda accederse y manipularse la actividad neuronal de una persona, lo que podría llevar a la erosión de la privacidad y la capacidad de ser y decidir, explica.

No estamos aún en ese escenario a día de hoy, pero las compañías neurotecnológicas comerciales del mercado ya venden dispositivos que, aunque no parecen muy amenazantes «ya están almacenando todos tus datos cerebrales», advierte Yuste. Y pone algunos ejemplos de dispositivos que pueden acceder a esta información, como las gafas que permiten jugar a un videojuego a través de la actividad cerebral, los cascos de electroencefalograma o las diademas con las que se puede pilotar un dron con la mente.

También están almacenando tus patrones de actividad cerebral distintos dispositivos que prometen hacerte dormir mejor, regular el estrés o meditar. «Es un

«Muchas compañías neurotecnológicas ya están almacenando datos cerebrales y patrones de actividad», advierte Yuste

mercado bastante grande, está creciendo al 30% anual. Nosotros analizamos 30 de estas compañías en un estudio del año pasado y comprobamos que cuando el consumidor acepta el contrato con la empresa, en la letra pequeña, esa que nadie se lee, está otorgando a esa compañía la propiedad de sus datos neuronales para siempre. Y no solo eso, sino que también le está dando la autorización para que lo venda a terceras partes», añade.

Para Yuste, la situación actual se asemeja a la del «salvaje oeste». «La preocupación más urgente que tenemos es la de proteger la privacidad mental», subraya. Porque esos datos neuronales que ya se están recogiendo cada vez se van a poder descifrar más y mejor y se podrá averiguar desde la existencia de problemas médicos —por ejemplo, si tienes epilepsia o parkinson— hasta cuestiones de privacidad mental,

El neurocientífico español Rafael Yuste es el director del Centro Neurotecnológico de la Universidad de Columbia.

como las palabras o las imágenes que conjuras en tu mente cuando piensas. Eso que habitualmente se denomina el habla mental.

«Queremos proteger los datos neuronales como se hace con los datos personales o datos médicos. Lo hemos logrado ya en seis sitios en el mundo y estamos trabajando para que esa regulación se extienda», explica. Cantabria podría ser pionera en este ámbito, con una ley de salud digital que prevé proteger los neuroderechos y podría estar lista en 2026, tal como anunció su consejero de Sanidad el pasado verano.

Para David Ezpeleta, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología y responsable del área de Neurotecnología e Inteligencia Artificial de la entidad, la regulación es necesaria porque, en su opinión, nuestros neuroderechos ya se están vulnerando a día de hoy.

Según explica, aunque los dispositivos no puedan leer aún nuestro pensamiento de forma literal, esa captura y explotación de las señales neuronales que están llevando a cabo «sin las garantías equivalentes a las de otros datos sensibles, como los relacionados con la salud personal y su privacidad», suponen un quebrantamiento de los derechos fundamentales.

Si regulación, advierte, «podríamos normalizar entornos donde terceros infieran estados mentales, orienten decisiones o segmenten a las personas por sus hábitos, rasgos cognitivos, emocionales, tendencias políticas, sexuales...».

Lo que está en juego es la propia esencia del ser humano, «si por esencia se entiende privacidad mental, identidad personal, autonomía, continuidad psicológica y libertad de pensamiento», coinciden Yuste y Ezpeleta.

Hasta ahora, nadie en la historia había tenido en cuenta la necesidad de proteger la identidad personal porque ni se vislumbraba la posibilidad de que pudiera vulnerarse. Ahora, sin embargo, «vemos que esa posibilidad es real», plantea Yuste, quien cree que la mejor solución al problema sería alcanzar una regulación global, con un tratado internacional de neurotecnología. Algo que, no obstante, ve «complicado».

José Antonio Seoane, catedrático de Filosofía del Derecho de la Universidad de Coruña, experto en bioética sanitaria y miembro del Comité de Bioética de España, comparte con Yuste y Ezpeleta la necesidad de que exista una regulación que garantice el respeto a los neuroderechos. «En algunos casos, la normativa que ya existe sobre derechos humanos puede ser válida. Pero lo



cierto es que es demasiado genérica y en ocasiones puede resultar insuficiente para precisar cómo se aplica a los estados mentales y a la utilización de las neurotecnologías. En el caso, por ejemplo, de la privacidad mental, la privacidad está protegida en España por nuestro derecho a la intimidad y, a nivel europeo, por la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Pero hasta ahora no se había reflexionado sobre esa dimensión de la privacidad, que no implica una privacidad física, sino mental».

Entre los expertos en bioética, reconoce Seoane, hay cierto debate sobre si estos nuevos derechos exigen el desarrollo de una nueva normativa o es suficiente con actualizar los derechos existentes. Pero sobre lo que no hay discusión, subraya, es sobre la necesidad de blindarlos. «No se discute en ningún caso si hay que protegerlos o no, sino de qué manera debe hacerse. Además, parece que hay un acuerdo generalizado sobre la conveniencia de que la protección sea, entre otras cosas, jurídica», enfatiza.

Seoane recuerda que hay un precedente relativamente reciente en cuanto a la regulación de las nuevas posibilidades proporcionadas por el desarrollo tecnológico. «Pasó algo parecido con la genética. ¿Quién podía imaginar hace solo unas décadas que la investigación en este campo iba a permitir la descripción del genoma primero y las intervenciones genéticas posteriormente?

Desde el punto de vista de la ética y también del derecho se reaccionó de una forma adecuada».

Como ocurrió en dicho ámbito, Seoane subraya que «no se trata tanto de prohibir o poner límites, sino de regular y establecer garantías para tener un uso adecuado de estas tecnologías».

En ese sentido, Seoane es optimista con respecto al futuro. «El avance de las neurotecnologías me parece un gran avance para la sociedad. Las posibilidades terapéuticas que ofrece la neurotecnología en problemas neurológicos y de salud mental son enormes y pueden ser muy útiles ante trastornos que preocupan mucho a la sociedad. Pero nuestra obligación es reflexionar sobre esa tecnología, deliberar sobre su uso y cómo puede afectar a nuestra privacidad, nuestra identidad y nuestra libertad para tomar decisiones. La tecnología existe, tenemos que pensar cómo queremos regularla para hacer un uso correcto y beneficioso para la humanidad en su conjunto».

También Yuste ve el horizonte con buenos ojos. «Creo que esto nos llevará a un nuevo mundo de enorme progreso científico, médico, económico y también social, pero no soy por sentado que esto vaya a ocurrir automáticamente, sino que siento la responsabilidad de trabajar para conseguir un mundo mejor, donde se

“Queremos proteger los datos neuronales como se hace con los datos personales o los datos médicos”

respete la dignidad y los derechos del ser humano», subraya.

«Hay un nuevo continente por delante, pero tenemos que garantizar que, antes de entrar en él, estén bien puestos los guardarrailles de las carreteras tecnológicas que vamos a utilizar», resume en su libro. «Estamos trabajando en esto sin descanso, y creo que podemos conseguirlo», augura.

Ezpeleta, sin embargo, se muestra más bien «pesimista» o, como él mismo se define, «optimista informado». «Vivimos en un mundo donde se nos manipula sin piedad», remarcó. «Nuestras decisiones están condicionadas por líneas editoriales, consignas políticas, presión social, culto al egotismo... Si algún día conseguimos ser razonablemente libres, entenderemos el alcance de los neuroderechos y lo que pueden significar en el futuro cercano».

Una joven, comiendo una hamburguesa de pollo.
ANTONIO HEREDIA



MORDERSE LAS UÑAS, ATIBORRARSE Y OTROS ACTOS PARA SOBREVIVIR

Psicología. El experto Charlie Heriot-Maitland explora las necesidades biológicas que hay detrás de los comportamientos autolesivos: «El cerebro usa los pequeños daños como dosis protectora para evitar daños mayores»

Por P. Jiménez (Madrid)

Esa fea manía de morderse las uñas, posponer esa tarea pendiente que da pereza, darse un atracón de comida ultraprocesada (patatas fritas, bombones, pizzas)... Aunque *a priori* son acciones que nos hacen daño, nuestro organismo las elige para sobrevivir. «Nuestro cerebro prefiere que seamos los árbitros de nuestra propia caída antes que arriesgarnos a ser derribados por algo externo», apunta el psicólogo clínico Charlie Heriot-Maitland.

Si, todos esos comportamientos que parecen autodestructivos, en realidad, vienen a protegernos. Heriot-Maitland explora las necesidades biológicas que hay detrás de los comportamientos dañinos en su nuevo libro *Controlled Explosions in Mental Health* (Routledge). En español, *Explosiones controladas en la salud mental*. Este experto inglés formado en el

King's College de Londres y Oxford echa mano para desarrollar esta teoría de las experiencias observadas durante más de 12 años de ejercicio en la Sanidad pública de su país (NHS). «Nuestro cerebro es una máquina de supervivencia. Está programado no para optimizar nuestra felicidad y bienestar, sino para mantenernos con vida. Necesita que existamos en un mundo predecible. No le gustan las sorpresas. No quiere que nos pillen desprevenidos», explica.

Así, pone como ejemplo el efecto protector de la procrastinación: huir del fracaso. Alguien puede posponer el inicio de un proyecto, causándose daño a sí mismo, pero tratando de evitar un daño mayor. En este caso, el rechazo. «Estar expuestos a amenazas y peligros ya es bastante malo, pero el estado más vulnerable para los seres humanos es estar expuestos a amenazas impredecibles. Nuestro cerebro no

puede permitirlo e interviene para ofrecernos versiones más controladas y predecibles de la amenaza».

El mecanismo de protección descrito por el psicólogo clínico, que también da clases en la Universidad de Stanford (EEUU), funciona según un principio fundamental: el cerebro prefiere lidiar con la certeza de una amenaza controlada y conocida que hacer frente a la posibilidad de una amenaza desconocida y fuera de control.

La ciencia que sustenta esta teoría se basa en cómo ha evolucionado el cerebro humano: enfocado principalmente a la supervivencia y no a la felicidad. Los cerebros están programados para detectar el peligro en todas partes, lo que ayudó a nuestra especie a sobrevivir. Sin embargo, ahora esto significa que estamos más atentos a cualquier daño potencial que se avecine, ya sea físico o emocional.

Heriot-Maitland sugiere que esta aplicación evolutiva del *más vale prevenir que curar* significa que, aunque sabemos que quizás no sea sensato comer una bolsa de bombones, lo hacemos de todos modos para evitar la vergüenza aún mayor de un posible fracaso. Otro ejemplo es que, incluso cuando alguien no nos odia realmente, es posible que sigamos evitándolo en lugar de enfrentarnos al mayor rechazo potencial.

Por ello, entre los comportamientos autodestructivos más comunes se encuentran la procastinación, el perfeccionismo y el pesimismo. «Los cerebros han evolucionado para favorecer la percepción de amenazas, incluso cuando no hay, con el fin de provocar una respuesta protectora. Todos heredamos un sistema altamente sensible de detección y respuesta a los peligros».

Aunque seamos conscientes de que estos comportamientos no son útiles, para abordarlos es necesario comprender primero su función protectora, en lugar de limitarse a intentar eliminarlos. Por eso, Heriot-Maitland emplea la metáfora del comportamiento autodestructivo como «explosiones controladas». Y explica: «Los artificieros no son nuestros enemigos. Están protegiendo algo grande, algo que duele. En muchos casos, puede estar relacionado con una experiencia vital difícil: una amenaza, un trauma o una tragedia. Sin embargo, las explosiones controladas nos hacen daño, y tampoco debemos perder eso de vista».

Para utilizar la neuroplasticidad del cerebro y aprender nuevos hábitos menos dañinos, las personas deben elegir deliberadamente reconocer y comprender primero el comportamiento. «Inculcar estas motivaciones compasivas en un proceso como este no es algo que se dé por sentado», argumenta. «Requiere tiempo, esfuerzo e intencionalidad».