



Mientras Francia lanza una estrategia pionera para abordar el problema como una epidemia, España, donde casi la mitad de la población duerme mal, encabeza el consumo mundial de benzodiacepinas

# Los españoles tienen una deuda de sueño



PABLO LINDE  
Madrid

Estrés. Ansiedad. Pantallas. Horarios tardíos. O demasiado tempranos. Ruidos. Contaminación lumínica. Calor. Sobre peso. Hijos. O no poder tenerlos. Falta de dinero. De vivienda. Sedentarismo. Desajustes hormonales. Es fácil encontrar motivos para dormir mal en una sociedad que ha dado la espalda a los ciclos naturales del sueño. Es un problema de salud pública que va mucho más allá del cansancio y que afecta a prácticamente todo el mundo desarrollado. Francia se convirtió

la semana pasada en pionera en Europa al establecer una hoja de ruta gubernamental para abordar este fenómeno, y los expertos piden que las administraciones tomen nota en España para frenar la epidemia de trastornos del sueño.

No es exagerado llamarlo "epidemia": casi la mitad de la población española pasa malas noches, y un 14% —cerca de siete millones de personas— sufre insomnio crónico, alerta la Sociedad Española de Neurología. En parte, como consecuencia de esto, España es el país con mayor consumo mundial de benzodiacepinas, se-

gún los informes de 2020 y 2022 de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Los datos de la OCDE lo sitúan como tercer país con mayor uso de ansiolíticos e hipnosedantes: 89 dosis por 1.000 habitantes al día, solo por debajo de Islandia (93) y Portugal (91), lo que triplica la cifra de Italia o Grecia. Es algo relativamente reciente. En 20 años se ha duplicado el consumo de estos fármacos: hasta un 8% de la población los ha consumido en el último mes (cifra que llegó a repuntar a más del 9% en pandemia), según las encuestas EDADES del Ministerio de Sanidad.

Tampoco es una hipérbole calificarlo como "problema de salud pública". Muy resumidamente, el mal sueño se asocia a un mayor riesgo de obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, demencia, problemas de memoria, cáncer, trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, suicidio); en los niños baja el rendimiento escolar y la inmunidad, lo que les hace más susceptibles a enfermedades infecciosas; aumenta los accidentes laborales y de tráfico: la DGT estima que la somnolencia está involucrada en entre un 15% y un 30% de los siniestros. Además, incrementa

el absentismo y merma la productividad: un reciente estudio en Argentina calculó que la falta de sueño le cuesta al país un 1,3% del PIB.

La solución, sin embargo, no es sencilla. Porque el problema es estructural y afecta a tantos ámbitos de la vida que modificarlos se antoja casi utópico. Pero el primer paso es ponerlo negro sobre blanco, como ha hecho el Gobierno francés, en un plan que involucra a prácticamente todos los ministerios, pese a que una medida ha centrado la polémica en Francia y es prácticamente la única noticia que ha llegado a Espa-



ña: una de las recomendaciones es que las empresas dispongan lugares de relajación para que los trabajadores puedan realizar "microdescansos" (siestas). Ha sido objeto de burla en algunos medios, y hay quien lo considera una intromisión más del Gobierno en la vida privada de las empresas y sus trabajadores, aunque no es más que una mera recomendación, como la mayor parte del documento que ha impulsado el ministro de Salud, Yannick Neuder.

Su plan va mucho más allá de las siestas. Se basa en 25 acciones que incluyen informar y promover el sueño como determinante de salud, lanzar campañas educativas, promover la cultura sobre el sueño y fomentar la higiene del sueño en la infancia y la juventud. Incluirá preguntas sobre sueño en el carnet de salud infantil (un documento que contiene información sobre las visitas al pediatra, las vacunas administradas, los controles de crecimiento y otros aspectos clave), promoverá rituales como la lectura o la música antes de dormir, y ofrecerá formación a cuidadores, docentes y profesionales de la salud.

Las escuelas impulsarán la desconexión digital por la noche, mientras que las universidades tendrán que organizar talleres, habilitar espacios para siestas y acondicionar bibliotecas para facilitar el descanso. Para mejorar el entorno físico, contempla que la renovación de viviendas incluya mejoras acústicas y térmicas, y se crearán "zonas tranquilas" en espacios públicos. Además, sensibilizará a los entornos laborales y hospitalarios sobre la importancia del descanso. En el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño, formará a los profesionales sanitarios, se fomentará el uso adecuado de benzodiacepinas y melatonina, y promoverá la aplicación gratuita Jardín Mental para el seguimiento del sueño. Además, habrá programas de financiación para estudios relacionados con el descanso.

La Alianza por el Sueño —una plataforma que agrupa a más de 40 sociedades científicas, asociaciones de pacientes, instituciones y empresas— reclama a las administraciones públicas, y en particular al Ministerio de Sanidad, que aproveche la coyuntura y se sume a Francia para situarse a la vanguardia europea para afrontar el reto del buen dormir y paliar lo que llaman "deuda de sueño". Carmen Bellido, una de sus portavoces, reclama "copiar" al país vecino y trabajar en cinco grandes ejes: reconocer el sueño como determinante de salud pública, protegerlo en la infancia y en la adolescencia, actuar sobre el entorno para favorecerlo, mejorar la detección temprana y el abordaje de sus trastornos y reforzar el conocimiento e investigación sobre el sueño y crono-biología.

A todos los problemas comunes con Francia y con cualquier sociedad avanzada, España suma uno adicional: los horarios tar-

dios. Desde que Franco decidió situar al país en un huso horario que no le corresponde para hacerlo coincidir con el de la Alemania nazi, la hora que marca las manecillas del reloj no se corresponde con la solar y casi todas las actividades se postergan con respecto a lo que marcan los ritmos circadianos, que regulan diversos procesos fisiológicos en el cuerpo, como el ciclo de sueño y vigilia, la liberación de hormonas, la temperatura corporal y que también influyen en el apetito y el metabolismo. Los españoles comen, cenan y se acuestan tarde, pero se levantan casi tan temprano como en cualquier otro país.

Carlos Egea, también miembro de la Alianza y presidente de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño, aboga porque la abolición del cambio horario (de primavera y otoño) que está prevista por la Unión Europea para 2027, coloque a España en la hora de invierno durante todo el año, más cerca del huso que le corresponde. "Es necesario instrumentalizar herramientas para que sociedad sea consciente que puede ayudarse y vivir mejor". Más allá de líneas estratégicas, pone ejemplos concretos, como el del huso horario o posibles actuaciones en empresas: "Se mira el currículum de una persona, pero no su cronotipo. No tiene sentido contratar a alguien que sea alondra [se duerme temprano y madruga de forma natural] para un trabajo nocturno. Su rendimiento será discreto y en unos meses probablemente tendrá bajas por problemas de salud".

## Hoja de ruta

La Alianza ya presentó en septiembre del año pasado en el Congreso de los Diputados una hoja de ruta que iba en este sentido, bajo el título "España tiene sueño". La ministra de Sanidad, Mónica García, pidió entonces normalizar el sueño como un derecho esencial, no solo individual, sino colectivo: "Con este lema podríamos cerrar una ley mañana mismo. Hay una realidad que es la banalización de que los trastornos del sueño son algo inherente a la sociedad en la que vivimos y en la que el sueño es lo menos importante".

El Grupo parlamentario socialista ha presentado varias proposiciones no de ley para fomentar el buen sueño. La última, registrada este mes, pretende abordar y prevenir los trastornos del sueño en los menores. Pero lo cierto es que el buen dormir no está entre la intensa actividad legislativa de Sanidad. Ni siquiera aparece explícitamente mencionado en el Plan de Salud Mental, aprobado este año. El ministerio remite a los esfuerzos que ese documento propone en materia de reducción del consumo de hipnosedantes, que se han convertido también en un problema de salud pública por su consumo excesivo.

Las pastillas son una de las pocas respuestas del sistema público

Faltan psicólogos para la terapia más eficaz: la cognitivo-conductual

## Insomnio en España

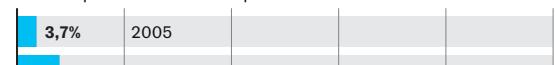
Población con síntomas



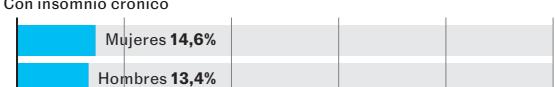
Jóvenes entre 18-34 años que duermen menos de siete horas



Personas que han consumido hipnosedantes en los últimos 30 días



Con insomnio crónico



Fuente: M. de Sanidad, Fundación Mapfre, Sociedad Española del Sueño.

EL PAÍS

ro algunos son tan cortos que ni soy consciente de ellos y casi todas las noches logro descansar y dormir más y mejor. Como llevo poco tiempo así, no sé si seguiré mejorando o volveré al sueño intermitente que tenía antes. Todavía no me creo el estar durmiendo mejor y que esto pueda mantenerse a largo plazo. Es como si mi cuerpo y mente se hubieran regulado y calmado y haya recordado lo que es dormir", asegura.

## Círculo vicioso

La terapia no es milagrosa, no tiene por qué solucionar por completo el problema y no le va igual de bien a todo el mundo. Pero ha demostrado evidencia de que para la mayoría se producen mejoras y ser el mejor abordaje para el insomnio crónico. Aróstegui explica en qué consiste: "En primer lugar hay que identificar si está asociado a algún problema de ansiedad, que es muy frecuente. En estos casos, nos podemos anclar en psicofármacos durante un tiempo limitado. El abordaje utiliza el control de estímulos, asociar la cama a dormir, la restricción de tiempo en cama para aumentar presión de sueño y aumentar eficiencia [evitar estar en ella cuando uno se desvela e imponer unos horarios lo más regulares posibles]. Se aplica la típica higiene de sueño: exponerse a luz natural, limitar la de las pantallas por la noche, se aplican técnicas de relajación... Y es clave la reestructuración cognitiva para cepear pensamientos que nos impiden conciliar el sueño".

A la mayoría de las personas van a su médico de cabecera por el mal descanso les sucede de lo que a Nerea, que hace unos siete años, a raíz de un problema personal, comenzó a dormir peor, cada vez más a menudo se despertaba en mitad de la noche y no podía volver a conciliar el sueño: "La solución que me daban era la de tomar psicofármacos, y aunque si he hecho uso de ellos en momentos puntuales que estaba muy cansada y quería dormir bien alguna noche, sabía los efectos secundarios que tienen y no quería depender de ellos". En la privada acudió a una unidad del sueño y descartaron apneas.

"A lo largo de estos últimos años se acentuó mi problema y ya no sentía que podía continuar con mi vida de la misma manera. Me restaba calidad de vida y a pesar de hacer mucho ejercicio y cuidar mucho mi estilo de vida, el no descansar bien por la noche, desvelarme, estar a las cuatro de la mañana tan despierta como si fueran las nueve se empezó a hacer insostenible", relata.

Nadie le dijo que la primera opción terapéutica para tratar problemas del sueño no relacionados con otras patologías es la psicología cognitivo-conductual. Quizás porque la sanidad pública no tiene capacidad de proveerla a todos los que la necesitan. Lo descubrió en un podcast en el que intervenía María José Aróstegui, psicóloga y miembro del Grupo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño.

La localizó y empezó a tratarse con ella a principios de este julio. "En poco más de un mes comencé a notar resultados. Ahora sigo teniendo despertares, pe-

cas respuestas que el sistema sanitario público da a las personas con problemas para dormir. Las unidades del sueño, que se han extendido por todo el país, tienen una enorme lista de espera y se limitan a atender a personas cuyos trastornos han derivado en patologías más graves, o que sufren apneas que suponen un peligro adicional y más severo para la salud que la propia privación del sueño.

A la mayoría de las personas

que van a su médico de cabecera por el mal descanso les sucede de lo que a Nerea, que hace unos siete años, a raíz de un problema personal, comenzó a dormir peor, cada vez más a menudo se despertaba en mitad de la noche y no podía volver a conciliar el sueño: "La solución que me daban era la de tomar psicofármacos, y aunque si he hecho uso de ellos en momentos puntuales que estaba muy cansada y quería dormir bien alguna noche, sabía los efectos secundarios que tienen y no quería depender de ellos". En la privada acudió a una unidad del sueño y descartaron apneas.

"A lo largo de estos últimos años se acentuó mi problema y ya no sentía que podía continuar con mi vida de la misma manera. Me restaba calidad de vida y a pesar de hacer mucho ejercicio y cuidar mucho mi estilo de vida, el no descansar bien por la noche, desvelarme, estar a las cuatro de la mañana tan despierta como si fueran las nueve se empezó a hacer insostenible", relata.

Nadie le dijo que la primera opción terapéutica para tratar problemas del sueño no relacionados con otras patologías es la psicología cognitivo-conductual. Quizás porque la sanidad pública no tiene capacidad de proveerla a todos los que la necesitan. Lo descubrió en un podcast en el que intervenía María José Aróstegui, psicóloga y miembro del Grupo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño.

La localizó y empezó a tratarse con ella a principios de este julio. "En poco más de un mes comencé a notar resultados. Ahora sigo teniendo despertares, pe-

10 Agosto, 2025



## LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo • Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria • Premio del Colegio de Ingenieros de Montes • Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) • Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis • Premio de la Fundación Biodiversidad • Premio Biocultura • Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid • Premio de la Fundación Pfizer • Premio Foro Español de Pacientes • Premio de la Sociedad Española de Diabetes • Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) • Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria • Premio del Colegio de Farmacéuticos • Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición • Premio de la Fundación Dental Española • Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física • Premio PRsalud • Premio de la Fundación Bamberg • Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa • Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros • Premio del Instituto Danone • Premio del Colegio Oficial de Psicólogos • Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información • Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar • Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina • Medalla de oro del Foro Europa 2001 • Premio del Instituto Barraquer • Dos Premios del Club Español de la Energía • Premios del Instituto Puleva de Nutrición • Medalla de Honor de la Fundación Bamberg • Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid • Premio Periodístico sobre la Heparina • Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes • Premio Medilover 2017 • Premio Fundación ECO • Premio Fundación DomusVi • Premio Asedef • Premio Periodismo en Respiratorio GSK • Premio Nacional de Medicina Siglo XXI • Premio New Medical Economics • Premio EIT Food • Premio Supercuidadores • Premio Colegiado de Honor del COFM • Premio HematoAvanza de la SEHH • Premio Íñigo Lapetra de Periodismo Sanitario • Premio España en el Corazón de Asedef • Premio Fundación Humans • Premio Sedar • Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer • Premios Imparables Sanitarios • Premio Fundación Bamberg • Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias • VI Premio de Periodismo en respiratorio GSK • Premio del Consejo General de Dentistas • Premio Periodístico SEMI • Premio de Periodismo Sedar • Premio Fundación Grünenthal • Premio de la Sociedad Española de Neurología • Premio de la Sociedad Española de Cardiología



## Los excluidos de la ley ELA: «Sanidad solo se centra en los que van a morir»

SOCIEDAD Pág. 28



# Los excluidos de la ley ELA: «Sanidad solo se centra en los que van a morir»

- Pacientes de enfermedades raras denuncian que los criterios del ministerio les dejan fuera de las ayudas
- «Es como en 'Los juegos del hambre'. Solo recibe ayuda el último», reprochan asociaciones de enfermos

ELENA CALVO  
MADRID



**A**Juanjo Moro solo le queda un hilo de voz para pedir ayuda. Con 20 años le diagnosticaron distrofia muscular facioescapulohumeral, una enfermedad genética por la que los músculos se van deteriorando. Ahora, a sus 69 años, lleva ya 15 en una silla de ruedas, apenas tiene movilidad, necesita ayuda para actividades tan básicas como comer o ducharse, y el daño le ha afectado hasta las cuerdas vocales. Pese a que necesita atención durante las 24 horas del día, no podrá acogerse a las prestaciones de la ley ELA. La norma, que se aprobó a finales de 2024 tras años de ruegos por parte de los enfermos de esclerosis lateral amiotrófica, contempla la inclusión de otras «enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible». Pero recientemente el Ministerio de Sanidad sacaba a audiencia pública el decreto que fija los criterios para poder acogerse a la ley y que los pacientes califican de «excluyentes», pues dejan fuera de las ayudas a personas con condiciones muy similares a las de la ELA.

Enfermedades como la distrofia muscular de Duchenne, la ataxia de Friedreich, las neuropatías por amiloidosis que no respondan a la medicación o el insomnio familiar fatal son solo algunas de las que podrían quedar fuera de las ayudas por no cumplir con todos los criterios establecidos. Y todo, a pesar de que los que las sufren pueden llegar a encontrarse en una situación similar a la de los enfermos de ELA, explica Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El decreto de Sanidad estipula que solo se podrán beneficiar los enfermos con una expectativa de vida inferior a 24-36 meses o que exista un deterioro funcional en menos de seis meses. «Hay enfermedades que repercuten tanto

como la ELA pero que son un poco más lentas en su evolución y que igualmente necesitan ser atendidas», apunta.

Es, por ejemplo, el caso de Juanjo, pues aunque su diagnóstico llegó cuando tenía 20 años, la enfermedad ha progresado lentamente y es desde hace aproximadamente 10 años cuando necesita esa atención continuada. Los criterios le dejarían fuera de la ley ELA, a pesar de que necesita estar atendido las 24 horas del día. Cuenta con una prestación del Ayuntamiento de Barcelona, ciudad en la que reside, por la que recibe asistencia 40 de las 168 horas que tiene la semana, por lo que para el resto del tiempo contrata a otras dos personas que le atienden y a las que paga de su bolsillo. «Y me considero un privilegiado porque hay muchas personas que no lo pueden pagar, pues además hay que sumar otros gastos, como en ortopedia. Afortunadamente en mi vida he sido muy austero y voy tirando de ahorros, pero siempre mirando porque se pueden acabar», reconoce.

## Falta de financiación

Y aunque se muestra algo «escéptico» con este tipo de leyes –solo hay que ver que las ayudas a los enfermos de ELA siguen sin llegar a pesar de que la norma está en vigor desde noviembre por la falta de financiación de la misma– Juanjo cree que el Gobierno debería pensar también en la calidad de vida de los pacientes de otras enfermedades. «Lo más importante es que podamos tener una calidad de vida digna. Hay algunas patologías que deberían entrar en esta ley para garantizar una calidad de vida a los enfermos, vivan los años que vivan», zanja.

Entre las asociaciones de enfermos que visibilizan estas patologías existe también cierta decepción por cómo se está regulando la norma. «Esta ley no debería ser como en 'Los juegos del hambre', ni porque no haya recursos económicos suficientes ni porque solamente reciba la ayuda el último», dice con contundencia Cristian Lago, encargado de los asuntos de la ley ELA en la Asociación Catalana de Enfer-

## LOS CRITERIOS

Supervivencia inferior a 3 años

**Para acogerse a la ley, el decreto que prepara el Ministerio de Sanidad establece que los pacientes de una enfermedad irreversible presenten una expectativa de vida estimada inferior a 24 ó 36 meses, es decir, de tres años como máximo.**

## Sin respuesta a los tratamientos

**En la evaluación que realizarán profesionales sanitarios deberá también constatar que el paciente no presenta respuestas a los tratamientos autorizados para su trastorno ni hay otras alternativas terapéuticas disponibles.**

## Cuidados continuos

**Además de los mencionados anteriormente, se tendrá en cuenta que los pacientes que quieran acceder a las prestaciones que se garantizan en la ley ELA necesiten una ayuda continuada para desempeñar actividades básicas y el uso prolongado de dispositivos de soporte funcional o vital.**

## Rápida progresión

**Por último, el decreto establece que deberá existir un deterioro funcional clínicamente objetivo en un plazo inferior a seis meses, con pérdida de autonomía en dos o más actividades básicas de la vida diaria o complicaciones graves que conlleven dos o más ingresos urgentes en los últimos 6 meses.**

medades Neuromusculares (Asem Cataluña). Aunque la norma es un «avance significativo» en materia de protección social lamenta que se haya quedado «a medio camino» al restringir tanto su acceso. «No es una ley de paliativos, es de calidad de vida», asevera, insistiendo en que los criterios establecidos «centran la mirada de forma equivocada en las personas que van a morir» en lugar de fijarse en la calidad de vida de los enfermos.

El proyecto de decreto, en lugar de establecer enfermedades concretas que podrán acogerse a las ayudas, menciona solo cuatro y deja el resto



en función de una evaluación que realizará el profesional sanitario para verificar si el paciente cumple o no todos los criterios que se necesitan. «En este sentido tiene cierta bondad, porque no se limita solo a determinadas patologías, pero el problema es que los criterios operativos son tan excluyentes que sentimos que de facto se queda fuera todo el mundo», prosigue Lago, que hace hincapié además en la necesidad de que España destine más financiación al cuidado de los enfermos.

## Sin lista cerrada

El hecho de que Sanidad haya optado por no establecer un listado concreto de enfermedades que puedan acogerse a la ley ELA también se ve con buenos ojos en Duchenne Parent Project España, asociación formada por pacientes –y sus familias– de la distrofia muscular de Duchenne, enfermedad genética que se diagnostica durante la infancia y que causa la degeneración progresiva de los músculos hasta que los pacientes terminan sin prácticamente ninguna movilidad. Pero del mismo modo hay preocupación por esos criterios fijados respecto a supervivencia y progresión de la enfermedad. «Una persona con Duchenne no sabemos si va a durar 3 años o no. Lo que nos preocupa son las condiciones en las que va a vivir, que



Alex Ruiz tiene 38 años y una distrofia muscular // ADRIÁN QUIROGA



Juanjo Moro, en la silla en la que lleva ya 15 años // ADRIÁN QUIROGA



Fran Rabal, en su dormitorio, con las máquinas que necesita en su día a día // ABC

son como las de una persona que tiene ELA», reclama la presidenta de la asociación, Silvia Ávila.

## Mayor esperanza de vida

Aunque tradicionalmente la esperanza de vida para esta patología se situaba entre los 25 y 30 años, los avances en cuidados, sobre todo de tipo respiratorio, provocan que cada vez más pacientes superen esas edades. «Hay afectados que solo pueden mover los ojos y que necesitan 24 horas de atención.

¿Qué más da que vayan a durar solo 24 o 36 meses o más?», lanza Ávila. La asociación ha pedido una reunión con el Ministerio de Sanidad para tratar el asunto e intentar que el departamento de Mónica García flexibilice esos criterios para ayudar a más enfermos.

Uno de ellos es Fran Rabal Segura, actualmente con 34 años y con la distrofia de Duchenne diagnosticada desde los 6. Con 9 años dejó de caminar y a los 15 fue perdió también la movilidad de brazos y manos. Ahora solo tie-

## Juanjo Moro

Paciente de distrofia facioescapulohumeral

**«Lo más importante es que los enfermos podamos tener una calidad de vida digna»**

## Fran Rabal Segura

Paciente de Duchenne

**«Necesitamos las ayudas para poder vivir, no para cuando nos quede poco tiempo»**

## Álex Ruiz Jiménez

Afectado por distrofia muscular

**«Deberían haber ido más allá e incluir más enfermedades, pero han ido a lo fácil»**

ne cierta movilidad en los dedos de la mano y necesita un respirador prácticamente las 24 horas para seguir viviendo, por lo que desde hace algo más de una década es una persona totalmente dependiente. «Viene una persona a ayudarnos porque mis padres no

pueden solos con todo. Están dedicados a mí las 24 horas», cuenta. Cree que su caso debería ser de los que se incluyan en la ley, pero teme que por los criterios «tan exigentes» no sea así. «Duchenne es una enfermedad muy variable, afecta de forma muy diferente, pero todas las personas dependientes 24 horas necesitamos ayuda ya, no cuando un médico o un decreto decide que una persona solo va a vivir 3 años. Necesitamos ayudas para vivir, no para cuando nos quede poco tiempo», lamenta este murciano, que denuncia que los pacientes como él son «invisibles para los partidos políticos».

«Deberían haber ido más allá pero han ido a lo fácil», opina por su parte Álex Ruiz Jiménez, de 38 años, afectado por una distrofia muscular a la que a día de hoy siguen sin ponerle apellido después de que hasta hace unos diez años le dijeran que era Duchenne. Actualmente se mueve en silla de ruedas eléctrica y necesita varias máquinas para poder respirar. De sus cuidados se encarga principalmente su mujer con ayuda de sus padres, pues poder tener esa atención domiciliaria que requiere por parte de profesionales supone mucho gasto y no todas las familias se lo pueden permitir. Como el resto de afectados, confía en que Sanidad se replantea esos criterios y convierta esta ley en la ayuda que necesitan.



# Los excluidos de la ley ELA: «Sanidad solo se centra en los que van a morir»

- Pacientes de enfermedades raras denuncian que los criterios del ministerio les dejan fuera de las ayudas
- «Es como en 'Los juegos del hambre'. Solo recibe ayuda el último», reprochan asociaciones de enfermos

ELENA CALVO  
MADRID



**A**Juanjo Moro solo le queda un hilo de voz para pedir ayuda. Con 20 años le diagnosticaron distrofia muscular facioescapulohumeral, una enfermedad genética por la que los músculos se van deteriorando. Ahora, a sus 69 años, lleva ya 15 en una silla de ruedas, apenas tiene movilidad, necesita ayuda para actividades tan básicas como comer o ducharse, y el daño le ha afectado hasta las cuerdas vocales. Pese a que necesita atención durante las 24 horas del día, no podrá acogerse a las prestaciones de la ley ELA. La norma, que se aprobó a finales de 2024 tras años de ruegos por parte de los enfermos de esclerosis lateral amiotrófica, contempla la inclusión de otras «enfermedades o procesos de alta complejidad y curso irreversible». Pero recientemente el Ministerio de Sanidad sacaba a audiencia pública el decreto que fija los criterios para poder acogerse a la ley y que los pacientes califican de «excluyentes», pues dejan fuera de las ayudas a personas con condiciones muy similares a las de la ELA.

Enfermedades como la distrofia muscular de Duchenne, la ataxia de Friedreich, las neuropatías por amiloidosis que no respondan a la medicación o el insomnio familiar fatal son solo algunas de las que podrían quedar fuera de las ayudas por no cumplir con todos los criterios establecidos. Y todo, a pesar de que los que las sufren pueden llegar a encontrarse en una situación similar a la de los enfermos de ELA, explica Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El decreto de Sanidad estipula que solo se podrán beneficiar los enfermos con una expectativa de vida inferior a 24-36 meses o que exista un deterioro funcional en menos de seis meses. «Hay enfermedades que repercuten tanto

como la ELA pero que son un poco más lentas en su evolución y que igualmente necesitan ser atendidas», apunta.

Es, por ejemplo, el caso de Juanjo, pues aunque su diagnóstico llegó cuando tenía 20 años, la enfermedad ha progresado lentamente y es desde hace aproximadamente 10 años cuando necesita esa atención continuada. Los criterios le dejarían fuera de la ley ELA, a pesar de que necesita estar atendido las 24 horas del día. Cuenta con una prestación del Ayuntamiento de Barcelona, ciudad en la que reside, por la que recibe asistencia 40 de las 168 horas que tiene la semana, por lo que para el resto del tiempo contrata a otras dos personas que le atienden y a las que paga de su bolsillo. «Y me considero un privilegiado porque hay muchas personas que no lo pueden pagar, pues además hay que sumar otros gastos, como en ortopedia. Afortunadamente en mi vida he sido muy austero y voy tirando de ahorros, pero siempre mirando porque se pueden acabar», reconoce.

## Falta de financiación

Y aunque se muestra algo «escéptico» con este tipo de leyes –solo hay que ver que las ayudas a los enfermos de ELA siguen sin llegar a pesar de que la norma está en vigor desde noviembre por la falta de financiación de la misma–, Juanjo cree que el Gobierno debería pensar también en la calidad de vida de los pacientes de otras enfermedades. «Lo más importante es que podamos tener una calidad de vida digna. Hay algunas patologías que deberían entrar en esta ley para garantizar una calidad de vida a los enfermos, vivan los años que vivan», zanja.

Entre las asociaciones de enfermos que visibilizan estas patologías existe también cierta decepción por cómo se está regulando la norma. «Esta ley no debería ser como en 'Los juegos del hambre', ni porque no haya recursos económicos suficientes ni porque solamente reciba la ayuda el último», dice con contundencia Cristian Lago, encargado de los asuntos de la ley ELA en la Asociación Catalana de Enfer-

## LOS CRITERIOS

Supervivencia inferior a 3 años

Para acogerse a la ley, el decreto que prepara el Ministerio de Sanidad establece que los pacientes de una enfermedad irreversible presenten una expectativa de vida estimada inferior a 24 ó 36 meses, es decir, de tres años como máximo.

## Sin respuesta a los tratamientos

En la evaluación que realizarán profesionales sanitarios deberá también constatar que el paciente no presenta respuestas a los tratamientos autorizados para su trastorno ni hay otras alternativas terapéuticas disponibles.

## Cuidados continuos

Además de los mencionados anteriormente, se tendrá en cuenta que los pacientes que quieran acceder a las prestaciones que se garantizan en la ley ELA necesiten una ayuda continuada para desempeñar actividades básicas y el uso prolongado de dispositivos de soporte funcional o vital.

## Rápida progresión

Por último, el decreto establece que deberá existir un deterioro funcional clínicamente objetivo en un plazo inferior a seis meses, con pérdida de autonomía en dos o más actividades básicas de la vida diaria o complicaciones graves que conlleven dos o más ingresos urgentes en los últimos 6 meses.

medades Neuromusculares (Asem Cataluña). Aunque la norma es un «avance significativo» en materia de protección social lamenta que se haya quedado «a medio camino» al restringir tanto su acceso. «No es una ley de paliativos, es de calidad de vida», asevera, insistiendo en que los criterios establecidos «centran la mirada de forma equivocada en las personas que van a morir» en lugar de fijarse en la calidad de vida de los enfermos.

El proyecto de decreto, en lugar de establecer enfermedades concretas que podrán acogerse a las ayudas, menciona solo cuatro y deja el resto



en función de una evaluación que realizará el profesional sanitario para verificar si el paciente cumple o no todos los criterios que se necesitan. «En este sentido tiene cierta bondad, porque no se limita solo a determinadas patologías, pero el problema es que los criterios operativos son tan excluyentes que sentimos que de facto se queda fuera todo el mundo», prosigue Lago, que hace hincapié además en la necesidad de que España destine más financiación al cuidado de los enfermos.

## Sin lista cerrada

El hecho de que Sanidad haya optado por no establecer un listado concreto de enfermedades que puedan acogerse a la ley ELA también se ve con buenos ojos en Duchenne Parent Project España, asociación formada por pacientes –y sus familias– de la distrofia muscular de Duchenne, enfermedad genética que se diagnostica durante la infancia y que causa la degeneración progresiva de los músculos hasta que los pacientes terminan sin prácticamente ninguna movilidad. Pero del mismo modo hay preocupación por esos criterios fijados respecto a supervivencia y progresión de la enfermedad. «Una persona con Duchenne no sabemos si va a durar 3 años o no. Lo que nos preocupa son las condiciones en las que va a vivir, que

11 Agosto, 2025



Alex Ruiz tiene 38 años y una distrofia muscular // ADRIÁN QUIROGA



Juanjo Moro, en la silla en la que lleva ya 15 años // ADRIÁN QUIROGA



Fran Rabal, en su dormitorio, con las máquinas que necesita en su día a día // ABC

son como las de una persona que tiene ELA», reclama la presidenta de la asociación, Silvia Ávila.

### Mayor esperanza de vida

Aunque tradicionalmente la esperanza de vida para esta patología se situaba entre los 25 y 30 años, los avances en cuidados, sobre todo de tipo respiratorio, provocan que cada vez más pacientes superen esas edades. «Hay afectados que solo pueden mover los ojos y que necesitan 24 horas de atención.

¿Qué más da que vayan a durar solo 24 o 36 meses o más?», lanza Ávila. La asociación ha pedido una reunión con el Ministerio de Sanidad para tratar el asunto e intentar que el departamento de Mónica García flexibilice esos criterios para ayudar a más enfermos.

Uno de ellos es Fran Rabal Segura, actualmente con 34 años y con la distrofia de Duchenne diagnosticada desde los 6. Con 9 años dejó de caminar y a los 15 fue perdió también la movilidad de brazos y manos. Ahora solo tie-

### Juanjo Moro

Paciente de distrofia facioescapulohumeral

**«Lo más importante es que los enfermos podamos tener una calidad de vida digna»**

### Fran Rabal Segura

Paciente de Duchenne

**«Necesitamos las ayudas para poder vivir, no para cuando nos quede poco tiempo»**

### Álex Ruiz Jiménez

Afectado por distrofia muscular

**«Deberían haber ido más allá e incluir más enfermedades, pero han ido a lo fácil»**

ne cierta movilidad en los dedos de la mano y necesita un respirador prácticamente las 24 horas para seguir viviendo, por lo que desde hace algo más de una década es una persona totalmente dependiente. «Viene una persona a ayudarnos porque mis padres no

pueden solos con todo. Están dedicados a mí las 24 horas», cuenta. Cree que su caso debería ser de los que se incluyan en la ley, pero teme que por los criterios «tan exigentes» no sea así. «Duchenne es una enfermedad muy variable, afecta de forma muy diferente, pero todas las personas dependientes 24 horas necesitamos ayuda ya, no cuando un médico o un decreto decide que una persona solo va a vivir 3 años. Necesitamos ayudas para vivir, no para cuando nos quede poco tiempo», lamenta este murciano, que denuncia que los pacientes como él son «invisibles para los partidos políticos».

«Deberían haber ido más allá pero han ido a lo fácil», opina por su parte Álex Ruiz Jiménez, de 38 años, afectado por una distrofia muscular a la que a día de hoy siguen sin ponerle apellido después de que hasta hace unos diez años le dijeran que era Duchenne. Actualmente se mueve en silla de ruedas eléctrica y necesita varias máquinas para poder respirar. De sus cuidados se encarga principalmente su mujer con ayuda de sus padres, pues poder tener esa atención domiciliaria que requiere por parte de profesionales supone mucho gasto y no todas las familias se lo pueden permitir. Como el resto de afectados, confía en que Sanidad se replantea esos criterios y convierta esta ley en la ayuda que necesitan.

17 Agosto, 2025



## LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo • Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria • Premio del Colegio de Ingenieros de Montes • Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) • Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis • Premio de la Fundación Biodiversidad • Premio Biocultura • Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid • Premio de la Fundación Pfizer • Premio Foro Español de Pacientes • Premio de la Sociedad Española de Diabetes • Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenir) • Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria • Premio del Colegio de Farmacéuticos • Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición • Premio de la Fundación Dental Española • Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física • Premio PRsalud • Premio de la Fundación Bamberg • Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa • Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros • Premio del Instituto Danone • Premio del Colegio Oficial de Psicólogos • Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información • Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar • Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina • Medalla de oro del Foro Europa 2001 • Premio del Instituto Barraquer • Dos Premios del Club Español de la Energía • Premios del Instituto Puleva de Nutrición • Medalla de Honor de la Fundación Bamberg • Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid • Premio Periodístico sobre la Heparina • Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes • Premio Medialover 2017 • Premio Fundación ECO • Premio Fundación DomusVi • Premio Asedef • Premio Periodismo en Respiratorio GSK • Premio Nacional de Medicina Siglo XXI • Premio New Medical Economics • Premio EIT Food • Premio Supercuidadores • Premio Colegiado de Honor del COFM • Premio HematoAvanza de la SEHH • Premio Íñigo Lapetra de Periodismo Sanitario • Premio España en el Corazón de Asedef • Premio Fundación Humans • Premio Sedar • Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer • Premios Imparables Sanitarios • Premio Fundación Bamberg • Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias • VI Premio de Periodismo en respiratoria GSK • Premio del Consejo General de Dentistas • Premio Periodístico SEMI • Premio de Periodismo Sedar • Premio Fundación Grünenthal • Premio de la Sociedad Española de Neurología • Premio de la Sociedad Española de Cardiología



# El Tribunal de Cuentas pide vigilar la inversión digital en los colegios

**El organismo afirma que no todas las comunidades tuvieron en cuenta la vulnerabilidad estudiantil**

**MADRID**— El Tribunal de Cuentas pide vigilar más de cerca la inversión hecha por el Gobierno para digitalizar las escuelas y que ha llevado un gasto de 1.000 millones de euros, destinado entre otras cosas a la formación de profesorado pero también a la compra de dispositivos, que ahora pretenden limitar algunas comunidades autónomas. Madrid, Catalunya, Murcia o Baleares estrenarán el próximo curso normas para limitar el uso de los dispositivos digitales en las aulas.

En la comunidad madrileña los dispositivos estarán vetados en los colegios públicos y concertados para el primer ciclo de Infantil y sólo se permitirá el uso compartido y supervisado con un máximo de hasta dos horas semanales. En Catalunya se prohibirá el uso del móvil en secundaria para actividades pedagógicas. El Plan catalán incluso prevé restringir progresivamente las pizarras digitales, aunque continuará dotando de portátiles a los alumnos de sexto de primaria. Lo cierto es que estos cambios dejan en el aire las miles de tabletas que habían recibido los centros escolares de manos de sus ejecutivos autonómicos.

El último informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas

sobre la implementación del Programa para la Digitalización del Ecosistema Educativo (#EcoDigEdu) financiado por los fondos europeos señala que a finales de marzo ya se habían entregado 208.214 dispositivos portátiles.

El programa, dotado con 989 millones de euros contempla la entrega de dispositivos para reducir la brecha digital del alumnado en situación de vulnerabilidad, la digitalización de aulas y la formación del profesorado. Pero según indica el Tribunal "no todas las comunidades tuvieron en cuenta, de forma directa, la situación de vulnerabilidad del alumnado matriculado en cada centro en el criterio de reparto".

Hasta el primer trimestre de 2025 se habían digitalizado 72.487 aulas (30 % del total previsto) y se había impartido formación técnica en 4.989 centros educativos (27 %). El Tribunal de Cuentas recalca la necesidad de un "adecuado seguimiento" de estos planes. "En todo caso, la percepción en los centros es en general positiva. Las encuestas realizadas en el marco de la fiscalización revelan que los dispositivos han contribuido a reducir significativamente la brecha digital del alumnado", recalca el informe de fiscalización. Ante los avisos de expertos y entidades como la Sociedad Española de Neurología que alertan sobre el riesgo de una exposición excesiva a pantallas en las aulas, otros profesionales señalan que hay que saber encontrar el equilibrio entre lo analógico y lo digital. —Ruth del Moral



Estudiantes utilizando sus ordenadores portátiles. Foto: Irekia



## El Tribunal de Cuentas pide vigilar la inversión digital en los colegios

El organismo afirma que no todas las comunidades tuvieron en cuenta la vulnerabilidad estudiantil

**MADRID**— El Tribunal de Cuentas pide vigilar más de cerca la inversión hecha por el Gobierno para digitalizar las escuelas y que ha conllevado un gasto de 1.000 millones de euros, destinado entre otras cosas a la formación de profesorado pero también a la compra de dispositivos, que ahora pretenden limitar algunas comunidades autónomas. Madrid, Catalunya, Murcia o Baleares estrenarán el próximo curso normas para limitar el uso de los dispositivos digitales en las aulas.

En la comunidad madrileña los dispositivos estarán vetados en los colegios públicos y concertados para el primer ciclo de Infantil y sólo se permitirá el uso compartido y supervisado con un máximo de hasta dos horas semanales. En Catalunya se prohibirá el uso del móvil en secundaria para actividades pedagógicas. El Plan catalán incluso prevé restringir progresivamente las pizarras digitales, aunque continuará dotando de portátiles a los alumnos de sexto de primaria. Lo cierto es que estos cambios dejan en el aire las miles de tabletas que habían recibido los centros escolares de manos de sus ejecutivos autonómicos.

El último informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas

sobre la implementación del Programa para la Digitalización del Ecosistema Educativo (#EcoDigEdu) financiado por los fondos europeos señala que a finales de marzo ya se habrían entregado 208.214 dispositivos portátiles.

El programa, dotado con 989 millones de euros contempla la entrega de dispositivos para reducir la brecha digital del alumnado en situación de vulnerabilidad, la digitalización de aulas y la formación del profesorado. Pero según indica el Tribunal "no todas las comunidades tuvieron en cuenta, de forma directa, la situación de vulnerabilidad del alumnado matriculado en cada centro en el criterio de reparto".

Hasta el primer trimestre de 2025 se habían digitalizado 72.487 aulas (30 % del total previsto) y se había impartido formación técnica en 4.989 centros educativos (27 %). El Tribunal de Cuentas recalca la necesidad de un "adecuado seguimiento" de estos planes. "En todo caso, la percepción en los centros es en general positiva. Las encuestas realizadas en el marco de la fiscalización revelan que los dispositivos han contribuido a reducir significativamente la brecha digital del alumnado", recalca el informe de fiscalización. Ante los avisos de expertos y entidades como la Sociedad Española de Neurología que alertan sobre el riesgo de una exposición excesiva a pantallas en las aulas, otros profesionales señalan que hay que saber encontrar el equilibrio entre lo analógico y lo digital. —Ruth del Moral



Estudiantes utilizando sus ordenadores portátiles. Foto: Irekia



# EL ABUSO DE LAS PANTALLAS DEJA HUELLA: "HEMOS ENCONTRADO UN PATRÓN EN LA SANGRE"

**Daños medibles.** La suma del sedentarismo, el abuso de dispositivos y la falta de descanso nocturno forma un combo que eleva el riesgo de enfermedades cardiometabólicas en los niños, como diabetes, hipertensión, colesterol y obesidad, según un pionero estudio danés

Por Pilar Pérez. Ilustración de Josetxu L. Piñeiro

**L**a vuelta al cole está a la vuelta de la esquina. En 15 días, regresa la odiosa rutina para los niños y el ansioso orden para sus padres. Durante poco más de dos meses todo ha sido libre albedrío. También en el uso —sobre todo, en el abuso— de las pantallas. Horas de televisión, de dispositivos móviles y de consolas. Quien diga que no, miente. Y a las pruebas me remito: María, de 9 años, pasó de los 30 minutos diarios de tableta estipulados en su control parental a una hora durante el verano. Pero no eran suficientes, nunca lo son. «Me das más tiempo? Solo por hoy». Una situación habitual y repetida a lo largo del verano.

Juan e Ignacio, de 16 y 13 años, tienen, además de los móviles que los acompañan a todas horas (excepto cuando están en la piscina o en el mar), ordenador y consola, respectivamente. «Si no salgo, al menos juego en red con los amigos», dice el mayor. «Es que hoy hay un evento en *Fortnite* [siempre hay uno]», comenta el menor. «Un rato y me voy a la cama. Están todos [mis amigos] conectados», repiten ambos. Hay días que les dan hasta las tres de la madrugada. La excusa: es verano, «luego me echo una siesta».

Estos hechos reales, con nombres ficticios, reflejan la situación de muchos niños y adolescentes

en los que el «yo controlo» no existe, y las pantallas y su contenido son los que mandan. Sus efectos ya están modificando sus organismos en pleno desarrollo. No solo porque no se muevan o no duerman; no es tan simple. Es porque esas restricciones de movimiento y sueño para las que el ser humano está diseñado cambian en una de las etapas más críticas.

Los científicos han encontrado la prueba: una firma metabólica en el torrente sanguíneo. Es decir, los daños que dejan en el sistema cardiovascular y que, más tarde, se traducirán en diabetes, hipertensión, colesterol y obesidad. El investigador inglés David Horner, en su búsqueda de respuestas sobre cómo los factores sociales modifican la salud, ha encontrado la clave del impacto del abuso de las pantallas. «Hasta ahora, las investigaciones previas sobre el tiempo de exposición a la pantalla y la salud cardiometabólica han arrojado resultados contradictorios, y son pocos los estudios que han examinado estas relaciones en la infancia», explica.

Horner y su equipo de la Universidad de Dinamarca son los primeros en tener en cuenta mediciones objetivas de factores relacionados con el estilo de vida, como el sueño, la dieta y la actividad física, lo que ayuda a aislar el efecto independiente del tiempo de pantalla. «Dado que los hábitos de salud que se forman en la infancia y la adolescencia suelen persistir en la edad adulta, y que nuestros hallazgos más sólidos se dieron en la adolescencia, es probable que estas asociaciones se refuercen con el tiempo», señala el investigador inglés.

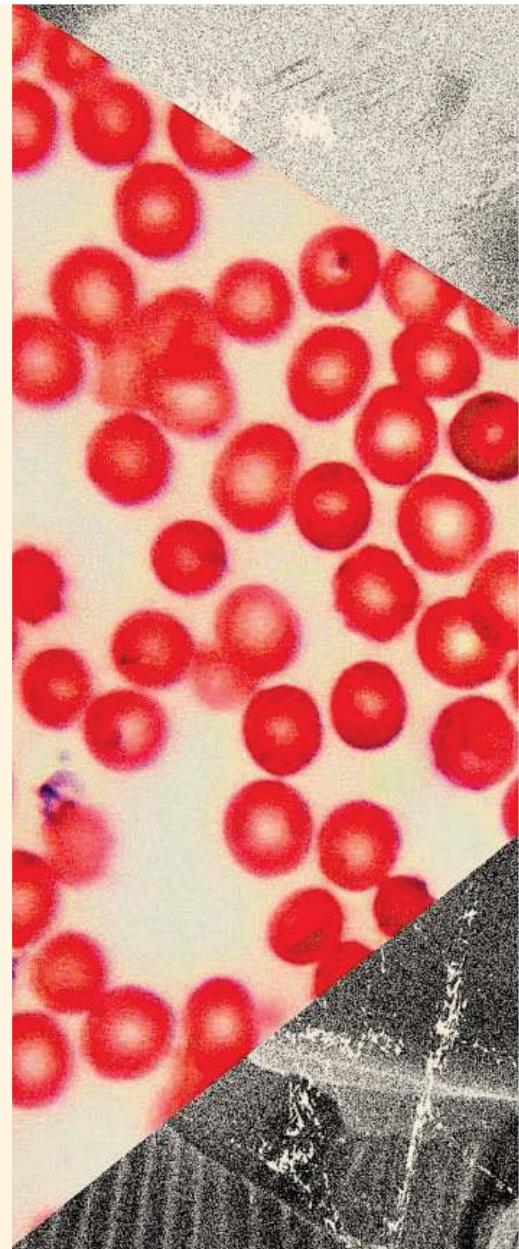
En la revista *Journal of the American Heart Association* han visto la luz recientemente las conclusiones del trabajo que ha realizado para la entidad danesa, basado en una muestra de mil voluntarios que formaban parte de los Estudios Prospectivos de Copenhague sobre el Asma en la Infancia. «Hemos encontrado un patrón distintivo de metabolitos en sangre, similar a una huella digital del tiempo de uso recreativo de pantallas, relacionado con ese uso», resume Horner sobre el significado de su estudio.

Para los cardiólogos y pediatras consultados, esta es una buena noticia. «Nunca antes se había confirmado una relación fisiológica evidente sobre el uso abusivo de este tipo de dispositivos», aseguran. Quizás la sorpresa no estuvo tanto en la relación con marcadores asociados al sedentarismo como en la vinculación con el sueño. «Su duración y el momento del inicio actúan como factores moduladores clave. Es decir, una menor duración del sueño amplifica significativamente la conexión perjudicial entre el tiempo de pantalla y el riesgo cardiometabólico en niños y adolescentes», detalla el coordinador del Comité de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Pediatría (AEP), Julio Álvarez Pitti. Además, subraya que «esto resalta la importancia de considerar el sueño como un objetivo de intervención junto con la reducción del tiempo de pantalla».

Hasta ahora, se asumía que lo perjudicial era pasar menos tiempo de ocio activo y más tiempo sentado frente a un dispositivo. Pero quitarse horas de juego para hacer *scroll* infinito, terminar una serie o jugar una partida más tiene un impacto más profundo. «Esto no lo veíamos venir», admite Luis Rodríguez Padial, presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). «Me llama la atención que el efecto de la obesidad sea más evidente en los adolescentes que en los niños, a los que les quedan más años de crecimiento».

En el fondo, comentan los expertos, se trata de un asunto multifactorial, pero bien es cierto que cuantas más *papeletas* se tengan, más oportunidades de elevar el riesgo cardiometabólico. En los niños ese riesgo aumenta un 8% por cada hora frente a la pantalla; en los adolescentes, un 13%. Pero si se añade el factor privación de sueño, pasamos a un 29%, detalla Rodríguez Padial.

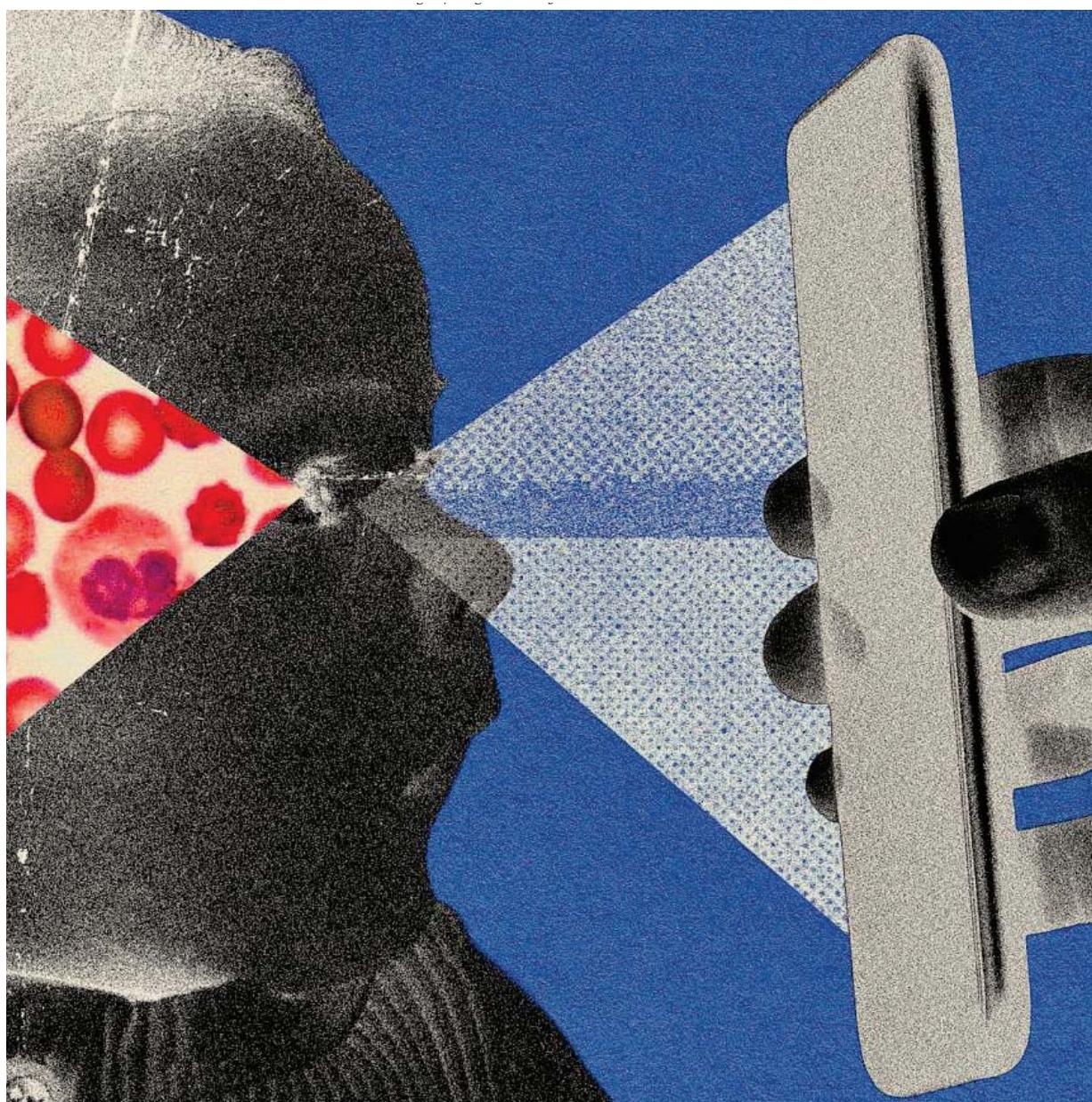
Con datos recientes del Estudio PASOS, impulsado por la Gasol Foundation, podemos extraer los daños que podrían sufrir los niños y los adolescentes españoles. Gracias a un trabajo de seguimiento de una muestra de más 800 han conseguido trazar los hábitos de vida en los últimos tres años. Lo primero es un aumento preocupante del uso de pantallas, con



11,33 horas más a la semana, lo que equivale a 25 días completos adicionales al año frente a una pantalla. Lo segundo: un descenso de 18 minutos al día (nueve horas al mes) de actividad física moderada o vigorosa, en comparación con la situación inicial. Tercero: una peor adherencia a la dieta mediterránea, con una bajada de prácticamente 11 puntos porcentuales en la población que alcanza un nivel alto de este patrón alimentario. Y cuarto: una disminución del cumplimiento de las recomendaciones de sueño, especialmente los fines de semana.

Quizás lo que más visualiza el problema del abuso de las pantallas y sus efectos es el sobrepeso. Las últimas cifras de un estudio del Ministerio de Sanidad muestran la alarma: a los 12 años, la prevalencia de obesidad severa (con un índice de masa corporal, IMC, por encima de 35) es del 1,7% en niños y 1,8% en niñas y a los 14 años, 2% en niños y 1,6% en niñas; si es obesidad (IMC entre 30-34) a los 12 años es del 8,1% en niños y 8,7% en niñas, a los 14 años, del 8,4% en niños y 6,8% en niñas; con sobrepeso (IMC 25-29) a los 12 años, es del 21,5% en niños y 22,6% en niñas y a los 14 años, del 20,1% en niños y 19,8% en niñas.

Lo que no se ve son las pocas horas que descansan. Y, como no se aprecia, a veces se ignora su efecto. El 70% de los niños mayores de 11 años no duerme el número adecuado de horas, denuncia la Sociedad Española de Neurología (SEN), que asegura que una cuarta parte de la población infantil no tiene un sueño de calidad. Purificación Ros, del



servicio de Endocrinología Pediátrica del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, apunta que «la alteración del descanso nocturno constituye un factor de riesgo sistémico que incide negativamente en la función cognitiva, el equilibrio endocrino y la respuesta inmunitaria».

Ros advierte sobre el efecto multiplicador del combo: falta de descanso nocturno y ausencia de actividad física. «En el marco de actividades predominantemente sedentarias, la privación de sueño modula y potencia las alteraciones metabólicas, incrementa la susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares y compromete los procesos de reparación y recuperación de los tejidos. Esta interacción puede derivar en consecuencias fisiológicas y psicológicas más tempranas y graves que las asociadas al sedentarismo de manera aislada», argumenta.

**El riesgo aumenta un 8% cada hora de uso de dispositivos en niños. En adolescentes, un 13%. Y si no duermen suficiente, un 29%**

**“Es fundamental promover hábitos compensatorios y establecer límites claros”, advierte el pediatra David Horner**

Álvarez Pitti, también jefe del Servicio de Pediatría del Hospital General de Valencia e investigador CIBERONB, aclara por qué sucede esto en torno a dos parámetros: las horas de privación de sueño y el impacto de no dormir. «Cada hora adicional de tiempo de pantalla se asoció con un mayor riesgo cardiométrabólico, y esta asociación fue más pronunciada en niños y adolescentes con menor duración de sueño. Un inicio de sueño más tarde también puede exacerbar los efectos perjudiciales».

Sobre los mecanismos biológicos que se interrumpen con la exposición a pantallas por la noche, destaca en primer lugar los ritmos circadianos, seguidos por el retraso en la producción de melatonina y una menor duración del sueño. «Esto puede llevar a una desregulación hormonal, aumento del apetito y, en última instancia, al aumento de peso», detalla Álvarez Pitti, quien continúa enumerando efectos: «La falta de sueño se ha asociado con un mayor riesgo cardiométrabólico, que afecta a la sensibilidad a la insulina y aumenta la actividad del sistema nervioso simpático. Además, el déficit de sueño puede generar ánimo depresivo, problemas de comportamiento y alteraciones en el desarrollo cerebral».

Una vez justificado el problema, los expertos creen que tener una «huella metabólica» que lo monitorice supone un paso adelante. Horner, investigador principal del trabajo, sostiene que «sirve para respaldar la plausibilidad biológica que demuestra

activo de la pantalla frente a actividades pasivas y solitarias, como navegar por redes sociales o ver programas y videos cortos. «Algunos datos recientes en adultos sugieren que el uso pasivo es perjudicial, mientras que el uso activo puede no ser malo para la salud cardíaca». Entre las funciones positivas, Marma Perak enumera «los fines educativos, como buscar información; los creativos, como programar o crear videos; la conexión social en tiempo real a través de videollamadas y proyectos colaborativos; o la salud física, mediante aplicaciones de fitness o videojuegos activos».

Horner, como autor del trabajo, asegura que ahora el tiempo de pantalla supone «un factor de riesgo cardiométrabólico independiente, incluso después de tener en cuenta la dieta, la actividad física y otros factores relacionados con el estilo de vida». Por eso, entre las recomendaciones que se derivan de su trabajo está la limitación de pantallas en modo ocio, «sobre todo a última hora de la tarde».

Maria, Juan e Ignacio están a punto de recuperar las rutinas en el uso de los dispositivos: 30 minutos de tabletas, estar sin móvil antes de irse a la cama y solo videojuegos el fin de semana. A ello, se suman las seis horas semanales de entrenamiento de fútbol para los mayores y las tres de gimnasia rítmica para la menor. «Para un uso saludable de los dispositivos digitales es fundamental establecer límites claros y promover hábitos compensatorios», concluye el pediatra.



# Un neurólogo será el nuevo director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

El doctor Koldo Berganzo ha sido designado para el cargo por la cúpula del ente público, que fue renovada en julio

## I. FERNÁNDEZ DE LUCIO

VITORIA. La cúpula de Osakidetza avanza en su renovación tras la revolución de su organigrama llevada a cabo por el consejero, Alberto Martínez, el pasado julio. El consejo de administración del ente público nombró ayer al doctor Koldo Berganzo Corrales nuevo director de Asistencia Sanitaria «para dirigir, planificar, coordinar y gestionar la atención sanitaria, tanto de los centros hospitalarios como de la Atención Primaria en el Sistema Vasco de Salud», según explicó el Gobierno vasco en un comunicado.

Licenciado en Medicina por la UPV/EHU en la especialidad de

Neurología, Berganzo es doctor en Neurociencia y ha ejercido su actividad como médico en Osakidetza durante más de una década, principalmente en el Hospital Universitario de Cruces. Además, posee un máster en Dirección y Gestión Sanitaria y desde el año 2021 viene realizando tareas relacionadas con la gestión asistencial, primero como subdirector médico de la OSI Bilbao-Basurto, cargo que desempeñó durante dos años, y después como jefe de Servicio de Análisis de recursos y procesos asistenciales en la Dirección General de Osakidetza, desde el año 2022 hasta 2024.

## Investigador

Desde noviembre del pasado año hasta la actualidad, Berganzo ha ejercido el cargo de Subdirector para la Coordinación de Atención Hospitalaria en la Dirección General de Osakidetza dentro del



El doctor Koldo Berganzo, en una imagen distribuida por Osakidetza. E.C.

equipo de Maite Martínez de Albeniz Zabaleta, anterior DAS y en la actualidad, directora gerente de la OSI Donostialdea desde su nombramiento en julio.

El nuevo director de Asistencia Sanitaria ha desarrollado tam-

bien gran parte de su actividad en el campo de la investigación y la docencia con 27 artículos científicos originales publicados en revistas indexadas y 15 proyectos de investigación y ensayos clínicos. Además, ha forma-

## LA CLAVE

### NOMBRAMIENTO

Era el subdirector para la Coordinación de Atención Hospitalaria en la Dirección General

do parte del Comité de docencia y acreditación de la Sociedad Española de Neurología (2014-2020) y de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia (2019-2024), entre otros. Berganzo colabora como neurólogo asesor con la Asociación de Parkinson de Bizkaia (Asparbi) desde hace varios años.

Con este nuevo nombramiento en el equipo que lidera la nueva Directora General, Lore Bilbao, Osakidetza «refuerza su compromiso con el avance del sistema sanitario, incorporando a líderes que impulsan proyectos innovadores de impacto de país y que abren nuevas oportunidades de desarrollo para la sanidad vasca», señala el comunicado. Así, Osakidetza «apuesta por un equipo multidisciplinar para afrontar la modernización organizativa y tecnológica, en línea con las conclusiones acordadas en el Pacto Vasco de Salud, y responder a los retos de envejecimiento demográfico y globalización que afronta la sociedad vasca».



# Un neurólogo será el nuevo director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

El doctor Koldo Berganzo ha sido designado para el cargo por la cúpula del ente público, que fue renovada en julio

**ÍÑIGO FERNÁNDEZ DE LUCIO**

BILBAO. La cúpula de Osakidetza avanza en su renovación tras la revolución de su organigrama llevada a cabo por el consejero, Alberto Martínez, el pasado mes de julio. El consejo de administración del ente público nombró ayer al doctor Koldo Berganzo Corra-

les nuevo director de Asistencia Sanitaria «para dirigir, planificar, coordinar y gestionar la atención sanitaria, tanto de los centros hospitalarios como de la Atención Primaria en el Sistema Vasco de Salud», según explicó el Gobierno vasco en un comunicado.

Licenciado en Medicina por la UPV/EHU, en la especialidad de Neurología, Berganzo es doctor en Neurociencia y ha ejercido su actividad como médico en Osakidetza durante más de una década, principalmente en el Hospital Universitario de Cruces. Además, posee un máster en Direc-



El doctor Koldo Berganzo, en una imagen distribuida por Osakidetza. E. C.

ción y Gestión Sanitaria y desde el año 2021 viene realizando tareas relacionadas con la gestión asistencial, primero como subdirector médico de la OSI Bilbao-Basurto, cargo que desempeñó durante dos años, y después como jefe de Servicio de Análisis de recursos y procesos asistenciales en la Dirección General de Osakidetza, desde el año 2022 hasta 2024.

## Investigador

Desde noviembre del pasado año hasta la actualidad, Berganzo ha ejercido el cargo de Subdirector para la Coordinación de Atención Hospitalaria en la Dirección General de Osakidetza, dentro del equipo de Maite Martínez de Albeniz Zabaleta, anterior DAS y en la actualidad, directora gerente de la OSI Donostialdea desde su nombramiento en el mes de julio.

El nuevo director de Asistencia Sanitaria ha desarrollado también gran parte de su actividad en el campo de la investigación y la docencia, con 27 artículos científicos originales publicados en revistas indexadas y 15 proyectos

de investigación y ensayos clínicos. Además, ha formado parte del Comité de docencia y acreditación de la Sociedad Española de Neurología (2014-2020) y de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia (2019-2024), entre otros. Berganzo colabora como neurólogo asesor con la Asociación de Parkinson de Bizkaia (Asparbi) desde hace varios años.

Con este nuevo nombramiento en el equipo que lidera la nueva Directora General, Lore Bilbao, Osakidetza «refuerza su compromiso con el avance del sistema sanitario, incorporando a líderes que impulsan proyectos innovadores de impacto de país y que abren nuevas oportunidades de desarrollo para la sanidad vasca», señala el comunicado. Así, Osakidetza «apuesta por un equipo multidisciplinar para afrontar la modernización organizativa y tecnológica, en línea con las conclusiones acordadas en el Pacto Vasco de Salud, y responder a los retos de envejecimiento demográfico y globalización que afronta la sociedad vasca».



# Un neurólogo será el nuevo director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

El doctor Koldo Berganzo ha sido designado para el cargo por la cúpula del ente público, que fue renovada en julio

## ÍÑIGO FERNÁNDEZ DE LUCIO

BILBAO. La cúpula de Osakidetza avanza en su renovación tras la revolución de su organigrama llevada a cabo por el consejero, Alberto Martínez, el pasado mes de julio. El consejo de administración del ente público nombró ayer al doctor Koldo Berganzo Corra-

les nuevo director de Asistencia Sanitaria «para dirigir, planificar, coordinar y gestionar la atención sanitaria, tanto de los centros hospitalarios como de la Atención Primaria en el Sistema Vasco de Salud», según explicó el Gobierno vasco en un comunicado.

Licenciado en Medicina por la UPV/EHU, en la especialidad de Neurología, Berganzo es doctor en Neurociencia y ha ejercido su actividad como médico en Osakidetza durante más de una década, principalmente en el Hospital Universitario de Cruces. Además, posee un máster en Direc-



El doctor Koldo Berganzo, en una imagen distribuida por Osakidetza. E. C.

ción y Gestión Sanitaria y desde el año 2021 viene realizando tareas relacionadas con la gestión asistencial, primero como subdirector médico de la OSI Bilbao-Basurto, cargo que desempeñó durante dos años, y después como jefe de Servicio de Análisis de recursos y procesos asistenciales en la Dirección General de Osakidetza, desde el año 2022 hasta 2024.

## Investigador

Desde noviembre del pasado año hasta la actualidad, Berganzo ha ejercido el cargo de Subdirector para la Coordinación de Atención Hospitalaria en la Dirección General de Osakidetza, dentro del equipo de Maite Martínez de Albeniz Zabaleta, anterior DAS y en la actualidad, directora gerente de la OSI Donostialdea desde su nombramiento en el mes de julio.

El nuevo director de Asistencia Sanitaria ha desarrollado también gran parte de su actividad en el campo de la investigación y la docencia, con 27 artículos científicos originales publicados en revistas indexadas y 15 proyectos

de investigación y ensayos clínicos. Además, ha formado parte del Comité de docencia y acreditación de la Sociedad Española de Neurología (2014-2020) y de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio de Médicos de Bizkaia (2019-2024), entre otros. Berganzo colabora como neurólogo asesor con la Asociación de Parkinson de Bizkaia (Asparbi) desde hace varios años.

Con este nuevo nombramiento en el equipo que lidera la nueva Directora General, Lore Bilbao, Osakidetza «refuerza su compromiso con el avance del sistema sanitario, incorporando a líderes que impulsan proyectos innovadores de impacto de país y que abren nuevas oportunidades de desarrollo para la sanidad vasca», señala el comunicado. Así, Osakidetza «apuesta por un equipo multidisciplinar para afrontar la modernización organizativa y tecnológica, en línea con las conclusiones acordadas en el Pacto Vasco de Salud, y responder a los retos de envejecimiento demográfico y globalización que afronta la sociedad vasca».



# Cesta ecológica

Los productos que aparecen este mes han sido seleccionados por el equipo de la revista Integral de entre todas las informaciones que recibimos. Si se trata de noticias de empresa, al final de cada texto se indica con la palabra «Remitido».



## Cantero de Letur, finalista europeo en los Organic Awards 2025

La empresa familiar albacetense Cantero de Letur ha sido seleccionada como uno de los tres finalistas europeos en la categoría "Mejor empresa pequeña o media de alimentación ecológica" de los EU Organic Awards 2025, convocados por la Comisión Europea.

Desde 1990, esta pionera del sector lácteo ecológico español produce yogures, kéfir y leche de cabra, vaca y oveja en granjas ecológicas propias y de proximidad en Letur, un pequeño pueblo de la Sierra del Segura. La empresa genera 121 empleos directos en una localidad de apenas 900 habitantes, convirtiéndose en motor económico de la zona rural.

Los ganadores se anunciarán el 23 de septiembre, coincidiendo con el Día Europeo de la Producción Ecológica.

## Saforelle: cuidado íntimo natural para el verano

Laboratorios Boiron lanza la campaña "Cuanto más sabes, mejor te sientes"



## PronoKal: el sueño, clave en la pérdida de peso

Coincidiendo con el Día Mundial del Sueño, los expertos de PronoKal han destacado la conexión entre descanso y peso corporal. Más de 4 millones de españoles sufren insomnio crónico, según la Sociedad Española de Neurología, lo que impacta directamente en el metabolismo.

La falta de sueño altera las hormonas que regulan el apetito: reduce la leptina (saciedad) y aumenta la grelina (hambre), además de elevar el cortisol, que favorece el almacenamiento de grasa. Esta empresa recomienda fijar horarios de sueño, desconectarse de pantallas antes de dormir, cenar ligero, crear un ambiente oscuro y sin ruido, hacer ejercicio y practicar técnicas de relajación.

Sus estudios demuestran que perder peso mejora significativamente la calidad del sueño y el equilibrio metabólico. (Remitido).



## Primeras cápsulas de café con vitaminas

Más allá de cualquier otra consideración, Nespresso se convierte en la primera marca en lanzar café en cápsulas enriquecido con vitaminas. Las nuevas



variedades Vivida y Active incorporan un 30% de vitaminas B12 y B6 respectivamente, manteniendo todo el sabor del café de alta calidad. Vivida, basada en el popular Melozio, refuerza las defensas con vitamina B12 y ofrece notas dulces de galleta y cereales. Active, con base en Ice Leggero, aporta vitamina B6 para reducir el cansancio y la fatiga, con sabores de almendra y vainilla. Las vitaminas se añaden en polvo durante el proceso de tostado, preservando el sabor original. (Remitido).



## Xhekpon renueva su packaging con criterios sostenibles

La icónica crema antiedad Xhekpon del Laboratorio Vectem estrena nuevo envase más elegante y sostenible sin alterar su eficaz fórmula con colágeno hidrolizado, centella asiática y aloe vera.

El nuevo tubo de aluminio 100% reciclado y reciclable de 40 ml protege mejor la fórmula de la luz, aire y humedad, preservando la estabilidad de sus principios activos. El estuche exterior utiliza cartón certificado FSC de fuentes responsables.

Un estudio clínico con 40 voluntarios durante 30 días demostró resultados significativos: 82% notó disminución en profundidad de arrugas, 89% mejoró textura y elasticidad de la piel, y 82% detectó mayor luminosidad. Vectem celebra este 2025 su 60 aniversario como referente en dermocosmética. (Remitido).



## Alcampo amplía su red de energía solar con Helexia

Alcampo y Helexia han puesto en marcha dos nuevas plantas fotovoltaicas para autoconsumo en los hipermercados de Granada y Moratalaz (Madrid), sumando ya nueve centros con soluciones solares.

La planta de Granada cuenta con 621,5 kWp y 1.100 paneles, generando 922 MWh anuales que cubrirán el 20% de la demanda energética y evitarán 112,5 toneladas de CO<sub>2</sub> al año. La instalación de Moratalaz suma 650,1 kWp en 1.182 módulos, produciendo 594

MWh anuales para abastecer más del 10% del consumo.

El acuerdo global prevé alcanzar más de 13 GWh anuales de energía solar, reforzando el compromiso de Alcampo de utilizar 100% energía renovable. (Remitido).

## Natulim: lavavajillas en polvo ecológico y económico

La marca catalana Natulim, fundada por Lluís y David en Arenys de Munt, lanza su nuevo lavavajillas a mano en formato polvo, una alternativa ecológica y económica a los detergentes convencionales.

Este producto concentrado ofrece un poder de limpieza antigrasa eficaz con solo 4 céntimos por lavado, siendo hasta tres veces más concentrado que otros lavavajillas del mercado. Su fórmula natural con ingredientes sostenibles garantiza platos relucientes sin residuos químicos.

La empresa, que cuenta con más de 300.000 clientes satisfechos y más de 7.000 reseñas positivas, apuesta por la limpieza consciente combinando eficacia y respeto medioambiental. El pack de lanzamiento incluye esponjas ecológicas de celulosa vegetal y fibras recicladas como regalo promocional.



31 Agosto, 2025



## LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo • Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria • Premio del Colegio de Ingenieros de Montes • Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) • Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis • Premio de la Fundación Biodiversidad • Premio Biocultura • Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid • Premio de la Fundación Pfizer • Premio Foro Español de Pacientes • Premio de la Sociedad Española de Diabetes • Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenir) • Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria • Premio del Colegio de Farmacéuticos • Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición • Premio de la Fundación Dental Española • Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física • Premio PRsalud • Premio de la Fundación Bamberg • Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa • Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros • Premio del Instituto Danone • Premio del Colegio Oficial de Psicólogos • Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información • Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar • Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina • Medalla de oro del Foro Europa 2001 • Premio del Instituto Barraquer • Dos Premios del Club Español de la Energía • Premios del Instituto Puleva de Nutrición • Medalla de Honor de la Fundación Bamberg • Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid • Premio Periodístico sobre la Heparina • Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes • Premio Medialover 2017 • Premio Fundación ECO • Premio Fundación DomusVi • Premio Asedef • Premio Periodismo en Respiratorio GSK • Premio Nacional de Medicina Siglo XXI • Premio New Medical Economics • Premio EIT Food • Premio Supercuidadores • Premio Colegiado de Honor del COFM • Premio HematoAvanza de la SEHH • Premio frigo Lapetra de Periodismo Sanitario • Premio España en el Corazón de Asedef • Premio Fundación Humans • Premio Sedar • Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer • Premios Imparables Sanitarios • Premio Fundación Bamberg • Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias • VI Premio de Periodismo en respiratorio GSK • Premio del Consejo General de Dentistas • Premio Periodístico SEMI • Premio de Periodismo Sedar • Premio Fundación Grünenthal • Premio de la Sociedad Española de Neuología • Premio de la Sociedad Española de Cardiología



# Del hambre al parkinson, el ambicioso recorrido de la familia de Ozempic

Varias investigaciones estudian los posibles usos que podrían tener los nuevos medicamentos para la obesidad y diabetes en otras especialidades como cardiología, neurología o psiquiatría

**LUCÍA CANCELÁ**

REDACCIÓN / LA VOZ



Javier Díaz pasó por todo tipo de dietas antes de conseguir una pérdida de peso eficaz. Empezó a ganarlo en su adolescencia, con el estirón. Antes, cuenta, «era muy, muy delgadito». El comer se le fue de las manos y empezó a asociarlo a su estado emocional y anímico. «Si estaba muy alegre, tenía ganas de comer. Si estaba triste, también. Si quería celebrar algo, comía». Compensaba los altibajos a través de los alimentos.

Su primera dieta la hizo con 16 años. A partir de entonces, se montó en una montaña rusa de régimen alimenticios, pérdidas de peso y ganancias. Recuerda la última vez que lo intentó sin éxito con una dieta basada, casi en exclusiva, en proteínas. «Bajé mucho de peso, pero lo que siempre me ocurría era que no cambiaba de hábitos. Me encerraba seis meses en casa, lo perdía, y volvía a salir pensando que ya podía volver a comer», lamenta.

En el 2022, cuando pesaba unos 114 kilogramos y la diabetes llamaba a su puerta, le prescribieron semaglutida, el principio activo del conocido medicamento Ozempic y Wegovy. Para él fue un antes y un después. Tuvo que acostumbrarse, eso sí, a seguir una dieta saludable con las cantidades correctas para su caso y a incorporar el ejercicio en su rutina.

El fármaco lo costeaba de su bolsillo. «Una vez al mes tenía que pagar mi pluma de Ozempic. Costaba unos 130 euros». Así, durante un año y medio. Díaz reconoce que es un precio elevado, aunque teniendo en cuenta lo que consiguió, ahora le parece barato. «Al final, gastaba menos dinero en comida, en helados o en salir por ahí a tomarme una copa, y lo veía como una inversión», comenta.

La semaglutida actúa como un regulador del apetito y del hambre. Los pacientes que lo reciben perciben una menor sensación de ansiedad por la comida y se sacian con mayor rapidez. «A las dos semanas ya lo notaba. De adulto, siempre había comido muy sano. El problema eran las cantidades», señala. Con Ozempic, empezó a reducir las. «Me servía la mitad del plato y me decía: "Siquieres repetir, puedes". Pero ya no lo hacía». Cada vez estaba más motivado. Sentía que ganaba fuerza con



el deporte y que la relación con la comida había mejorado. «En tres años soy una persona opuesta en todos los niveles a lo que era antes», celebra.

## El funcionamiento

La obesidad vive una época dorada en lo que a tratamiento se refiere. Nunca en la historia se había contado con medicamentos tan efectivos a la par que seguros. La última década ha sido clave para el avance. A medida que se han ido conociendo los mecanismos hormonales que regulan el apetito y el metabolismo, también han ido apareciendo fármacos que actúan sobre estos sistemas. Es el caso de los agonistas del receptor GLP-1, dentro de los cuales se encuentra la liraglutida, que actúa sobre el páncreas, estimula la secreción de insulina e inhibe la liberación de glucagón, por lo que disminuye los niveles de azúcar en la sangre; así como la semaglutida, con un perfil de mayor eficacia.

Se ha sumado también, con el nombre comercial de Mounjaro, la tirzepatida, un fármaco que es agonista dual de GLP-1 y de GIP. Andreea Ciudin, vocal y tesadera de la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (Seedo) y coordinadora de la Unidad de Tratamiento de la Obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Vall d'Hebrón, en Barcelona, detalla cómo funcionan estos péptidos sintéticos. «Cuando una persona sana cuyo cuerpo funciona bien realiza una ingesta, las células del tubo digestivo empiezan a sintetizar una serie de hormonas como una forma de reacción». En la primera parte del intestino, la



**JAVIER DÍAZ**  
**Perder peso.** A la izquierda, una fotografía reciente de Díaz. En la derecha, él hace unos años cuando rondaba los 115 kilos de peso. Cuenta que, en este proceso, ha sido muy importante la atención multidisciplinar, tanto de un médico, como de un entrenador y un psicólogo.

del duodeno, se sintetiza el GIP, «que informa al cerebro de que la comida ha llegado», indica. Esto conlleva una sensación de saciedad y hace que se ponga en marcha el procesamiento de los alimentos a nivel del metabolismo.

A medida que la comida sigue avanzando y entra en contacto con la parte distal del intestino delgado, se sintetiza el GLP-1. «También es un péptido, una pequeña proteína, que aporta saciedad, estimula la insulina en el páncreas y regula el metabolismo», añade la experta. Se suma a este castillo de naipes el páncreas, que no solo sintetiza insulina o glucagón, que son las hormonas más conocidas, sino también otras como la amilina, «la cual regula el apetito, estimula la tasa metabólica basal y regula el metabolismo», cuenta.

Los medicamentos que ya se prescriben o que están en fase de estudio hacen de análogos de estos péptidos. Son, por así decirlo, una copia de los naturales. «Tienen la misma función que las proteínas que sintetizan un cuerpo sano y que en obesidad no se producen o no actúan bien», indica la experta de la Seedo. Por esta razón, una amplia mayoría de los pacientes responden bien a sus efectos. En la actualidad, distintos estudios prueban las combi-

naciones entre todos ellos: «Este va a ser el futuro casi inmediato», precisa la endocrinóloga.

Un futuro que se extraña, también, a otras ramas de la medicina y patologías. Un estudio que se presentó en el Congreso Europeo de Obesidad concluyó que la semaglutida puede reducir a la mitad el riesgo de infarto y accidente cerebrovascular en pacientes con sobrepeso, incluso, antes de que pierdan grasa de forma drástica. El doctor Luis Rodríguez, presidente de la Sociedad Española de Cardiología, valora de manera muy positiva su irrupción. «En los estudios que se han hecho se ha demostrado que reducen la mortalidad cardiovascular, especialmente, por cardiopatía isquémica, por infarto de miocardio, y en menor medida por ictus o insuficiencia cardíaca», expone el cardiólogo.

Otras investigaciones observaron beneficios en la prevención del cáncer colorrectal, efectos positivos sobre el deterioro e insuficiencia renal en personas con y sin diabetes, así como en el tratamiento del hígado graso. «Hay ensayos clínicos en los que se ha visto que el tratamiento con estos fármacos detiene o mejora las alteraciones importantes asociadas al hígado graso, como la fibrosis», destaca Marta Casado, hepatóloga y presidenta de la Sociedad Española del Aparato Digestivo.

La lista continúa con el sistema nervioso central. Se está investigando de qué manera estos fármacos pueden actuar sobre la neurodegeneración. Javier Camiña, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología, pide cautela. Por el momento, tienen un curso prometedor a nivel teórico, que todavía no se traduce a

la práctica. ¿En qué sentido beneficiarían al cerebro? A través de la mejora que provocan en la resistencia a la insulina, «podrían protegernos de la neuroinflamación, del estrés oxidativo —mediante la mejora de la función de las mitocondrias— y de la acumulación de una serie de proteínas que participan en estas enfermedades», aclara el experto. En el caso del alzhéimer, la beta-amiloide y la fosforilación de la proteína TAU, y en el del parkinson, de la alfa-sinucleína.

El efecto también se extendió al área de la psiquiatría, en concreto, al terreno de las adicciones al alcohol o en el de los trastornos de la conducta alimentaria, como los atracones. Se sospecha que, al actuar sobre la vía de recompensa del cerebro, tendrían potencial para frenar las conductas impulsivas. A su vez, la vista también está puesta en otros campos como el de la fertilidad, de la reumatología o del sueño. En mujeres con síndrome de ovario poliquístico, la reducción de la resistencia a la insulina con estos medicamentos llevó a embarazos indeseados, incluso en casos de infertilidad prolongada. Por otra parte, estudios apuntaron a que, con la reducción del peso, el dolor asociado a la osteoartritis de rodilla disminuye o desaparece y la apnea del sueño mejora.

Conclusiones que, para Ciudin, confirman lo que los expertos en endocrinología llevan repitiendo durante muchos años. «La obesidad es la causa, la base, de muchas de estas enfermedades. La experta del hospital catalán destaca varios mecanismos implicados en el poder de estos nuevos fármacos. Por un lado, reducen la resistencia a la insulina, el estadio de prediabetes o la grasa visceral, que favorecen una inflamación crónica de bajo grado. Inflamación que, a su vez, se observa tanto en enfermedades cardiovasculares como autoinmunes o reumatológicas. Por otro, las hormonas de GLP-1 tienen receptores en todos los órganos, desde el cerebro hasta el riñón.

En el 2023, la revista Science seleccionó a los análogos del GLP-1 como el avance científico del año, no solo por su efecto en diabetes y obesidad, sino por la reducción de accidentes cerebrovasculares y el campo de estudio abierto en condiciones tan diferentes como el parkinson, el alzhéimer y las adicciones. En pleno 2025, muchos comparan su llegada —y lo que está por venir— con la de la aspirina o de los antibióticos.



**PAÍS:** España  
**PÁGINAS:** 3  
**AVE:** 12226 €  
**ÁREA:** 536 CM<sup>2</sup> - 99%

**FRECUENCIA:** Mensual  
**DIFUSIÓN:** 104418  
**OTS:** 864000  
**SECCIÓN:** SUMARIO

1 Septiembre, 2025



# Sumario

N.º 299

## ACTUALIDAD

- 4 Actualidad
- 10 Dieta Rejuvenece y reduce volumen

## SALUD

- 18 Consejos de Salud
- 20 DOSSIER Equilibra tus hormonas antes, durante y después de la menopausia
- 28 Vivir más y mejor Una proteína del riñón sube la esperanza de vida
- 30 El síntoma ¿Y si tienes Helicobacter pylori?
- 32 El médico en casa Actuar rápido ante un ahogo en la piscina
- 34 Terapias manuales Tres estiramientos para corregir malas posturas
- 36 Salud activa Qué hacer ante un ataque de migraña

- 40 Avances médicos Tratamientos con fármacos a medida
- 42 Prevenir Huesos fuertes: prevenir y aliviar la osteoporosis
- 48 Mente sana Las claves del Dr. Luis Rojas Marcos para tener más empatía y mejorar las relaciones
- 52 Cuida tu cuerpo El pecho y sus glándulas mamarias
- 56 Consulta médica

## NUTRICIÓN

- 60 Consejos de Nutrición
- 62 Nutrición La fibra que te regula sin hincharte
- 68 Del huerto a la mesa, por Aquí la Tierra Las aceitunas: un alimento anti-colesterol
- 70 Alimentos del mes Vegetales perfectos para platos dulces y salados
- 72 Compra saludable Elegir un buen jamón cocido
- 74 La cocina de Sergio Hidratos sanos que dan energía y no alteran la glucosa

**La dieta antioxidante**  
que te ayuda a mantenerte joven más tiempo  
**PÁG. 10**



- 82 Consulta de nutrición

## BELLEZA

- 84 Consejos de Belleza
- 86 Belleza Cosmética coreana
- 88 Novedades Sérum que reparan el cabello
- 90 En forma Entreno completo en solo 7 minutos
- 96 Juegos de memoria

## NUESTRO COMITÉ DE EXPERTOS

<b>DR. MANEL ESTELLER</b> Instituto de Investigación Josep Carreras	<b>DR. LUIS ROJAS MARCOS</b> Investigador, escritor y profesor de Psiquiatría	<b>DRA. MARIMER PÉREZ</b> Ginecóloga, obstetra y fundadora del centro WoMer	<b>DRA. PATRICIA POZO ROSICH</b> Neuróloga. Unidad de Cefalea del Hosp. Vall d'Hebron	<b>DRA. MONTSE ROMEU</b> Experta de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària	<b>SARA MANSA GARCÍA</b> Nutricionista-dietista. Coautora de Pierde el miedo a engordar

## ENTIDADES SANITARIAS COLABORADORAS



**Y además:** Academia Española de Dermatología y Venereología, Consejo General de Dentistas de España, Sociedad Española de Nefrología, Sociedad Española de Neumología, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Sociedad Española de Reumatología, Sociedad Española de Otorrinolaringología



# TELVA

BELLEZA Y BIENESTAR

## Levantar la mirada

Cejas caídas, ojeras marcadas, párpados flácidos, arrugas... Sea por la edad, la genética o por dormir mal, nuestra mirada puede darnos un aspecto envejecido. Consultamos a cirujanos plásticos, médicos estéticos y maquilladores en busca de soluciones.

—Mamen Infante.



**M**ás de la mitad de los españoles duerme menos de las horas recomendadas. Y según un estudio publicado por la Sociedad Española de Neurología (SEN) uno de cada tres adultos españoles se despierta con la sensación de no haber tenido un sueño reparador. Nos lo imaginamos, ¿verdad? Bostezando, tirando del cuerpo y con los ojos pidiendo a gritos unas rodajas de pepino.

La mirada es la primera en delatar un agotador ritmo de vida. Sin embargo, cuentan los dermatólogos que no todo se reduce a mejores o peores horas de sueño. Existen otros mecanismos, quizás más silenciosos o menos conocidos, que también hacen caer la mirada. "Además del insomnio o la herencia genética, hay factores que solemos pasar por alto como el estrés oxidativo - derivado del sol, la contaminación o el ritmo de vida- que daña las células y resta brillo y firmeza a la zona del contorno de ojos", señala la Dra. Marta Vilavella, dermatóloga y colaboradora de NAOS. A esto hay que sumar, según la experta, que otro proceso de envejecimiento llamado glicación endurece las fibras de colágeno y elastina, potenciando las arrugas. Y, por supuesto, el propio paso del tiempo (envejecimiento cronológico), que trae consigo cambios en los depósitos grasos faciales que propician las bolsas en los párpados inferiores, a lo que se añade la inflamación crónica de bajo grado y la mala circulación linfática, que oscurecen y congestionan la zona.

Unas cejas tensas o caídas, los párpados hinchados y unas ojeras pueden aparecer por tristeza o heredadas, por culpa del estrés o la falta de sueño pero, al ser tan expresivo y sensible a los cambios y a la pérdida de calidad de la piel, el contorno de ojos puede mostrar emociones negativas que, a veces, no estamos sintiendo. Por el contrario, una mirada más luminosa, abierta y fresca proyecta energía, confianza y positividad. Y es el momento de saber cómo conseguirla.

## Combos en la camilla del médico estético

¿Qué es una mirada cansada? En opinión de la Dra. Flavia Bonina, médico estético y directora de la Clínica Doctora Bonina en Madrid, "un párpado caído, la implantación baja de las cejas o las arrugas perioculares. Todos ellos signos por los que, a veces sin estarlo, parecemos cansados". Para paliarlos, la solución pasa por los neuromoduladores (bótox, que decíamos antes...) mejor si se combina con alguna otra técnica, dependiendo del problema a tratar. Bonina nos guía: en arruguitas finas, neuromoduladores y vitaminas; si se trata de ojeras hundidas, neuromoduladores y ácido hialurónico; en caso de párpados caídos, neuromoduladores y Plasmage, "un tratamiento que produce pequeñas heridas que, por una parte, evaporan el tejido del párpado superior y, por otra, generan colágeno, mejorando la caída del párpado sin necesidad de pasar por quirófano", explica.

Algunos tipos de radiofrecuencia, como la fraccionada con microagujas de Morpheus 8 Inmode, consiguen mejorar la calidad de la piel, tensar y revitalizar la zona, haciendo que despierte. Este dispositivo se lleva bien, además, con los que ahora mismo son la estrella de la medicina estética regenerativa, los polinucleótidos. La Dra. Elena Delso, experta en medicina estética y divulgadora del laboratorio Croma, defiende este binomio y lo usa para tratar arrugas y flacidez en la zona perior-

cular: "Tres sesiones de cada, en días alternos (porque se ha visto que el efecto es mayor si se aplica cada tratamiento por separado), consiguen que la piel del párpado gane en textura y quede con menos arrugas finas y más luminosidad".

## Un *personal trainer* para la mirada

"La zona periorbicular es una zona complicada. Es crucial hacer un buen diagnóstico para detectar cuál es el verdadero problema y, en función de eso, trazar un protocolo de tratamiento que es combinación de diferentes técnicas", explica Raquel Moreno, médico estético y co-directora del grupo de clínicas de medicina estética ERES. Es decir, que puede ser un problema de reposicionar volumen en el tercio medio, un tema de piel o de musculatura. Para la piel hay varias técnicas pero para la musculatura solo una. Tras un tiempo poniéndolo a prueba con éxito, Moreno apuesta por el tratamiento EMFACE y sus nuevos aplicadores específicos para el contorno de ojos. Esta tecnología, que aúna radiofrecuencia sincronizada y estímulos eléctricos de alta intensidad, es capaz de mejorar el tono del músculo orbicular", argumenta. Se trata de un enfoque muy novedoso aunque, según admite la doctora, hay que gestionar bien las expectativas

## Cejas marcadas: LA CLAVE PARA TENER BUENA CARA

Muchas mujeres (y hombres) cuyas cejas han perdido densidad, notan que su mirada es menos expresiva. Para recuperar la intensidad pueden recurrir a tatuarse. Lo último y más respetuoso, con resultado más natural, es la basada en la ancestral técnica del bambú. Una micropigmentación sin máquinas y biodegradable, suave y precisa, que consigue una mirada natural, definida, y en armonía con los rasgos de cada persona. "El efecto dura entre seis meses y un año pero algunas pieles pueden requerir retoques adicionales", explica su creadora, Sabrina Eléonore. El pigmento se degrada de forma progresiva y natural, sin dejar residuos, marcas ni cambios de color, por lo que la ceja natural queda intacta y como antes, en caso de no querer repetir. Además, no afecta al crecimiento del cabello porque se trabaja el pigmento en la epidermis. Para que cicatrice bien y se fije el color, nada de sol ni piscina ni sauna los primeros siete días. ¿Dónde lo hacen? En Un Jour Un Regard (Velázquez 13, Madrid).



La tecnología que estimula la producción de colágeno y elastina, como EMFACE Eyes, ayuda a reuir bolsas y arrugas.



del paciente, que debe recibir un tratamiento personalizado y, casi siempre, una combinación de técnicas. "Mi experiencia es que EMFACE Eyes trabaja de forma muy eficaz sobre los músculos orbiculares, mejorando el aspecto de patas de gallo, bolsas y laxitud del párpado inferior. Lo mejor es que no necesita agujas ni inyectables, es ideal para quien busca un rejuvenecimiento suave pero visible". Tras cuatro sesiones en un mes, se reducen las bolsas y arrugas. Lo hacen en las clínicas ERES, Madrid. (medicinaesteticaeres.com).

## El "lifting ponytail"

Para quienes estén dispuestos a entrar en quirófano para levantar la mirada la Dra. Elena Jiménez, cirujano plástico y directora médica de Eleca Clinic en Madrid, destaca la clásica blefaroplastia, que busca eliminar el exceso de piel, grasa y músculo de los párpados superiores e inferiores com-

binada con una cantopexia para elevar el canto lateral del ojo y aportar tensión. Dicho esto, ahora mismo los cirujanos están estudiando la importancia del control de la posición de las cejas. En el proceso de envejecimiento, los paquetes grasos de la zona de la sien, la frente y la zona superficial de la órbita (conocida como *roof*), van disminuyendo de tamaño y, por ello, la posición de las cejas desciende. Esto provoca un pliegue en la zona del párpado. ¿Solución? Según la Dra. Jiménez, no ir directa al párpado, sino centrarse un poco más arriba: "Hay que ir a las zonas superiores y hacer una reposición de volumen en la frente, la sien y la línea de nacimiento del cabello, además de realizar una elevación de la ceja", aclara. Esto último se puede hacer con una incisión precapilar en la ceja o con una incisión escondida en la zona del pelo: "Es el llamado *lifting ponytail*, que se ha hecho famoso desde que se lo ha realizado la actriz de Hollywood, Anne Hathaway". T



1. Dior prestige Le Micro-Serum de Rose Contorno de ojos (295 €).
2. Esthederm Age Proteom™ Eye Serum (68 €).
3. Caudalie Premier Cru Contorno de Ojos (49,90 €).
4. Nuxe Sérum Iluminador de ojos Merveillance Lift (41,50 €).
5. Chanel Parches para ojos Le Lift.
6. Estée Lauder Advanced Night Repair Eye Lift + Sculpt (90 €).
7. Contorno de ojos, Raya cosmética dermatológica (64,90 €).
8. Kiko Milano Unlimited Precisión Automatic Eyeliner & Khol 01 (9,99 €).