

BASTA **DE OBESIDAD** **BASTA** **DE INSOMNIO**

Cómo comer bien y dormir bien

Dra. Aiello - Dra. Averbuch - Dra. Daraio - Dr. Gottlieb - Dr. Manassi - Lic. Nicola

Idea y Compilación: Lic. Reich

A.A.M.I.
Asociación Argentina de Medicina Integrativa



3ra edición

Basta de obesidad, basta de insomnio
*Medicina convencional, medicina complementaria,
y participación activa y responsable del paciente*

nuevas posibilidades, menos conocidas o no reconocidas por el mundo médico científico”.

Sin embargo, no nos alcanzó sólo con esta propuesta, sino que decidimos hacer llegar los resultados de este seminario *al público en general*, de una manera que le resultara sencilla de comprender.

*El hecho es que cuantos más seamos
los que estemos en pos de esta integración,
más pronto surgirá como necesidad*

Fíjese que hemos tratado en este seminario los dos problemas fundamentales de la existencia: *obesidad, e insomnio*.

Además de lo que se ha vertido en el seminario, he hecho mis propios aportes para enriquecer aún más, si cabe, lo dicho en esa oportunidad, para hacerle llegar el material lo más completo posible.

Bajo el título de *Basta de obesidad, basta de insomnio*, pusimos énfasis en las diferentes miradas sobre dos aspectos indispensables para el desarrollo del hombre, como son *el comer y el dormir*, algo así como *muchas miradas sobre dos necesidades básicas del hombre*.

Así, por primera vez en nuestro país, se reúne en esta jornada un panel de discusión capaz de abordar el tema desde diferentes ángulos y con un altísimo nivel de excelencia, haciendo hincapié en la necesidad de un *abordaje integrador del ser humano en la práctica profesional*.

Al final de este trabajo ustedes, lectores, verán que se abre un nuevo camino; si son profesionales, podrán incorporar algunas herramientas en el trabajo cotidiano; si son pacientes, buscarán a aquellos profesionales que, de ahora en más, se identifiquen con esta integración, y queda en todos nosotros seguir trabajando, desde las pequeñas cosas, por y para la creación más maravillosa de la naturaleza: *el ser humano*.

LIC. SUSI REICH

Apertura de la Jornada

LIC. SUSI REICH

El concepto de *Medicina Integrativa* que he desarrollado –y que dio lugar a la creación de la Asociación Argentina de Medicina Integrativa (AAMI)–, continúa profundizándose y ampliándose por medio del aporte de especialistas de diferentes disciplinas que nos van acompañando en el camino.

Continuamos creciendo en conocimiento y en calidad de integración, pero este camino no es una rápida autopista, sino un sendero con meandros; tanto es así, que a veces me pregunto si alcanzará el tiempo de mi vida para poder ver concretado mi deseo de una *Medicina Integrativa*, una verdadera integración de las medicinas.

Como algo esencial –aunque repetitivo y redundante, pero necesario–, decimos que la medicina integrativa, así como la entendemos nosotros, se sustenta en tres patas o pilares:

- La medicina convencional
- La medicina complementaria
- La participación activa y responsable del paciente

Desde percibir en el lenguaje sistémico a la persona, a la familia como un sistema de relaciones interdependiente y mutuamente afectado, a entender que la enfermedad se produce por un factor interno: infección; o externo: presión social, no hay más que un paso para constatar que *hay una relación íntima entre la enfermedad y las situaciones relevantes vividas por la persona de manera dramática*.

Esta modalidad puede, aun, no ser totalmente comprendida por la medicina convencional, puesto que su perspectiva sigue siendo determinada por criterios *mecanicistas y causalistas* que generan, en quienes ejercen la medicina, una representación fragmentada del hombre enfermo; sin embargo, es la medicina que más consenso tiene hoy en día.

La *psiconeuroinmunoendocrinología*, PNIE, es un sistema de integración que ha sido el punto de partida en el que nos hemos apoyado ya desde nuestra primera jornada. La PNIE nos revela por medio de estudios científicos los procesos y mecanismos biomoleculares que dan lugar a la enfermedad, explicándola como consecuencia de un sistema vulnerable, susceptible a los cambios del medio interno y externo. Concepto ese necesario, pero no suficiente.

Hasta hoy, la medicina se encuentra con dificultades que no le permiten una visión más abarcativa, ni llegar a entender la relación que une lo biológico con lo social. Como ejemplo, basta con comentarles las charlas realizadas recientemente en la Facultad de Medicina sobre nuevas investigaciones que describen cómo la pantalla de la computadora en horarios nocturnos es desencadenante y estímulo para potenciar un accionar más violento, consecuencia no solo del efecto del monitor, sino también de la alteración de los ritmos circadianos, al estar frente a la computadora durante la noche, en horas que deben ser dedicadas al sueño... La luz impacta al sistema nervioso central inhibiendo la secreción de melatonina, neurohormona involucrada en el proceso del dormir.

Ambos factores biológicos, alteración del ritmo y déficit de melatonina —sumados a las pocas horas dedicadas a dormir— son situaciones que, entre otras, inciden en la irritabilidad cerebral y podrían incrementar las actitudes proclives a la violencia, en un momento en que la violencia es un tema que preocupa a la humanidad.

Estas situaciones de violencia la abordan los psicólogos y sociólogos, no pensando aún en la posibilidad de su interrelación con la bioquímica.

La medicina integrativa, como la entendemos nosotros, no es ajena a esta problemática y, por supuesto, la incorpora. Pero esta conjunción de conocimientos requiere de una verdadera y comprometida interacción entre sus participantes, cosa que no se logra fácilmente. A tal punto que fue este tema, el que nos motivó a elaborar su desarrollo: la transdisciplina y sus reales posibilidades de ser aplicadas en la práctica cotidiana.

Las ciencias de la cognición, y las neurociencias están en el camino de entender los procesos que a muchos de nosotros —los que ejercemos la cura diariamente y no hacemos investigación básica—, nos resulta obvio. Son ejemplos de ello las actuales investigaciones de las ciencias de la cognición, con respecto a la posibilidad de neurogénesis en el adulto, la consecuencia y el impacto de la práctica de la meditación en los cambios estructurales y dinámicos del cerebro. Estas investigaciones se están realizando en muchos lugares de EE.UU., como el *Mind Life Institute en USA*, el *Harvard Medical School*, el *John Hopkins Hospital School of Medicine*, y otros centros mundiales multi y transdisciplinarios; pero son apenas un atisbo de ejemplo, aunque validan nuestro quehacer en este camino integrador.

Entender la enfermedad como consecuencia de una escisión entre mente, cuerpo y espíritu es una comprensión más holística, más compleja que la convencional.

Entender al síntoma y la patología en un marco de sanación dando un propósito al síntoma, ya es terapéutico.

Curar un síntoma por medio de la droga adecuada, también es una posibilidad, una alternativa; ahora, entenderla como consecuencia de este corte y buscar el camino de reencuentro de estas escisiones en una tarea conjunta de paciente y agente de salud. *Es definitivamente, una invitación al cambio.*

En lo personal encontré en ciertas técnicas de respiración y registro corporal un maravilloso puente que une lo físico con lo mental, lo emocional y lo espiritual. La respiración encarna en el cuerpo, no se localiza en un órgano, y tiene la capacidad de acceder a niveles más sutiles. Y esto es una respuesta, al menos por ahora.

Pero, llegar a entender que todo está interconectado, necesita también de un accionar prudente; no hay que creer que encontramos la panacea universal, sino que *necesitamos ejercer una continua y constante revisión de nuestro accionar entre la práctica, la reflexión y la teoría.* Así que, desde la visión de una sociedad sana, armoniosa y pacífica, meta regulativa kantiana, debemos volver a los pasos posibles y realizables. Esto nos lleva a que estemos desarrollando un programa de alcances cortos y palpables.

El siglo XX, especialmente en la última década, ha desarrollado un mayor conocimiento con respecto al cerebro y sus funciones. Es así que el ser humano pudo ser estudiado desde sus aspectos orgánicos, hasta ser comprendido en sus más complejos niveles cerebrales y cognitivos, pasando por su genoma, como archivo de toda su historia evolutiva.

Sin embargo, muchas problemáticas aún continúan, y algunas de ellas se agravan. Lograr su comprensión para continuar con las contribuciones, parece llevarnos a nuevos replanteos en donde las soluciones, para algunos de ellos, parecen una luz al final del camino, a través del cual convergen nuevamente muchos aportes que se van sumando, ahora integrados, desde una visión más abarcativa.

Transitarlo como profesionales nos pone en contacto con otros pares, múltiples especialidades y diferentes ramas de las ciencias.

AAMI es la primera Asociación de Medicina Integrativa en la Argentina, y nuestro contacto con el mundo nos muestra que lo acertado del camino está en la vía de la *integración*.

Es por esto que el tema central de este Seminario es: *Hacia un abordaje integrador del ser humano.*

Basta de Obesidad

duerme y qué hace en su tiempo libre antes de finalizar la entrevista, y si es necesario derivar oportunamente a los especialistas en nutrición si existieran factores de riesgo de mal nutrición, desnutrición, sobrepeso u obesidad.

Deseo también hacer un breve comentario acerca de uno de los problemas que nos preocupa a los pediatras de hoy, que se suma a los antes mencionados y es que *el menú de los chicos en la actualidad es rico en aceites vegetales hidrogenados*.

¿Qué es el aceite vegetal hidrogenado?

Le cuento: es el aceite vegetal al cual, bajo los efectos de un catalizador, el níquel, se le agrega hidrógeno a presión, y por eso cambia la estructura molecular y pasa de *cis a trans*, y como así no puede ser metabolizado, queda depositado en las arterias!

En La Plata estudiaron la composición química de distintos alimentos consumidos por niños elegidos al azar, y encontraron que la mayoría de ellos contiene aceite vegetal hidrogenado con un alto porcentaje de *ácido eláidico*, conocido como el más malo de la película. Creo que la alimentación natural es en la actualidad una utopía, pero los profesionales de la salud debemos tomar cabal conciencia de ello y actuar en consecuencia.

Es mi deseo que se apruebe una ley que obligue a colocar en los colegios expendedores de agua potable, que prohíban la venta de golosinas y gaseosas y solo proporcionen alimentos sanos como frutas o semillas de girasol.

*No podemos cambiar la genética por el momento,
pero sí prevenir las enfermedades en individuos
sanos, y mejorar la calidad de vida en los
enfermos desde una alimentación natural.*

Recursos dietéticos y la concientización para la adhesión al tratamiento

LIC. ISABEL NICOLA¹

Después de muchos años de ejercicio de mi profesión —tanto en consultorio privado como institucional en el tratamiento primario del paciente—, la experiencia me hizo llegar a la siguiente conclusión:

*Es necesario abordar al paciente desde la educación, el amor
y la comprensión para lograr transmitirle todo eso
que hemos aprendido en la facultad y en la práctica.*

Este método requiere hacer una anamnesis exhaustiva, pautada, cautelosa y con paciencia, donde se contemplen todos los factores: los biológicos, psicológicos y sociales, para poder recomendar algo que sea factible de llevar a cabo.

A los pacientes se les debe aclarar que la dieta a recomendar, tiene que ser como el saco, los vestidos o los zapatos que ellos han comprado: únicos o a medida para cada uno. O sea, para que la dieta o plan de alimentación se pueda llevar a cabo, no puede guiarse solo por un papel que le entregaron rápidamente en un hospital o en una consulta, pues cuando usted llega a su casa no sabe qué hacer con esas recomendaciones.

De no ser así, es un acercamiento que se deteriora y se comienza a formar una polarización: los médicos, los nutricionistas y las dietas, por un lado; y usted, con su angustia, con su asumir o no la obesidad —total soy el gordo feliz, o no—, hasta que se determine o decida a tomar soluciones para el caso o seguir así, rebotando en su problema. Y, lo peor, subiendo y bajando de peso, sin instaurar una conducta alimentaria armónica y posible y, por lo tanto, saludable.

¹ Nutricionista, dietista de la Facultad de Medicina de la UBA, miembro de la Sociedad Argentina de Nutrición, de la Asociación de Nutricionistas, Dietistas y Licenciados en Nutrición. Docente de UBA, UB y UCES.

Este es el fundamento de una de las cuatro leyes de la alimentación, la llamada ley de la adecuación, que tan sabiamente promulgó el fundador de la Escuela de Nutrición argentina, nuestro Profesor Doctor Pedro Escudero.

Hay que recordar muy bien lo que ya vimos, cuando se dijo que el niño en este momento tiene quioscos que ofrecen, entre otras, miles de golosinas o *snack*, todos saborizados y coloreados —la mayoría de las veces en forma artificial—, porque en la industria para optimizar el dosaje, mantener uniformidad de presentación y también reducir costos.

Utilizan saborizantes artificiales, antes que los naturales, que pueden variar según el año de cosecha por los distintos fenómenos que puedan afectar a la producción de los elementos a utilizar.

Revisemos solamente algunas de las posibles compras que se pueden realizar: por ejemplo las papas fritas, con aceites hidrogenados, o palitos con tartrazina. Este colorante artificial es muy usado en jugos o alimentos que deben ofrecer coloración de todas las gamas del amarillo, naranja y el verde, así se los nota más doraditos.

¿Qué efectos produce la tartrazina?

Si los hiperquinéticos consumen tartrazina estarán más excitados: esto lo avalan los estudios realizados en el hospital Garrahan. Durante mis años de trabajo en instituciones que asisten a pacientes con esta problemática, traté de vigilar el tipo de colorantes que inevitablemente estos productos traen, prefiriendo los que **no contengan Tartrazina**, aunque la aspiración hubiera sido ofrecer jugos recién exprimidos y naturales o agua potable fresca, para limitar el exceso de aditivos.

En este tiempo encuentro que, además de estar en gelatinas y polvo para flanes, están también en los palitos y *chizitos* para mejorar el color; y eso, por supuesto, en los que se los declara en la etiqueta.

Es muy importante ahora —cuando se consumen tantos alimentos que no fueron preparados por uno mismo—, ***ir incorporando el hábito de leer los etiquetados***, exigirle a los que no lo tienen que aclaren los ingredientes utilizados, y estar alerta ante posibles sustancias que no sean convenientes; eso es posible si se cuenta con el asesoramiento de los autorizados en la materia.

Ese acceso a tantos productos alimentarios que le estamos ofreciendo al niño —golosinas y todo tipo de *snack* que a ellos les gusta mucho, que es muy fácil y cómodo de incorporar y de estar comiendo mientras se mira la televisión—, sumado a la actitud anterior, es el otro problema con el cual nos estamos enfrentando, haciendo que los niños —si no tienen un plan de gimnasia o deporte— vayan adoptando conductas sedentarias y aumento de ingestas inapropiadas.

Toda esta introducción tiene como finalidad relacionar con la tendencia a fijar precedentes de obesidad y sedentarismo, con el desarrollo de la diabetes del tipo II o la no insulino-dependiente, hipertensión, dislipidemias, o enfermedades coronarias. Estos conceptos se hallan avalados por estudios muy bien fundamentados desde lo científico, como lo fue el de Framingham, en donde se asegura que ***“la obesidad es un factor de riesgo de mucho peso”*** —tan real como lo es el exceso— en desencadenar la aparición de las patologías mencionadas anteriormente.

Pero no se trata sólo de presentar el problema, sino destacar que la solución es simple y posible

Veamos en primer lugar los factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo II

Factores socio-ambientales

- Sedentarismo
- Alimentación pobre en fibras
- Alta en ácidos grasos saturados
- Carentes en vitaminas y minerales (alimentos refinados)
- Estrés
- Alcohol y tabaco

Factores fisiológicos

- Obesidad tipo androide: aumento de la grasa visceral, con aumento de la circunferencia abdominal y de los AGL: ácidos grasos libres
- Insulino resistencia: disminución del factor de tolerancia a la glucosa
- Edad

¿Qué podemos decir acerca del sedentarismo? Mucho, observemos cómo se realizan los trabajos, en muchos casos sentados o se movilizan en automóviles para llegar. Además, se cuenta con maquinarias que reemplazan mucho el trabajo muscular del hombre; no es lo mismo ser jardinero, o aserrador ahora, que antes, ¡ni ama de casa!

El gasto calórico ha disminuido pero se ha agravado en general con la sobrealimentación que, además de ser pobre en fibras, es alta en ácidos grasos saturados, y carente de vitaminas y minerales y con abundancia de alimentos refinados.

¿Que son los alimentos refinados?

Son todos aquellos que pasaron un proceso por el cual pierden parte de su estructura exterior, como es el caso de las harinas de los cereales pulidos, que pierden la fibra exterior de su salvado con el aporte de minerales o el germen que aporta los ácidos grasos y las vitaminas. O como el azúcar blanco, sometido a purificación con sustancias que dejan residuos; pero aún peor es que el proceso quita o deteriora el aporte mineral y vitamínico del jugo de la caña de azúcar. Otro ejemplo es el de los aceites que no son de primera presión en frío. Veamos un somero resumen del proceso: al compactarse la pulpa de la oleaginosa en las retortas, éstas deben ser pasadas por solventes –el hexano es el más común–, el cual arrastra toda la fracción grasa que le queda– pero también se lleva el resto de las vitaminas– y debido al efecto del calor generado por la fricción se destruyen los ácidos grasos poliinsaturados, los que son muy sensibles a las altas temperaturas.

No solamente las grasas saturadas nos tienen que preocupar, sino los *ácidos grasos trans* que a partir del año 2005, tuvieron que comenzar a ser anunciados en el etiquetado de los alimentos.

¿Qué son los ácidos grasos trans?

Los *ácidos grasos trans* son aquellos que acompañan naturalmente a los ácidos grasos saturados: son los provenientes de los lácteos y de las grasas de las carnes, sobre todo las rojas y la carne de oveja, que es la grasa más saturada.

Cabe destacar que la grasa de la carne de cerdo –aunque aconsejo retirarla para no aumentar tanto el aporte graso de la alimentación– es la que posee más ácidos grasos monoinsaturados –tipo de ácidos grasos como los que ofrece el aceite de oliva–, lo cual es una ventaja frente a las otras carnes, pero su consumo en el país no es muy importante.

Le explicaré someramente cómo es la estructura de una grasa. Así provenga de cualquiera de los dos reinos –animal o vegetal–, está formada por una molécula de glicerol unida a tres ácidos grasos diversos. Es tan amplia la posibilidad de variación del tipo de ácidos grasos que poseen las grasas naturalmente, que es la causa por la cual existe una gran gama de sustancias lipídicas y de características tan disímiles y, además, de acción tan diversa en nuestro organismo. Dentro de cada reino hay grasas más beneficiosas que en otro.

¿Las que aportan los animales son todas peligrosas?

No, no lo son. Por ejemplo, la de los pescados como la caballa, el salmón, el atún, con sus omega 3, es conveniente que integren el menú dos veces a la semana, siempre teniendo en cuenta la armonía del aporte de cada una.

Según la posición estructural con relación al eje de la molécula de glicerol que adopten los ácidos grasos pueden ser CIS o TRANS.

¿Cómo es eso?

Los **ácidos grasos trans** que acompañan a las grasas saturadas están, preferentemente, en los alimentos de origen animal, mientras que en los alimentos de origen vegetal son muy bajos, salvo algunos, por ejemplo el aceite de coco o de palma, que tienen ácidos grasos saturados en gran cantidad. Físicamente, a los lípidos saturados se los identifica por ser de estructura sólida, y los que tienen muchos ácidos grasos poliinsaturados son de consistencia líquida a temperatura ambiente y aún a bajas temperaturas.

No es tanto el problema con el **ácido graso trans** que viene acompañando el alimento en forma natural, es identificable y se conoce su presencia. El problema más acuciante actual es el **aceite hidrogenado**, que se logra transformando aceites excelentes como el de girasol, maíz o el de soja, sometiénolos en el proceso a 474 grados Fahrenheit bajo una atmósfera de níquel que llega a rotar la posición natural en relación con el glicerol de sus ácidos grasos. En lugar de estar en la forma **CIS**, como es natural en un aceite, giran a la forma **trans** y ahí es donde cambia también el aspecto físico.

Recuerde que los aceites vegetales son líquidos a temperatura ambiente, mientras que todas las grasas saturadas y las grasas hidrogenadas son sólidas a temperatura ambiente

Estas grasas —ahora las malas de la película—, fueron elaboradas en los años 20 del siglo pasado, en los EE.UU. de Norteamérica, en un momento de posguerra y de recesión, donde no había gente que produjera mantequilla, y con una situación social de migración del hombre a guerras o a ciudades. Con el cambio de esa situación, se agrandaron aún más las ciudades en donde el ciudadano mantenía hábitos alimentarios del campo, pero con actividades mucho más sedentarias, lo que comenzó a perfilar la problemática que nos ocupa, la obesidad y las enfermedades coronarias.

Quien inventó la margarina lo hizo con la finalidad de ayudar a la humanidad, ¡no de enfermarla!

Pero no es tan fácil, y en la alimentación tenemos que ser muy cautos.

Recién en los años 80 se comenzaron a encontrar estudios donde se determinaba que los ácidos grasos trans provenientes de las benignas margarinas o aceites hidrogenados eran los que formaban los ateromas en pacientes que habían tenido algún episodio coronario.

Vencer el posicionamiento de la propaganda, convencer a la comunidad científica de que esos estudios eran verdaderos, fue bastante duro. Aún en los años 90 yo estaba enterada de estos estudios y acá lo dudaban. ¡Crecí y salí de la facultad recomendando margarina en lugar de manteca! Cuando recordaba que a los abuelos de mi esposo —que hacían los ñoquis— yo les decía “usen margarina”, ¡me quería morir! Porque uno cree que sale sabiéndolo todo. Ahora cada vez lo entiendo mejor a Sócrates: “solo sé que no sé nada”. Porque cuanto más estudio, más me doy cuenta de que hay que ser muy precavidos y respetuosos— y que no sabemos casi nada de esta maravillosa máquina humana.

Siempre adopté la metodología de la medicina naturista como forma de vida, por haber nacido en el seno de una familia naturista, y por saber sus benignidades. Por respeto a la naturaleza y a quien nos creó, creo que hizo los códigos para que nos alimentemos de alguna manera. Por eso, cuando me hablan de **alimentos transgénicos**, no estoy en contra de ningún avance de la ciencia, al contrario; pero soy muy cauta en administrarlo a las personas. Como siempre, tiene que haber un médico actuante que haga una anamnesis muy concienzuda para que a ese paciente se le determine qué remedio va a usar, o qué alimentación va a seguir, con un criterio profesional adecuado. La observación y la cautela son buenas consejeras. Parafraseando a Hipócrates, **“que el alimento sea tu medicina y tu medicina tu alimento”**.

Traje a colación lo de los **ácidos grasos trans**, o de las margarinas vegetales, porque no sólo los niños los consumen. Por ejemplo, para cocinar las

papas fritas se usan margarinas especiales para frituras; también para hacer los palitos, y a ellos se les agrega tartrazina, como ya mencioné, para destacar el color dorado. Dentro de los *snacks*, el único que no tiene tartrazina es la papa frita natural, ¡hasta ahora! Porque tanto los palitos como los chizitos tienen una alta cantidad para darle el color amarillo.

Por lo tanto, tenga presente que todo lo que sea color amarillo, verde y hasta algo de azul, tiene en su composición esta sustancia, que está como colorante, siendo éstos los más peligrosos dentro de los aditivos.

¿Por qué los adultos consumimos también esas margarinas?

Porque estamos en la era del *delivery* o de comprar las tapas para empanadas o tartas y esos productos las contienen, por ser una grasa barata y que no se enrancia durante el almacenamiento prolongado.

Además, es una modalidad muy de este momento por lo cómodo o fácil, ¿quién no encarga una docena de empanadas?

El estrés está presente en el ritmo de la vida actual, con exigencias y presiones; por eso es necesario que la medicina sea *integrativa*, para lograr comprender a la persona y ayudarla a buscar las mejores soluciones.

¿Por qué no se cumple con una conducta alimentaria? ¿Por qué llega a engordar una persona adulta, o un niño?

Ese niño también está soportando un estrés de padres ausentes por necesidad de salir a trabajar; o sea que, tal vez, no solamente se trate de problemas por conductas paternas, sino como una realidad social. Ese chiquito queda liberado al entretenimiento que le brinda la niñera sustituta y más económica de la televisión o PC, y satisfacer su alimentación consumiendo lo que encuentra; por ejemplo, el atractivo y prolijo envase de los *snacks* o golosinas. Los adultos están largas horas fuera del hogar para lograr los recursos económicos necesarios para solventar los gastos mínimos. Se debería incentivar a compartir y estimular cómo transmitir la forma de elaborar alimentos.

Hubo una época, cuando yo nací, hace cincuenta y algo más de años, mi madre, que defendía la alimentación al pecho, era como mal mirada. Después, cuando yo tuve a mis hijos, hace casi treinta años, también: “¿cómo, les vas a dar la teta? Que la dependencia— que la libido del chico...” “En una oportunidad en que hablábamos con la Dra. Albertinazzi del caso de una mamá que curó —o mejoró— el labio leporino de su bebé, dándole la teta a su hijito hasta los tres años, le respondí: —Mira, yo sé quien la podría haber entendido: el Dr. Arnaldo Rascovsky, pero ya falleció; recuerdo que él decía: “en el seno de la madre está la paz del mundo”.

Un bebé amamantado por su madre, es un niño alimentado con todos los nutrientes específicos, en las cantidades adecuadas y los ácidos grasos polinsaturados que son aún más esenciales en el niño. Su acción está ampliamente fundamentada; se los denomina *esenciales*; por eso su carencia se transforma en algo muy peligroso en la niñez y en todas las etapas de la vida, desde lo inmunológico y en el crecimiento.

En el adulto también, porque son integrantes de la membrana celular. Hay un gran desconocimiento general de la necesidad de consumir este tipo de ácidos grasos.

—¿Usas aceite a las ensaladas? —pregunto en el consultorio, y también— ¿cómo comes las ensaladas?

—No, no uso aceite porque engorda —surge la respuesta de inmediato.

¡Pero la reemplazan al estar comiendo las *grasas trans* de la margarina en las empanadas... o en las papas fritas!

Todo eso tiene que ver con lo social; también se da en las personas que van a trabajar y tienen una máquina de donde sacar algún *snack*— algo para pasar el día.

En su mayoría son unas galletitas con el 20 al 30 por ciento de grasas, pero no son ácidos grasos polinsaturados, justamente. Además, están adicionados de azúcares simples, a los que el paladar civilizado reconoce como mucho más rico. Eso, sumado a la inactividad lógica que significa trabajar lejos, para lo cual hay que movilizarse en un micro, en auto o en tren, no es lo mismo que caminar algunas cuadras. Todo suma horas de cansancio con

estrés. No queda tiempo ni dinero a veces para la práctica de un deporte, que haga que esa persona compense la falta de actividad física.

Al sedentarismo se lo declaró epidemia mundial en el último congreso de obesidad.

Porque ya no somos el hombre de la Prehistoria que andaba buscando la comida, con suerte encontraba una manzana, la comía si podía —porque a lo mejor lo corría un gorila—, o encontraba un ave y lo perseguía un león.

El esfuerzo físico para conseguir algo con qué satisfacer el hambre era muy grande para encontrarlo o lograr comerlo, porque se tenía que defender del medio.

Pero mire lo que sucede en la actualidad: giramos en una silla de rueditas de la oficina, se abre la heladera del bajo mesada y se saca la comida, o se llama por teléfono a un delivery y comemos lo que sea, limitados solamente por la oferta y por el precio.

O se camina por la calle y abundan las ofertas de todo tipo de comidas, limitadas solamente por el poder adquisitivo del momento. Aunque no todo lo caro es nutritivo, aquí es muy importante informar a la población de los alimentos económicos que brindan principios nutritivos excelentes.

Ante esa disponibilidad de alimentos, ***usted tiene que aprender a hacer una selección de las comidas hechas, y propender a que traten de ofrecer alimentos saludables. Existen, son un recurso muy usado, ¡mejoremos su calidad de oferta!***

Entiendo que ni la mujer ni el hombre de la sociedad actual tienen mucho tiempo para cocinar, pero debe aprender a ocuparse de sus alimentos o, aunque sea, cómo encargárselos o pedir que se los preparen.

—¿A usted no le gustaría llegar a su casa y tener una mesa servida, con la ensalada lavada, con las semillitas licuadas para que no hagan mal?

Pero, a lo mejor, usted tiene que hacer largas colas para conseguir una cosa que en los supermercados no está. Hay un avasallamiento de ofertas de todo. A veces son caras, a veces no están. Entonces esa también es una

realidad social, y las complicaciones que resultan de querer cuidar su alimentación la estresan.

El consumo de alcohol desmedido —como el de tabaco— son otros de los factores que, sumados a los anteriores, forman la ecuación peligrosa para las patologías coronarias.

Ya se ha mencionado aquí la desesperación por la falta de alimentos en muchos niños de nuestro país; la incongruencia de un país rico en alimentos como pocos en el mundo, pero con distribución tan dispar, con excesos en algunos y tanto déficit en otros.

¿Qué proyección de población vamos a tener? Porque sabemos que los nutrientes adecuados son los que permiten desarrollar el peso y la talla que se puede llegar a tener; pero, además, conocemos que el desarrollo mental está directamente relacionado con el aporte de aminoácidos y ácidos grasos esenciales.

Hace años, en un programa de nutrición aplicada de México, en una escuela pobre se veía que el rendimiento escolar en matemáticas de un grupo de niños era terrible. La observación era que los niños llegaban en ayunas al colegio.

Se implementó darles la leche en una cajita con 200 centímetros cúbicos al inicio de la mañana y se apreció que el nivel intelectual para resolver los problemas matemáticos mejoró. Así que ahí vemos la incidencia directa de la alimentación en nuestro organismo. ***Que somos lo que comemos, no lo vamos a negar.***

Pasemos ahora a los factores fisiológicos de riesgo asociados a la diabetes tipo II.

La obesidad tipo androide, tiene como característica la forma en que la grasa se acumula en el abdomen y rodea a las vísceras, con un aumento de los ácidos grasos libres.

Ahora le explicaré cuál es el factor de resistencia a la insulina, que está dado por el aporte de vitaminas y minerales esenciales más el glutatión, y más adelante se lo describiré más detalladamente.

La edad está relacionada, aunque ya no tanto.

Vemos cómo en la niñez aparecen estos síntomas que antes eran característicos solamente en el adulto, porque como el niño ha avanzado en el sedentarismo y en el consumo excesivo de alimentos, ya la está desarrollando –además de la hipertensión y la hipercolesterolemia–, que son todas patologías relacionadas con el aumento de la obesidad.

Observamos la carencia de:

- alimentos integrales
- vitaminas: tiamina, riboflavina, piridoxina, ácido pantoténico, biotina, c, e y betacarotenos
- minerales: cromo, vanadio, zinc, magnesio, manganeso
- ácidos grasos esenciales
- fibras

Y el exceso en:

- ácidos grasos saturados
- alimentos refinados
- alimentos procesados industrialmente con deterioro de su oferta nutricional

Si ahora vemos los aportes que tienen –amén de la fibra que incluyen en su estructura–, se dará cuenta qué están aportando ellos:

- **Las vitaminas** como la tiamina, riboflavina, piridoxina, ácido pantoténico, biotina, que pertenecen al grupo B; la Vitamina A y los betacarotenos, que son la provisión vegetal de la misma, la C y la E.
- **Los minerales** como el cromo, vanadio, zinc, magnesio y manganeso; los ácidos grasos esenciales.

¿Y el aporte de fibra?

La fibra tiene como finalidad enlentecer la absorción de los nutrientes, sean los hidratos de carbono, tanto los solubles, como la sacarosa, la fructosa,

la lactosa, o los complejos, por ejemplo los almidones, como las grasas y el colesterol. No se exceptúan los minerales como el hierro y el calcio o magnesio, pero es recomendable que estén incluidos dentro del alimento.

No es lo mismo agregar fibras extras, porque se corre el riesgo de arrastrar demasiados minerales y hacer una carencia de hierro o de calcio.

Se debe trabajar mucho con las expectativas del paciente obeso, que a veces espera lograr la solución del problema con algo mágico. Muchas veces está esperando la pastillita, que da pie a una dependencia de algo exterior a sí mismo, o la dieta mágica, que sin ningún esfuerzo realice el milagro de hacerlo adelgazar.

Por eso le hablo a usted del compromiso de la persona, y cómo tiene que trabajar. Dentro de nuestra disciplina, le damos recursos dietéticos; y también, interdisciplinariamente le ofrecemos los recursos conductuales que dan la psicología y la sociología, desde un **tratamiento integral**.

¿Se acuerda cuando se había puesto de moda ingerir fibras, y en tres días se adelgazaba un montón?

Sin embargo, había algunos que no solamente no adelgazaban, sino que engordaban. ¿Por qué? Porque ellos comían las fibras, pero no restringían el aporte a cantidades muy bajas. Entonces, el estómago –que es elástico, porque es un músculo y que se adapta al esfuerzo–, se agranda, factor que luego dará más necesidad de comer el mismo volumen y con más sensación de hambre. Además, se debe recordar que en esas condiciones no se tiene registro de la sensación de saciedad y cuando se “tilda” comiendo, no registra todo lo que consume. Entonces, sigue comiendo, sigue comiendo...

Por eso le repito: **las fibras son un arma de doble filo, si no se las incorpora muy bien** y como ya le expliqué anteriormente, se pueden producir carencias por el arrastre de los nutrientes.

La ecuación **exceso de ácidos grasos saturados más alimentos refinados** –por ejemplo la pastelería que se hace con las harinas blancas y grasas saturadas, agregando azúcar blanco–, son exquisitas masas muy

agradables al paladar, pero son para consumir cada tanto; no como base de la alimentación.

¿Como se puede prevenir o mejorar la enfermedad?

Hay toda una filosofía de la dieta, controlando la obesidad y aportando: nutrientes específicos que influyan positivamente desde lo preventivo y lo terapéutico

Usted debería aprender cómo se pueden manejar los alimentos, y saber que no hay prohibiciones, sino que debe existir una armonía entre ellos.

Composición de la dieta evaluación del estado nutricional

Normalización del peso

bmi > 35 dieta muy restrictiva (con monitoreo constante)

bmi < 35 dieta moderada

Se debe tener presente el requerimiento basal para adecuar el:

Valor calórico total.(vct)

Valor calórico total: adecuado al gasto energético, estructura física, sexo, edad (a los requerimientos biopsicosociales)

Distribución del valor calórico total:

Hidratos de carbono: 55-60%

Proteínas: 15%

Grasas: 25% (max)

Saturadas: 6%

Monoinsaturadas: 12-14%

Poliinsaturadas (age): 10-12%

Vitaminas y minerales:

Alto contenido de: cromo, zinc, magnesio, manganeso, vanadio, vitamina c, e, betacaroteno, b1, b2, b3, b5, b6, b8.

Fibras: selección de alimentos que la contengan en mayor cantidad.

¿Qué me provee cada alimento?

Aquí he confeccionado una lista para que usted tenga una idea de lo que nos brindan.

Ácidos grasos esenciales:

Omega 6: girasol, maíz, germen de trigo, nuez, semillas de chia

Omega 3 oceánico: peces de agua fría

Omega 3 terrestre: semillas de lino, de calabaza, avellanas, semillas de chia, verduras de hojas verde oscuro (de clima frío).

Hidratos de carbono:

Simples: sacarosa, fructosa, glucosa, lactosa (no más del 10% del total de h.c.) azúcar integral, miel.

Compuestos: arroz, trigo, maíz, cereales integrales y sus derivados, hortalizas papa, batata, choclo, mandioca, el resto preferiblemente tomar los alimentos más ricos en fibras.

Vitaminas:

b1 ó tiamina: levadura, cubierta de cereales, porotos, soja, maníes, carne magra de cerdo, hígado, yema de huevo, nueces, leche

b2 ó riboflavina: hígado, cereales, leche, pescado, huevo, hojas verdes

b3 ó niacina: hígado, cereales integrales, carne blanca, huevo, dátil, higo, almendra.

b5 ó ácido pantoténico: jalea real, riñón, carnes en general, leche y sus derivados, huevo, champiñones, levadura, cereales germinados

b6 ó piridoxina: levadura, cereales germinados, hígado, huevo, pescado, legumbres verdes, frutas

b8 ó biotina: levadura, leche, yema de huevo, maní

Minerales:

Cromo: hígado, riñón, levadura de cerveza, hongos, especias como la pimienta negra y el tomillo, harina de trigo integral (175 mcg%), harina refinada (23 mcg%)

Zinc: mariscos (ostras) hígado, cereales integrales, trigo germinado, levadura de cerveza

Vanadio: ostras, aceite de oliva prensado en frío, arroz, girasol, maíz, perejil, harina de trigo sarraceno, soja, huevo, zanahoria, ajo

Manganeso: nuez, cereales integrales, legumbres, verduras de hojas verdes

Magnesio: legumbres y vegetales verdes, mariscos, frutas, almendras, maní

Ya mencioné que la intolerancia a la glucosa se daba por la mengua de la formación del factor de tolerancia a la misma.

¿Por qué está dado el factor de tolerancia a la glucosa?

Está dado por la conjunción de:

- cromo
- vitamina b3 (niacina)
- vitamina c
- glutatión (cisteína, ácido glutámico y glicina)

La presencia de ellos:

- mejora la tolerancia a la glucosa
- disminuye el colesterol y los triglicéridos
- disminuye el requerimiento de insulina en el insulino-dependiente
- estabiliza la diabetes lábil

¿Y cuáles son los alimentos que los proveen?

Por ejemplo el hígado, el riñón, la levadura de cerveza, los hongos, las especias, la harina integral y los cereales integrales.

La recomendación de la dieta va a ser realizada luego de la evaluación del estado nutricional, y la normalización del Índice de Masa Corporal, que es la relación peso/ talla al cuadrado.

$$IMC = VN \left(\frac{\text{peso(kg)}}{\text{altura}^2(m)} \right)$$

Se están estilando dietas sumamente restrictivas, y me parecen muy nocivas, desde un enfoque integral.

Considero que enfrentar una vida totalmente normal con 600, 700 calorías, es una dieta carente y yo quiero hacer una reflexión a todo el grupo de médicos nutricionistas, y es que el valor calórico basal, que significa estar acostado, en total reposo, es el que se requiere para mantener la temperatura corporal, el ritmo respiratorio y funcionamiento cardíaco, todo el sistema neurovegetativo autónomo, y que permite que siga la vida.

Si observamos las tablas, el valor menor parte de 950 calorías, para una persona pequeña que esté en reposo, con una superficie corporal que está relacionada con el peso y la talla; y la máxima que se ve es de 2300 calorías, para una persona, por supuesto de talla mucho mayor y, por ende, con una antropometría distinta.

Entonces: ¿cómo podemos recomendarle a alguien que siga una vida normal, sin el aporte mínimo para mantener lo que requiere su organismo *en reposo*?

Coincido en que se debe ingerir menos, pero no tanto. Los países más longevos son los que tienen un peso menor que lo estipulado en otros lugares, pero esas personas comen alimentos integrales orgánicos cultivados por ellos, y hacen una vida totalmente aeróbica, desarrollando tareas de producción agraria o de huerta; una vida sana, higiénica al ritmo que determina la naturaleza, lo que no crea situaciones de estrés; no se quedan mirando la televisión hasta las tres de la mañana, no juegan los jueguitos de Internet; es otro tipo de vida.

Si el índice de masa corporal es menor a 35 se recomienda la dieta moderada y es la que indico siempre.

Por ejemplo, tomemos el caso de una persona que necesita 1400 calorías basales y 2200 calorías por su edad y tipo de actividades; para una vida de equilibrio, con esa diferencia de 600 calorías diarias ya la persona adelgaza perfectamente.

Se complementa la evaluación por medio de los estudios de bioimpedancia donde se aprecia la masa-grasa, entonces se observa que los kilos que está bajando son de grasa que se está consumiendo, y no de musculatura.

Porque *una dieta de 600 calorías totales*, por más que les den suplementos dietarios de vitaminas y minerales, *no alcanza*.

La función específica de los aminoácidos y de las proteínas no será cubierta, porque van a cubrir la función calórica y no la de reestructuración de la masa muscular. Y, al contrario, va a usar esa masa muscular para formar el aporte calórico y proteico.

El VCT (valor calórico total) siempre debe ser adecuado al gasto energético, estructura física, sexo, edad y a los requerimientos biopsicosociales.

La distribución del valor calórico total, será entre el 50 o el 60% de hidratos de carbono de los cuales la mayoría van a ser complejos, y un 10% solamente de los solubles. Un aporte de proteínas del 15% y un aporte de grasas del 25% como techo. Y no voy a bajar tampoco demasiado por el aporte de ácidos grasos polinsaturados.

Con una estructura de ese 25%, con un 6% de saturadas, del 12% al 14% en monoinsaturadas, y del 10% al 12% en polinsaturadas, es necesario:

- Cumplir con la dieta
- Aumentar la actividad física diaria: el sedentarismo es la epidemia mayor que se presentó en la última parte del siglo XX

Mantener el peso adecuado con la finalidad de:

- Prevenir complicaciones agudas, evitar o posponer las crónicas
- Preguntas de, ¿cómo lograr esto?
- Motivar al paciente al cambio desde una actitud holística, comprendiendo su situación personal, socioeconómica y ambiental.
- Buscar la armonía de lo biológico, lo psicológico, lo social, para que la persona se comprometa desde su comprensión de la importancia del tratamiento.
- Que no sea una imposición de la cual no conoce el fundamento, con estrategias de la dietética aplicada adecuadamente, sin dejar de respetar las cuatro leyes fundamentales de la alimentación.
- Reconocer a los alimentos para saber incorporarlos, desde la posición de aprendizaje, de cambios posibles, con el sostén profesional del nutricionista con sus conocimientos acerca del manejo de los mismos y el equipo de salud interdisciplinario según lo requiera el paciente.
- *Enfatizar que es un logro entre el paciente y el equipo de profesionales que lo guían y que el grado de compromiso será directamente proporcional al éxito de la terapéutica.*

Diabetes tipo II

Enfermedad que se desarrolla en forma lenta y muchas veces está sin manifestarse.

Es importante aplicar los criterios alimentarios descriptos para prevenir su aparición o el desarrollo de sus complicaciones.

Se debería de tener en cuenta que 1 de cada 40 habitantes de nuestro país es diabético y lo ignora, y que el 10% de la población está predispuesta a desarrollarla.

Los nutrientes que se necesitan: tenemos que consumir un mínimo de 30 gramos de fibras, y esta es la proporción:

- 1 taza de lentejas 3.7g
- 1 manzana 3 g
- 1 pote de los de postre de salvado de avena 4 g.
- ½ taza de garbanzos crudos 4.7g
- 100 gr de higos secos, 17 g
- ½ taza de porotos negros, 7 gr
- 100 gr de coco deshidratado, 10,5 gr

La dieta con **omega 6** –aportado por el aceite de girasol, maíz, el germen de trigo, la nuez, las semilla de chiga; el **omega 3** oceánico, que proveen los peces de agua fría, y se está produciendo un pacú, que también lo suministra.

El **pacu** es un pez de río que se vende congelado y es de muy bajo costo; para nosotros, consumir el verdadero salmón, es mucho más caro.

El **Omega 3 terrestre** está en las semillas de lino, de calabaza, de avellana, semillas de chiga, verduras de hoja verde oscura, las de clima frío como son las radichetas, y la rúcula.

Los hidratos de carbono simples son la sacarosa, la fructosa, la glucosa y la lactosa.

De ellos no vamos a ingerir más que el 10% del valor calórico total y están al 100% en el azúcar de caña, al 84% en la miel o el kero, en las jaleas y en los dulces. Al 5% en la leche (lactosa) y del 3% al 22% en las frutas, dependiendo de cuál se consuma.

Los hidratos de carbono compuestos conforman el resto de lo que debemos consumir: los que están acompañados de fibra, como en el pan integral, los fideos integrales, el arroz integral, las legumbres o el choclo. Las papas y batatas tienen otro tipo de fibra de menor consistencia que es la hemicelulosa, pero tienen más fibra que una harina blanca.

Las vitaminas B1, o tiamina están en la levadura, la cáscara de cereales, porotos y legumbres en general, maníes, carne magra de cerdo, hígado, yema de huevo, nueces y leche.

La riboflavina podemos encontrarla en el hígado, cereales, leche, pescado, huevo, hojas verdes.

La B3, o niacina, en el hígado, los cereales integrales, la carne blanca, huevo, dátiles, higo, almendras.

El ácido pantoténico, o B5, en la jalea real, riñón, carnes en general, leche y sus derivados o el huevo, los champiñones, levaduras y cereales germinados.

Cuando se hace una dieta vegetariana es conveniente integrar los champiñones, la levadura, los cereales germinados; ahora veremos qué aporta cada uno.

La **piridoxina** está en la levadura de cerveza. También está la **B8** en la yema de huevo y maní, por eso es bueno integrar el maní, que es una producción americana; las proteínas sustitutas o alternativas de la carne, como las legumbres, sobre todo la soja o la **quinoa y el amaranto** que son vegetales típicos americanos con una oferta de proteínas completas muy interesante.

La harina integral da 175 microgramos de **cromo**, mientras que la refinada solamente 23 microgramos de cromo.

No es sencillo instituir una alimentación sana.

Los que seleccionan y administran los comedores –y quienes realizan anuncios comerciales– se deberían mentalizar acerca de la importancia que tiene el cuidado del aporte alimentario en la salud y la educación de la población desde la niñez, para llegar a ser adultos sanos y ancianos con calidad de vida.

Lo que estamos pidiendo desesperadamente es: *“cambemos el hábito desde la infancia”*. Pero vemos la resistencia que se produce al tratar de guiar por otro camino la oferta que se les hace a los niños, y vemos que muchas veces es el adulto quien debe cambiar los hábitos.

Hay que ayudarla a usted, mamá, a preparar alimentos caseros agradables, sencillos, y a los niños enseñarles el valor de una alimentación saludable.

El índice glucémico de diversos alimentos es la respuesta de aumento de la glucemia (glucosa en sangre) posterior a la ingesta del alimento.

Se ha reconocido que cuanto más crudo está el alimento es menor el índice glucémico; por ejemplo, el del almidón en crudo es menos absorbido y da menor índice glucémico.

Pero, como nutricionista, tengo que ser más integradora, y no voy a dar fideos mal cocidos, o carnes crudas que luego provoquen problemas intestinales. Entonces, lo que voy a hacer es tratar de incorporar alimentos integrales con fibra natural.

Listado de índice glucémico según los alimentos

Glucosa 160	Arroz integral 97
Papas al horno 157	Azúcar de mesa 100
Papas nuevas 94	Copos de avena 99
Miel 147	Banana 92
Copos de maíz 138	Ñame 86
Fideos blancos 77	Arveja congelada 86
Fideos integrales 71	Arvejas en latas 70
Zanahorias cocidas 74	Batata 81
Uvas pasas 102	Arvejas frescas 63
Uvas frescas 72	Manzanas 62
Pan blanco 116	Lentejas 50
Pan integral 115	Durazno 47
Pan de centeno integral 67	Pomelo 42
Trigo molido grueso 113	Ciruelas 40
Arroz blanco 112	Cereza 37

Es preferible consumir menor cantidad de alimentos cocidos y mayor cantidad de alimentos crudos.

Basta de Insomnio

Tratamiento Integrativo del Insomnio Crónico

DRA. MIRTHA AVERBUCH¹

¿Qué es lo que verdaderamente sabemos del sueño?

¿Por qué dormimos?

Y... lo que nos afecta a una gran mayoría...

¿Por qué no dormimos?

En este momento hay diferentes campos que permiten la integración de las medicinas, pero nada tan necesario como en nuestra especialidad: La Medicina del Sueño, que es relativamente joven, porque hace apenas cincuenta años que podemos estudiar la neurofisiología del sueño.

La importancia del estudio de los trastornos del sueño radica en varios aspectos.

*¿Sabía usted que pasamos la tercera parte
de nuestra existencia durmiendo?*

Mientras dormimos se llevan a cabo funciones que son únicas, exclusivas e irreproducibles en la vigilia.

El sueño es una función fisiológica que se mantiene a lo largo de la vida, ya desde el periodo fetal y hasta nuestra muerte, solo con algunas modificaciones propias de la edad.

Hoy sabemos que algunas de las funciones del sueño están relacionadas con:

- el proceso de la memoria y el aprendizaje
- la consolidación de los estados de ánimo

¹ Médica UBA, especialista en Neurología y consultora en Neurología Infantil del Departamento de Medicina del Sueño (TCBA).

- con el sistema inmunológico
- y con la prevención de las enfermedades, entre otras.

Cuando hablo de *integración* es porque, justamente, cuando aparece una alteración del sueño, como el insomnio —uno de los noventa diferentes trastornos del sueño— hay, como veremos luego, una alteración de todo el sistema en torno de la persona. Por esto es necesario que nosotros, los profesionales, trabajemos *integrativamente* cuando estudiamos y tratamos con quien padece de insomnio crónico.

Proponemos un abordaje *integrativo*, porque nuestra experiencia —y la referida en la literatura médica—, han demostrado que ninguno de estos abordajes o técnicas, por sí solas y de manera independiente, ha dado resultado en el caso del insomnio crónico, incluyendo el tratamiento farmacológico aislado. En el insomnio agudo o transitorio, toda técnica es buena. Sin embargo, cuando el insomnio se hace crónico, necesita particularmente de un abordaje que integre diferentes áreas alteradas, y esto es lo que vamos a ver ahora.

Lo que siempre me pregunto, es si el insomnio es un problema de evolución, o involución de la sociedad. ¡No recuerdo que mis abuelos, o bisabuelos, sufrieran o hablaran tanto de insomnio! ¡Seguro que los suyos tampoco!

¿No será producto de un proceso que estamos viviendo, con evolución en algunos aspectos e involución en otros?

El insomnio es la dificultad para iniciar o mantener el sueño y, sobre todo, sus consecuencias sobre la vigilia.

No existe insomnio si no tiene consecuencias sobre la vigilia.

No hay que confundir a los dormidores cortos que con tres, cuatro o cinco horas de sueño, están bien, con el realmente insomne, que va a tener una serie de alteraciones por déficit de sueño, y que se van a reflejar durante el día.

¿Sabe usted por qué nos consultan los pacientes?

Acá, la queja es muy clara. En otros desórdenes pueden no saber bien qué es lo que les pasa, pero el insomne sabe perfectamente qué le ocurre y lo dice:

Doctor, ¡yo no puedo dormir!

Este trastorno prevalece con un porcentaje realmente alto: estamos hablando de un 35 ó 40 por ciento de la población. Se trata de una patología que supera ampliamente a muchas otras. Es predominante en mujeres, y se acrecienta después de la menopausia, con una fuerte y frecuente asociación con cuadros de ansiedad y depresión.

Insomnio: ¿quiénes lo padecen?

El 35% de la población

Dos veces más las mujeres que los hombres

Aumenta después de la menopausia

Frecuente asociación con ansiedad y depresión

¿En qué afecta?

El sueño es fundamental para mantener ciertos procesos homeostáticos, además de su función restauradora y reparadora.

Importantes estudios demuestran que la persona que padece insomnio consulta tres veces más a distintos especialistas. Transitan por los diferentes consultorios médicos con distintas enfermedades producto del déficit de sueño: fallas en el rendimiento en general, y alteración en el humor en especial.

Imagine usted que alguien lo despierte todas las noches dos o tres veces, como cuando uno tiene niños pequeños, ¡por la mañana estará más que irritable! Entonces, las personas que, como usted, durante años no duermen

lo suficiente o se despiertan un montón de veces durante la noche, es lógico que estén en un estado de irritabilidad permanente.

Un ejemplo de esto también lo vemos en los niños cuando tienen sueño: se ponen irritables. Ahí tiene un claro ejemplo de lo que sucede. Los adultos nos contenemos por una cuestión de educación, pero si pudiéramos hacer berrinches cuando tenemos sueño, ¡seguro que los haríamos!

Tenga en cuenta esto, porque muy pocas veces se relaciona el cambio de los estados de ánimo o del humor con el déficit de sueño; aún en especialidades como la psicología, la psiquiatría, y en la clínica general, esto se ignora. Es más; cuando usted ha consultado por diversos problemas de salud, ¿cuántos profesionales le han preguntado si dormía bien? ¡No se les pregunta a los pacientes si están durmiendo bien o no! Y esto se debe —a pesar de lo aparentemente elemental—, a la falta de formación del médico y otros profesionales de la salud, en los aspectos relacionados con el dormir, puesto que el tema no está incluido en el currículo de las instituciones de formación profesional. Además, es una referencia que tampoco aparece en las historias clínicas de los pacientes. ¿Cómo puede ser?

Ese es el motivo por el cual este tema se convierte en un desafío para aquellos profesionales que sí comprenden la importancia de los trastornos del sueño como una patología en sí misma. La situación se ve agravada, porque el paciente no consulta por el insomnio, sino por sus consecuencias, para lo cual recurre a múltiples especialistas.

Las repercusiones se producen a nivel individual, familiar, social, laboral y económico; y como redundan en todos estos aspectos, el abordaje es también complejo y hay que tratarlo de una manera *integrativa*. Surgen complicaciones que muy pocas veces se asocian con el insomnio, como los problemas de memoria y aprendizaje. Hoy sabemos por imágenes de resonancia funcional de cerebro que, tanto la memoria como el aprendizaje, se consolidan durante el sueño REM *Rapid Eye Movement*, o movimientos oculares rápidos.

Uno de los tantos problemas que enfrentamos desde nuestra especialidad, se debe a que las quejas acerca del insomnio —que es un síntoma—, en general siguen siendo minimizadas por la mayoría de los profesionales. Se ignoran, o son interpretadas como una señal de ansiedad o depresión.

Es muy frecuente que si usted va a una consulta médica y le dice que sufre de insomnio, el médico le solicite un electroencefalograma, un mapeo, imágenes cerebrales o algún análisis de sangre que, en general, no aportarán información para esta patología. Luego, con los resultados —que seguramente serán normales—, es probable que le diga: —bueno, usted no tiene nada, lo suyo es nervioso, debe de estar deprimido, o ansioso: trabaje un poco menos y descanse más. Pero... ¿cómo va a descansar si no puede dormir?

Hoy sabemos que la privación de sueño trae alteraciones del cortisol, y este desorden es un factor común tanto en el insomnio crónico como en la depresión.

El insomnio es un síntoma; sin embargo, en general, no es estudiado, ni diagnosticado... sólo se medica y se transforma en una enfermedad en sí misma cuando se hace crónico

Las quejas sobre el insomnio:

- Se minimizan
- Se ignoran
- Son interpretadas como síntomas de ansiedad o depresión.

El insomnio, ¿qué afecta?

- El estado de ánimo
- La salud
- El rendimiento
- El humor
- La memoria
- El aprendizaje

El tratamiento del insomnio es...

- Un problema complejo
- Un desafío médico

¿Por qué?

- Los médicos no preguntan
- Los pacientes no consultan

Dos encuestas revelaron que el insomnio es la patología más frecuente en la práctica médica, y la menos tratada.

1. *El 70% de las personas que habían referido Insomnio Crónico, nunca habían discutido eso en la consulta con su médico (Sleep in America. Gallup Org. 1995).*

2. *Se examinaron 536 Historias Clínicas de pacientes medicados con hipnóticos por diferentes especialistas. Sólo en el 12% de las Historias Clínicas existía "alguna referencia escrita sobre el problema de Sueño del paciente" (Am. J. Med. 1992; 93:78-82).*

El insomnio crónico es un desafío para el médico, porque se trata de un problema complejo: es multi-causal y multifactorial.

Vamos a hablar del insomnio crónico y presentar un modelo *integrativo* que venimos desarrollando desde el año 1999 en nuestro *Centro de Medicina del Sueño*.

Sabemos que el insomnio no aparece en cualquier individuo; y para que el insomnio se desarrolle intervienen distintos factores:

1. *Los factores que predisponen*, presentes en estado latente.
2. *Los factores que precipitan*, que aparecen en un momento dado.
3. *Los factores que perpetúan*, que son aquellos que lo hacen crónico.

1. Los factores que predisponen

- *La personalidad vulnerable*, principalmente la propensa a la ansiedad y, además, con determinadas características: por ejemplo,

personas con una mayor actividad psicológica, que están siempre en un estado de activación (*arousal*) cortical, siempre en movimiento, alertas y vigilantes.

- *Componentes hereditarios*, porque es común que en las familias de los insomnes haya otro insomne.
- *El sexo*, que prevalece fuertemente en el femenino, como vimos; y la edad, que también es un factor importante, porque se incrementa a partir de los 40, 45 años.

Estas características son elementos que predisponen y se mantienen en estado latente, hasta que aparece un factor que precipita el insomnio.

2. Los factores que precipitan

- En general el factor que precipita el insomnio es un cuadro de *estrés situacional*: un divorcio, una internación, una enfermedad, una mudanza.
- El insomne sabe perfectamente, cuál ha sido la situación desencadenante, así hayan transcurrido veinticinco años de la fecha de inicio. Cuando uno le pregunta: "¿Y cuándo empezó a dormir mal? Responderá: "tal día, cuando tuve que cuidar a mi nene que estuvo internado"; "cuando me divorcié"; "cuando me mudé". Estas son situaciones bastante habituales como desencadenantes. Si usted se pone a pensar, es seguro que recordará cuándo y por qué motivo comenzó a dormir mal.
- Lo interesante de esto es que, a pesar de que el insomnio en un principio es un síntoma que responde a una situación equis, luego de algún tiempo *se independiza de aquello que le dio origen* y esto es consecuencia de los factores que lo perpetúan y lo hacen crónico.

¿Cómo se explica, si no, que venga una persona después de veinticinco años, cuando ya no está deprimida, ya se separó hace mil años, el nene va a la facultad y, sin embargo, sigue con insomnio?

3. Los factores que perpetúan

Malos hábitos de sueño

Consumo crónico de hipnóticos

Consumo excesivo de sustancias despertadoras, cafeína

Aumento de la tensión somatizada

Distorsiones cognitivas

Creencias disfuncionales

Tome lápiz y papel y vaya anotando con cuáles de estos síntomas se siente identificado:

- **Hábitos inadaptados:** ¿qué hace el insomne?
- Calienta la cama, para ver si le viene un poquito más de sueño. ¿Nunca le pasó? Aquel que no tiene problemas para dormir, se acuesta, duerme, se despierta y se levanta. El insomne, en cambio, pasa más tiempo en la cama que el tiempo que duerme; y esto, lejos de ayudar, hace que el sueño sea más superficial. *El sueño no viene por esperarlo, sino que viene siguiendo un ritmo circadiano y un ritmo homeostático bien definido.*
- **Horarios irregulares para acostarse y levantarse:** como nunca sienten sueño porque han perdido la regulación homeostática, se van a la cama a distintas horas y tampoco respetan el horario para levantarse. Recuerde que el cerebro *agradece las rutinas de los horarios regulares.*

- **Siestas durante el día** para tratar de recuperar el sueño. Por supuesto, si durante el día usted duerme siestas de dos o tres horas, difícilmente va a poder dormir de noche.
- **Actividades incompatibles con el sueño:** la cama se transforma en un gran escritorio donde preparan la agenda del otro día, estudian, miran la televisión, hablan por teléfono, tienen la computadora portátil, comen, etc.
- **Dependencia a la medicación para dormir:** aquellos que toman pastillas, tienen terror a quedarse sin ellas. Son capaces de salir a las tres de la mañana a rogarle al farmacéutico o a alguien que les dé las pastillas. Lo que encubre esto es una alta dependencia a drogas lícitas, pero no por ello menos adictivas.
- **Las cogniciones disfuncionales:** sentimos y actuamos según nuestros pensamientos; en los insomnes los pensamientos son, en general, poco realistas y faltos de evidencia y, por lo tanto, disfuncionales. Por ejemplo: preocupación excesiva por el déficit de horas de sueño. La vida del insomne gira alrededor del insomnio: "dormí sólo dos horas... no dormí nada... anoche no pude pegar ni un ojo...". Todo lo que les pasa durante el día, es atribuido al mismo hecho... "Y qué querés, ¿dormí tan poco!"... Cualquier cosa que les pasa es atribuida al insomnio. *Nadie muere de insomnio*, salvo que tenga un "insomnio familiar fatal", que es una enfermedad mortal de la que, por suerte, hay muy pocos casos en el mundo. Viven pre-ocupados por el déficit de horas de sueño, pensamientos reiterativos sobre las consecuencias, que nosotros llamamos *rumiación*, como la vaca que se traga el pasto y lo vuelve a traer a la boca varias veces...
- **Expectativas poco realistas:** "tengo que dormir ocho horas, porque si duermo siete ya no funciona". Estos son algunos ejemplos de cogniciones y creencias disfuncionales sobre las que deberemos trabajar.
- **Fatiga, disminución del rendimiento, malestar social.** Hay numerosos estudios que demuestran que el insomne tiende a aislarse cada vez más, porque como está esperando la hora de sueño, si se le hace muy tarde porque salió a la noche va a tener

más problemas para dormir. Y, entonces, cada vez tiene menor contacto social, principalmente nocturno, y aumenta la tendencia al aislamiento; a esto se le suma una activación cognitiva permanente, que es emocional, funcional y cognitiva.

Si usted se ha visto reflejado en más de tres de estos ejemplos, no cabe duda, ¡usted padece de insomnio!

¿En qué consiste nuestro trabajo?

*¿Por qué es un modelo integrativo,
multimodal y progresivo?*

Podemos darle pautas para mejorar su falta de sueño, pero no es algo que pueda realizar totalmente solo si realmente quiere superar definitivamente el problema.

Nosotros trabajamos simultáneamente en varios frentes de acción: en el aspecto educativo del paciente, por medio de explicaciones, y esto para nosotros es un principio... el paciente no solo sale con la explicación que le damos de su enfermedad, porque tiene todo el derecho a saber qué le está pasando, con palabras accesibles y que pueda entender sino que, además, pueda comprender que muchos aspectos de su proceso de curación dependen de él mismo. Es lo que podemos llamar: *participación activa y responsable del paciente*. Para lograr este aspecto educativo, contamos con mucho material didáctico impreso, damos conferencias, charlas a la comunidad, y cursos para los médicos.

Parte de nuestra actividad se centra en la higiene del sueño, los hábitos, la alimentación, el factor cognitivo conductual, farmacológico, las técnicas de control de estrés, de autocontrol y de auto-relajación, auto-hipnosis, acupuntura, etc. No es la suma de técnicas, es la *integración de un paradigma*.

Todo lo que pueda ayudar al paciente, es utilizado. Hacemos un contrato de trabajo en donde se estipula con el paciente que va a tener que venir cuatro veces seguidas, una hora cada vez, una vez por semana, y es

necesario que acepte el compromiso de trabajar durante la hora de consulta. Después, nuestro trabajo y el de él, sigue en la casa durante toda la semana. Al ser una enfermedad compleja y crónica, esto es muy importante, porque nos ayuda en la relación médico-paciente y en el compromiso del paciente para con su tratamiento.

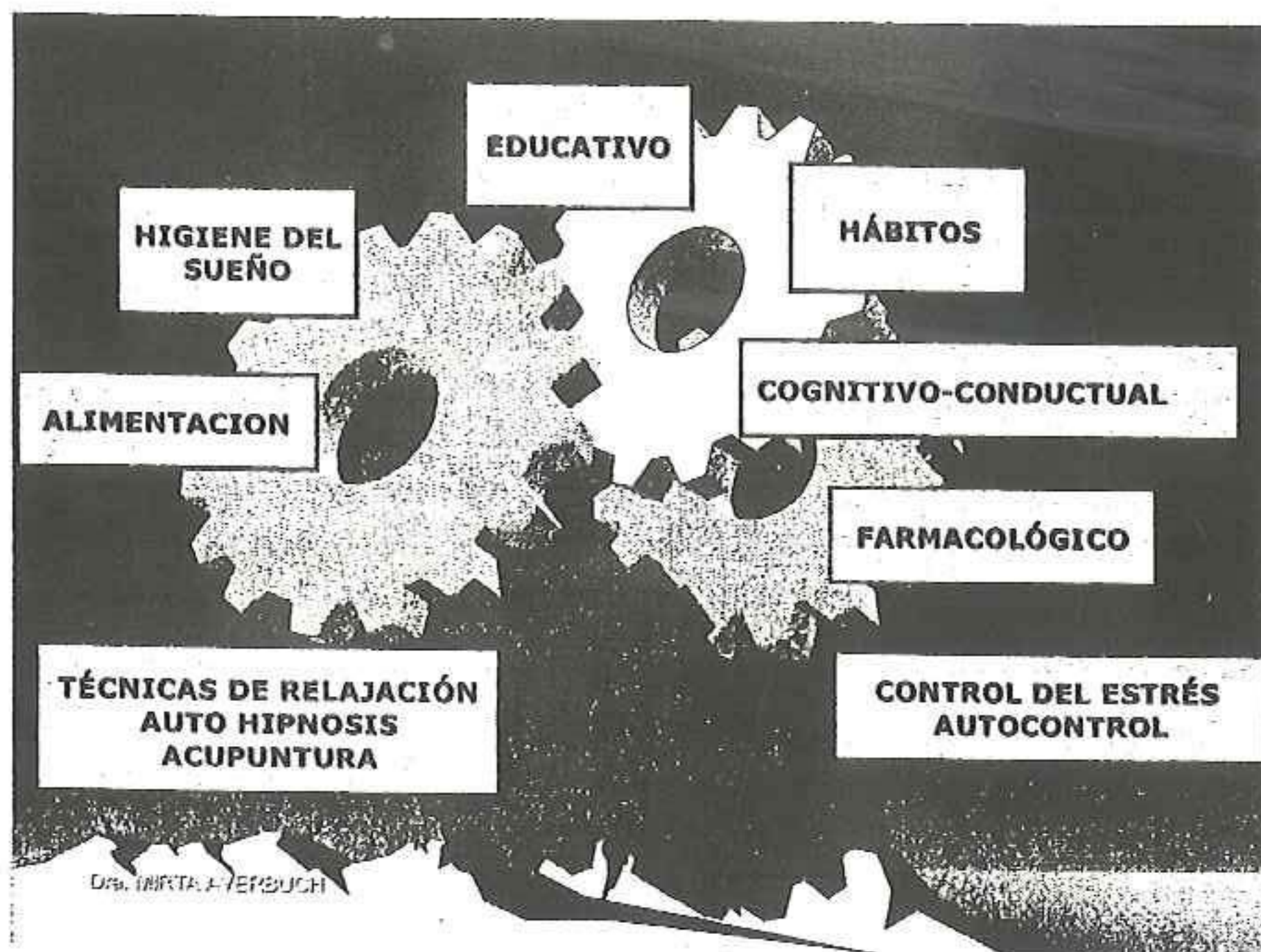
En cada consulta nos manejamos con material didáctico, diarios de seguimiento semanal de sueño y actividades de vigilia. Trabajamos sobre los factores que perpetúan el insomnio y les enseñamos técnicas de control del estrés y la ansiedad. En casos especiales —y cuando la ansiedad se manifieste como un factor importante—, indicamos medicación; pero siempre durante el día, por tiempo limitado y a pequeñas dosis. Si utilizamos hipnóticos preferimos los de nueva generación, de vida media corta, que generan menor dependencia; no los benzodiazepínicos. El objetivo es lograr que el paciente duerma rápida y satisfactoriamente según sus demandas.

El tratamiento del insomnio no debe estar limitado a la noche.

*Todo lo que hagamos durante el día,
repercutirá indefectiblemente sobre nuestro sueño.*

*Y así como pasemos la noche dependerá
el estado en que nos encontremos durante el día.*

Con qué recursos trabajamos:



Utilizamos, como vimos, técnicas de restricción de tiempo en cama, donde ajustamos el tiempo que duerme al tiempo en que está en la cama; trabajamos sobre los signos y síntomas que acompañan al sueño.

Cuando le preguntamos al insomne: -¿Cómo se da cuenta de cuándo tiene sueño?, la respuesta es siempre la misma: -yo nunca tengo sueño.

Eso es porque ha perdido la capacidad de reconocerlo, de bostezar, de que le piquen los ojos, de cabecear. Es justamente debido a estas pérdidas que tenemos que reeducar al paciente. Pareciera que el cerebro olvidó, o perdió la capacidad de lograr el sueño en forma fisiológica y lo que hacemos entonces es reeducarlo y volver a enseñarle estos hábitos.

¿Qué podemos hacer por usted?

Comenzamos por el *diario de sueño*, que es una herramienta muy útil que usted deberá completar durante toda la semana en su casa. Cada cuadrado del esquema semanal es una hora, y están representadas todas las horas del día.

Deberá marcar con flechas para abajo  cuando se acuesta y para arriba  cuando se levanta; los cuadraditos llenos significan las horas que ha dormido y los que deja en blanco cuando está despierto.

Con este esquema, podemos evaluar las rutinas y regularidad del sueño, los despertares nocturnos intrasueño, y las siestas, que a veces las hacen, y otras veces se acuestan, como decimos, a calentar la cama. Este es un método subjetivo --muy bueno para nosotros y también usted, pues pone en el papel lo que le ocurre, y podemos trabajarlo juntos.

Muchos pacientes creen no haber dormido nada, y cuando empiezan a llenar esta cartilla comprueban que, al contar día por día las horas de sueño, durmieron más de lo que pensaban; o menos, claro.

Completamos este método subjetivo con métodos objetivos --como el estudio del sueño, polisomnografía y la actigrafía--, cuando sospechamos algún desorden primario del sueño.

Simultáneamente trabajamos con la higiene del sueño haciendo especial hincapié en los horarios regulares para acostarse o levantarse, acorde a la regulación del ritmo circadiano y el ritmo homeostático. Indicamos asimismo la actividad que favorece el sueño, como ejercicios suaves, y actuamos sobre todos los factores perturbadores: mirar la televisión desde la cama, llevarse los problemas a la cama, ¡pero le damos herramientas para que lo pueda hacer!

Algo en lo que hacemos especial hincapié es que "por la noche nada de estimulantes". Como durante la noche usted duerme mal, y durante el día está somnoliento y poco activo, es muy común que consuma grandes cantidades de cafeína, aspirina, gaseosas, té, mate y todo lo que tenga sus-

tancias activadoras que, por supuesto, son despertadoras; con lo cual, a la noche, para que pueda dormir necesitará un hipnótico, como única forma de compensar tanta activación diurna.

Todas estas son medidas de higiene que trabajamos en cada sesión, junto con los diarios de sueño, los distintos tipos de métodos para evitar el tiempo en cama, y el componente cognitivo-conductual, en donde lo llevamos a identificar las cogniciones disfuncionales sobre el sueño, para tratar de que usted pueda modificar sus creencias y actitudes con respecto al sueño.

La cama produce en muchos de los pacientes un efecto de auto-hipnosis negativa, porque el hecho de que comience a oscurecer ya empieza a disparar lo que llamamos cognitivamente *pensamientos automáticos*, que suelen ser negativos y se atropellan en su mente del paciente todas las noches.

Pero esto es comparable a si yo pienso que me va a ir mal en un examen; lo más probable es que me vaya mal.

Si pienso que no voy a poder dormir...

¡Seguro que no voy a poder dormir!

Y con todo lo que tengo que hacer mañana...

...estoy tan cansado... mejor me tomo una pastilla...

y por las dudas dejo otra más a mano,

porque si me despierto a la noche...

Concentramos nuestra actividad en disipar los mitos sobre el sueño, aumentar la percepción de autocontrol y la auto-eficiencia percibida.

Le explicamos cómo se producen estos circuitos *maladaptativos*, que lo que hacen es perpetuar los estados de ansiedad y, con ella, el insomnio.

Todo esto está generado fundamentalmente dentro de la persona. *O sea, que el único que puede modificarlo es usted mismo*, con nuestra ayuda.

Acá, nuestro ego, no es tan grande como en el caso de otras especialidades, porque le enseñamos a auto-atribuirse los logros.

Nosotros aportamos un 50 por ciento, y el otro 50 por ciento *lo tiene que aportar usted*. Esto es muy importante, porque estimulamos la auto-eficacia percibida y la auto-atribución, lo que a la larga romperá el circuito de dependencia.

El circuito de retroalimentación se perpetúa también a través de la somatización de la tensión, y es cuando aparecen otras complicaciones de tipo orgánicas como la contractura cervical y el dolor. Estas dificultades cierran el circuito, generando una nueva sintomatología que también complica la posibilidad de dormir.

Y se suman las noches de insomnio donde no aparece el sueño, que genera insomnio, y así este circuito se auto-perpetúa generando el efecto "bola de nieve".

El objetivo final siempre debe ser que usted logre dormir bien y en un tiempo relativamente breve.

No hay derecho a que nadie sufra o padezca por tiempos ilimitados —como algunos modelos tanto médicos como psicológicos lo han hecho durante tiempo—, haciendo depender al paciente del profesional durante años, sin solucionar el problema.

Yo creo que no es digno, que no es ético y no hay ningún derecho a que alguien esté padeciendo alguna patología de ningún tipo, cuando hoy hay medidas y tratamientos rápidos y efectivos.

BASTA DE OBESIDAD BASTA DE INSOMNIO

Todos queremos saber cómo comer mejor y cómo dormir mejor. Aquí leerá las diferentes opciones dentro de las distintas especialidades, ¡y usted será quien elija qué camino desea seguir! ¿Alopatía? ¿Acupuntura? ¿Homeopatía? ¿Naturismo?

- No existe insomnio si no tiene consecuencias sobre la vigilia.
- El insomnio es un síntoma; se transforma en una enfermedad cuando se hace crónico.
- El fast-food se creó para que lo sirvan rápido, ¡no para comerlo rápido!
- Sepa cuáles son las diferencias entre azúcares, edulcorantes y endulzantes.
- El síndrome metabólico comienza, aproximadamente, a los 8 ó 9 años, y se hace más frecuente en la adolescencia. Pero estamos viendo niños menores de 5 años, obesos, con resistencia a la insulina... ¡Cuidado!

A.A.M.I. invita a pensar en los cambios que nos mueven hacia un futuro cada vez más cercano.

