

Cuando el embarazo
no llega

**El primer
trimestre del
embarazo,**
tú y él

De la leche
a la papilla

Tener un bebé sano,
la misión del DGP



TER NU RA

Largas horas de modelado para dar forma a la ternura. La destreza de los artistas convierte la porcelana en piel, en pura emoción. Una creación hecha a mano en los talleres de Lladró en Valencia - España.




LLADRÓ[®]

Valencia - Spain

Alboreo
42 x 20 cm

Le esperamos en las Boutiques Lladró:

Valencia

Poeta Querol, 9 • Tel. 96 351 16 25
valencia-pq@es.lladro.com
Museo Lladró • Ctra. de Alboraya s/n
(Tavernes Blanques).

Venga a conocer el proceso artesanal que da vida a las obras Lladró.
Concierte cita previa en el teléfono gratuito 900 21 10 10.

Madrid

Serrano, 68 • Tel. 91 435 51 12 •
madrid-se@es.lladro.com

Barcelona

Passeig de Gràcia, 101 • Tel. 932 701 253
barcelona-pg@es.lladro.com

05

EDITORIAL

06

ACTUALIDAD

Aumenta en un 28% el número de pacientes que afrontan la maternidad en solitario

Continuamos con nuestro compromiso social

IVI Sevilla celebra su décimo aniversario

La UPV nombra a Antonio Pellicer, Doctor Honoris Causa

El IV Congreso Internacional IVI reúne a más de 1.000 expertos

Carlos Simón, Premio Jaime I

10

SIN DUDAS

¿Cómo sabe una mujer que está llegando a la menopausia?

¿La amniocentesis se hace únicamente bajo indicación médica?

¿Cuándo hay que llevar a una hija por primera vez al ginecólogo?

¿Cuándo se debe asistir a una clínica de reproducción?

14

ANTES DEL EMBARAZO

Tener un bebé sano, la misión del DGP

¡Que vienen dos!, susto o alegría

22

NUEVE MESES

Él y tú, primer trimestre

El sueño durante el embarazo.

De los brazos de Morfeo a las noches en vela

30

EL BEBÉ

De la leche a la papilla

34

PSICO

Cuando el embarazo no llega

Hiperactividad infantil, esa gran desconocida

42

LA EDAD DE ORO

10 reglas de oro para la menopausia

44

ADOLESCENCIA

VPH, la vacuna de la adolescencia

46

GUÍA CULTURAL

Un libro, una cita, una peli





Profesor Pellicer
Presidente de IVI

Cuando el 'quiero' gana la guerra del 'puedo'

No sabemos a ciencia cierta si querer es poder, pero lo que sí sabemos es que cuando no se puede de forma espontánea, hay soluciones para conseguir lo que verdaderamente queremos. Por eso, para muchas parejas, el camino hacia la maternidad comienza en nuestras consultas. A veces es corto pero intenso y otras veces largo y cauteloso. Pero con piedras o sin ellas, es siempre esperanzador y en el 90% de los casos tiene un final feliz.

Tras un año de relaciones sexuales sin protección, salta la alerta en las parejas. No podemos tener hijos, dicen muchas en su primera visita a un centro de infertilidad. En IVI siempre os decimos: *seguramente podréis, pero con la ayuda de la ciencia, de vuestro doctor, de vuestra enfermera, de vuestro psicólogo si fuese necesario, de vuestra familia y de vuestra voluntad en el empeño de querer ser padres.*

Esa receta fue la que prescribimos hace un par de años a Paola y Carlos, una pareja italo-española que ya ha celebrado el primer cumpleaños de sus mellizos. Fijaos en sus fotografías de familia, dicen algo así como "lo conseguimos".

Han colaborado



Antonio Requena
Director médico de IVI



Anabel Salazar
Ginecóloga de IVI Sevilla



Mónica Martínez
Bióloga de IVI Madrid



Soledad Chamorro
Psicóloga de IVI Madrid



Pilar Alamá
Ginecóloga de IVI Valencia



Pilar Dolz
Psicóloga de IVI Valencia



Juan Ignacio Muñoz
Pediatra de IVI Valencia



Vicente Guillén
Ginecólogo de IVI Las Palmas



José Serna
Director de IVI Zaragoza



Marcos Ferrando
Director de IVI Bilbao



Laura Fernández
Ginecóloga de IVI Murcia



IVI

actualidad

Aumenta en un 28% el número de pacientes que afrontan la maternidad en solitario

Cada vez son más las mujeres que deciden afrontar la maternidad en solitario o con su pareja homosexual. En concreto, tal y como explica el **Dr. Antonio Requena**, director de IVI Madrid, "ha aumentado un 28% el número de madres solteras que han acudido a IVI en el último año. Si en 2009 fueron 543 madres solteras, las que optaron por la reproducción asistida; en 2010 fueron 733".

Ésta fue alguna de las conclusiones presentadas por expertos de IVI, en colaboración con la Asociación Madres Solteras por Elección en Solitario y de la página web masola.org, en la *Jornada sobre Tratamientos de Reproducción Asistida en mujeres que eligen la maternidad en solitario y/o parejas homosexuales*, que tuvo lugar recientemente en IVI Madrid.

Rosa Maestro, directora y fundadora de la página web www.masola.org asegura que "es importante tener en cuenta que en España hay 80.000 familias monoparentales y que esta cifra aumenta cada año". En este sentido, **Jose Alberto Cabañés**, diputado del Grupo Socialista en las Comisiones de Igualdad y Sanidad, explicó en dicha jornada que "vivimos en una sociedad dinámica y los legisladores tienen que dar respuesta a ese dinamismo y adaptarse a los nuevos tiempos".

Por su parte, la **Dra. Soledad Chamorro**, psicóloga de IVI Madrid, dio las claves acerca de cuál es el perfil de una mujer que decide someterse a un tratamiento de reproducción asistida para emprender la carrera de la maternidad en solitario: "Se trata de una mujer independiente, con un nivel adquisitivo aceptable, que cuenta con un gran equilibrio emocional, con un nivel cultural medio-alto y una amplia implicación en redes sociales." ■



Continuamos con nuestro compromiso social

El pasado mes de mayo IVI Valencia celebró el *Curso Solidario de Obstetricia y Pediatría* en el que expertos de la sanidad pública y privada, universidad y hospitales debatieron sobre temas de actualidad como, por ejemplo, el posible exceso de yodo que se suplementa a las mujeres embarazadas, la seguridad del parto no medicalizado, o cómo mejorar la detección de cardiopatías fetales.

El dinero recaudado con las inscripciones fue destinado a la asociación *África en el Corazón* dedicada a dar estudios a jóvenes Masaais. En la actualidad, esta asociación escolariza a 341 alumnos en la *Isabella Secondary School*, y los recursos conseguidos en este curso se dedicarán a la construcción de otra nave dormitorio para escolarizar a 81 nuevos alumnos. ■



Carlos Simón, premio Jaime I

El Dr. Carlos Simón, director científico de IVI, ha sido galardonado este año con el premio Rey Jaime I a la Investigación Médica.

Los premios, otorgados por la Generalitat y la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados (FVEA) para estimular y reconocer la investigación, han contado en su jurado con 19 premios Nobel y un centenar de personalidades del mundo de la medicina, la investigación, la economía, el medio ambiente, las nuevas tecnologías y la iniciativa empresarial. ■

IVI Sevilla celebra su décimo aniversario



La clínica sevillana quiso festejar, el pasado mes de mayo, con todos sus empleados y muchas familias su décimo aniversario. El parque del Alamillo fue elegido para pasar una jornada dedicada a la familia donde los más pequeños pudieron disfrutar de talleres y actividades pensadas para ellos en un entorno de diversión y entretenimiento.

Centenares de personas acudieron con sus hijos para disfrutar de una mañana llena de ilusiones y mucho sol. Los niños se lo pasaron en grande con los cuentacuentos, magos, pintacaras, castillos hinchables, karts, un taller de globoflexia, carreras de sacos y actividades de agua que vinieron fenomenal para una jornada tan veraniega.

Desde que IVI Sevilla abriera sus puertas en 2001, más de 10.000 pacientes han pasado por sus instalaciones para intentar hacer realidad su sueño de

ser padres, como es el caso de Manuela y Rafael, un matrimonio sevillano que concibió a su hijo Pablo, de 8 años, gracias a un tratamiento de reproducción y quiso contar su historia dentro del marco de celebración del décimo aniversario: “teníamos claro que queríamos tener un hijo y todo el esfuerzo valió la pena; de hecho, 6 años después de nacer Pablo volvimos a IVI y ya tenemos con nosotros a Elena, de dos años”, afirmó la pareja.

IVI Sevilla, que abrió sus puertas con 6 empleados y 420 metros de instalaciones, cuenta hoy con un equipo humano de más de 60 personas y una clínica que comprende 1.600 metros cuadrados con la última tecnología al servicio de una sociedad cada vez más necesitada de tratamientos de reproducción, entre otros motivos por el retraso que se ha producido en la maternidad en los últimos años. ■

La UPV nombra a Antonio Pellicer Doctor Honoris Causa



La Universidad Politécnica de Valencia nombró el pasado 15 de junio al presidente de IVI, Antonio Pellicer, Doctor Honoris Causa. Durante el acto, el Dr. Pellicer repasó sus más de 30 años dedicados a la docencia, la investigación y la asistencia médica, y

destacó el orgullo que supone "haber sido capaz de trasladar los resultados de las investigaciones y desarrollos a la sociedad desde el IVI, junto al Prof. Remohí".

Además, aprovechó para recordar que "estos reconocimientos, que en ocasiones recaen en mi persona y otras veces en IVI, son el fiel reflejo de que el trabajo realizado ha calado en la sociedad y que ésta visualiza con transparencia los esfuerzos de un grupo de investigadores valencianos que ha tenido la inmensa fortuna de proyectarse por todo el mundo utilizando la catapulta de la Universitat de València".

Por su parte, en su laudatio, el rector de la Universidad Politécnica de Valencia explicó que en el índice H, un indicador basado en el número de citas en publicaciones, "41 es el índice medio de los premios Nobel de Física en los últimos veinte años, mientras que el profesor Pellicer, con un índice de 44, está en la cabecera de los rankings de medicina reproductiva del mundo". ■




El IV Congreso Internacional IVI reúne a más de 1.000 expertos

Durante tres días, Valencia ha acogido el IV Congreso Internacional IVI (del 7 al 9 de abril) en el que más de 1.000 expertos nacionales e internacionales han debatido sobre los últimos avances en reproducción asistida.

A lo largo de siete sesiones se han puesto en común experiencias sobre la estimulación ovárica, las consecuencias a largo plazo de la reproducción asistida o los métodos más innovadores para seleccionar los mejores gametos, entre otros.

También el II International Cryo Congress, a través de diversos workshops, ha permitido a cientos de participantes actualizar y compartir conocimientos sobre las técnicas de criopreservación. ■



¿Cómo sabe una mujer que está llegando a la menopausia?

El término *menopausia* se refiere específicamente al momento en que cesa la menstruación en una mujer y desaparece durante 12 meses consecutivos. Se presenta a una edad aproximada de 50 años. Si ocurre antes de los 40, se trata de menopausia precoz y en caso de retrasarse más allá de los 55, menopausia tardía. Por otro lado, no debemos confundir menopausia y climaterio; éste último engloba el periodo anterior y posterior a la presentación de la menopausia, y dura entre 5 y 15 años.

Antes de perder la regla de forma definitiva, es habitual la presencia de ciertos trastornos menstruales, como alteraciones en el ritmo del ciclo menstrual (menstruaciones muy próximas o separadas) o cambios en la cantidad de menstruación (por exceso o por defecto).

En esta etapa, los ovarios comienzan a producir una menor cantidad de estrógenos (hormonas sexuales femeninas) y este descenso en su producción provoca fuertes cambios endocrinológicos responsables de los distintos síntomas que con frecuencia aparecen en esta etapa de la vida. Cada mujer es única y los cambios serán diferentes en cada caso. Existe una gran variabilidad en su frecuencia, intensidad, y duración, incluso hasta un 25% de mujeres puede no presentar ninguno, pero generalmente son molestos y frecuentemente son motivo de consulta al especialista.

Los **principales síntomas** que pueden aparecer son:

- **Sofocos o "calores"**: consisten en enrojecimiento transitorio de la piel acompañados o no de sudoración de entre 30 segundos y dos minutos de duración.
- **Alteraciones genitourinarias**: irritación y sequedad vaginal, que pueden generar dolor con las relaciones sexuales y aumento de infecciones. Pérdidas de orina involuntarias, dolor o escozor al orinar, infecciones de orina y cistitis.
- **Sequedad de piel y mucosas.**
- **Cambios en el estado de ánimo**: aumento de la irritabilidad, aparición de ansiedad e incluso es más frecuente la depresión. ■

La amniocentesis es la prueba prenatal que se utiliza con más frecuencia en la actualidad para el diagnóstico de defectos congénitos cromosómicos y genéticos. El procedimiento consiste en una punción con aguja fina a través de la pared abdominal para acceder a la bolsa amniótica, y obtener por aspiración una muestra de líquido amniótico. El líquido amniótico se compone principalmente de orina del bebé, en la que flotan células de las diversas partes de su cuerpo: de la piel, vías urinarias, boca y pulmones. Por lo tanto, a partir de estas células se pueden realizar estudios genéticos directamente.

La amniocentesis no se indica a todas las embarazadas de manera rutinaria, ya que al ser un procedimiento invasivo, presenta riesgos inherentes a la técnica. Las complicaciones más frecuentes son: Pérdida fetal (0.5-1%), amenaza de aborto, lesiones estructuras vecinas (intestinos, vejiga), hematoma de pared abdominal, infección de la bolsa amniótica y parto pretérmino.

Las principales indicaciones médicas para la amniocentesis son: Edad materna avanzada, anomalía cromosómica diagnosticada en una gestación previa, antecedentes familiares de anomalías genéticas en alguno de los progenitores, sospecha de infección en el feto, riesgo de infección del líquido amniótico, etc.

A parte de las indicaciones estrictamente médicas existe una indicación discutible que es la que va dirigida a disminuir el miedo materno. En los últimos años se está produciendo un aumento en el número de mujeres que piden hacerse la amniocentesis porque les da miedo tener un hijo con alguna deficiencia, aunque no tengan ningún factor de riesgo. Debido a que es una prueba invasiva que puede presentar riesgos o complicaciones para el feto, nuestro consejo es realizarla bajo criterio médico para evitar la pérdida de bebés sanos como consecuencia de una complicación tras una prueba que no estaba indicada. Por lo tanto, a la hora de asesorar a nuestras pacientes el ginecólogo siempre debe tener en cuenta los deseos de la madre, sin dejar de velar por la seguridad del bebé. ■

¿La amniocentesis se hace únicamente bajo indicación médica?

"Edad materna avanzada es una de las principales indicaciones médicas para la amniocentesis"





¿Cuándo hay que llevar a una hija por primera vez al ginecólogo?

Aunque la pubertad suele iniciarse a la edad de 11 años, hasta los 16 años no es necesario pedir cita en el gine. En la primera consulta se podrá preguntar e informar sobre temas relevantes en esta etapa de su vida que se incia, como son: la vacunación del virus del papiloma humano (HPV), planificación familiar y contracepción, prevención de enfermedades de transmisión sexual, irregularidades menstruales, higiene menstrual, o incluso despejar dudas acerca de la normalidad o no de las modificaciones corporales que se sufren en la pubertad y que pueden ser motivo de gran preocupación para ella.

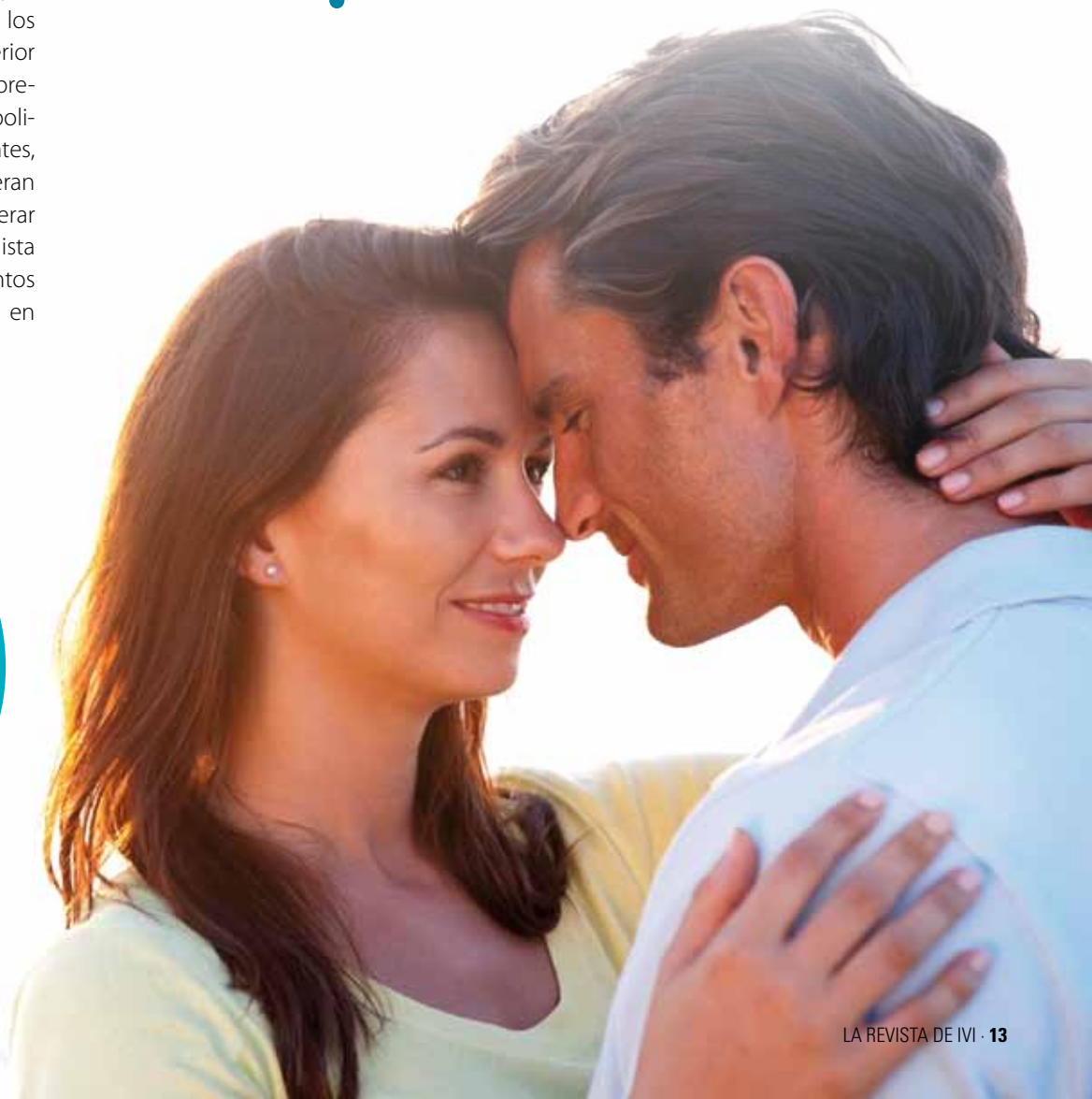
Se recomienda consultar antes en caso de presencia de alguna patología como tener reglas muy dolorosas, hemorragias durante la menstruación que generen anemia o al inicio de las relaciones sexuales.

La primera visita puede generar cierto temor o recelo, y la podemos acompañar para que se encuentre más tranquila, pero en visitas posteriores, podemos dejar que la acompañe otra persona, como una hermana o una amiga. Puede que se sienta más cómoda para hablar sobre ciertos temas cuando “mamá” no está delante, sobre todo los que tienen que ver con la sexualidad. ■

Las posibilidades de embarazo en la especie humana son de aproximadamente un 20% por mes. Según estos datos, tras 12 ciclos, normalmente el 85% de las parejas lo consiguen. Si transcurrido un año de relaciones sexuales regulares sin protección no hemos conseguido el deseado embarazo, debemos empezar a plantearnos la opción de hacer nuestra primera consulta a un centro especializado en reproducción asistida. Por otro lado, existen situaciones clínicas o sociales que nos podrían hacer adelantar esta primera consulta a los 6 meses: cuando la edad de la mujer es superior a 35 años, se precisan cirugías ginecológicas previas, hay presencia de endometriosis, ovario poliquístico o irregularidades menstruales. Pacientes, tanto mujeres como hombres, que recibieran tratamiento quimio o radioterápico para superar un cáncer, también deben acudir al especialista antes del año, pues este tipo de tratamientos pueden disminuir drásticamente la fertilidad en algunos casos. ■

¿Cuándo se debe asistir a una clínica de reproducción?

"Las posibilidades de embarazo en la especie humana son aproximadamente un **20%** por mes"





**Tener un
bebé sano,
la misión
del DGP**

Hay parejas a las que les gustaría tener un bebé varón, otras a las que les gustaría más tener una chica, las hay que sueñan con que se parezcan a uno de los dos, las que desean un parto corto y medicalizado o las que lo prefieren natural y en casa, pero todas tienen un deseo común: **tener un bebé sano.**

Algo aparentemente tan sencillo como tener un bebé sano de manera espontánea puede llegar a resultar una utopía, no sólo para aquellas parejas que desgraciadamente cuentan en su historia clínica con un problema genético, sino también para las futuras mamás que tienen más de 40 años. "Las parejas que tienen una enfermedad genética grave normalmente ya conocen la técnica cuando llegan a nuestras consultas, bien porque tienen referentes en la familia o bien porque se vieron afectados en un primer embarazo. Además, cada vez hay más información sobre esta técnica y sus beneficios, sin embargo todavía existe el desconocimiento entre las parejas sanas pero de edad avanzada. Éstas también corren el riesgo de producir embriones con alteraciones y por lo tanto son candidatas a DGP", comenta el **doctor Marcos Ferrando**, director de IVI Bilbao.

En qué consiste la técnica

El fin del DGP es poder analizar los preembriones en el laboratorio después de haberlos fecundado in vitro y antes de ser transferidos al

útero materno. Mediante una biopsia, se procede al análisis de esos preembriones permitiendo diferenciar los sanos de los afectados y así, el doctor puede transferir aquellos que van a dar como resultado el embarazo de un bebé completamente sano. "Es un método complejo que necesita de un laboratorio altamente cualificado, porque si no se realiza correctamente se corre el riesgo de dañar algún embrión o de no poder obtener la información genética y muchas veces el número de embriones es escaso, por lo que sería inadmisibles perder la oportunidad de transferir el hijo sano que los padres buscan", explica el **doctor Ferrando**.

IVI dispone de un laboratorio específico de DGP en el que se estudia cada caso de forma individualizada. Las altas tasas de éxito, personalización del tratamiento y la alta cualificación de los biólogos y embriólogos que trabajan en los laboratorios de IVI han convertido al grupo en referente español en esta técnica. Tanto es así que otros centros sanitarios de España confían este tipo de análisis a IVI.



"Existe un tipo de enfermedades genéticas ligadas al sexo"

Qué enfermedades puede cortar el DGP

Si bien la enfermedad cromosómica más conocida es el Síndrome de Down, que se da porque el embrión tiene el cromosoma 21 triplicado –en vez de un 21 del padre y otro 21 de la madre-, ésta no es la enfermedad más frecuente en los DGP realizados en España. Las enfermedades más frecuentes en las parejas que recurren a IVI son el Síndrome X-frágil –retraso mental en varones-, la Enfermedad de Huntington –trastorno motor- y la Distrofia Muscular –trastorno severo de los músculos-.

Existe un tipo de enfermedades genéticas ligadas al sexo en las que no se ha podido caracterizar el origen del problema; sólo en esos casos está permitido por la ley seleccionar un embrión por su condición sexual. ■

El DGP duplica el éxito reproductivo en mujeres con más de 40 años

Cada vez son más las mujeres de todo el mundo que tienen hijos en torno a los 40 años, lo que está llevando al uso de tratamientos de reproducción asistida (TRA) en pacientes de más edad. Como consecuencia de esta tendencia existe una necesidad urgente de mejorar los resultados de los tratamientos en este grupo cada vez más numeroso de pacientes, “y parte fundamental es el empleo del diagnóstico genético preimplantacional (DGP) que en mujeres con más

de 40 años y con un mínimo de 6 ovocitos de buena calidad permite multiplicar por dos el éxito reproductivo”, asegura el **doctor Juan A. García Velasco**, director de IVI Madrid y autor del estudio *Nuevas alternativas para pacientes de maternidad en edad avanzada*.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la edad, hay varias formas de mejorar los resultados reproductivos de estas pacientes que disponen de poco tiempo para conseguir un embarazo.

“En primer lugar, destaca el **Dr. García Velasco**, estudios recientes confirman que la FIV es más efectiva que otros métodos, como la Inseminación intrauterina (IIU), en cuanto a tasa de nacimientos vivos de madres de edad avanzada; en segundo lugar, una adecuada estimulación ovárica que normalice valores hormonales que se alteran con la edad –como los andrógenos– pueden mejorar las posibilidades; y en tercer lugar, la vitrificación de ovocitos o embriones para

acumular, ya que si la respuesta es pobre puede aumentar la probabilidad de conseguir la transferencia del embrión”.

Por último, después de múltiples discusiones sobre las ventajas e inconvenientes del DGP en pacientes de edad avanzada, se ha llegado a la conclusión de que los resultados reproductivos son mejores si se combina una adecuada selección de pacientes con laboratorios avanzados y embriólogos muy experimentados.

"El retraso en la edad materna hace que cada vez sea más necesario el DGP en tratamientos de reproducción asistida"



¡Que vienen dos!, susto o alegría

Nada cambia tanto la vida como un hijo, pero tener dos y a la vez más que un cambio supone una revolución. En embarazos espontáneos, la gestación múltiple representa el 1-2% del total pero los tratamientos de reproducción asistida lo incrementan hasta un 30%. En España, 1 de cada 6 parejas en edad fértil quiere tener hijos y no puede, por lo que acude a una clínica de reproducción para que le ayude a conseguir su sueño.

Eso es lo que hicieron Carlos y Paola: “En 2007 empezamos a buscar el bebé y aunque me quedé en estado bastante pronto no llegó a buen término y lo perdí en la semana 8. Seguimos intentándolo y por segunda vez nos ocurrió lo mismo. Tras un año de intentos sin lograr embarazo llegó la preocupación y la frustración. Por mi ginecólogo ya sabía que yo tenía ovario poliquístico, por lo que tras lo ocurrido no lo dudé y me fui al IVI ¡quería ser madre ya!”.

Tras varios intentos con Inseminación Artificial, fallidos, el siguiente paso fue la Fecundación in Vitro. “La mayoría de las pacientes llegan un poco cansadas y desanimadas a la FIV por lo que no quieren ni oír hablar de transferir un solo embrión; quieren que les pongamos dos

para aumentar las posibilidades de éxito y porque incluso les hace ilusión tener gemelos”, afirma el **Dr. Antonio Requena**, director médico del Grupo IVI.

Muchas parejas ven el embarazo múltiple como una situación deseada, desconociendo los riesgos que supone tanto para la madre como para los recién nacidos. El principal problema es el parto pretérmino, es decir, antes de la semana 37 y que ocurre en más de la mitad de estos partos; además, la necesidad de realizar cesárea es mucho más frecuente. También hay una mayor frecuencia de complicaciones como la hipertensión, polihidramnios (exceso de líquido amniótico) y diabetes gestacional, entre otras.



“El 18 de mayo de 2010 nacieron Alessandro y Flavio. La primera noche que estuve con ellos en el Hospital la pasé despierta escuchando su respiración y los ruiditos que hacían. Estábamos superfelices, lo habíamos conseguido”

“Es verdad que ya me lo advirtieron y, efectivamente, el embarazo fue difícil; casi todas las complicaciones que me podían ocurrir por ser embarazo múltiple las sufrí: tuve hiperestimulación ovárica, al sexto mes empecé a tener contracciones y me ingresaron desde la semana 26 hasta la 31, durante ese tiempo sufrí varias amenazas de parto prematuro”, recuerda Paola, “y el parto no fue mejor, tuvo que ser una cesárea programada en la semana 37 pero se complicó por un prolapso de útero y estuve ingresada en la UCI durante unas horas”.

“Todos estos aspectos son ampliamente conocidos por la comunidad médica, por eso en todas las clínicas IVI trabajamos para minimizar el riesgo de gestaciones múltiples en los tratamientos de reproducción asistida y apostamos por la transferencia de un único embrión si una vez analizado el caso consideramos que es una buena opción”, comenta el **doctor Requena**.

El objetivo de la medicina reproductiva actual es lograr un niño sano en casa, y no dos. De ahí que todos los esfuerzos en el panorama médico europeo se encaminen a humanizar la reproducción asistida asemejándola a la concepción natural; se intenta evitar la gestación gemelar mejorando las técnicas que permitan seleccionar el mejor embrión. “Estudiar cada segundo de desarrollo del embrión con ayuda del Embryoscope (el primer incubador cinematográfico), la vitrificación de gametos y embriones, el análisis metabólico del embrión, y sobre todo, ayudar en todo lo que podamos para facilitar la vida a las pacientes, haciéndoles más llevaderos los tratamientos”, señala **Antonio Requena**.

El 18 de mayo de 2010 nacieron Alessandro y Flavio, “porque como mi familia es italiana queríamos nombres que se pronunciaran bien en ambos países”, dice con una enorme sonrisa Paola, “la primera noche que estuve con ellos en el Hospital la pasé despierta escuchando su respiración y los ruiditos que hacían. Estábamos superfelices, lo habíamos conseguido”.

Cuando le preguntan a Paola cómo consiguen llevar la casa, sus respectivos trabajos y sacar adelante a dos niños a la vez, la respuesta la da Carlos : Con organización y toda la ayuda posible; familiares primero, niñera y guardería después. Hemos echado mano de todo lo que hemos podido permitirnos porque las ayudas públicas son muy pocas y dos bebés suponen un gran gasto”.

Pasado el primer año “que ha sido muy divertido pero también durísimo” Paola y Carlos no se plantean más embarazos de momento. Como ellos, la mayoría de las parejas que han sido padres de gemelos o mellizos tras un tratamiento de reproducción asistida tienen claro que no quieren tener más hijos y que en caso de animarse sería transfiriendo un solo embrión. ■

"El objetivo de la medicina reproductiva actual es lograr un niño sano en casa, y no dos, de ahí que todos los esfuerzos en el panorama médico europeo se encaminen a humanizar la reproducción asistida asemejándola a la concepción natural"





Afrontar la infertilidad es difícil en todos los casos, por eso IVI tiene una unidad de apoyo psicológico en todas sus clínicas

Él y tú. Primer trimestre

Noelia sorprendió a Víctor en la noche de su cumpleaños con el mejor de los regalos: Un test positivo de embarazo. Llevaban más de 2 años buscando un bebé y esquivando socialmente las infinitas preguntas que amigos, familiares y compañeros de trabajo les hacían continuamente; ¿para cuándo un niño?

Pues bien, les había llegado el momento de disfrutar sus deseados 9 meses. Noelia había soñado con este momento y quería disfrutarlo al máximo, por eso decidió plasmar cada sensación en un diario y con ayuda de su ginecólogo entender la vivencia paralela de su bebé.

EL DIARIO DE NOELIA, semana a semana

Semana 0 a la 4ª

Tuve mi primera falta y como consecuencia... ¡embarazo confirmado!

El bebé: Parece un garbancito.

Semana 5ª

Los antojos empiezan a manifestarse, empecé a tener deseos repentinos de comer mermelada. Además, me notaba cansada a todas horas.

El bebé: tiene el tamaño de un grano de arroz y su única preocupación es flotar en el líquido amniótico.

Semana 6ª

Empieza la revolución hormonal, irritabilidad y cambios de humor.

El bebé: empieza a desarrollar los rasgos de la cara, se pueden intuir las orejitas.

Semana 7ª

Muchos alimentos me empezaron a producir ardor de estómago.

El bebé: Empieza a crecer, su tronco se alarga y empieza a tener movimientos propios.

Semana 8ª

Mi gine me informa que el útero ya tiene el tamaño de una naranja.

El bebé: Su corazón late aceleradamente.

Semana 9ª

Los pantalones comienzan a estar demasiado ajustados, ¡empieza a cambiar el cuerpo!

El bebé: sigue creciendo, los riñones ya le funcionan y puede hacer pis.

Semana 10ª

He ganado casi 2 kilos, empiezo con las cremas hidratantes para evitar las estrías.

El bebé: habrá empezado a formarse la vagina si es niña, el pene si es niño.

Semana 11ª

Las náuseas continúan, aunque el gine dice que queda poco.

El bebé: Sus pulmones funcionan y ya tiene cuerdas vocales.

Semana 12ª

Aparece estreñimiento y mi ginecólogo me recomienda tomar fibra, frutas y verduras.

El bebé: empieza a mostrar movimiento.



El Dr. José Serna nos da consejos para afrontar el primer trimestre



Es un trimestre en el que hay que hacer algunos cambios en el estilo de vida. Hay un motivo muy importante para afrontar estos cambios: llevas un bebé dentro. No te costará mucho adoptar unos hábitos más saludables; por ejemplo en la alimentación: Es importante que hagas una dieta equilibrada y que comas frecuentemente y en pequeñas raciones. El aspecto exterior de tu cuerpo va a cambiar y deberás tener especial cuidado con la piel, es importante mantenerla hidratada para que pueda ir distendiéndose poco a poco. Vas a tener más sueño del normal y por lo tanto tienes que hacer una planificación del ejercicio físico; el mejor será dar un paseo de 1 hora cada día.



**El sueño
durante el embarazo.
De los brazos de Morfeo
a las noches en vela**

Una de las cosas que hace sospechar a una mujer que está embarazada es el deseo continuado de hacer una siestecita a cualquier hora del día. Es una de las consecuencias de la subida de progesterona que experimentan las gestantes desde los primeros días de embarazo. Sin embargo, esta sensación no será una constante durante los 9 meses porque de la misma manera que las hormonas te dejan caer sobre los brazos de Morfeo en el primer trimestre, las ganas de hacer pis, la acidez estomacal y los movimientos fetales a partir del segundo, pueden declararle la guerra a tu descanso nocturno.

Los trastornos del sueño durante el embarazo son comunes a casi todas las mujeres que esperan un bebé. La progesterona, la hormona reina del embarazo, ve triplicados sus valores en el cuerpo de una gestante, lo que produce una serie de consecuencias como es el efecto sedante sobre el cerebro de la futura mamá. "El primer trimestre es el momento más duro en cuanto al sueño, pues sobreviene de repente y a deshora. Es la consecuencia directa del impacto que tiene la hormona femenina por excelencia, sobre la embarazada. Con el paso de los días la carga hormonal es similar pero el cuerpo se va habituando al efecto sedante", comenta la **doctora Laura Fernández**, ginecóloga de IVI Murcia.

"El nerviosismo que genera ser mamá primeriza es otro agente que afecta directamente al sueño".



"Para dormir mejor es recomendable tumbarse sobre el costado izquierdo para no presionar la vena cava"

Descansar es tan importante como alimentarse adecuadamente y tener hábitos saludables, sin embargo es tarea difícil conseguirlo porque generalmente la embarazada se debe a su trabajo y a su familia, por lo que dormir, pese a ser una prioridad, a veces es una utopía. "La falta de sueño afecta directamente a la capacidad de concentración, al humor y a la vida en general. Además, muchas embarazadas se sienten angustiadas e incomprendidas por su entorno cuando le recriminan que siempre está durmiendo. Por eso es muy importante que tanto la pareja como la familia favorezca el descanso de la futura mamá y respete sus tiempos, porque va en beneficio de ella y de su bebé" aconseja la **doctora Fernández**.

Pero no todo es sueño lo que acontece en el periodo gestacional, sino que el insomnio es otra de las consecuencias del embarazo. Sucede cuando los cambios físicos le ganan la guerra a la progesterona y pueden más sus efectos que los de la hormona. Comentarios típicos de esta etapa que comienza a finales del segundo trimestre suelen ser: "Yo acostumbra a dormir boca abajo y ahora no pego ojo"; "Anoche me levanté tres veces a mear"; "Cuando por fin me iba a dormir, a mi bebé le entró el hipo y me dieron las 3 de la madrugada"; "No sé qué me pasa que me despierto a las 5 de la mañana y ya no me puedo volver a dormir".

El nerviosismo que genera ser mamá primeriza es otro agente que afecta directamente al sueño. "Las mujeres que esperan la llegada de su primer hijo son muy cuidadosas con todo lo que concierne a su embarazo y se preocupan mucho porque todo esté en orden y preparado para cuando su bebé llegue al mundo. Este deseo puede desencadenar una obsesión por controlar todo lo que está por llegar y afectar directamente sobre el descanso, pues todos sabemos que los problemas se hacen más grandes por la noche y los miedos y las preocupaciones también", recuerda la doctora Fernández.

Un buen aliado para el descanso puede ser el deporte porque ayuda a liberar el estrés y a conciliar mejor el sueño. Cenar temprano y orinar antes de acostarse también son dos consejos incuestionables. Pero hay algo que la embarazada no puede olvidar y ese algo es que pese a todos los obstáculos con los que se pueda encontrar a la hora de irse a la cama, en su mente debe imperar el pensamiento positivo de que muy pronto su bebé estará en sus brazos y todo volverá a ser como antes. Hasta que llegue ese momento sólo queda esperar. ■



¿Con qué sueña una embarazada?

El embarazo otorga ciertos poderes oníricos muy curiosos. La futura mamá es capaz de soñar despierta y dormida. Cuando lo hace despierta se llama fantasía y siempre suelen estar relacionadas con la inseguridad sobre la nueva condición de mamá y toda la responsabilidad que eso conlleva.

Estas fantasías a veces se repiten en los sueños, mostrándose como una persona incapaz de enfrentar la responsabilidad asociada al hecho de ser madre, olvidando cosas elementales como alimentar a tu bebé, olvidar las consultas con el pediatra, o incluso dejándose al bebé en cualquier lugar.

La sexualidad es otra de las temáticas recurrentes durante el período gestacional. Por motivos puramente hormonales la mujer se siente más predispuesta al sexo y eso se refleja también en los sueños.



Consejos para dormir mejor

"Descansar es tan importante como alimentarse adecuadamente y tener hábitos saludables, sin embargo es tarea difícil conseguirlo"

- ✓ Poco o nada de cafeína
- ✓ Cenar temprano, dando tiempo a tu organismo a hacer la digestión
- ✓ Infusión de tila después de cenar para templar el cuerpo y favorecer el descanso
- ✓ Orinar antes de acostarse, evitando así un paseo de más al servicio
- ✓ Tumbarse sobre el costado izquierdo para no presionar la vena cava



De la leche a la papilla

Ya cuando nació, no fue tarea fácil ofrecerle el pecho ni tampoco la tetina de un biberón. Aunque el aprendizaje fue rápido, los días se hicieron largos hasta que quedó todo bajo control en la lactancia. Y pasados los primeros 4-6 meses del bebé, cuando todo fluye, es el momento de dar otro gran paso: la introducción de la cuchara que supone el cambio de la leche a la papilla. Valor, pechito grande y plato hondo, esos son los tres grandes aliados llegado el momento.

Los cereales sin gluten suelen ser el debut de la alimentación complementaria. Aunque hasta los 6 meses el bebe puede alimentarse solo con leche, la introducción del cereal suele realizarse a partir de los cuatro meses. Inicialmente, se espesa el biberón de leche, para después empezar con la cuchara de silicona cuando el pediatra da luz verde al plato. Para ello, se prepara el biberón como se estaba haciendo hasta este momento y después se añaden los cereales. Los primeros días se añaden solo 1-2 cucharadas de cereales en el biberón de la noche, posteriormente se aumenta la cantidad de cereal hasta que tenga la consistencia de papilla. Al principio tenemos que ofrecer al bebé una papilla sólida al día y alrededor de

3-4 biberones de leche. Entre los 7 y los 8 meses introduciremos el gluten.

Conforme vayan pasando los días, haremos la siguiente introducción que será de papilla de frutas, normalmente 2 o 3 semanas después". Sin embargo, este suele ser el inicio de la alimentación complementaria para los niños que reciben lactancia materna exclusiva. Esta se realizará con fruta natural que debe prepararse cuando el bebe la vaya a tomar. El plátano, la pera, la manzana y zumo de naranja o mandarina serán las compañeras de viaje en la incursión por el mundo de los sabores de la naturaleza. Si el niño va algo estreñido puede disminuirse la cantidad de plátano y manzana y aumentar el resto. No hay que

sorprenderse si las heces del bebé cambian de color, olor y consistencia cuando incorpores alimentos sólidos a sus comidas, ya que esto es normal. También suele cambiar el ritmo de las deposiciones, que se hace más regular. No deben endulzarse ni añadir galletas que pueden contener huevo o gluten. La introducción del resto de las frutas se realizará progresivamente hasta el año de edad, dejando para el final frutas potencialmente alergénicas como la fresa y el melocotón.

Las verduras se pueden introducir a partir de los seis meses. Hay unas verduras más adecuadas que otras para su introducción en la dieta de los pequeños. La patata, la judía verde, la zanahoria, el calabacín, el puerro, la cebolla y el tomate son los primeros alimentos de la huerta que el bebé debe de probar. "Las verduras aportan fibra vegetal importante para un buen tránsito intestinal y aportan vitaminas (generalmente A y C), minerales y oligoelementos. Tienen pocas calorías (desde 20 Kcal/100 g de los espárragos hasta 60 Kcal/100 g de las habas). Estos alimentos son muy saludables, porque aportan muchos micronutrientes que actúan como antioxidantes y protegen de varias enfermedades crónicas y ayudan a mantener la salud de tejidos como piel y mucosas del cuerpo. Por eso las verduras se encuentran en el segundo nivel de la pirámide de los alimentos". Pronto se acompañan de carne, empezando por pollo y ternera. Posteriormente se introducirán el pescado y las legumbres. Debe tenerse en cuenta que no siempre se introduce la alimentación complementaria con esta cronología. Será el pediatra el que determine cual es la secuencia más adecuada para nuestro bebe. Por último, debe evitarse condimentar los alimentos con sal azúcar o miel ya que es preferible que el bebe se acostumbre a los sabores naturales de los alimentos. ■



"La fruta entra en juego en la segunda parte del cuarto mes. Las verduras se pueden introducir a partir de los seis meses del bebé."






10 puntos básicos sobre la alimentación



- 1) Leche materna, si es posible, a demanda y en exclusiva hasta los 6 meses.
- 2) Fórmula de inicio 1, hasta el 6º mes, si no hay leche materna.
- 3) Fórmula de continuación 2, a partir del 6º mes y hasta los 2 años.
- 4) Iniciar la introducción del gluten entre el 7º-8º mes.
- 5) Aporte de 500 mL aproximadamente de leche o sus derivados al día.
- 6) Evitar condimentar alimentos.
- 7) Introducción de alimentos: frutas (4º -5º mes), pollo (6º mes), ternera (7º mes), pescado (8º mes), yema de huevo (9º mes), huevo completo (11º-12º mes).
- 8) Los cambios de alimentación e introducción de nuevos alimentos se harán poco a poco.
- 9) Evitar los alimentos recalentados o preparados más de 8-12 horas antes de ser consumidos por el niño. La fruta debe prepararse cuando vaya a ser consumida.
- 10) Alimentación triturada durante toda la lactancia. Introducción progresiva posterior de texturas más gruesas triturando un poco menos. Más tarde se ofrecerán alimentos blandos aplastados con el tenedor. Esta progresión no sigue patrones fijos, siendo variable según la capacidad de masticar y los gustos del niño.

A photograph of a man and a woman from behind, embracing each other. The man is on the left, wearing a light blue polo shirt and blue jeans. The woman is on the right, wearing a light grey sweater and light-colored pants. They are standing on a balcony or terrace, looking out at a bright, hazy horizon. The background is a soft, out-of-focus landscape with a clear sky.

"Afrontar la infertilidad es difícil en todos los casos, por eso IVI tiene una unidad de apoyo psicológico en todas sus clínicas"

**Cuando el
embarazo
no llega...**

“¿Y los niños para cuándo?”, le preguntan a Cristina y a Javier sus padres a cada rato, sus amigos los domingos en el parque, sus compañeros de trabajo en las cenas de Navidad, sus vecinos de la playa cada verano... “Para cuando quieran venir”, contestan ellos resignadamente y conforme pasa el tiempo, con peor ánimo. Ella tiene 38 años y él cumplirá 41 antes de que termine 2011; no se consideran exageradamente mayores pero saben que podrían haber llegado tarde a la decisión de formar una familia. El mes pasado decidieron ponerse en manos de expertos después de más de un año buscando un embarazo que no llega.

Cristina es arquitecto y está parada desde hace más de un año. Fue entonces cuando decidió junto con Javier, profesor de educación física, que había llegado el momento de formar una familia. Hasta entonces, el trabajo les había absorbido gran parte de sus vidas, sobre todo a ella –siempre a pie de obra fuera de España- y tener un hijo resultaba, cuanto menos, inoportuno. “Mi empresa no cerró de la noche a la mañana, sino que se veía venir. Durante esos últimos meses de incertidumbre Javier y yo empezamos a ilusionarnos con el hecho de formar una familia. Decidimos que era el mejor momento, pues me iba a poder dedicar en la totalidad al bebé y obviamente, no podíamos esperar mucho más, pues ya éramos conscientes de que estábamos al límite de nuestra vida reproductiva”, comenta Cristina. Javier la mira atento y con mirada de preocupación añade: “Ya nos imaginábamos que nos costaría un poco quedarnos embarazados pero no pensábamos que tendríamos que recurrir a técnicas de reproducción. Es duro dar el primer paso, pero más duro aún es ver que cada mes que pasa Cristina tiene puntualmente el periodo y somos un poquito más mayores”.

El caso de Cristina y Javier es el caso de miles de españoles que cada año se someten a técnicas de reproducción, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. “Es un perfil muy común: Mayores de 35 años, jóvenes de espíritu sobre todo y una planificación familiar tardía según los cánones naturales”, afirma **Soledad Chamorro**, psicóloga de IVI Madrid.

Afrontar la infertilidad es difícil en todos los casos, por eso las clínicas IVI tienen una unidad de apoyo psicológico donde las parejas expresan sus temores y aprenden a sobrellevar los traspies en su camino hacia la maternidad. “Se parte de la premisa de que muchos de nuestros objeti-

vos en la vida dependen de nuestra capacidad de sacrificio, de nuestra motivación e ilusión por alcanzarlos y de los recursos con los que contamos para conseguirlo. Y desde ahí, cuando una persona o una pareja, toman la decisión de ser padres, emprenden este camino con la lógica expectativa de lograrlo con relativa facilidad. Y es entonces cuando, efectivamente, se empieza a vivir el deseo de ser padres de una forma diferente a la imaginada. Cuando no ocurre lo esperado, cuando aún poniendo todos los recursos para ello, no se consigue el embarazo, el mundo emocional se convierte en una fuente de malestar y de constante conflicto”, comenta la psicóloga.

Si bien es cierto que los tratamientos pueden conllevar un estrés para la pareja, no todas las parejas tienen los mismos sentimientos ni todos los tratamientos producen las mismas sensaciones. “No todos los tratamientos suponen el mismo nivel de impacto emocional; en la medida en la que los diagnósticos relacionados con las variables que afectan a la fertilidad son más complejos, así también lo serán los tratamientos que se necesiten para hacerles frente. Suele ser una pauta repetida el hecho de afrontar con relativa facilidad, y sin demasiado coste emocional, un tratamiento de inseminación, por considerarse éste relacionado con el primer y lógico paso a dar en la medicina de reproducción, y por significar para quienes abordan el tratamiento un empuje para conseguir lo que no están pudiendo alcanzar sin ayuda. A medida que los tratamientos sugeridos por los profesionales van siendo más complejos, a la par que se van identificando un mayor número de variables que pudieran estar implicadas y explicar así los problemas de fertilidad, el nivel de afectación emocional va aumentando progresivamente” desvela **Soledad Chamorro**.

Estudios recientes elaborados con pacientes de las clínicas IVI han concluido que el proceso de tratamiento en reproducción puede llevar asociados síntomas depresivos y de ansiedad con sensaciones de descontrol interno, cambios drásticos en el estilo de vida, sufrimiento e implicaciones emocionales con la consiguiente carga para la vida afectiva de la pareja y sentimientos de soledad, angustia, tristeza o desesperanza. "Ciertamente podemos hablar de fases en el tratamiento y momen-

tos clave, en los que las necesidades emocionales van a ser específicas y diferentes. Es preciso evaluar el impacto que la infertilidad ha causado, el grado de comprensión del tratamiento, las expectativas con respecto al mismo y los temores que ello conlleva. Legitimar y normalizar las emociones que se experimentan, así como facilitar su expresión, han de ser uno de nuestros primeros logros" concluye la psicóloga de IVI Madrid. ■

¿Cómo puedo hacer mi tratamiento más llevadero?



- Consulta tu caso con un especialista. En todas las clínicas IVI cuentan con un profesional de la psicología.
- Proponte metas cortas y celebra cada logro.
- No interrumpas tu vida, haz lo que harías en cualquier época.
- Apóyate en tu pareja, si la tienes. Ella sabe mejor que nadie cómo te sientes.
- No tires la toalla al primer impedimento pues en la vida no todo es inmediato.





¿Cuál es el papel del experto en psicología en un tratamiento de reproducción?

- Apoyar, asesorar y aportar información sobre la infertilidad y sus consecuencias físicas, psicológicas, sociales y vitales; así como sobre los procesos emocionales, expectativas e inquietudes que son esperables.
- Manejar la ansiedad y reducir el estrés que el tratamiento conlleva.
- Disminuir la presencia de pensamientos negativos y desesperanzadores, sentimientos de indefensión y creencias irracionales.
- Aumentar la expresión emocional y la comunicación.
- Enriquecer la vida de pareja y la sexualidad.
- Incrementar la calidad de vida y el bienestar psicológico.
- Afrontar los problemas, manejar alternativas y tomar decisiones.



Hiperactividad infantil, esa gran desconocida

La hiperactividad es una enfermedad neuroconductual que se caracteriza por una inquietud excesiva casi siempre acompañada de falta de atención, distracción e impulsividad, por ello es conocida con las siglas TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad). Por lo general, se detecta por primera vez cuando los niños están en edad escolar, aunque también puede diagnosticarse en personas de todas las edades. Según las investigaciones, en una clase promedio de 30 estudiantes, por lo menos uno padecerá TDAH.

Es normal que muchos niños tengan altos niveles de actividad y les cueste prestar atención durante períodos prolongados, pero quienes padecen TDAH presentan una hiperactividad y falta de atención excesivas que interfieren en el comportamiento cotidiano.

“Algunos niños que sufren TDAH sólo tienen dificultades prestando atención; otros sólo tienen problemas de hiperactividad e impulsividad; también los hay que tienen ambos problemas. Esta enfermedad neuroconductual, de la que tanto se habla últimamente en los colegios, puede interferir en el rendimiento del niño

“Son niños que se distraen fácilmente, a veces parece que no oyen cuando se les habla, no logran poner atención”

en la escuela y la capacidad de desarrollar y mantener relaciones sociales” explica **Pilar Dolz**, psicóloga de MI Valencia.

¿Cómo detectarla?

Los padres pueden detectar el trastorno por observación de las conductas de su hijo. “Son niños que se distraen fácilmente, a veces parece que no oyen cuando se les habla, no logran poner atención, no consiguen concentrarse, tienen dificultad para terminar tareas o actividades que han empezado y además pueden ser impulsivos e inquietos”, aclara la psicóloga.





"La medicación combinada con la terapia conductual ayuda a las familias, los maestros y a los propios niños que padecen el trastorno"

Los niños que no pueden estar quietos por mucho tiempo en un solo lugar son los primeros en levantar sospechas sobre su comportamiento. Se caracterizan también por decir lo que piensan sin medir las consecuencias de sus palabras o sin detenerse a pensar si pueden lastimar a alguien o no.

“Todas estas características se dan en grado alto y afectan a todas las áreas de su vida, tales como relaciones con los padres, compañeros, rendimiento escolar, etc.”, concluye la psicóloga.

¿Cómo llevarla mejor, ellos y los padres?

La investigación ha demostrado a lo largo de los últimos años que los medicamentos reducen la hiperactividad, mejoran la atención y aumentan la capacidad para relacionarse con los demás. También se ha demostrado que la medicación combinada con la terapia conductual ayuda a las familias, los maestros y a los propios niños que padecen el

trastorno. Además, los niños que reciben tratamiento combinado podrían tomar dosis menores del medicamento.

Muchos padres no quieren aceptar el reto que supone hacer frente a la hiperactividad infantil, repitiéndose una y otra vez que su hijo es inquieto y ya está. Daniel y M^a José son padres de una niña de 8 años que desde pequeña mostraba una conducta hiperactiva: “Antes de tener a Diana, teníamos en nuestra familia la experiencia de niños movidos e inquietos, pero cuando nuestra hija cumplió los dos años y comenzó a ir a la guardería, las profesoras nos advirtieron de la gravedad del asunto”, comentan los padres.

“Aceptarlo fue un trago, pero luego te das cuenta de que es lo mejor para todos. Las terapias tienen tres enfoques: Capacitación para padres, tratamiento enfocado en el niño e intervención escolar. Estas tres premisas son de obligado cumplimiento, para normalizar esta situación tanto en casa como en la escuela, o al menos así lo han sido para nuestra hija”, concluye la pareja. ■

Consejos para llevar el día a día

- Realizar la misma rutina todos los días.
- Organizar previamente las actividades de cada día.
- Utilizar agendas para anotar las tareas.
- Establecer reglas coherentes y equilibradas.



Perfil del niño hiperactivo

- Con frecuencia son niños que muestran inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.
- Abandonan el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezcan sentados.
- A menudo corretea en exceso en situaciones inapropiadas.
- Son ruidosos en el juego.
- Tienen dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
- Persistentemente exhiben un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.



"Caminar 30 minutos diarios, 5 días a la semana, reduce la posibilidad de accidentes cardiovasculares"

10 reglas de oro para la menopausia

Noelia tiene 43 años y acaba de entrar en la edad de oro. Es joven, pero la naturaleza no pregunta y a ella le ha tocado vivirlo algo pronto, por eso se preocupa por llevar el día a día de la mejor forma posible siguiendo los consejos de expertos que le ayudan a vivir sin tener presente la menopausia a todas horas, ¿cómo se consigue esto? Os dejamos algunos consejos del Dr. Vicente Guillén.

El Dr. Vicente Guillén nos recomienda...

1. Ingerir una adecuada cantidad de calcio. Una forma sencilla y rápida es recurrir a las denominadas "porciones de alimentos ricos en calcio". Una dieta adecuada debe contener al menos 4 de estas porciones (una porción equivale por ejemplo a un vaso de leche de 200 ml, un yogur natural o 30g de queso curado).
2. Mantener una exposición moderada al sol (15 minutos al día pueden ser suficientes), ayudará a tener unos niveles adecuados de vitamina D, imprescindible para la salud de sus huesos.
3. En este periodo el principal riesgo para su salud es el riesgo cardiovascular; hay que vigilar los niveles de colesterol y de tensión arterial.
4. Hacer ejercicio regularmente, no hay que conformarse con la actividad cotidiana; es una forma de reducir la posibilidad tanto de accidentes cardiovasculares como de fracturas (basta con caminar 30 minutos diarios 5 días a la semana).
5. No fumar. Entre otros muchos efectos negativos, las arterias se verán afectadas y los huesos se descalcificarán más rápidamente.
6. La mayoría de los síntomas que se puedan tener durante la menopausia tienen como mínimo algunos tratamientos para ser aliviados, incluso para hacerlos desaparecer.
7. Cultivar el bienestar emocional sintiéndose bien con una misma; para ello se debe ejercitar la autoestima, potenciar las emociones y sentimientos positivos y rechazar los roles y estereotipos femeninos que anteponen los deseos de los demás a los de una misma.
8. No se debe renunciar a una actividad sexual sana, entre otras cosas positivas ayudará a evitar la sequedad y la atrofia vaginal.
9. Hay que hacer las revisiones que correspondan, especialmente las mamografías periódicas.
10. Por encima de todo, el mejor consejo: optimismo y alegría frente a la vida. Cuando se entra en la menopausia se tiene por delante más de un tercio de la vida.

A young woman with dark hair, wearing a blue bikini, is smiling and looking back over her shoulder. She is standing on a beach with the ocean in the background.

La importancia de vacunarse del VPH en la adolescencia

Como todas las vacunas, la del Virus del Papiloma Humano (VPH) tiene sus defensores y sus detractores. Hay médicos que consideran que las vacunas son la solución a muchos males y otros que, aunque reconocen sus virtudes en el campo de la salud en general, tienen sus dudas acerca del coste, efectividad y efectos a largo y medio plazo de las mismas. Al margen de opiniones médicas o personales, encontramos el calendario de vacunación de las Comunidades Autónomas, cuyo seguimiento es muy recomendable, según las autoridades competentes. La decisión siempre la acaban tomando los tutores, a veces, con muchas dudas. Por eso la doctora de IVI Valencia, **Pilar Alamá** contesta a las preguntas más frecuentes.

¿Qué es el VPH?

Es un virus de transmisión sexual que está asociado fundamentalmente con la aparición del cáncer de cuello de útero y otros tipos de cánceres como son el de ano, laringe o vagina.

¿Qué consecuencias tiene?

Existen más de 100 tipos de VPH. Éstos se dividen en tipos de bajo riesgo, que son responsables del 90% de los casos de la aparición de verrugas y condilomas anogenitales, así como cambios en la citología de bajo grado. Los tipos de alto riesgo, se relacionan con el cáncer de cuello de útero, vulva, ano y en otras localizaciones no genitales.

¿Cómo se contrae?

La infección por VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en mujeres jóvenes y la mayoría de las chicas entran en contacto con el VPH al inicio de las relaciones sexuales. El interés generado por el VPH es por la relación que guarda con la aparición del cáncer de cuello de útero, el segundo más frecuente entre las mujeres de todo el mundo.

¿Cuál es el porcentaje de afección en la población?

En España se estima que la prevalencia del VPH en mujeres de la población general es del 9%, siendo más alta en mujeres jóvenes, descendiendo hasta alcanzar valores inferiores al 4% en edades en mujeres cercanas a la menopausia. La afección en hombres, sin embargo, está menos estudiada.

¿Por qué se ha decidido vacunar?

La vacunación sistemática durante la infancia, frente a otras enfermedades como por ejemplo la rubeola, ha comportado grandes beneficios y ha permitido el control de muchas enfermedades asociadas a una repercusión en la salud importante. El VPH constituye la infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial y los adolescentes sexualmente activos poseen un riesgo especialmente alto de adquirirlo. Estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado que la infec-

ción persistente de VPH es un factor necesario para el desarrollo del cáncer de cuello de útero y de algunos otros cánceres anogenitales. Por lo tanto el desarrollo de las vacunas del VPH y sobre todo su incorporación al calendario vacunal, constituye no sólo una manera de prevenir una infección sino también el freno a una posible afectación de cáncer de cuello de útero.

¿Por qué sólo a las chicas?

Como se ha podido demostrar en varios estudios realizados en niños y adolescentes de 10 a 18 años de edad, la generación de defensas y seguridad de la vacunación contra el VPH en varones es similar a la observada en mujeres, sin embargo no se dispone todavía de datos de eficacia en la prevención de cánceres anogenitales. No obstante, es posible que la vacunación de los niños y hombres tuviese beneficios indirectos para la salud de las niñas y mujeres. Por eso en la actualidad, se están llevando a cabo estudios para determinar si la vacuna ayuda en la prevención de la infección y enfermedad del VPH en los hombres y de manera indirecta en las mujeres.

¿Y por qué en la adolescencia?

Porque los estudios iniciales para el desarrollo de la vacuna se han realizado ampliamente en niñas y mujeres de 9 a 26 años de edad –supuestamente antes de su primera relación sexual-. Ahora, se están llevando a cabo nuevas investigaciones sobre la seguridad y la eficacia de la vacuna en mujeres mayores de 26 años. Se considerará la aprobación de la vacuna para estas mujeres cuando se cuente con suficientes estudios que demuestren que la vacuna sea segura y eficaz.

¿Qué hacen otros países de Europa?

En todo el continente se han aprobado las dos vacunas existentes en el mercado (Gardasil[®] y Cervarix[®]). En unas guías publicadas en 2008 sobre la introducción de estas vacunas por el centro Europeo para la prevención y el control de enfermedades, insisten en que la vacuna del VPH ofrece una nueva herramienta para mejorar el control del cáncer cervical. No obstante, no elimina la necesidad de seguir con un control periódico, incluso de las mujeres vacunadas, ya que todavía existen preguntas por contestar sobre la vacuna del VPH. Algunas de ellas son: ¿Cuánto dura el efecto de la vacuna? o ¿Es necesario repetir la dosis? ■

Un libro / UNA MADRE LO SABE. Concita de Gregorio

Una madre lo sabe es un libro con el que a través de diferentes voces (veintidós cuentos), la autora quiere dar luz sobre las sombras y los aspectos menos alegres de ser madre y mujer. La lectura muestra con sencillez, situaciones cotidianas que viven las mujeres sin a veces ser conscientes de ello, por el mero hecho de ser mamás. Un libro que, como dijo en su presentación en Valencia el pasado mes de junio la también escritora y periodista Carmen Amoraga, "*no hace falta ser madre para leerlo, solo ser hijo*".



Una cita / RIHANNA EN MADRID Y BARCELONA

Tras su doble paso por Madrid en 2010, donde participó en el Rock in Río y en la gala de entrega de los premios europeos de la cadena MTV, Rihanna regresará a la capital para presentar su gira *Loud* el próximo 15 de diciembre, un día después de su primera cita española, en Barcelona. Tanto el Palau Sant Jordi como el Palacio de los Deportes se convertirán en el escenario de la artista caribeña en un ambiente prenavideño.



Una peli / EL GATO CON BOTAS

Antonio Banderas vuelve a poner voz al valiente minino, en una película dirigida por **Chris Miller** que llegará a nuestros cines el próximo 25 de noviembre (el 4 en EE.UU.), en salas 2D, 3D e IMAX. Escrita por Tom Wheeler a partir del cuento de Charles Perrault, la película narra las primeras aventuras del Gato con Botas, formando equipo con el brillante Humpty Dumpty y una espabilada gata callejera para robar la famosa gallina de los huevos de oro.





Tranquila, es **micuna**

micuna
magic ideas for children

Sabemos lo importante que es sentirse seguros, tener la tranquilidad de estar dando lo mejor a nuestros hijos. Hacerles sentir queridos, protegidos, y cuidados. Por eso, en Micuna creamos espacios de vida basados en la confianza, inspirados en la protección de los brazos de quienes más les queremos. En nuestras nuevas colecciones encontrarás todo lo necesario para decorar la habitación de tu bebé.

www.micuna.com





IVI Alicante

Avenida Denia, 111
03015 Alicante
T +34 966 01 24 90
F +34 966 01 25 09
ivialicante@ivi.es

IVI Almería

Calle Antonio Cano,
30 - bajo
04009 Almería
T +34 950 858 300
F +34 950 858 309
ivialmeria@ivi.es

IVI Barcelona

Ronda General Mitre, 14
08017 Barcelona
T +34 932 063 000
F +34 932 053 428
ivibarcelona@ivi.es

IVI Bilbao

Paseo Landabarrí, 1
48940 Leioa-Bizkaia
T +34 944 80 60 20
F +34 944 80 60 29
ivibilbao@ivi.es

IVI Buenos Aires

Arenales, 1611 - Piso 2
Capital Federal
Buenos Aires
T +5411 4810-0936
F +5411 4816-1213
ivibuenosaires@ivi.es

IVI Castellón

Avda. Capuchinos,
63 bajo
(esquina Bernat Artola)
12004 Castellón
T +34 964 261 214
F +34 964 261 220
ivicastellon@ivi.es

IVI Elche

Avda. Joan Carles I,
nº 79 bajo
03202 - Elx (Alicant)
T + 34 966 012 495
F + 34 965 422 130
ivialicante@ivi.es

Equipo IVI

Oficinas Centrales
Góngora 1-1
46015 Valencia
T +34 963 173 610
F +34 963 498 782

IVI Estambul

Oya Sk. No: 23 A
34387 Mecidiyeköy
T +90 212 356 18 18
F +90 212 356 02 22
istanbul@ivi.es

Fundación IVI

Parc Científic, edifici 3
Catedrático Agustín
Escardino, 9
46980 Paterna
T +34 963 543 995

IVI Las Palmas

Avda. Juan Carlos I,
nº 17, bajo.
Edificio Corona.
35010 Las Palmas de
Gran Canaria
T +34 828 024 300
F +34 828 024 310

IVI Lisboa

Avda. Infante D. Henrique,
nº 333 H, Esc. 1-9
1800-282 Lisboa
T 00351 21 85 03 210
F 00351 21 85 37 077
ivilisboa@ivi.es

IVI Madrid

Avenida del Talgo, 68
28023 Aravaca (Madrid)
T + 34 91 180 29 00
ivimadrid@ivi.es

IVI Madrid II

Santiago de
Compostela, 88
28035 Madrid
T +34 91 376 99 20
F +34 91 386 71 33
ivimadrid@ivi.es

IVI México

Avda. Periférico Sur, 3325
Colonia San Jerónimo
10200 México DF
T 0052 55 5377 17 40
F 0052 55 5377 17 50
ivimexico@ivi.es

IVI Murcia

Navegante Macías
del Poyo, 5
Edificio Delfín-
Barrio La Flota
30007 Murcia
T +34 968 200 031
F +34 968 237 811
ivimurcia@ivi.es

IVI Panamá

Calle 50 y 57 Obarrio
Local Planta Baja
Panamá
T 507 212 5484
F 507 264 0097
ivipanamá@ivi.es

IVI Santiago de Chile

Avda. Alonso de Córdova
5153
Las Condes
Santiago de Chile
T 005 6257 13600
ivichile@ivi.es

IVI Salvador Brasil

Av. Paulo VI, 868 - Pituba,
Salvador de Bahía - Bahía,
41810-001, Brasil
Telefax: 0055-71-3014-9999

IVI Sevilla

Avda. República
Argentina, 58
41011 Sevilla
T +34 954 286 274
F +34 954 285 084
ivisevilla@ivi.es

IVI Valencia

Plaza de la Policía Local, 3
46015 Valencia
T +34 96 305 09 00
F +34 96 305 09 99
ivivalencia@ivi.es

IVI Valencia II

Jorge Comín, 3
46015 Valencia
T +34 96 193 72 05
F +34 96 193 65 68
ivivalencia@ivi.es

IVI Vigo

Plaza Francisco
Fernández del Riego, 7
(Plaza Elíptica)
36203 Vigo (Pontevedra)
T +34 986 021 860
F +34 986 021 869
ivivigo@ivi.es

IVI Zaragoza

C/Poetisa María
Zambrano, 31-bajo
Torre sur del edificio WTC
50018-Zaragoza
T 976 093 560
ivizaragoza@ivi.es

IVI Santander

Avda. Reina Victoria,
39 planta baja
39004 Santander
Cantabria
T 944 80 60 23

¡PRÓXIMA
APERTURA!

