

ARS CLINICA ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

Diciembre **2024**

Volumen 9 Número 2

**EL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. ESTADO ACTUAL. ACUTE AORTIC
SYNDROME. UPDATE**

**MEDICINA Y ARTE: LAS IMÁGENES PROTECTORAS DE LA
COVID-19**

**LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN DEL SUICIDIO
DE LA IATROGENIA A LA QUÍMICA MODERNA
RESÚMENES DE SESIONES LITERARIAS**



**Gobierno
de Canarias**



ARS CLINICA
ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

“Ars clinica academica” es una revista digital, cuatrimestral y gratuita, de libre distribución, propiedad de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife, y que podrá descargarse de la página web de la Real Academia de Medicina. Podrán publicar en ella todos los profesionales de las ciencias de la salud que así lo deseen.

ISSN 2340-7522

Director: Francisco Perera Molinero. Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias

Jefe de Redacción: José Nicolás Boada Juárez.

Comité Editorial:

Manuel Antonio González de la Rosa

Luis González Fera

Arturo Hardison de la Torre

Luis Hernández Nieto

Manuel Mas García

Raúl Trujillo Armas



Todo el contenido de éste número de Ars Clinica Academica incluyendo Editoriales, Revisiones, Originales, Sesiones literarias, Sesiones Solemnes, Noticias y cualesquiera otros que bajo diferente denominación estuvieran incluidos en el mismo, se hallan publicados bajo la Licencia de Atribución 3.0 de Creative Commons, en los términos y condiciones descritos y establecidos por la misma y que pueden consultarse en <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode>.

EDITORIAL	4
OPINIÓN	
DE LA IATROGENIA A LA QUÍMICA MODERNA	5
<i>Ilmo Sr Dr. D Manuel Toledo Trujillo</i>	
REVISIONES	
EL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. ESTADO ACTUAL. ACUTE AORTIC SYNDROME. UPDATE	7
<i>Rafael Martínez Sanz.</i>	
DISCURSOS DE INGRESO	
MEDICINA Y ARTE: LAS IMÁGENES PROTECTORAS DE LA COVID-19	11
<i>Doctora Ana María Díaz Pérez</i>	
LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN DEL SUICIDIO	22
<i>Ilmo. Sr. D. Francisco Rodríguez Pulido</i>	
SESIONES LITERARIAS	
NOVEDADES VACUNALES EN CANARIAS.....	42
<i>Dr. Amós José García Rojas</i>	
PRÓTESIS TOTAL DE TOBILLO: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE UN IMPLANTE.....	43
<i>Dr. Mario Herrera Pérez</i>	
MEDICAMENTOS Y CRONICIDAD: RETOS SOCIALES Y TERAPÉUTICOS.....	44
<i>Dr. José Antonio Martín Conde</i>	
FÍSICA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER. NOTAS HISTÓRICAS.....	45
<i>Dr. José Hernández Armas</i>	
COVID-19: UNA ENFERMEDAD VASCULAR.....	46
<i>Dr. Jose Luis Pérez Burkhardt</i>	
EL CAMBIO DE PARADIGMA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA DEL S XX AL XXI: UNA HISTORIA EMOCIONANTE.....	47
<i>Dr. José Carlos Martínez Cedrés</i>	
LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA MILITAR EN EL DESARROLLO DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN EN ESPAÑA.....	48
<i>Dr. Ricardo Navarro Suay</i>	
ANEXO	
Normas para los autores.....	49

Es evidente que el acontecimiento más relevante del año que acaba ha sido la catástrofe provocada por una DANA en la comunidad valenciana así como en zonas limítrofes de comunidades cercanas. Las consecuencias fueron de una magnitud difícil de predecir y, lamentablemente, la respuesta de los organismos públicos ha sido notoriamente insuficiente.

Desde las páginas de nuestra revista deseamos dejar constancia de nuestra solidaridad con los afectados, especialmente con quienes sufrieron la pérdida de seres queridos.

Así mismo queremos transmitir de manera expresa un mensaje de ánimo y fortaleza a nuestra hermana **Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana**.

DE LA IATROGENIA A LA QUÍMICA MODERNA

Ilmo Sr Dr D Manuel Toledo Trujillo

Académico de Número

La medicina clásica griega nunca describió la fisiología humana en términos químicos. Lo hizo en términos biológicos, haciendo referencia a los cuatro humores constitucionales: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático, y a los tres fluidos funcionales: sangre arterial, sangre venosa y fluido nervioso, y a sus espíritus rectores: vital, natural y animal. Las enfermedades no se atribuían a factores externos, sino a desarreglos en el equilibrio de estos humores.

Hipócrates sostenía que el cuerpo humano poseía el poder de restaurar el equilibrio de aquellas perturbaciones por lo que, la administración de factores externos, no sería necesaria.

La administración de medicinas fue introducida por Galeno, pero solo con objeto de regular el equilibrio interior, propósito en el que insistieron los **árabes**.

Pasada la Edad Media la farmacopea londinense (1618) prescribía sangre, crestas de gallo y cochinilla por vía oral y, algunos intrépidos, comenzaron a pensar en la aplicación de la alquimia a la medicina.

Tal movimiento culminó con la obra de **Theophrastus Von Hohenheim**, más conocido por Paracelso, quien creó una Química Medica o Iatroquímica, uniendo la química y la religión, en un periodo inestable y de fervor religioso, en que se producía la revolución copernicana, la Reforma y la teoría de la circulación de la sangre.

Paracelso, adoptó tal nombre al considerarse superior al médico romano Celso. En 1514, trabajó en los talleres metalúrgicos de los Füger. Estudió Medicina en Basilea y permaneció allí como profesor, durante

dos años, dictando sus clases, en alemán vernáculo, abandonando el latín clásico, y quemando las obras de Galeno y Avicena, imitando a su adorado Lutero, que había quemado la bula papal, destruyó las obras de Galeno y Avicena.

Paracelso, definió la alquimia como la ciencia de la transformación de los materiales brutos en productos útiles a la humanidad y rechazó la idea de que la salud estaba determinada por el equilibrio entre los cuatro factores clásicos, defendiendo su idea de que estábamos constituidos por mercurio, azufre y **sal**, para expresar la idea de que la salud estaría en relación con la trilogía divina "Padre, Hijo y Espíritu Santo". La enfermedad había de tratarse con medio externos que equilibrasen los cambios de esos elementos.

Sus discípulos, los Iatroquímicos, administraban algunos compuestos inorgánicos, como las sales de hierro, a los anémicos porque el hierro se asociaba con la fuerza del planeta Marte, aunque con otros compuestos tuvieron poco éxito. Los galenistas contemporáneos administraban elementos de origen vegetal o animal, uniendo la alquimia con la medicina.

Las teorías de Paracelso ejercieron gran influencia en los siglos XVI y XVII, rivalizando con las de Galeno, no aceptadas por todas las universidades hasta el punto que, a finales del XVI, se originaron luchas entre los estudiantes de París y Heidelberg. **Paracelso** defendía que cada enfermedad tenía una cura específica, mientras Galeno prefería añadir elementos orgánicos: «Dios había creado una materia primordial cuyas semillas habían de crecer y convertirse en una entidad patológica, en un periodo de tiempo prefijado, y así, el desarrollo de cada ser era autónomo, sin influencia alguna del medio externo, se atribuía a

Archeus, principio o fuerza vital que subyace en la materia y que dirige y mantiene el crecimiento y la continuación de los seres vivos.»

La iatroquímica fue desarrollada posteriormente por **van Helmont**, (1640), en su obra **Del desarrollo de la medicina**, donde insistía en que las enfermedades eran causa de semillas que crecían en la materia prima que debería ser el **agua**. Para demostrarlo plantó un esqueje de sauce en un recipiente con una cantidad fija de tierra y lo regó durante cinco años. El sauce creció pero no mermó la cantidad de tierra que lo sustentaba, luego, el agua debió ser la sustancia que había originado el árbol, y su madera. Otras experiencias lo llevaron a la conclusión de que el agua formaría la tierra porque si se calentaba en un recipiente antiguo de vidrio, se formaría un sedimento que sería la tierra luego, esta tierra, era un derivado del agua y no sería sustancia primaria y añadía que el aire no podría ser primitivo pues si se comprimía no se condensaba en agua.

En 1546, **Girolamo Fracastoro**, abundó en este sentido insistiendo en la teoría de la semillas que, además podían transferirse de persona en persona, Tales autores anticipaban, vagamente, la posterior teoría de gérmenes como productores de enfermedades.

Jean Rey, metalúrgico francés, en 1630, propuso la teoría mecánica del cambio químico y el filósofo-químico, **Robert Boyle** (1627-1691), filósofo mecánico, añadiría que la materia constaba de partículas en movimiento y contra la opinión de Descartes (que no creía en la existencia del vacío) decía que el vacío podría producirse con la bomba de aire y en efecto, la teoría atómica o corpuscular, de este autor fue expuesta por varios autores en el siglo XVII (Pier Gasendi (1592- 1655)

La obras de Boyle, Hooke y Lügger, fueron ampliadas por **John Mayow** en su obra Cinco tratados de medicina física de 1674, en que sugería que la parte vital del aire para la respiración se componía de partículas nitroaéreas presentes en el ácido nítrico.

Con este autor llegó a su fin la escuela de-químicos-médicos del siglo XVII fue proseguida por Stephen Hales (1671-1761), pero no sobrevivió por lo que la **Química moderna** fue fundada en Francia a finales del siglo XVIII por el físico y botánico **Edme Mariotte**, que llegó a una "razonable" definición, como pioneros del método científico en las investigaciones químicas.

A mediados del siglo XIX, es cuando comienza a adquirir mayor relevancia la rigurosidad científica en las prácticas médico-químicas y así, el método científico se fundará como corriente principal del conocimiento médico.

Aparece la figura de la Medicina Clínica, Sir William Osler, que marca el comienzo de importantes conocimientos y aportes en la clínica médica revolucionando toda la enseñanza de la medicina.

EL SÍNDROME AÓRTICO AGUDO. ESTADO ACTUAL. ACUTE AORTIC SYNDROME. UPDATE.

Rafael Martínez Sanz.

Académico de Número

Catedrático y director del Departamento de Cirugía (ULL). Jefe servicio cirugía cardiovascular (CHUC).

Correspondencia:

Profesor Rafael Martínez Sanz

Departamento de Cirugía

Sección de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud

Carretera de Ofra s/n

La Laguna, Tenerife. 38320

Correo: rmsanz@ull.edu.es

Renuncia a derechos de autor: Este trabajo se remite para su posible publicación en *Ars Clínica Académica*, en la modalidad de texto ampliado como revisión, renunciando expresamente a cualquier derecho de autor.

Conflicto: No hay conflicto de intereses.

Financiación: No se ha recibido ningún tipo de financiación.

Ética: No existen problemas de carácter ético con pacientes o animales.

Consentimiento informado: Todos los pacientes o sus representantes legales firmaron un consentimiento informado antes de la intervención, siguiendo la Ley 41/2002. Se preservan las identidades. Es totalmente anónimo el breve estudio retrospectivo presentado para ilustrar la revisión y sus figuras.

Presentación verbal: Este trabajo es parte de la conferencia dada por el autor en sesión literaria ordinaria en la R.A.M. de Canarias el 6 de febrero de 2024.

Resumen

Síndrome aórtico agudo (SAA) -forma parte la disección aórtica (DA): ruptura intimal pared aortica, limitada únicamente por tercio-externo capa media/adventicia. Prevalencia/EUA 4.4/100.000 habitantes/año. Clasificación DeBakey, Tipo-I: Aorta ascendente, descendente o incluso abdominal. Tipo-II: solo ascendente (más frecuente, 62%). Tipo-III: torácica descendente (III-a) o ésta más aorta-abdominal (tipo III-b). Clasificación Stanford, Tipo-A: Aorta ascendente). Tipo-B: descendente. Tipo I-II DeBakey igual tipo-A de Stanford (78%). Tipo-III igual tipo-B (22%). Registro Internacional de Disección Aórtica (IRAD): cuatro categorías cronológicas: Hiperaguda (diagnóstico antes 24horas). Aguda (2-7 días). Subaguda (8-30 días) y Crónica (30días). Hipertensión arterial principal factor-riesgo: 77-81%, en el anciano. No menores 40 años, colágeno alterado estructuralmente en capa media, (enfermedad de Marfan, síndromes Loeyes-Dietz, Ehlers-Danlos, Turner; válvula aórtica bicúspide, coartación-aórtica o

divertículo-Kommerell). Traumatismos, incluyendo ruptura-intimal, úlcera-penetrante, hematoma-intramural, pseudoaneurisma o ruptura-aórtica. Drogadicción: cocaína, amfetamina, metanfetamina-MDMA. Tipo-B más frecuente en afro-americanos. Etiopatogenia, necrosis-cística medial. El síntoma principal en DAA es dolor torácico muy intenso, «desgarrador» o «cuchillada», 80% retroesternal (menos común que otras causas de dolor torácico, pero más letal). En tipo-B, dolor irradia localizaciones, dorsal o abdominal (relacionada con progresión-DA). Síncope 15%. Insuficiencia cardíaca-congestiva, edema agudo-pulmonar o shock, (insuficiencia-aórtica). La ecocardiografía transesofágica (ETE) sensibilidad-99%. Tomografía Computerizada (TC), sensibilidad-100%, especificidad-98%, con contraste (angio-TC) muy precisa. Tratamiento: estabilización hemodinámica (EH). Tipo-A quirúrgico. Tipo-B no complicada: EH, si sospechamos rotura, endoprótesis (TEVAR), para todo tipo DA (en tipo-A/cayado, escasa experiencia).

Presentamos casuística en DAA-tipo-A 2017-22. Tipo-B atendida por angiólogos.

Summary. Acute aortic syndrome (AAS) - it is part of the aortic dissection (AD): intimal rupture of the aortic wall, limited only by the external third-middle layer/adventitia. Prevalence/USA 4.4/100,000 inhabitants/year. DeBakey Classification, Type-I: Ascending, descending or even abdominal aorta. Type-II: ascending only (most common, 62%). Type-III: descending thoracic (III-a) or this plus aorta-abdominal (type III-b). Stanford Classification: Type-A: Ascending aorta. Type-B: descending. DeBakey type I-II equal to Stanford type-A (78%). Type-III equal to type-B (22%). International Registry of Aortic Dissection (IRAD): four chronological categories: Hyperacute (diagnosis within 24 hours). Acute (2-7 days). Subacute (8-30 days) and Chronic (30 days). High blood pressure main risk factor: 77-81%, in the elderly. Not under 40 years, structurally altered collagen -middle layer- (Marfan disease, Loeys-Dietz, Ehlers-Danlos, Turner syndromes; bicuspid aortic valve, coarctation-aortic or diverticulum-Kommerell). Trauma, including intimal rupture, penetrating ulcer, intramural hematoma, pseudoaneurysm or aortic rupture. Drug-addiction: cocaine, amphetamine, methamphetamine-MDMA. Type-B most common in African-Americans. Etiopathogenesis, medial-cystic necrosis. The main symptom in AAD is very intense, "tearing" or "stabbing" chest pain, 80% retrosternal (less common than other causes of chest pain, but more lethal). In type-B, pain radiates to dorsal or abdominal locations (related to AD-progression). Syncope 15%. Congestive heart failure, acute pulmonary edema or shock, common in proximal aortic areas (aortic insufficiency). Transesophageal echocardiography (TEE) increases diagnostic sensitivity up to -99%. Computerized Tomography (CT), sensitivity close to 100%, specificity 98%, with contrast (CT angiography) very precise. Treatment: hemodynamic stabilization (HE). Type-A surgical. Uncomplicated type-B: HE, if we suspect rupture, endoprosthesis implantation (TEVAR), for all types of DA (in type-A/arch, little experience). We present cases in DAA-type-A 2017-22. Type-B attended by angiologists.

Introducción. Definimos síndrome-aórtico-agudo (SAA) como un proceso agudo de la pared aórtica que cursa debilitando la capa media, que conlleva riesgo de rotura aórtica y complicaciones(1). Está constituido por tres entidades: la disección aórtica, el hematoma intramural y la úlcera penetrante. La disección aórtica (DA) la ruptura intimal pared aortica, separación capas de la media, flujo sanguíneo por falsa luz, limitada únicamente por tercio externo capa

media/adventicia. Prevalencia, 4.4 cada 100.000 habitantes/año en EUA (7,2 en Suecia). La DA aguda (DAA), emergencia más frecuente del SAA.



Figura 1: Aorta torácica 3D. (1)Tracto de salida del ventrículo izquierdo. (2)Anillo aórtico. (3)Raíz aórtica. (4)Arteria coronaria derecha. (5)Tronco coronario izquierdo. (6)Unión sinotubular. (7)Arteria pulmonar derecha. (8)Arteria pulmonar izquierda. (9)Aorta ascendente. (10)Cayado aórtico. (11)Tronco braquicefálico. (12)Arteria carótida izquierda. (13) Arteria subclavia izquierda. (14)Arteria torácica descendente proximal.

Clasificación más conocida. DeBakey, tres tipos DA: Tipo I: Aorta torácica ascendente y descendente o incluso aorta abdominal. Tipo-II: solo aorta ascendente (la más frecuente, 62%). Tipo-III (menos frecuentes): únicamente aorta descendente (III-a) o aorta torácica-descendente y aorta-abdominal (tipo III-b). Clasificación de Stanford, diferencia dos tipos: Tipo-A: Cuando afecta aorta ascendente (independientemente que pueda afectar al resto o no). Tipo-B: no afecta aorta ascendente(1). El tipo I y II de DeBakey corresponden con tipo-A de Stanford (78%) y, Tipo-III igual tipo-B (22%).

Cronología. El Registro Internacional de Disección Aórtica (IRAD), establece cuatro categorías: Hiperaguda (diagnóstico antes 24horas desde inicio síntomas). Aguda (2-7 días). Subaguda (8-30 días) y Crónica (más 30días).

Factores de riesgo. Hipertensión arterial supone principal factor-riesgo: 77-81%, común en el anciano. Poco común en menores 40 años (incluye embarazo). Su colágeno altera estructuralmente la capa media, factor riesgo principal en jóvenes (enfermedad de Marfan, síndromes Loeys-Dietz, Ehlers-Danlos, Turner;

válvula aórtica bicúspide, coartación-aórtica(3,4) o divertículo-Kommerell). Traumatismos, incluyendo ruptura-intimal, úlcera-penetrante, hematoma-intramural, pseudoaneurisma o ruptura-aórtica. **Drogadicción:** cocaína, anfetamina, metanfetamina-MDMA (éxtasis). Tipo-B más frecuente en afro-americanos; tipo-A, predominante en otras etnias(1).

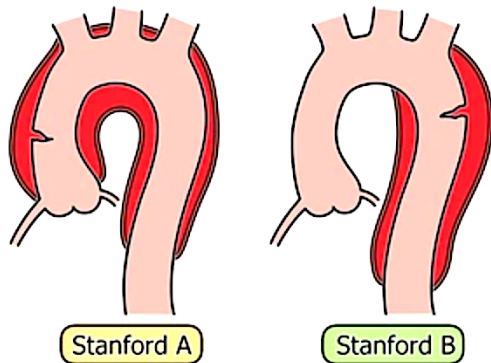


Figura 2. Clasificación de Stanford de la disección aórtica.

Etiopatogenia. Anomalías tisulares y bioquímicas conocidas como degeneración-necrosis cística-medial. Diversas enfermedades del conectivo determinan la existencia de anomalías estructurales en capa media que predisponen al desarrollo de aneurismas aórticos y DA.

Enfermedad de Marfan: Trastorno del colágeno de carácter hereditario autosómico dominante, alta penetrancia, expresión variable, presenta una incidencia de 1 caso por cada 5000 nacimientos-vivos y determinada por la existencia de mutación gen FBN, localizado en brazo largo cromosoma 15, encargado de codificación de fibrilina-1, glicoproteína constituyente la red microfibrilar de la matriz extracelular del tejido conectivo. Existen más de 600 mutaciones registradas en dicho gen, capaces de desarrollar diversas manifestaciones clínicas. Síndrome de Loews-Dietz: Alteración autosómica dominante de genes que codifican la producción de los receptores para factores crecimiento Tipo-1 o Tipo-2 (TGFB1 o TGFB2). Síndrome de Ehlers-Danlos tipo IV: Herencia autosómica dominante, afecta a uno cada 5000 nacidos-vivos, caracterizado por alteración estructural de la cadena pro α 1 (III) del colágeno tipo III, debida a defecto localizado en el gen COL3A1. Síndrome de Turner I (45X): Trastorno genético causado por un defecto parcial o total del cromosoma X en mujeres fenotípicas; el riesgo de disección aórtica menor que en la enfermedad de Marfan o el síndrome de Loews-Dietz, pero este aumenta si coexisten una válvula aórtica bicúspide y/o hipertensión arterial,

10-20% muestra la presencia de hematoma intramural en la zona de origen de la disección; mecanismo patogénico: desarrollo de una hemorragia en capa media debido a rotura de los vasa vasorum, por presencia placas ateroscleróticas a nivel íntimal, que pueden ulcerarse, asociado a alteraciones de la capa media, que justifica la progresión(2).

Historia natural. La tipo A presenta una evolución de extrema gravedad. Hasta el 50 % fallecen en las primeras 48 horas si no reciben tratamiento. Aumenta un 1 % acumulativo por hora desde que comienza el cuadro hasta recibir tratamiento adecuado, mortalidad hasta el 75 % en dos primeras semanas sin tratamiento y 95 % a 90 días(1).

Síntomas. El principal en DAA es dolor torácico muy intenso, «desgarrador» o «cuchillada», 80% retroesternal (menos común que otras causas de dolor torácico, más letal). En tipo-B, el dolor irradia hacia otras localizaciones, dorsal o abdominal (relacionada con progresión DA). Síncope hasta 15%. Insuficiencia cardíaca-congestiva, edema-agudo pulmonar o shock en áreas proximales aórticas (por insuficiencia aórtica). La ruptura se define como extravasación de sangre, que puede ser libre o contenida en el mediastino por la pleura que rodea a la aorta. La malperfusión definida como presencia de flujo inadecuado de sangre a determinado tejido y constituye la causa más frecuente de intervención en tipo-B(1).

Diagnóstico. La ecocardiografía transesofágica (ETE) aumenta sensibilidad diagnóstica (99%). Tomografía Computerizada (TC), sensibilidad próxima 100%, especificidad 98%, con contraste (angio-TC) muy precisa. La aortografía retrógrada directa mediante la administración de contraste iodado intravenoso, en desuso. La ecografía endoluminal (IVU) o la tomografía por emisión de positrones (PET), útiles localizando puertas reentrada o zonas inflamatorias de pared aórtica, menor eficiencia práctica(2).

Tratamiento. Primero la estabilización hemodinámica (EH). Tipo-A es quirúrgico. Tipo-B no complicada basta con EH, sospechando inicio rotura, implante endoprótesis (TEVAR)(5). En centros pioneros, para pacientes sin colagenosis, emplean TEVAR para todo tipo DA (en tipo-A/cayado, escasa experiencia)(1).

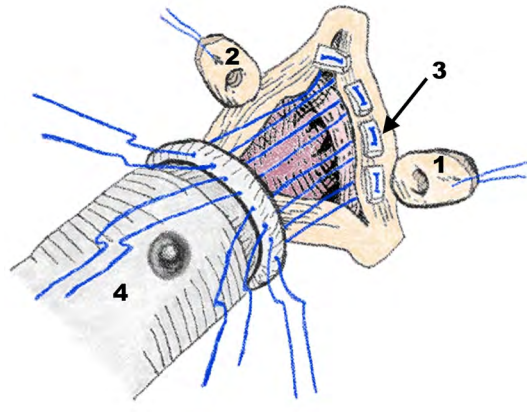
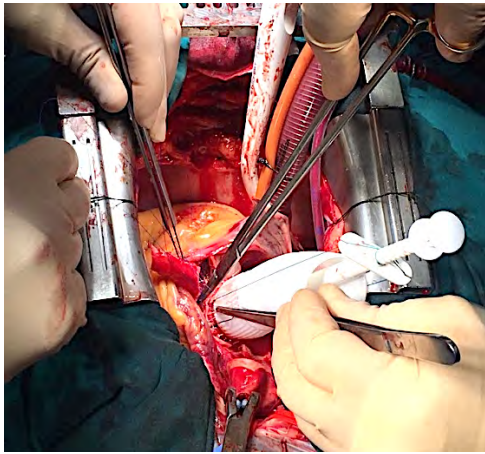


Figura 3. Operación de Bentall-Bono. A: Sustitución de raíz, válvula aórtica y aorta ascendente por tubo con válvula incorporada (B) se implantan los ostia coronarios (1 derecho, 2 izquierdo).

Experiencia. Presentamos nuestra casuística en DAA-tipo-A. Entre el 1/1/ 2017 y 31/12/2022 (6 años) se intervinieron 41 pacientes con DAA Tipo A en el servicio de CCV del CHUC. Fallecieron 19 en el hospital (46.34%). Riesgo, Euroscore II: 53.43%. Género, 55.56% hombres; 44.44% mujeres. Edad media, 62.28%. Taponamiento cardíaco en 7. Hipotensión severa pre-Q en 31. Hipertensión ingresando, 3. Lesiones neurológicas prequirúrgicas, 7. EAP, 3. Shock cardiogénico 17. Clasificación cronológica IRAD para establecer el diagnóstico: Hiperaguda (diagnóstico en menos de 24 horas) en 34. Aguda (entre 2 y 7 días) en 7. Subaguda (entre 8 y 30 días) ninguno. Crónica, ninguno. Las Tipo-B son atendidas por angiología/cirugía-vascular.

Tratamiento quirúrgico realizado en CHUC. Sustitución aorta ascendente (SAA): 26 tubos supracoronarios, -operación de Wheat- (TSC) más 15 Bentall (tubo con prótesis valvular e implante de ostia coronaria), esto es 41 SAA. Sustitución valvular aórtica (SVA): 15 Bentall y 2 SVA simple, esto es, 17 SVA. Sustitución cayado (SC) -total o parcial- en 7 hemiarco y 7 Thoraflex (trompa de elefante congelada) más 2 SC por dacrón, esto es, 16 SC. Trompa de elefante (TE) en uno la clásica con dacron más otros 7 congelada, son 8 TE.

Dos de estos procedimientos se asoció a un puente aortocoronario (PAC).

Bibliografía

1. PC Prada Arrondo; P Garrido Martín; J Montoto López; R Martínez Sanz. Patología aguda de la raíz aórtica y de la aorta ascendente. En: Tratado de patología vascular, vol. 1. Valladolid, Gráficas Gutiérrez Martín 2021, pp. 173-192.

2. R Martínez Sanz; JM López; PC Prada Arrondo; JJ Jiménez Rivera. Aneurismas crónicos de la raíz aórtica y la aorta ascendente. En: Tratado de patología vascular, vol. 1. Valladolid, Gráficas Gutiérrez Martín 2021, pp. 193 - 212.

3. I Nassar; R de la Llana; F Díaz Romero; P Garrido; R Martínez Sanz. Multiple Overlapped Conical Endoprotheses in a Patient with Aneurysmatic Right Aortic Arch and Aortic Coarctation. Ann Thorac Surg 2007;83(2):663-4. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2006.06.08

4. R de Llana; R Martínez Sanz; F Díaz Romero; I Nassar; P Garrido. Combined Surgical and endoprothetical approach to solve a thoracic aortic pseudoaneurysm 15 years after coarctation correction. J Thor Cardiovasc Surg 2005;130(4):1224-5. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2005.06.025

5. MA Rodríguez; I Nassar; R Martínez Sanz; F Díaz Romero; H Vallés; R de la Llana Ducrós; T Pérez. Tratamiento endoluminal de los aneurismas de la aorta torácica. Revista Española de investigaciones quirúrgicas 2004; 7(3):139-42

MEDICINA Y ARTE: LAS IMÁGENES PROTECTORAS DE LA COVID-19

Doctora Ana María Díaz Pérez



Presidente RAMSCT Dr. D. Javier Parache Hernández y Dra. D^a Ana María Díaz Pérez. (Nombramiento Académica correspondiente RAMSCT, 4 de febrero de 2014). Foto: Real Academia de Medicina de Canarias.

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias, Ilustres. Sras. y Sres. Académicos de Honor, Muy ilustres Sras. y Sres. Académicos, Dignísimas Autoridades, Sras y Sres, familia y amigos.

Cuando una persona ingresa en un ámbito como el de esta Real Academia de Medicina de Canarias lo hace fundamentalmente porque sus trabajos han sido valorados por sus instruidos miembros, por ello, de acuerdo con la opinión del neurólogo argentino, fundador y presidente de INECO, Dr. Facundo Manes¹, el pensamiento determina los sentimientos², por tanto, es en este contexto académico donde en estos instantes deseo expresar mis pensamientos, que no son otra cosa que la exteriorización de mis vehementes

¹ 15^a Jornada de la Industria. Realidad de laberinto (2019): <https://uier.org.ar/facundo-manes/>

² "La manera en que pensamos afecta nuestras emociones". <https://www.facebook.com/lanacionmas/videos/la-manera-en-la-que-pensamos-afecta-nuestras-emocionesqu%C3%A9-te-parece-la-opini%C3%B3n-d/1858502337763501/>

emociones de reconocimiento, así pues, mi más sincero y profundo agradecimiento por mi inclusión en este relevante, acogedor, y respetuoso baluarte, en cuyo seno, durante las sesiones literarias, se parte de la medicina, se incluyen otras ciencias y se abarcan también las letras, la historia y el arte.

Fue el eminente ginecólogo, entonces Excmo. Presidente de esta Real Academia, Dr. D. Javier Parache Hernández, quien posee un extraordinario talento y un talante de amplio espectro cultural, el que decidió que la que les habla debía incorporarse a este aforo en la clase de Académica correspondiente hace ya una década, pues no hay que olvidar que el Dr. Parache goza de una configuración mental europea, ya que con su dominio de la lengua germana se formó en Göttingen³ en una época en la que no era tan habitual estudiar fuera de España. Ruego a

³ Ana María DÍAZ PÉREZ: Dr. Javier Parache Hernández. De una saga de ginecólogos. Prólogo Dr. D. José Nicolás Boada Juárez. Santa Cruz de Tenerife, 2024 (inédito).

su hija, D^a Almudena Parache Morales, transmite a su querido padre, hoy Excmo. Sr. Presidente de Honor de esta Regia Institución, mi más efusiva gratitud desde lo más profundo de mi alma por este gesto hacia mi persona, que nunca podré agradecerle lo suficiente, pero que siempre recordaré con mi absoluta admiración y respeto hacia su irrepetible figura. También apoyaron su propuesta, de un lado, el Dr. D. Gumersindo Robayna García (Santa Cruz de Tenerife, 1933 - 20204), todo un gentleman en el trato y con el que compartí el interés por la tarea investigadora acerca de los santos protectores de epidemias y enfermedades⁵, así pues, mi emocionada evocación a su memoria, de otro lado, el Dr. D. Antonio Burgos Ojeda, a quien conozco desde hace muchos años, de modo que no ignoro que es todo un experto en medicina preventiva y salud pública, y, por ende, gran conocedor de la sanidad en el mar y, en consecuencia, de los avatares de los buques que nos acercaban las crueles epidemias. Infinitas gracias también al Dr. Burgos Ojeda.

Mas hoy han sido los siguientes Sres. Académicos los que firmaron mi pertenencia en el nivel de Numerarios de este singular espacio y a los que quiero manifestarles las gracias desde lo más hondo de mi ser: un trío de vasta e impecable trayectoria profesional, el actual Excmo. Sr. Presidente de esta Real Corporación, el apreciado estomatólogo, Dr. D. Francisco José Perera Molinero, apellido que me trae a la memoria a su padre, el que también fuera Ilustre Académico, Dr. D. Antonio Perera Reyes, uno de los facultativos más queridos y recordados por la población tinerfeña; siguió la rúbrica de otros dos acreditados componentes de esta Regia Entidad, por segunda vez, el Dr. Burgos Ojeda, al que reitero mi reconocimiento a su generosa actitud que denota su bonhomía y, al unísono, idéntica correspondencia por su respuesta afirmativa al reputado neumólogo, que fuera también eficiente Secretario de esta plural Institución, Dr. D. José Julián Batista Martín.

No obstante, era necesaria la conformidad del resto de las Sras. y Sres. Académicos Numerarios, de los

⁴ Arturo SORIANO BENÍTEZ DE LUGO: En Memoria del Académico de Número Ilmo. Sr. Dr. D. Gumersindo Robayna García, en *Ars Clinica Academica, Necrológicas, Sesión Solemne Extraordinaria*, 20 de diciembre de 2022, Vol. 7, Núm.3, abril 2023, pp., 30-31. -Dr. D. Gumersindo Robayna García, en *Ars Clinica Academica, Obituario*, Vol.6, Núm. 2, Enero 2021, pág., 41.

⁵ Gumersindo ROBAYNA: Santo sanadores, en *Ars Clinica Academica, Sesión literaria celebrada el 5 de marzo de 2018*, Vol.1, Núm.1, Septiembre de 2013, pp.,17-20.

que me complace destacar a los que dieron su aprobación de forma categórica a mi candidatura de este otro grado Académico, lo que indica su consabida excelencia profesional, unida a su calidad humana y a su visión humanística, cualidades que les otorga una mentalidad abierta. Muchísimas gracias a todos ellos.

No sería justo por mi parte obviar a las Sras. y Sres. Académicos que nos han dejado para siempre, principalmente a los que dejaron de existir en fechas recientes y con los que tuve una relación académica más estrecha, me refiero al experimentado radiólogo Dr. D. Francisco Toledo Trujillo (+ Santa Cruz de Tenerife, 2022), que, con su genio y figura, fue uno de los más grandes humanistas que ha dado esta tierra canaria⁶, y también al notable pediatra Dr. D. Manuel Herrera Hernández (+ Las Palmas de Gran Canaria, 2023), quien me hizo participar, aunque solo fuese a través de los correos electrónicos por motivos de distancia geográfica, de su entusiasmo por el mundo literario galdosiano⁷. Al grupo de brillantes galenos que ya no están entre nosotros mi rememoración a la indeleble huella que dejaron en este planeta.

Esta relación de profesionales entregados a la investigación, no estaría completa si no incluyese a mi Maestra, la Dra. D^a M^a del Carmen Fraga González, prestigiosa Catedrática de Historia del Arte de la ULL y magnífica investigadora, que me transmitió el rigor indagador, el cuidado en la redacción de los resultados y el respeto al campo de estudio de otros colegas. Dra. Fraga, mi eterno agradecimiento por su docencia cubierta de seriedad, de estética y de ética, así como por constituir su cerebro una extraordinaria fuente de información a la que recurrir con absoluta seguridad.

Para concluir este apartado de afectuosas sensaciones me sumerjo en mi refugio de mayor intimidad, en mi familia. La educación se asimilaba en el hogar familiar y en el colegio, en mi caso, próximo a la sede de la Academia, en el de la Pureza de María de esta capital, a cuyos excelentes profesores agradezco la base de mi formación y en nombre de todos ellos, a D^a Matilde Morales Morales y a M. Jean Dekany; como decía, en el mencionado colegio se reforzaba la educación

⁶ Francisco PERERA MOLINERO, Mercedes CRUZ, José HERNÁNDEZ ARMAS y Antonio BURGOS OJEDA: En Memoria del Académico de Número Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Toledo Trujillo, en *Ars Clinica Academica, Necrológicas, Sesión Solemne Extraordinaria*, 28 de febrero de 2023, Vol. 7, Núm.3, abril 2023, pp., 32-41.

⁷ Carlos SANTANA BELTRÁN: Obituario de Manuel Herrera Hernández: Médico sobresaliente y escritor apasionado de Galdós. *La Provincia. Diario de Las Palmas*, 26 de septiembre de 2023.

y se adquirirían conocimientos, por eso mis progenitores, mi padre, hombre de ciencias y de letras e infatigable lector de la prensa, y mi madre, extraordinariamente protocolaria y cumplidora de las más estrictas normas de comportamiento, constituyen el más bello de los recuerdos que alberga mi corazón, porque serán siempre mi mayor recompensa. En la actualidad, el firme pilar de mi existencia lo sostienen mi cuñada M^a de los Ángeles, mis dos sobrinos. Carlos Alberto y Antonio Jesús, así como sus respectivas parejas, Diana y Estefanía; por último, mi único hermano, Antonio, Arquitecto Técnico, Licenciado en Bellas Artes y escultor, el cual es poseedor de una extraordinaria destreza en las técnicas de expresión gráfica, algo que demostraron sus calificaciones de matrícula de honor en esta asignatura en el colegio de San Ildefonso de esta ciudad, por lo tanto es el ilustrador de mis publicaciones y el más cálido apoyo en mis decisiones profesionales y personales. Todo mi cariño a mi entrañable familia.

En este sentido de abrir las puertas a un nuevo miembro, asoma a mi mente el pensamiento del escultor madrileño, aunque educado en Francia, Juan Garaizabal, quien en la reciente Feria Internacional de Arte Contemporáneo, ARCO, expuso su obra Vista oculta I, una puerta realizada en madera de acacia con su cerradura, la primera obra de su proyecto Puertas prodigiosas, elogio de lo extraordinario⁸, un título que se ajusta perfectamente a nuestro estimado espacio académico, pues, como a Garaizabal, una puerta nos despierta la curiosidad de lo que hay detrás de ella, de modo que cuando accedemos a esta Real Academia por sus prodigiosas puertas descubrimos a un numeroso grupo de extraordinarios intelectuales con una enorme capacidad de adaptación a los tiempos que corren en un espacio multidisciplinar, pero manteniendo siempre la esencia decimonónica con la que fue creada, lo que no significa retroceder y mucho menos infringir las normas, todo lo contrario, es un punto de encuentro variopinto que posibilita un amplio abanico de conexiones, relacionadas siempre con la medicina. En conclusión, poseemos una Regia Academia en la que fluye el respeto al espíritu de la enseñanza, del aprendizaje y del ceremonioso protocolo del siglo XIX, pero con las ideas y razonamientos de la centuria que transcurre, de lo que se infiere su inmensa proyección de futuro.

Con esta sentida y sincera reflexión, me dispongo a presentar, con infinito placer, mi discurso de entrada como Académica de Número de esta Real Academia de Medicina de Canarias. Mi línea de investigación

⁸ Entrevista al escultor Juan Garaizabal en "No es un día cualquiera" con Pepa Fernández, en Radio Nacional de España, 25 de febrero de 2024.

principió en el arte a partir de la medicina, concretamente en su triste escenario de distintas patologías y, sobre todo, de aquellas con carácter epidémico, y en determinadas circunstancias pandémico, como la de esta Covid-19 que nos azotó recientemente y que todavía en el presente año 2024 no se ha erradicado del todo, de tal manera que cuando pensábamos que las pandemias eran situaciones del medievo o, como muy próximas, de los siglos precedentes al que estamos viviendo, nos cogió por sorpresa el inesperado SARS-CoV-2.

Este trabajo titulado Medicina y arte: las imágenes protectoras de la Covid-19, es una tarea interdisciplinar, ya que arranca de la medicina, continúa por la religión y se complementa y concluye en el arte, así pues son tres las imágenes abogadas del mencionado mal, localizadas, dos a nivel mundial, en Italia y, la otra, una propuesta de protección, en la península ibérica, novedoso quehacer al reunir en un mismo relato las tres obras que vamos a analizar y que muestran las tres tipologías de la imaginería religiosa: una virgen, un cristo y un santo.

Recordemos que el coronavirus apareció en la ciudad china de Wuhan, capital de la provincia Hubei, en diciembre de 2019, y a España llegó en enero de 2020. En un primer momento, parecía impensable que llegase a Europa, porque el país asiático se presumía muy lejos, sin embargo, no sucedió así, pues el virus se extendía con gran celeridad por el mundo matando a miles de personas. No fue una pesadilla onírica, los contagiados experimentaban los signos y síntomas que ya todos conocemos y que resumimos en la dificultad al respirar.

MARÍA SALUS POPULI ROMANI

Las dos imágenes más veneradas por los romanos por ser abogadas de las epidemias son el Cristo de la Gran Peste, del que hablaremos más adelante, y la Virgen Salus Populi Romani, a la que sacó en procesión en las postrimerías del siglo VI (593) el papa Gregorio I para que los liberara de la muerte negra que pululaba por Roma en aquella época, asimismo, en el segundo cuarto del siglo XIX (1837), el pontífice Gregorio XVI le rezó para que los salvara de una pandemia de cólera. Se trata de un icono bizantino, efectuado como es habitual sobre madera, en el que observamos a la Virgen con el Niño en sus brazos⁹.

⁹ "El icono de la Virgen Salus Populi Romani". Enciclopedia Mariana. Fuente: mariaenlahistoria.wordpress.com. Catholic.net



Icono de la Virgen Salus Populi Romani, tras la restauración de los Museos Vaticanos en 2018. Basílica de Santa María La Mayor. Roma. Foto: https://es.wikipedia.org/wiki/Salus_Populi_Romani

He de abrir aquí un paréntesis para decir que sin salir de esta ciudad de Santa Cruz de Tenerife, tenemos un ejemplo del amparo contra el cólera-morbo (1893-1894) en el venerado Cristo de las Tribulaciones, un busto del siglo XVIII de procedencia andaluza que se custodia en la iglesia de San Francisco de Asís y que concedió el favor de que la epidemia no fuese tan agresiva en el barrio de El Toscal¹⁰.

Continuando con el tema que nos ocupa, cuando la Covid-19 inquietaba a la humanidad y estábamos todos aislados en nuestras viviendas, el Sumo Pontífice se dirigió primero a la iglesia de Santa María la Mayor, donde le dedicó sus oraciones a la citada Salvadora del Pueblo Romano por la desaparición de esa fiera afección, además de por toda la complicada situación sanitaria.

EL CRISTO DE LA GRAN PESTE

Seguidamente dirigió sus pasos hacia la iglesia de San Marcello al Corso para pedirle al Cristo de la Gran Peste que cesara la propagación del coronavirus. Sucedió que en la noche del 22 al 23 de mayo de 1519 este templo se destruyó totalmente a resultas de un pavoroso incendio, por lo que hubo de ser

¹⁰ Ana María DÍAZ PÉREZ: "El fenómeno del "sudor" en la plástica canaria", en X Coloquio de Historia Canario-Americana (1992), Las Palmas de Gran Canaria, 1994, pág. 1151

reconstruido, aunque no se terminó hasta finales del siglo XVI (1592), y con posterioridad se completó con la fachada cóncava de estilo barroco. Sin embargo, entre aquellas abrasadoras llamas el crucificado permaneció indemne, mientras que a sus pies ardía la lámpara de aceite que lo iluminaba, circunstancia por la que determinaron que se trataba de un milagro¹¹.

Este Cristo Milagroso es una obra del siglo XIV, tallada en madera y de autor anónimo, que por sus particularidades estilísticas apreciamos la transición del gótico al renacimiento. Esta talla fue la que concedió el ansiado prodigio y que nos hace retroceder hasta el año 1522, cuando una aterradora peste se expandió por la ciudad de Roma, siendo tan virulenta que se temía que desaparecieran todos sus habitantes¹².

En cuanto a la peste bubónica, hemos de recurrir a la historia para señalar el espeluznante cuadro clínico que experimentaban los enfermos, con el agravante de que se tardó tres siglos en descubrir (1894) el agente causal, la bacteria zoonótica *Yersinia pestis*¹³, dilatación en el tiempo que ocasionó una elevadísima mortalidad en todo el globo terráqueo.

Volviendo de nuevo a la peste negra romana del primer cuarto del siglo XVI, ante la desesperación, los frailes de los Siervos de María, los Servitas, resolvieron trasladar en procesión la imagen del Cristo milagroso desde su iglesia hasta la Basílica de San Pedro y a pesar de que las autoridades se opusieron a ello para evitar los contagios, los ciudadanos dominados por la angustia que los atribulaba hicieron caso omiso a la prohibición y recorrieron con el Crucifijo las calles durante unos 16 días, de manera que la terrorífica dolencia desapareció por completo¹⁴.

¹¹ *El Crucifijo Milagroso: el crucifijo que salvó de la peste. 19 de abril de 2023.* <https://www.holyart.es/blog/articulos-religiosos/el-crucifijo-milagroso-el-crucifijo-que-salvo-de-la-pestes/>

¹² *Idem.*

¹³ Ana María DÍAZ PÉREZ y Juan Gabriel DE LA FUENTE PERDOMO: *Estudio de las grandes epidemias en Tenerife (Siglos XV-XX).* Cabildo de Tenerife, ACT, 1990, pp. 50-55.

¹⁴ *Qué representa el crucifijo milagroso al que el papa Francisco le rezó para frenar el coronavirus, 27 de marzo de 2020.* Infobae <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/03/27/que-representa-el-crucifijo-milagroso-al-que-el-papa-francisco-le-rezo-para-frenar-el-coronavirus/>

- *Francisco pide ayuda al Cristo que salvó a Roma de la gran peste. Mundo. Alfa&Omega. Vaticano., 16 de marzo de 2020.* <https://alfayomega.es/francisco-pide-ayuda-al-cristo-que-salvo-a-roma-de-la-gran-pestes/>

Rememoremos que pudimos ver a través de la televisión al Papa Francisco, el día 27 de marzo de 2020, en plena pandemia e iniciado ya el confinamiento, orando solo ante el milagroso crucificado con el ruego de que acabase con el padecimiento que segaría millones de vidas, ofreciéndonos un panorama desolador, entristecido aún más por la soledad del Pontífice, el pavimento mojado por la lluvia y la plaza que abraza la columnata de Bernini absolutamente vacía de la que se esparcía un silencio sepulcral.

Del análisis de este hecho que acabamos de comentar se desprenden tres aspectos fundamentales que ofrecen esa estrecha relación entre medicina, religión y arte: Primeramente, esta imagen de El Salvador en concreto fue elegida por el Romano Pontífice porque era considerada protectora de la peste de landres desde hacía 500 años; en segundo término, otra peculiaridad fue la importancia de que el máximo Representante de la Iglesia lo invocase, junto al cuadro de la Virgen Salus Populi Romani, al objeto de que remitiera el brutal azote, lo que otorgaba al acto gran respeto y una mayor consideración; y, en tercer lugar, al ser emitido por un medio de comunicación televisivo que permitió la contemplación de aquel paisaje desértico, se difundió esa melancólica escena por todo el orbe, tanto es así que a partir de ahí su repercusión despertó el interés del crucificado en la vertiente artística.

Testimonio de este último aserto fue la creación (abril-junio 2020) del artista natural de la ciudad rumana de Lași (1990), Laurentiu Rotaru, de un óleo sobre lienzo (620 x 420 cms.), titulado Cristo de San Marcello y San Antolín orante en la tempestad pandémica, encargo de unos devotos para la iglesia de San Nicolás de los Servitas, sita en el Madrid de los Austrias. En la tela contemplamos como el Cristo de San Marcelo es la figura central de la obra, mientras que el ángulo inferior izquierdo, desde la mirada del observador, lo destinó a la representación de San Antolín, quien conduce hasta Cristo las oraciones¹⁵. No obstante, nos preguntamos cuál es la razón para que se realizase en España una copia sobre lienzo de esa escultura que atesora el país cuna del Renacimiento, por lo que hemos de destacar que la curia mayor de la Congregación de los Servitas tiene su enclave en San Marcello y que, además, el mentado recinto

¹⁵ En la parte inferior de la obra se lee: "Cristo de San Marcello y San Antolín invocados por fieles de la iglesia de San Nicolás de los servitas de Madrid durante la tempestad pandémica del Covid-19 para su erradicación"

Mi más sincero agradecimiento a la Comunidad religiosa de la Iglesia de San Nicolás de los Servitas de Madrid por cedernos la fotografía y la ficha técnica de la pintura.

religioso matritense es en la actualidad la parroquial de la comunidad italiana, motivo por el que ahora entendemos la relación entre el Cristo de la Gran Peste y este templo.



Cristo de San Marcello y San Antolín, óleo sobre lienzo de Laurentiu Rotaru. Iglesia de San Nicolás de los Servitas (Madrid). Foto: Cedida por la Comunidad de los Servitas de este templo matritense.

No quisiera dejar de anotar que la vinculación de una imagen religiosa con la peste bubónica también existe en otros lugares y sin salir de Canarias tenemos un claro ejemplo en la ermita de San Vicente Diácono emplazada en un bello rincón del tinerfeño municipio de Los Realejos, debido a que a principios del siglo XVII aquí se detuvo el mal de bubas que había invadido los cuerpos de los habitantes de Garachico, por lo que una inscripción en el frontispicio del pequeño espacio religioso deja constancia de que este pueblo escapó de la feroz peste de Landres, por lo que en acción de gracias prometió a su santo titular festejar su día cada 22 de enero¹⁶. La escultura de candelero de San Vicente, de rubio cabello y azules ojos, es una obra que ha sido estudiada por un hijo de este municipio realejero, el que fuera profesor titular de Historia del Arte de la ULL, con espléndida didáctica, y hoy Ilustre Vicepresidente de la Real Academia Canaria de Bellas Artes de San Miguel Arcángel de

¹⁶ Ana María DÍAZ PÉREZ y Juan Gabriel DE LA FUENTE PERDOMO: Op. cit., pág., 42.

Santa Cruz de Tenerife, el Dr. D. Gerardo Fuentes Pérez, quien a raíz de su minucioso estudio argumenta que por sus peculiaridades estilísticas se trata de una obra foránea, posiblemente procedente del este peninsular¹⁷.



Imagen de San Vicente Diácono. Ermita homónima. Los Realejos (Tenerife). Foto: Cedida por D. Isidro Felipe Acosta.

SAN JUAN GABRIEL PERBOYRE

Nos centramos seguidamente en otra de las imágenes, la de San Juan Gabriel Perboyre, por lo que debemos viajar con nuestra imaginación hasta la Comunidad Autónoma de Andalucía, en concreto, a la localidad cordobesa de Pozoblanco, perteneciente a la comarca de Los Pedroches y situada al nordeste del lugar en su zona de mayor altura. Allí se levantó una ermita dedicada a Santa Marta¹⁸, a la que se refiere el pasaje bíblico de la Resurrección de su hermano Lázaro¹⁹,

¹⁷ Gerardo FUENTES PÉREZ: "La iconografía de San Vicente Diácono y Mártir en el ámbito artístico de Canarias", conferencia pronunciada en el Salón de Actos de la Real Sociedad Económica de Amigos del País de Tenerife, La Laguna, día 19 de mayo de 1988. Estudios Canarios: Anuario del Instituto de Estudios Canarios, N° 32-33, 1986-1987, pp., 57-59.

- Gerardo FUENTES PÉREZ: "La imagen de San Vicente, un joya del patrimonio artístico", El Día, 22 de enero de 1989.

¹⁸ Manuel MORENO VALERO: La ermita de San Antonio de Pozoblanco. Editorial CordobaLibros, Córdoba, 2013, pág., 83.

¹⁹ D. MUÑOZ: Juan, capítulo 11, Nuevo Testamento, en Biblia de Jerusalén. Editorial Desclée De Brouwer, Bilbao, 2009, pp. 1564 -1565.

debido a la influencia de los franciscanos en el norte de Córdoba, ya que fueron los primeros en celebrar la festividad de esa santa en el siglo XIII (1262)²⁰.

Esta construcción fue considerada de gran antigüedad por el médico, e historiador cordobés Luis María Ramírez de las Casas Deza (1802-1874), que, dicho sea de paso, su madre murió de parto, más según la documentación que obra en el Archivo General del Obispado de Córdoba se trata de una fábrica del siglo XVI²¹, que presenta las características de las ermitas de la zona de Los Pedroches y que tiene adosada la sacristía, sin olvidar la casa del santero²².

Posteriormente, en el Setecientos, se cambió el título de la ermita por el de San Antonio de Padua, en virtud de que se le dotó de una imagen de este franciscano, por lo que lentamente se fue olvidando la denominación original²³. Dada la escasa bibliografía al respecto, gracias al libro La ermita de San Antonio de Pozoblanco del cronista oficial del municipio pozoalbense, D. Manuel Moreno Valero (1937-2016), hemos podido estudiar su ubicación y su historia, así como referencias a la escultura de San Juan Gabriel Perboyre, cuya hagiografía e iconografía estudiamos a continuación.

En las centurias pasadas era la población la que erigía un taumaturgo en protector de las epidemias a través de sus rogativas, pero los tiempos han cambiado y en este siglo XXI son también los ciudadanos los que fomentan este patronazgo, pero, valiéndose del avance de las nuevas tecnologías y de algunos medios de comunicación social, han sido sus usuarios, los que hicieron circular la existencia de la imagen del citado beato, debido a que han visto en su martirio una estrecha relación con los síntomas que produce el virus de esta reciente pandemia, por lo que alguien lo ha tildado de "patrón del coronavirus"²⁴.

Ya han transcurrido cuatro años (14 de marzo de 2020) desde que el Gobierno de la Nación decretó el confinamiento, aplaudiéndose desde los hogares, durante aquellos tres meses (hasta el 21 de junio de 2020), la impagable dedicación de los sanitarios a su profesión²⁵. Nuestra remembranza a todos los

²⁰ Manuel MORENO VALERO: Op. cit., pág. 85.

²¹ Ibidem, pp., 86 y 87.

²² Ibidem, pp. 32-37, 94 y 100.

²³ Ibidem, pág., 103.

²⁴ M^a Luna CASTRO: "Un santo para el coronavirus en la ermita de San Antonio de Pozoblanco", Diario de Córdoba, 18 de abril de 2020. <https://www.diariocordoba.com>

²⁵ José Vicente GONZÁLEZ BETHENCOURT: Opinión. "En busca de mascarillas". El Día/La Opinión de Tenerife, 17 de marzo de 2024, pág. 34.

congéneres que perdieron su vida a causa de este grave padecimiento. Afortunadamente, la vía telemática nos proporcionó el contacto de unos con otro, si bien pronto aparecieron las primera vacunas, indispensables dada la cantidad de infecciones respiratorias que circulan hoy en día²⁶.

La actividad cotidiana que se realizaba en las casas a lo largo de ese periodo en el que no era posible salir al exterior la ha explicitado un polifacético caballero, el Dr. arquitecto, pintor, escultor, grabador, dibujante y escritor, D. Felipe Hodgson Ravina, en su libro *Crónica gráfica diaria del confinamiento*, en el que ha ilustrado las tareas diarias con sus característicos dibujos alusivos a los textos de distintos autores, todo un testimonio de lo que supuso vivir reclusos a causa de una pandemia²⁷. Esta situación ocasionó que no se pudiesen llevar a cabo públicas rogativas procesionales.

Hagiografía

Entramos ahora de lleno en la existencia de Juan Gabriel Perboyre Rigal, quien tuvo una vida corta, pero intensa. Nació el 6 de enero de 1820 en la localidad francesa de Le Puech en Montgesty, Diócesis de Cahors²⁸.

A la edad de 14 años (1816), Juan Gabriel y su hermano Luis ingresaron en el seminario francés de Montauban²⁹ de Padres Lazaristas y a su vez religiosos que formaban la Congregación de la Misión instituida por San Vicente de Paúl, siendo en esta Comunidad donde sintió la vocación de difundir el Evangelio³⁰. Dos años después (1818) el futuro mártir solicitó su admisión en la mencionada comunidad vicenciana e ingresó en el Seminario interno, autorizándosele a hacer los votos a la edad de 19 (1820). Al año siguiente (1821) se trasladó a París a la Casa de San Lázaro con el fin de adquirir su formación teológica y tras ser

²⁶ Antonio ALARCÓ HERNÁNDEZ: "Las superbacterias, un grave problema sanitario". *La Razón*, 17 de marzo de 2024, pág., 19.

²⁷ Felipe HODGSON RAVINA: *Crónica gráfica diaria del confinamiento*. Edición Felipe Hodgson Ravina, 2021, pp. 17-339.

²⁸ Isabel ORELLANA VILCHES: *San Juan Gabriel Perboyre, 11 de septiembre. Misionero y mártir en China*. *TÉSTIMONIOS. ZENIT El mundo visto desde Roma*, 10 de septiembre de 2020. <https://es.zenit.org>

²⁹ HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL: *San Juan Gabriel Perboyre*. Provincia de Cali. Colombia. <https://hijasdelacaridadcali.org.co/san-juan-gabriel-perboyre/>

³⁰ *San Juan Gabriel Perboyre, Santo. Presbítero y Mártir, 11 de septiembre*. Catholic.net, reproducido con autorización expresa de Abadía San José de Clairval. <https://es.catholic.net/op/articulos/35094/juan-gabriel-perboyre-santo.html#modal>

ordenado sacerdote en 1826, fue enviado al Seminario de Saint-Flour, primero, en calidad de profesor y, más tarde, de Superior³¹.

Nos situamos ya en los albores de la década de los treinta (1831). Sucedió que su hermano Luis, mientras se dirigía hacia China con la intención de evangelizar dejó de existir durante el viaje marítimo³² a consecuencia de unas fiebres, entonces Juan Gabriel comunicó que deseaba ocupar su vacante, mas su delicado estado de salud no se lo permitió³³. En 1832 lo encontramos en la Casa Madre de la Misión en el cargo de subdirector del Seminario. Tenía entonces 30 años³⁴.

Por fin, en 1835, partió para China, travesía que duró cinco meses, llegando a Macao el 29 de agosto³⁵. Ya en tierra asiática se adaptó a su cultura, por lo tanto, siguió las costumbres en las prendas de vestir, en el cabello, pues se rapó la cabeza a excepción de una larga trenza, en la forma de comer con palillos y estudió el idioma chino que habló correctamente, todo ello no fue solo para convertirse en un chino más, sino también para pasar desapercibido, ya que existía la pena de muerte para aquellos que se dedicaban a la evangelización católica³⁶. A los tres años de su llegada (1839), se inicia una persecución contra los cristianos, por lo que el futuro santo huyó y se escondió en un frondoso bosque, sin embargo, fue descubierto al ser traicionado por un catecúmeno a cambio de dinero, exactamente 30 taeles chinos³⁷.

³¹ HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL: *San Juan Gabriel Perboyre*. Provincia de Cali. Colombia. <https://hijasdelacaridadcali.org.co/san-juan-gabriel-perboyre/>

³² *Idem*.

³³ "San Juan Gabriel Perboyre, Santo. Presbítero y Mártir, 11 de septiembre". Catholic.net, reproducido con autorización expresa de Abadía San José de Clairval. <https://es.catholic.net/op/articulos/35094/juan-gabriel-perboyre-santo.html#m>

³⁴ HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL: *San Juan Gabriel Perboyre*. Provincia de Cali. Colombia. <https://hijasdelacaridadcali.org.co/san-juan-gabriel-perboyre/>

³⁵ David CARMONA, CM: *San Jun Gabriel Perboyre Rigal, un misionero Paúl en China*. Congregación de la Misión. Provincia de Zaragoza, España, publicado el 11 de septiembre de 2012 y actualizado el 21 de septiembre de 2023. <https://pauleszaragoza.org/san-juan-gabriel-perboyre-riga-un-misionero-paul-en-china/>

³⁶ HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL: *San Juan Gabriel Perboyre*. Provincia de Cali. Colombia. <https://hijasdelacaridadcali.org.co/san-juan-gabriel-perboyre/>

³⁷ "San Juan Gabriel Perboyre, Santo. Presbítero y Mártir, 11 de septiembre". Catholic.net, reproducido con autorización expresa de Abadía San José de Clairval. <https://es.catholic.net/op/articulos/35094/juan-gabriel-perboyre-santo.html#mod>

A partir de ahí comienza una serie de interrogatorios por los mandatarios del país, le aplican atroces suplicios, como los grilletes, lo encierran en prisión durante meses y, por último, lo condenan a la pena capital por estrangulamiento y así fue como el 11 de septiembre de 1840, con tan solo 38 años, le sujetaron con sogas las manos y los pies a una madera en forma de cruz y a continuación el verdugo le colocó en el cuello una cuerda a modo de collar en la que insertó un pedazo de bambú y empezó a apretarla muy despacio, de modo que un tercer torcimiento más dilatado le ocasionó la muerte por asfixia³⁸. Aquí precisamente se halla la relación con la Covid-19, puesto que los contagiados que no lograban superarla morían asfixiados, a pesar de que se les aplicaban los respiradores.

Un arriesgado catequista se llevó el cuerpo sin vida del misionero Perboyre³⁹, y lo inhumó en un lugar cercano a la sepultura de San Francisco Regis Clet el otro lazarista que padeció idéntico martirio que Juan Gabriel⁴⁰, sin embargo, durante la época del presidente MAO, los católicos fueron muy perseguidos, por lo que en ese tiempo escondieron las lápidas de estos dos religiosos⁴¹.

Pasados veinte años de su muerte, en 1860, los restos mortales del mártir fueron traídos a su tierra natal desde China, concretamente a la Casa Madre vicenciana en París⁴², así pues, en la actualidad su tumba se custodia en una capilla lateral de la iglesia de este gigantesco complejo arquitectónico⁴³.

Si comparamos la pasión de Jesús y la de Juan Gabriel Perboyre entresacamos varios paralelismos, puesto que los dos fueron objeto de traición, Jesús fue traicionado por Judas por 30 denarios y Juan Gabriel por un catequista por 30 taeles, ambos sufrieron horribles tormentos, fueron interrogados y murieron en la cruz, El Redentor clavado y el santo galo atado

con cuerdas y estrangulado⁴⁴.

Iconografía

Respecto a su iconografía, en una de las paredes de la ermita de San Antonio pende una hornacina de madera con elementos arquitectónicos neogóticos que muestra su imagen, de mediano tamaño y realizada en el municipio catalán de Olot.

En general, iconográficamente hablando, las referencias acerca de su atavío indican que San Juan Gabriel se muestra vestido con el tradicional kimono chico, pero cuando se observa la imagen de Pozoblanco, llama poderosamente la atención de que no es esa pieza textil la que luce, pues vemos la camisola debajo de una prenda sin mangas, en este caso, de color verde, cuando su color real debería de ser el rojo, larga camisola, o hábito, con la que vestían a los prisioneros para indicar que estaban condenados a muerte⁴⁵, de ahí que los artistas que siguieron fielmente la historia hagiográfica así lo representaron.



M. Luna Castro: "Un santo para el coronavirus en la ermita de San Antonio de Pozoblanco". "La iglesia acoge una imagen de San Juan Gabriel Perboyre, que fue martirizado en 1840 en Wuhan, la ciudad china donde se inició la pandemia". *Diario de Córdoba*, 18 de abril de 2020. <https://www.diariocordoba.com>

Cabe plantearnos entonces por qué la presencia de una imagen con unas características iconográficas chinas en España y la respuesta la encontramos en que fue donada por una familia devota de este ignorado misionero vicenciano. Sucedió que en las primeras décadas del siglo XX el matrimonio formado

³⁸ *Idem*.
³⁹ HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL: San Juan Gabriel Perboyre. Provincia de Cali. Colombia. <https://hijasdelacaridadcali.org.co/san-juan-gabriel-perboyre/>
⁴⁰ "La iglesia venera hoy a San Juan Gabriel". VILLAMARTINCOfrade.com, 11 de septiembre de 2020. <https://www.villamartincofrade.com/2020/09/11/la-iglesia-venera-hoy-san-juan-gabriel-perboyre/>
⁴¹ INFOVATICANA: San Juan Gabriel Perboyre, el patrón contra el coronavirus, 15 de abril de 2020. <https://infovaticana.com/2020/04/15/san-juan-gabriel-perboyre-el-patron-contra-el-coronavirus/>
⁴² HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAÚL: San Juan-Gabriel Perboyre. Compagnie des Filles de la Charité, París, Francia.
⁴³ INFOVATICANA: San Juan Gabriel Perboyre, el patrón contra el coronavirus, 15 de abril de 2020.
⁴⁴ Andrés SYLVESTRE, CM: "La pasión de Jesús y la pasión de Juan Gabriel Perboyre". Traducido del francés por Félix Álvarez Sagredo, CM., 10 de septiembre de 2023. <https://famvin.org/es/2023/09/10/la-pasion-de-jesus-y-la-pasion-de-juan-gabriel-perboyre/>
⁴⁵ Jean-Yves DUCOURNEAU, C.M.: Une semence d'éternité: St. Jean-Gabriel Perboyre, Médiaspaul, París, 1996. Somos Vicencianos: El martirio de San Juan Gabriel Perboyre (Traductor Irene Crego), 11 de septiembre de 2023.

por D. Bartolomé Muñoz y D^a Paula Arroyo viajó a Madrid con el fin de acudir a un médico, ya que, deseando tener descendencia, la esposa no lograba quedarse embarazada, mas al terminar la consulta entró en un templo de la Hijas de la Caridad y allí de repente se encontró frente a una representación del beato Perboyre, cuya iconografía desconocía absolutamente, de tal forma que, impresionada, le dirigió sus oraciones y le prometió que si lograba ser madre depositaría en su hogar una obra con su figuración. Efectivamente, Juan Gabriel oyó sus plegarias y tuvo seis hijos, tres niños y tres niñas, incluso dio a luz a otro bebé que murió siendo pequeño y al que bautizó con el nombre de Gabriel⁴⁶.

La Sra. Arroyo cumplió su palabra y la obra se trasladó desde Madrid hasta su lugar de destino, permaneciendo después durante largo tiempo en el domicilio de Carmen, la hija de los Sres. Muñoz Arroyo, sin embargo, en la década de los cincuenta su madre le aconsejó que la depositara en la ermita en la que actualmente se custodia, al objeto de que fuese conocido por el pueblo⁴⁷.



La imagen de san Juan Gabriel Perboyre, en uno de los muros de la ermita de San Antonio. Foto: RAFA SÁNCHEZ.

No debemos pasar por alto que dicha línea "capillita" que acoge la imagen de San Juan Gabriel Perboyre fue tallada por un familiar de la donante, el carpintero Carlos Arroyo. En la peana una placa que lo distingue fue colocada por Sor Nieves, superiora de las Hijas de la Caridad de España, ya que pensó que sin rótulo no lo conocería nadie⁴⁸. Creemos que su idea fue muy acertada y mucho más en el caso de este ignorado taumaturgo, de hecho, estamos seguros de que cuando un español mire esta imagen sin conocer aún

⁴⁶ "La ermita de San Antonio de Pozoblanco es una de las pocas iglesias con la imagen de Juan Gabriel Perboyre". COPE Pozoblanco. Redacción, 17 de abril de 2020. <https://copepozoblanco.es/la-ermita-de-san-antonio-de-pozoblanco/>

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Idem.

su hagiografía le extrañará su iconografía oriental y, mucho más, que esté en suelo patrio, por eso es tan importante su identificación. En un artículo periodístico la que fuera corresponsal del Diario de Córdoba en Pozoblanco, M^a Luna Castro, afirma que "Si hasta ahora ha pasado desapercibido, sin duda esta historia animará a visitarlo⁴⁹".



ORACIÓN DEL MISIONERO MÁRTIR

¡Oh, mi Divino Salvador!,
haz, por tu omnipotencia y tu infinita misericordia,
que yo cambie y me transforme totalmente en Ti.
Que mis manos sean las manos de Jesús,
que mis ojos sean los ojos de Jesús,
que mi lengua sea la lengua de Jesús;
que todos mis sentidos y todo mi cuerpo
sólo sirvan para glorificarte; pero, sobre todo,
transforma mi alma y todas sus potencias:
que mi memoria, que mi inteligencia, que mi corazón,
sean la memoria, la inteligencia y el corazón de Jesús;
que mis actos, mis sentimientos
sean semejantes a tus actos, a tus sentimientos;
y que, como tu Padre decía de Ti:
"Yo te he engendrado hoy",
puedas Tú decir lo mismo de mí y
agregar también con tu Padre celestial:
"He ahí a mi hijo bien amado,
objeto de mis complacencias".
Amén.

San Juan Gabriel Perboyre
Ermita de San Antonio. Pozoblanco

"San Gabriel Perboyre se podrá visitar este martes en el ermita de San Antonio". COPE Pozoblanco. 8 de mayo de 2020. <https://www.facebook.com/CopePozoblanco/posts/san-gabriel-perboyre-se-podra-visitar-este-martes-en-el-ermita-de-san-antonioest/2649922965329146/>

Este citado recinto religioso posoalbense encierra el privilegio de ser una de las pocas iglesias en España que posee una obra de San Juan Gabriel, incluso el que fuera ermitaño de ella, el Padre José, dijo en palabras textuales: " es el único sitio en el mundo donde he visto en mi vida la imagen de este santo, sobre el que por fin sé algo y está en la ermita de San Antonio, afortunados los de esta tierra para encomendarse a él"⁵⁰.

⁴⁹ M^a Luna CASTRO: "Un santo para el coronavirus en la ermita de San Antonio de Pozoblanco", Diario de Córdoba, 18 de abril de 2020. <https://www.diariocordoba.com>

⁵⁰ "Quien es Juan Gabriel Perboyre, el patrón contra el Covid-19". As.com, 26 de abril de 2020. https://as.com/diarioas/2020/04/26/actualidad/1587919510_049987.html

Beatificación, canonización y festividad

La causa Perboyre desde sus comienzos hasta su beatificación, el 10 de noviembre de 1889 por el papa León XIII, se extendió a lo largo de casi medio siglo después de su martirio. El milagro que propició que Juan Gabriel fuese canonizado consistió en la curación de Sor Gabriela Isoré (1851-1906), monja belga, Hija de la Caridad de Herbelé, Diócesis de Malinas, la cual había sido diagnosticada primero de mielitis y luego de lepto-meningitis espinal ascendente aguda cuando contaba 38 años. El Dr. Boine testificó que "Para una enferma llegada al punto al que estaba reducida Sor Isoré se hubieran necesitado meses de tratamiento activo para una curación que sería quizás todavía incompleta", hasta el punto de que el mencionado facultativo ya no tenía esperanzas de que se recuperase⁵¹.

Sin embargo, el proceso de canonización se detuvo, ya que surgió la duda a dos médicos de si "se trataba de una enfermedad orgánica o funcional", así pues en 1994 se sometió el caso a una nueva revisión por un par de galenos peritos, quienes descartaron la histeria o padecimiento funcional, concluyendo que se trataba de una polirradiculoneuritis ascendente, o inflamación de varias raíces nerviosas espinales, y puntualizando "que la curación se ha de considerar instantánea, completa y duradera, inexplicable según nuestros conocimientos científicos". Con este informe médico se procedió a su canonización por el Papa Juan Pablo II el 2 de junio de 1996⁵².

En síntesis, el casi medio siglo (49 años) que tardó su beatificación y los 156 años de espera para su canonización, fueron procesos cortos si lo comparamos con las de otros santos, sirvan de ejemplo dos tinerfeños: el Hermano Pedro de Bethencourt (Siglo XVII)⁵³ y el Padre Anchieta (siglo XVI)⁵⁴, puesto que pasaron más de tres centurias para que fuesen considerados beatos, mientras que el procedimiento de santidad se dilató considerablemente en el tiempo, de tal forma que en el caso del Padre Anchieta rebasó

⁵¹ "San Juan Gabriel Perboyre, Santo. Presbítero y Mártir, 11 de septiembre". Catholic.net, reproducido con autorización expresa de Abadía San José de Clairval. <https://es.catholic.net/op/articulos/35094/juan-gabriel-perboyre-santo.html#m>

⁵² Idem.

⁵³ Nelson DÍAZ FRÍAS: *El Hermano Pedro de Bethencourt. La vida, la familia y la obra del primer santo canario*. Editorial Benchomo, Santa Cruz de Tenerife - Las Palmas de Gran Canaria, 202, pp.119-120.

⁵⁴ Tomás ZEROLO DAVIDSON: "José de Anchieta y la Medicina", en *Estudios Canarios: Anuario del Instituto de Estudios Canarios, Medicina, Farmacia y Veterinaria*, pp., 77-87.

los cuatro siglos⁵⁵.

Por último, la festividad de San Juan Gabriel Perboyre se celebra, como está establecido en el santoral católico, en la fecha que sufrió su martirio, el 11 de septiembre⁵⁶.

Durante el confinamiento surgió una explosión informativa acerca de Juan Gabriel Perboyre, por un lado, en las redes sociales y en las páginas Web y, por otro, la curiosidad de saber la identidad del Mártir de Wuhan y el origen de su imagen en Pozoblanco llevó a alguna emisora de TV, como el canal Cuatro, a formular la pregunta y a facilitar en directo la respuesta enviando una reportera a la citada localidad cordobesa de Pozoblanco⁵⁷.

En un principio, y tras la historia de cómo llegó hasta Pozoblanco su imagen, eran las mujeres que no podían concebir hijos las que se encomendaban a San Juan Gabriel, pero hoy en esta localidad pozoalbense se dirigen a este taumaturgo como abogado contra el SARS-CoV-2, si bien manifiesta un vecino del lugar que hay una propuesta para que se le reconozca como tal y, continúa diciendo D. Emilio Gómez que fuera de las casas de los padres paúles o de las Hijas de la Caridad no es habitual encontrar una obra de este santo vicenciano, por lo que cree que esta escultura de Córdoba es la única existente en España⁵⁸, no obstante, hemos hallado su representación, aunque pictórica, en una columna de la parroquia de San Gonzalo de Sevilla, en un azulejo que fue ejecutado por el artista Alfonso Chaves Tejada, cerámica (1954), procedente de la sevillana fábrica de Ramos Rejano, popular empresa ubicada en el barrio de Triana e inexistente desde 1965⁵⁹.

Tampoco faltaron otras opiniones acerca de su idoneidad para que sea considerado protector de la Covid-19. El profesor de Historia de china, Anthony Clark, estuvo un tiempo en Wuhan indagando en la hagiografía no solo en la de San Juan Gabriel, sino

⁵⁵ Domingo RAMOS: "La extraña canonización de Anchieta", eldiario.es/Canarias/ahora, Santa Cruz de Tenerife, 11 de julio de 2014.

⁵⁶ "Un Santo para cada día", 11 de septiembre San Juan Gabriel Perboyre, *Calendario 2018*. San Pablo, Madrid.

⁵⁷ *El patrón contra el coronavirus. Un santo martirizado en Wuhan recibe un aluvión de peticiones. Programa "Cuatro al Día"*, presentado por Joaquín Prat. *Directo Pozoblanco, Córdoba, Cuatro TV*, 12 de julio de 2020.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ HERMANDAD DE SAN GONZALO: "San Juan Gabriel Perboyre, el patrón contra el coronavirus, está presente en San Gonzalo", 19 de abril de 2020. <https://hermandaddesangonzalo.es/san-juan-gabriel-perboyre-el-patron-contra-el-coronavirus-esta-presente-en-san-gonzalo/>

también en la de San Francisco Regis Clet, tarea investigadora de la que dedujo que ambos mártires de Wuhan son adecuados defensores para las personas que se han contagiado de coronavirus, ya que dejaron de existir porque se les interrumpió la respiración. A todo esto añade que la mencionada ciudad china así como ha adquirido tan mala fama por ser el epicentro del coronavirus, en el Ochocientos fue un enclave importante para los misioneros, dado que fundaron allí establecimientos hospitalarios católicos y precisamente el Hospital Central de Wuhan, donde falleció el doctor que denunció este potente virus, Li Wenliang, posee una estatua de Eustaquio Zanolí, un religioso italiano que por aquella época trajo a las Hijas de la Caridad a esa urbe al objeto de ofrecer prestaciones sociales⁶⁰.

Por último, la curiosidad me llevó a rastrear la existencia de su figuración en otros países, y la búsqueda me remitió a una reliquia de este sacerdote paúl en la Basílica de la Asunción de la Santísima Virgen María y San Nicolás, sita en la localidad polaca de Boleslawiec⁶¹, asimismo, su imagen aparece en una vidriera en Saint Urcisse de Cahors⁶², sin obviar la escultura de su iconografía que se custodia en la iglesia de Saint Cirq Lapopie.

Hasta aquí el tradicional discurso académico, mas deseo finalizar mis palabras como las comencé, expresando a esta Real Colectividad mi máximo sentimiento de orgullo y honor por formar parte de su conjunto de excepcionales eruditos, cuyas sobresalientes biografías continuaré difundiendo, además de seguir ampliando en mis investigaciones el hilo conductor "medicina y arte, pero este ingreso supone fundamentalmente una inmensa responsabilidad, por lo que estoy a la entera disposición de este Distinguido Foro, no solo para adquirir nuevos saberes durante el arropamiento a las Sras. y Sres. Académicos que se esfuerzan en comunicarnos interesantísimas investigaciones, sino también con el fin de colaborar en todo aquello que considere oportuno sobre su pasado y en el acontecer de su inconmensurable devenir.

⁶⁰ "San Juan Gabriel Perboyre, el patrón contra el coronavirus", INFOVATICANA, 15 de abril de 2020. <https://infovaticana.com/2020/04/15/san-juan-gabriel-perboyre-el-patron-contra-el-coronavirus/>

⁶¹ Annie JOSSE y Krzysztof ZIELEND, OMI: "Un santo de Wuhan en Polonia". FAMVIN, 16 de mayo de 2020.

⁶² Catherine LEGEAY: "Le Bienheureux, désormais canonisé, que L'Église de Pologne nous invite à implorer pour la guérison des malades du virus de Wuhan". "Jean Gabriel Perboyre, Martyr de la foi en Quercy" << Le Crucifié de Wuhan >>, 22 de mayo de 2020. <https://www.catherinelegeay.fr/le-bienheureux-desormais-canonise-que-leglise-de-pologne-nous-invite-a-implorer-pour-la-guerison-des-malades-du-virus-de-wuhan/>

¡Infinitas gracias a esta Real Academia de Medicina de Canarias por hacer de este día uno de los más felices de mi vida y a todos los presentes por tener la deferencia de respirar este ambiente de felicidad junto a mí!



Dibujo realizado (2024) a lápiz 4b sobre papel de la marca Fabriano por el dibujante Felipe Hodgson Ravina.

Discurso de Ingreso del Académico Electo en la Real Academia de Medicina de Canarias

LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN DEL SUICIDIO

Ilmo. Sr. D. Francisco Rodríguez Pulido

Discurso de Contestación a cargo de

Ilmo. Sr. D. Antonio Sierra López

1. AGRADECIMIENTOS

Antes que nada, deseo expresar mi profundo agradecimiento a los Ilustrísimos señores de la Junta Directiva de la Real Academia de Medicina de Canarias y a los Académicos Numerarios por la aceptación de mi candidatura para la sección de "Medicina Legal, Bioética, Psiquiatría e Historia de la Medicina". También quiero agradecer de manera especial a los promotores de la misma, a los Ilustrísimos señores Dr. Arturo Hardisson de la Torre, Dr. Antonio Burgos Ojeda y Dr. Rafael Martínez Sanz. Incluyo en este agradecimiento, de corazón, a mi familia y a mis amigos de siempre, especialmente a mi compañera de vida, Dña. Ángeles Rodríguez García.

Señoras y Señores, amigas y amigos presentes, compañeras y compañeros de profesión: Es un honor para mí pertenecer a esta real institución. Reitero que asumo esta responsabilidad plenamente, como diría Virginia Woolf, como si las alas de la vida se desplegasen en este instante.

2. ELECCIÓN DEL DISCURSO

La elección del discurso de esta noche en esta prestigiosa y real, institución canaria no ha sido casual. Entre los posibles temas, me incliné por hablarles sobre el suicidio, "la razón y la sinrazón del suicidio", debido a un interés personal, clínico, científico y social. En este momento, ha adquirido una relevancia no deseada pero significativa para el conjunto de la ciudadanía y para la vida en cualquier momento.

Mi interés personal por los temas existenciales comenzó en mi juventud, a través de mis lecturas, y con el asombro que sentí al conocer la historia de los habitantes prehispanicos que se precipitaron por honor, como el Faycán de Telde. En mi vida profesional, he dedicado muchas horas a la investigación sobre el suicidio consumado en la isla de Tenerife (1977-

1983) (Rodríguez Pulido, 1985) y en el Archipiélago Canario (1977-1983) (Rodríguez Pulido, et al.1991) gracias a la oportunidad ofrecida por el Dr. Ramón Gracia Marcos y el Dr. Antonio Sierra López, a quienes agradezco profundamente.

Posteriormente, la dirección de tesis doctorales sobre el parasuicidio en Gran Canaria y Tenerife me permitió continuar profundizando en esta línea de investigación (Rodríguez Pulido et al., 2006; Rodríguez Pulido et al., 2009). Una de estas tesis fue realizada por el Dr. Manuel Méndez Abad, hoy presente en este acto, quien me ha acompañado en mis labores de investigación. Le agradezco públicamente su colaboración, su compromiso y su amistad.

Estas experiencias me llevaron al Método científico y su aplicación al Método Epidemiológico en su encuentro con la psiquiatría (Glez de Rivera et al.1993) lo que me proporciono no solo una manera de hacer, sino, lo más importante, una manera de pensar. Asimismo, he sido revisor externo de las Guías Clínicas de Prevención del Suicidio de la Comunidad Gallega y la Comunidad de Madrid. Sin embargo, como dice el refrán, nadie es profeta en su tierra.

La crisis económica de 2007-2008, la crisis del COVID-19 y la erupción volcánica han puesto de manifiesto los problemas de salud mental de la población, la deficiencia de recursos humanos e infraestructuras en los cuidados y los llamamientos de organismos internacionales como OCDE, la ONU y la OMS para que las autoridades sanitarias de los países presten especial atención a la salud mental y a la prevención del suicidio.

Por tanto, la elección del tema de hoy estaba marcada por mi historia personal y colectiva, y no podía ni quería mirar hacia otro lado. Y aquí estamos esta noche.

3. LAS CRISIS SOCIOECONÓMICAS Y LA PANDEMIA

Las crisis económicas y el suicidio han sido temas de interés en la literatura científica. Desde los estudios de la Gran Depresión hasta las crisis de los grandes gigantes asiáticos y las recientes crisis económicas, se ha investigado su impacto en el suicidio. La crisis asiática ya puso de manifiesto la relación entre crisis económica y suicidio (Chang et al., 2009). La recesión económica en Europa (2008-2010), Canadá (2008-2009) y EE.UU. (2008-2009) (Chang et al., 2013) resultó en un incremento significativo del número de suicidios en estos países. En Europa se estimó, por ejemplo, que el aumento del desempleo en un 1% generó un incremento del 0,80% de las tasas de suicidios entre personas menores de 65 años. Desde el inicio de la recesión económica en el conjunto de estos tres países se estimaron unos 10.000 suicidios adicionales (Reeves et al., 2014). Asimismo, un estudio en el Reino Unido mostró que las personas con dificultades financieras tenían 1,33 veces más probabilidades de desarrollar trastornos mentales. Las crisis económicas empeoran la salud mental a través de diferentes vías, como la pérdida de empleo, el desempleo de larga duración y las deudas que llevan a la pérdida de la vivienda.

Las recesiones económicas aumentan la mortalidad por suicidio, especialmente en países con sistemas de protección social débiles, como en la crisis de los países asiáticos. No obstante, hay estudios que no aclaran la relación entre las dificultades económicas y la mortalidad por suicidio, considerando que las recesiones son una variable que modula otras variables que también inciden en el resultado final.

La pandemia de COVID-19, junto con el miedo a la supervivencia, la adversidad y el confinamiento, generó un ambiente de estrés. Factores como el distanciamiento social, el aumento de la violencia doméstica, la retirada de jóvenes de entornos comunitarios y el burnout en la comunidad sanitaria contribuyeron al deterioro del bienestar subjetivo (Sacco et al., 2023). Según Kelley et al. (2023), el bienestar subjetivo disminuyó significativamente durante la pandemia, con un impacto emocional heterogéneo. La propia OMS, en un informe del primer año de la pandemia (WHO, 2022) advirtió de un aumento del 25% en las demandas de salud mental de los jóvenes y las mujeres. Los jóvenes de 15 a 29 años son motivo de preocupación, ya que en los últimos años han presentado un incremento en las tasas de suicidio mayor que los accidentes de tráfico. El impacto a largo plazo del COVID-19 aún

está por evaluar.

Al analizar la evolución de las tasas de suicidio por regiones del mundo, durante el período 2007-2023, se utilizaron como fuente los datos de la OCDE. comprobamos que las tasas de suicidio han aumentado en todas, las regiones del mundo durante el período analizado. En EE.UU. el incremento ha sido sostenido, pasando de 14.0 a 15.6 por 100.000 habitantes. Oceanía ha experimentado un aumento mayor, de 12.5 a 14.1 por 100.000 habitantes. África y Asia presentan incrementos significativos similares, con África pasando de 11.5 a 13.1 por 100.000 habitantes. Europa ha mostrado un incremento gradual, de 10.0 a 11.6 por 100.000 habitantes.

En el mundo, una persona se suicida cada 40 segundos, y una de cada 100 muertes es por suicidio (WHO, 2021). Las tasas más altas de suicidio se encuentran en países de altos ingresos, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años (WHO, 2021). En Europa, Francia, Reino Unido y España son los países con mayores incrementos en el número de suicidios.

Al analizar la evolución de las tasas de suicidio en Europa, España y Canarias durante el período 2007-2023, utilizando como fuente los datos del INE, observamos lo siguiente un incremento en las tasas de suicidio tanto a nivel de Europa, España y Canarias. Canarias destaca por tener tasas más elevadas que el promedio nacional, pasando de 7.5 en 2007 a 9.1 en 2023, mientras que el promedio nacional ha pasado de 7.1 en 2007 a 8.7 en 2023. Europa en su conjunto presenta las tasas más altas (de 10.0 en 2007 a 11.6 en 2023).

En España ocurren 11.2 suicidios al día (INE, 2022), la cifra más alta registrada, alcanzando los 4.000 suicidios y disparándose después de 2021. Se observa un aumento significativo entre los jóvenes de 15 a 19 años (INE, 2023). En Canarias, se registra un suicidio cada dos días, siendo la tercera tasa más alta del país y superando la media nacional.

El impacto del suicidio en los jóvenes, desde la teoría cultural del suicidio, se relaciona con el estrés académico, rechazo familiar, conflictos intergeneracionales, experiencias de rechazo de iguales, victimización e intimidación (identidades minoritarias) (Ackerman et al., 2022).

El impacto en la salud, evidenciado por muertes prematuras y una menor esperanza de vida, así como en el PIB de un país - como veremos posteriormente-

evidencia el suicidio como un problema de salud pública. La implementación de políticas de protección social y programas activos del mercado laboral son esenciales para mitigar estos riesgos.

4. EL SUICIDIO CIENCIA COMPLEJA Y SU IMPACTO

El suicidio, como una ciencia del paradigma de la complejidad y de vulnerabilidad fluida, continúa siendo un misterio debido a su heterogeneidad individual y la dificultad de lograr una teoría general integral que permita incorporar de forma sistémica los factores biológicos, psicológicos y sociales involucrados. Aunque valoramos los hallazgos parciales acumulados, como las asociaciones y correlaciones estadísticas, su utilidad clínica es limitada.

El suicidio desafía su concepto, clasificación y cuantificación debido a la dificultad de distinguir entre muertes por suicidio, muertes accidentales, muertes indeterminadas y accidentes de tráfico (5%). Es probable que un porcentaje de estas muertes no se clasifiquen ni se registren correctamente como suicidios, lo que lleva a una subestimación de las cifras oficiales (Tøllefsen et al., 1986; Bakst et al., 2016). En los años ochenta ya evidenciamos esta realidad (Rodríguez Pulido et al., 1992).

En nuestro país algunos autores consideran que las cifras oficiales de suicidios en España son bajas debido a las muertes accidentales, y que además de los 3.500 suicidios actualmente contabilizados deberían incluirse alrededor de 7.000 casos anuales de suicidio, cifras más cercanas a los países europeos.

La construcción del conocimiento sobre la locura y el suicidio no puede separarse de las actitudes de las sociedades hacia estos fenómenos. Por lo tanto, debemos contemplarlos desde esta perspectiva, algo que no ocurre con otras especialidades médicas. La mayor dificultad de nuestra especialidad al estudiar los objetos y sujetos de estudio radica en que cualquier investigación, práctica o teórica, en salud mental no puede disociarse de una imagen de lo que significa ser humano, un ser relacional y contextual, y no puede reducirse a un ser meramente biológico, como pretende el transhumanismo.

El origen, la etimología y la datación del término "suicidio" han sido controvertidos. Es un término que proviene del latín "sui" (uno mismo) y "caedere" (matar), lo cual es ampliamente aceptado. En la Edad Media, el acto de quitarse la vida se denominaba "homicidio". El término "suicidio" comenzó a utilizarse

en el siglo XVII, atribuido a Sir Thomas Browne en su obra *Religio Medici* (1642) (López 2020) para diferenciarlo de matar a otro. En el mundo antiguo, proviene de una perífrasis griega que significa "darse la mano" (Semper, 2015). Según la RAE, la palabra 'suicidio' proviene del latín *suicidium*: "sui" significa "de sí mismo" y "cidium" o "cidio" es "la acción y efecto de suicidarse o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza".

El suicidio es un desenlace grave para la persona, donde el sujeto y el objeto de estudio son la misma persona. Las notas de suicidio (Shneidman, 1973; Leenaars, 1992; Pusztai et al., 2005; Kurtaş et al., 2012; Jaśklewicz-Obydzlńska et al., 2021; Gunn et al., 2023) y la autopsia psicológica (Cavanagh et al., 2003) han sido los instrumentos más utilizados para rastrear las motivaciones, emociones y cogniciones de las personas en el momento de quitarse la vida. Entre el 15% y el 25% de los pacientes que se suicidan dejan notas, las cuales reflejan diferentes motivaciones.

A menudo, estas notas revelan sentimientos de desesperanza, culpa, tristeza y sufrimiento emocional. Son útiles para la medicina forense y los investigadores, aunque su interpretación debe ser cuidadosa y complementada con otros datos. Aunque se ha escrito mucho sobre estos procedimientos, Edwin Shneidman, el padre de la suicidología, considera que el estado psicológico en el que ocurre el suicidio no permite una valoración efectiva.

Las autopsias psicológicas involucran entrevistas con familiares y amigos de la persona fallecida, así como la revisión de registros médicos y otros documentos relevantes. A través de este proceso, los investigadores pueden reconstruir el estado mental y los factores que contribuyeron al suicidio. Aunque es un procedimiento de estudio no muy explorado, estas herramientas son valiosas. Sin embargo, su interpretación debe ser cuidadosa y complementada con otros datos para obtener una comprensión completa del comportamiento suicida.

Abren posibilidades de investigación, especialmente en estas islas donde la movilidad de la población es limitada. El suicidio tiene un profundo impacto en las familias y en los amigos. Las víctimas familiares, llamadas "sobrevivientes", afectan generalmente a unas 6 personas en su entorno y a 135 en la comunidad (Dunne et al., 2011; Wasserman et al., 2012). Este evento genera estigma, conflictos familiares y problemas de regulación emocional. Uno de cada cuatro familiares presenta ideas suicidas en los primeros meses, además de reacciones y estados

depresivos. Es especialmente importante prestar atención a la infancia de los padres que se suicidan.

Los profesionales también son considerados víctimas del suicidio de sus pacientes. El 13% de los profesionales consideró dejar su trabajo o adelantar su jubilación debido al impacto emocional, y el 76% reportó realizar evaluaciones clínicas más detalladas y anotaciones en la historia clínica (Perez-Sola et al., 2023). Es importante recordar que el acto médico en casos de suicidio está sujeto a la "Lex Artis" y a los protocolos del lugar de trabajo.

El impacto económico del suicidio incluye costos directos e indirectos. En Irlanda, se estima en 900 millones de euros por año, cerca del 1% del PIB (Kennelly et al., 2007). En Estados Unidos, los costos ascienden a 93.500 millones de dólares (Shepard et al., 2016) para suicidios e intentos de suicidio.

La prevención del suicidio no solo salva vidas, sino que también reduce los costos económicos asociados en términos de salud y del PIB.

5. DE LA CONDENA AL SUICIDIO RACIONAL

A través de la historia, el suicidio ha sido percibido de diversas maneras por las sociedades, dominado por una u otra perspectiva. En la antigüedad era generalmente aceptado en la mayoría de las sociedades.

En la época grecorromana, Platón (427- 347 a.C.) lo consideraba una irresponsabilidad contra el estado, los dioses y la comunidad, aunque establecía algunas excepciones por honor o infortunio extremo, vergüenza insuperable o mente corrompida. Aristóteles (384 - 322 a.C.) lo percibía una cobardía motivada por la vergüenza intransitable o una mente corrompida. En contraposición, el escritor y filósofo estoico Lucio Anneo Séneca (4 a.C. – 65a.C.) pensaba que quien vive para sufrir es un necio, valorando que la rectitud en la vida, y no su duración, es lo relevante. El suicidio es una expresión de la libertad humana.

Por el contrario, San Agustín de Hipona (354-430 d.C.) y Santo Tomás de Aquino (1224-1274 d.C.), teólogos y filósofos cristianos, condenaron el suicidio. San Agustín, apoyándose en la perspectiva teológica del neoplatonismo, y Santo Tomás, en la teología natural y ética social de Aristóteles. Durante la Edad Media, el cristianismo, durante más de novecientos años, condenó el suicidio como un homicidio (incumpliendo los mandamientos), como un acto

pecaminoso (incumpliendo los deberes con Dios) y moralmente injusto frente a la ley natural (velar por la vida, obedecer el precepto bíblico y actuar por el bien común). A la vez, el cristianismo diferenciaba entre el suicidio, como un acto individualista, y el martirio, como un acto legítimo dirigido al bien común o a obedecer a Dios. A través de sus concilios, regulaban sus condenas a los suicidas.

Las razones seculares: hay tres razones principales por las cuales el suicidio ha sido tradicionalmente considerado una falta moral. La primera es que el instinto de autoconservación de la existencia humana debe cumplirse, punto que se relaciona parcialmente con lo mencionado en la perspectiva cristiana, pero en su versión secular, es decir, sin la connotación teológica, sino fundado en la concepción de la humanidad como especie. La segunda argumenta que el suicidio es un acto injusto al considerarse una falta de deberes que las personas tienen

con la sociedad. Este argumento fue mantenido por Aristóteles (384-322 a.C.) como un acto moralmente injusto. Otros pensadores como Emmanuel Kant (1724-1804) también rechazan moralmente el suicidio, pero no por sus consecuencias sociales, sino porque la desesperación haría que la humanidad desapareciera; es un deber moral universal conservar la vida. En esta línea de análisis, es posible observar una distinción entre los argumentos de la religión cristiana y los seculares contra el suicidio: este ya no se considera un acto moral o inmoral por cometer una falta hacia Dios, sino por ignorar el bien común o el valor de la dignidad humana. La tercera razón es que el suicidio es un acto de cobardía, pues se considera valiente sobrellevar las dificultades de la existencia humana. "Todo hombre tiene la obligación ineludible de afrontar con un estado de ánimo firme y sereno las vicisitudes de la, existencia. Morir con el fin de evadir los sufrimientos es comportarse cobardemente", así lo sostuvo Aristóteles.

Durante la Ilustración, pensadores como David Hume (1711-1776) y Jean- Jacques Rousseau (1712-1778) promovieron una perspectiva más secular, cuestionando las actitudes religiosas tradicionales hacia el suicidio. Hume, filósofo empírico, en su obra "Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del Alma", pone en duda la vida eterna y la dependencia del hombre de la voluntad divina, resaltando la importancia del libre albedrío. Negaba que el suicidio fuera un delito, argumentando que no afecta a nadie más y puede ser una ventaja para el individuo.

Ya en la antigüedad tardía se reveló un fenómeno

asociado a la muerte voluntaria conocido en Grecia como *athumia* y en latín como *acedia*, que significa flojera, pena, tristeza. Con el tiempo, se difundió con un nombre tan vago como indefinible: la melancolía. Robert Burton (1577-1640), en su obra "Anatomía de la melancolía" (1621), significó el suicidio como una alteración del temperamento "melancólico" por exceso de bilis negra. Más tarde, a finales del siglo XIX, se vinculó el suicidio a los trastornos mentales, siendo Jean Dominique Esquirol

(1772-1840), reformador de la psiquiatría y alienista, quien en su contribución al Diccionario de Ciencias Médicas (1830) recogió el suicidio como resultado de toda clase de estados clínicos patológicos, cuya influencia continúa hasta nuestros días con nuevos modelos explicativos.

En el siglo XIX y principios del siglo XX, la comprensión del suicidio se profundizó con el desarrollo de teorías sociológicas, fisiológicas y psicológicas. Émile Durkheim (1858-1917), en su obra "Suicide", argumentó que el suicidio es un fenómeno social influenciado por factores como la integración social y la regulación moral, y que los suicidios eran un pago de las sociedades por su progreso. Sigmund Freud (1856-1939), aunque no escribió una obra específica sobre el suicidio, abordó el tema en diversos textos, vinculándolo a la melancolía, la culpa, la agresión, la pulsión de muerte, la pérdida de objeto y la herida narcisista. A partir de los años cincuenta de este siglo, aparecieron nuevos modelos o teorías explicativas como el modelo diatesis-estrés, las teorías subjetivas, las cognitivas conductuales, las teorías interpersonales y las teorías del *mindfulness*. Durante estos desarrollos se fundó la Suicidiología como campo de estudio interdisciplinar, fundado por el psicólogo clínico Edwin Shneidman (1918-2009) a través de la Asociación Americana de Suicidología (1971) y la primera, revista de este campo, "Suicide and Life-Threatening Behavior". Desde la filosofía, Albert Camus (1913-1960), en "El mito de Sísifo", sentenció que el suicidio es el problema filosófico más serio, ya que juzgar si la vida vale la pena ser vivida es responder a la cuestión fundamental de la filosofía. Posteriormente, a finales del siglo, Jean-François Lyotard (1924-1998), en su obra "La condición posmoderna" y en su crítica de los metarrelatos de la razón y la libertad, consideró que los ideales de la Ilustración han convertido al ser humano en una máquina (crítica a la razón instrumental) y la muerte como algo propio irremplazable.

En el siglo XXI, con el desarrollo de las nuevas tecnologías, se avanzó en las teorías genéticas, epigenéticas, neurobiológicas y en los biomarcadores

cerebrales y sanguíneos. Aunque los resultados para la práctica clínica aún son limitados, son prometedores.

Las mejoras en salud pública y medicina han aumentado la esperanza de vida, pero también han generado nuevos dilemas bioéticos. Las sociedades debaten entre permitir la muerte y provocarla activamente. El suicidio asistido y el suicidio racional aumentarán sus demandas en los próximos años, motivados por muchos factores, y es necesario ser conscientes de ellos.

En la actualidad, el suicidio asistido y la eutanasia se han legalizado en varios países, aunque siguen siendo minoría a nivel mundial. El suicidio asistido y la eutanasia son legales en lugares como los Países Bajos, Bélgica, Canadá, algunos estados de EE.UU. y algunas regiones de Australia. Además, aparece en la literatura científica la posibilidad del suicidio racional como una opción para personas sin patologías evidentes, aunque históricamente esta visión ha sido estigmatizada.

Se enfatiza la evaluación realista de la situación y la capacidad de deliberar sin coerción. La autonomía (derecho al autogobierno) y la competencia (evaluación compleja) son fundamentales. Los principios de autonomía y racionalidad no justifican por sí solos el suicidio. Para evaluar un deseo de morir o una solicitud para permitir la muerte, es necesario considerar estos principios junto con la competencia del individuo y evaluar sus limitaciones. Los motivos más comunes para el suicidio racional incluyen pérdida de significado, carga, control, dolor, calidad de vida y autonomía.

En una revisión sistemática sobre el suicidio racional en la vejez, se concluye que no se puede excluir la posibilidad de un suicidio racional en la decisión de los pacientes de morir (Gramaglia et al., 2019). Los criterios de suicidio racional más frecuentemente reportados fueron los de Battin y Werth/Werth & Cobia. Los motivos más comunes mencionados para el suicidio racional incluyeron: la pérdida de significado y propósito (nueve estudios), carga (cinco estudios), tener el control de la propia vida (cinco estudios), dolor (cinco estudios), calidad de vida (cinco estudios), autonomía (cuatro estudios) y dependencia (cuatro estudios). Los defensores argumentan que las personas tienen el derecho a elegir una muerte digna, especialmente en casos de enfermedades terminales o sufrimiento insoportable. Los oponentes, por otro lado, plantean preocupaciones sobre la posibilidad de abusos y la necesidad de proteger a las personas vulnerables.

Esta situación generará nuevas demandas a los servicios clínicos para la evaluación de los estados psicológicos, recomendándose la evaluación por pares de profesionales con amplia experiencia.

6. LAS PREGUNTAS CLAVES: QUÉ Y POR QUÉ

Conceptos y teorías

El suicidio es un fenómeno caracterizado por ser súbito, imprevisto, irreversible y no periódico. Su nomenclatura y categorías han sido controvertidas, y se han utilizado numerosos sinónimos que han llevado a reuniones de consenso. En general, la muerte por suicidio se define como una conducta autolesiva intencional que resulta en la muerte. El intento de suicidio se designa como una conducta perjudicial no letal y autodirigida con intención de morir. La ideación suicida se caracteriza por pensar, considerar y/o planificar el suicidio. Por otro lado, cuando hablamos de conducta autolesiva sin intención de morir, su intencionalidad es más superficial, buscando el alivio psicológico de la desregulación emocional y síntomas depresivos frente a los síntomas internalizantes, así como disminuir los sentimientos de entumecimiento o vacío. Los intentos de suicidio y la conducta de autolesión solo comparten el resultado, pero clínicamente son diferentes. Los episodios estereotipados repetidos de comportamientos autolesivos se contrastan con eventos únicos o intermitentes de intentos de suicidio, y son percibidos subjetivamente por el actor como bastante distintos.

Una variedad grave de las conductas autolesivas son las automutilaciones, que son raras pero dramáticas, especialmente en estados psicóticos o en intoxicaciones graves por drogas.

La distinción entre cada una de estas facetas es fundamental, ya que cada una existe en un espectro similar sin superponerse por completo. Por ejemplo, la ideación suicida varía considerablemente en gravedad y no siempre predice el comportamiento resultante. Los intentos de suicidio también pueden variar en letalidad; algunas personas intentan suicidarse varias veces y nunca se suicidan, mientras que otras pueden morir en el primer intento. Si bien el intento y la muerte por suicidio son distintos.

Está bien documentada una asociación entre conductas suicidas y algunos problemas de salud física como el dolor, el cáncer y las enfermedades crónicas. Un diagnóstico de cáncer podría duplicar el riesgo de suicidio. Además, los pacientes con más de una

afección médica pueden tener una mayor tasa de conductas suicidas que sus homólogos sanos. Por último, las personas con enfermedades crónicas podrían sufrir ansiedad y trastorno depresivo mayor (TDM), lo que a su vez puede aumentar el riesgo de suicidio.

Se han estudiado numerosos factores de riesgo y protección relacionados con la conducta suicida, abarcando aspectos individuales, clínicos, sociales y familiares, cuyos detalles exceden este marco. Los trastornos psiquiátricos y los intentos de suicidio son los factores de riesgo más estudiados, pero solo la presencia de un trastorno mental no confiere un riesgo absoluto de suicidio, ya que no todos los pacientes psiquiátricos se suicidan. Se estima que la prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida es del 2,7%. Los intentos de suicidio y las ideas suicidas son predictores longitudinales sólidos de muerte por suicidio. Existen otros factores clínicos, demográficos, biológicos y sociales que contribuyen al riesgo de suicidio.

Desde la epidemiología descriptiva, conocemos los perfiles de riesgo para cada una de estas categorías de conductas suicidas letales y no letales, así como de las conductas autolesivas. Están documentados los perfiles diferenciales del suicidio y el intento de suicidio. El perfil del suicidio consumado suele corresponder más frecuentemente a un hombre adulto, con un conflicto intrapersonal, un acto planeado, aislado del entorno, método de alta letalidad, baja probabilidad de rescate o ayuda, baja hostilidad y menor psicopatología del carácter. En cambio, el intento de suicidio se relaciona con una persona joven, generalmente mujer, con un conflicto intrapersonal, un acto impulsivo, comunicado al entorno, método de baja letalidad, alta probabilidad de rescate o ayuda, alta hostilidad y menor psicopatología del carácter.

Es importante señalar que los factores protectores del riesgo de suicidio están relacionados con la religión, la socialización en redes sociales, el apoyo social, el empleo y relaciones y cohesión familiar saludables. Entre los eventos vitales estresantes, las experiencias adversas en la vida temprana, como la victimización infantil, están fuertemente asociadas con el suicidio. En este sentido, la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de EE. UU. indica que el abuso físico o sexual infantil representa el 50% de los intentos de suicidio entre las mujeres y el 33% entre los hombres. Además, muchos estudios han informado que el acoso y el ciberacoso son eventos traumáticos del pasado relacionados con el suicidio. Finalmente, algunos eventos, incluidos conflictos familiares o románticos, así como problemas legales,

podrían exacerbar el riesgo de conducta suicida en personas que ya están predispuestas a autolesionarse.

Más de 15 teorías o modelos explicativos del suicidio podrían, de forma limitada, contestar el porqué del suicidio. Muchas no tienen sustentación empírica, pero se basan en la experiencia clínica, y su utilidad para la práctica clínica depende de la perspectiva del terapeuta. Es más, diría que ninguna sirve para todos los pacientes debido a su variabilidad biológica, psicológica y social. Habría que celebrar un congreso de una semana para hablar de todas ellas; simplemente voy a comentar brevemente las que tienen más consenso y/o evidencias en busca de replicación.

Entre este mapa de teorías, las vamos a agrupar en teorías psicológicas/ psiquiátricas, teorías sociológicas, teorías culturales, y teorías neurobiológicas y genéticas.

El modelo de riesgo de diátesis-estrés y la conducta suicida (De Catanzaro, 1980) es el más aceptado para explicar la conducta suicida desde la sociobiología. Este modelo resulta de la interacción de factores estresantes ambientales y una vulnerabilidad biológica, genética o psicológica. El estrés producto de eventos vitales es un determinante primario, con o sin la vulnerabilidad individual (biológica o psicopatológica). Refleja una vulnerabilidad constitucional para desarrollar un trastorno. Es un modelo continuo, no dicotómico, que abre muchas posibilidades de desarrollo futuro.

Entre las diversas Teorías de la mente suicida tenemos:

Modelo Cúbico de Shneidman (1998): Incluye hostilidad, perturbación, constricción y cese. La hostilidad se refiere a la autocrítica aumentada antes del suicidio. La perturbación implica estados emocionales negativos que influyen en el comportamiento del individuo. La constricción abarca características cognitivas como la visión de túnel, donde la persona solo percibe los aspectos negativos de la realidad.

El cese se refiere a la ideación suicida como una solución al dolor emocional y psicológico insoportable. La combinación de presión (estrés), dolor (psiquis) y perturbación resulta en riesgo de suicidio.

Teoría Interpersonal de Joiner (2001): Propone que el suicidio ocurre cuando un individuo tiene tanto el deseo de morir como la capacidad de, hacerlo. Este deseo surge de dos estados psicológicos:

la percepción de ser una carga para los demás y un sentimiento de baja pertenencia o alienación social. La capacidad de hacerlo se desarrolla a través de la exposición y, por lo tanto, la habituación a experiencias dolorosas y/o aterradoras. La teoría postula que es necesario superar poderosas presiones de autoconservación.

Teoría de la Desesperanza Aprendida de Seligman: Basa la conducta suicida en la percepción de falta de control y desesperanza. Esta percepción lleva a tres déficits en el individuo: motivacional, cognitivo y emocional, manifestándose a través de la depresión.

Teoría del Escape de Sí Mismo: Propuesta por Baumeister (1990), se centra en las motivaciones para escapar de la autoconciencia aversiva. La cadena causal comienza con eventos vitales negativos que no cumplen con las expectativas y generan una gran decepción consigo mismo (autoconciencia dolorosa), con efectos emocionales y cognitivos.

El Modelo Motivacional-Volitivo Integrado (IMV) de Rory O'Connor, propuesto en 2011 y refinado en 2018, integra la información acumulada partiendo de la premisa de que los factores asociados con el desarrollo de la ideación/intención suicida son distintos de los que rigen la transición de la ideación suicida a los intentos de suicidio.

Este modelo es importante porque integra factores psicobiológicos y evolutivos, enfatiza las interacciones potenciales entre emociones y cogniciones en el camino hacia el suicidio, y resalta el papel del atrapamiento y la desesperanza en el desarrollo de la ideación y el comportamiento suicidas.

Los factores dentro de la fase motivacional del modelo explican cómo surgen pensamientos suicidas en algunas personas pero no en otras.

Estos factores incluyen la derrota, el atrapamiento y la falta de apoyo, social. Los factores de la fase volitiva, por otro lado, son aquellos que, gobiernan la transición del pensamiento suicida (ideación/intención) a la conducta suicida. Incluyen la exposición al suicidio, la valentía, ante la muerte y la impulsividad. El atrapamiento se conceptualiza como el factor clave de la ideación suicida.

En las Teorías Sociológicas del Suicidio Durkheim (1897): examina cómo los contextos y estructuras sociales influyen en el comportamiento suicida. Las tasas de suicidio varían en razón inversa al grado de

integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo (excesiva o insuficiente individualización). La tasa anual suele mantenerse constante o con cambios muy leves a lo largo de prolongados períodos. Los picos de aumento de las tasas están relacionados con las depresiones económicas y las guerras. La tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales o psicológicas; no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos. Durkheim distingue varias tipologías del suicidio. El suicidio egoísta se caracteriza por lazos sociales débiles, mientras que el suicidio altruista se da en contextos, donde los lazos sociales son excesivamente fuertes. El suicidio anómico surge de la desintegración de normas sociales, y el suicidio fatalista ocurre en sociedades opresivas con regulación excesiva.

La Teoría Cultural del Suicidio (Cheng et al., 2010), aborda cómo los factores culturales influyen en la prevalencia y naturaleza del suicidio entre diferentes grupos étnicos y minorías sexuales, alejándose de las interpretaciones psicopatológicas. Se identifican cuatro factores clave: 1) Sanciones culturales: Mensajes culturales de aprobación o vergüenza que afectan la aceptabilidad del suicidio. 2) Modismos de angustia: Manifestaciones culturalmente específicas de síntomas psicológicos. 3) Estrés de las minorías: Estrés experimentado por grupos marginados debido a su identidad. 4) Discordia social: Conflictos por falta de integración o alienación social.

Las teorías y modelos neurobiológicos y genéticos también se están explorando en busca de explicaciones a la conducta suicida. La etiopatofisiología del suicidio desde esta visión sigue siendo compleja y no completamente comprendida. Los intentos de suicidio y las ideas suicidas son predictores longitudinales sólidos de muerte por suicidio. Estudios de gemelos y adopción han indicado que los genes representan entre el 30% y el 50% de la agregación familiar observada.

Los estudios de genética molecular se centran en la estimación de los efectos genéticos mediante polimorfismos de un solo nucleótido (SNP). Se han intentado identificar genes específicos que contribuyen al riesgo de suicidio. La evidencia reciente muestra que los trastornos psiquiátricos están influenciados por miles de variantes genéticas que actúan en común. Los estudios a gran escala han descubierto un número cada vez mayor de variantes genéticas comunes y raras

fuertemente asociadas con trastornos psiquiátricos importantes. La interpretación biológica más

convinciente es una alteración sináptica. En consonancia con su amplia superposición clínica y epidemiológica, los trastornos psiquiátricos parecen existir en continuos genéticos y comparten un alto grado de riesgo genético entre sí.

Hoy sabemos que ningún trastorno mental sigue un patrón de herencia, mendeliano simple. La evidencia disponible sugiere que es probable, que sean poligénicos e involucren mutaciones o polimorfismos en varios genes. Es probable que sean multifactoriales, involucrando factores ambientales y genéticos. Ningún gen por sí solo causa el suicidio. Más bien, el efecto acumulativo de muchos genes diferentes influye en el riesgo de una persona. En psiquiatría, tenemos muchos efectos genéticos diminutos, pero cuando los consideramos todos juntos, comenzamos a ver una señal de riesgo genético real. Para descubrir una señal tan difusa, los investigadores aplicaron métodos estadísticos a los datos recopilados de un gran número de personas e identificaron variaciones genéticas que son más comunes entre las personas que han intentado suicidarse.

Stanford (2000) llegó a declarar: "Demasiados loci, muy pocos genes". Se han identificado pocos loci significativos en todo el genoma y, hasta la fecha, se ha producido replicación de señales de asociación significativas en el cromosoma 7 y variantes cercanas a LDHB (europeos) y FAH (afroamericanos) (Mullins et al., 2022; Levey et al., 2019). Los estudios moleculares han identificado varios loci asociados con intentos de suicidio, aunque muchos de estos hallazgos necesitan ser confirmados en muestras más grandes y representativas.

El estudio más grande hasta la fecha fue realizado por el Consorcio Internacional de Genética del Suicidio (ISGC) y MVP, identificando 12 loci significativos en todo el genoma (Docherty et al., 2022). Estas variaciones en el código genético humano están asociadas con el riesgo de intentar suicidarse y revelan vínculos genéticos entre el intento de suicidio y factores que influyen en la salud física y conductual, incluidos la impulsividad, el tabaquismo, el dolor crónico, el TDAH y las enfermedades pulmonares y cardíacas. Sugieren que algunos de los fundamentos genéticos del suicidio se comparten con estas afecciones.

El estudio mostró una superposición significativa con condiciones de salud mental, pero también con muchas condiciones de salud física, particularmente el tabaquismo y las enfermedades relacionadas con los pulmones. Esto es algo que no necesariamente podemos ver en los registros médicos de las personas

que mueren por suicidio. Este análisis de múltiples ascendencias del intento de suicidio identificó varios loci que contribuyen al riesgo y establece una covariación genética compartida significativa con los fenotipos clínicos.

Asimismo, el comportamiento suicida está asociado con disfunciones en el sistema serotoninérgico, factores neurotróficos como el BDNF, y el metabolismo de los lípidos. La plasticidad neuronal y las alteraciones en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal también son relevantes. Los estudios han identificado varios genes candidatos implicados en la susceptibilidad al suicidio, especialmente aquellos que afectan al sistema serotoninérgico y otros sistemas de neurotransmisión monoaminérgica. Estos han recibido considerable atención debido a la evidencia de disfunción serotoninérgica en pacientes suicidas, como los bajos niveles de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo de quienes han intentado suicidarse. Esto ha llevado a estudios sobre los endofenotipos de tendencias suicidas, como los rasgos de agresividad e impulsividad, que muestran asociaciones positivas con los genes relacionados con el sistema serotoninérgico. Diez genes serotoninérgicos han sido relacionados con las conductas suicidas, siendo los más estudiados el TPH1, HTR2A y MAOA, que interactúan con eventos estresantes de la vida para aumentar el riesgo de comportamiento suicida. Sin embargo, estos estudios necesitan más replicación, ya que ocasionalmente también se informan asociaciones negativas. Un metaanálisis reciente relacionado con el polimorfismo del gen TPH1 ha sido replicado en muestras grandes.

También se ha estudiado la disminución de los niveles noradrenérgicos en el locus cerúleo del encéfalo y la disminución de la proteína quinasa (PKA) en el córtex prefrontal y en el hipocampo.

El descubrimiento del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) una proteína endógena que juega un papel en diversos trastornos neuropsiquiátricos, también ha sido ampliamente estudiado debido a su importancia en el crecimiento, diferenciación y plasticidad sináptica neuronal, en los aspectos cognitivos y como neuromodulador de la neurotransmisión cerebral.

Un polimorfismo funcional del gen BDNF, el Val66Met (rs6265), ha sido investigado extensamente en relación con el comportamiento suicida, midiéndolo a nivel periférico. Los hallazgos son inconsistentes y sugieren que podría aumentar el riesgo de comportamiento suicida en ciertos grupos étnicos, como los caucásicos

y asiáticos, pero no, en la población general. Otros polimorfismos del gen BDNF, como el rs962369, también han mostrado una fuerte asociación con la ideación suicida durante el tratamiento antidepresivo y con el suicidio consumado.

La investigación sobre la disfunción del sistema inmune mediante los polimorfismos de genes que regulan la producción y la activación de citocinas proinflamatorias puede producir efectos fisiológicos y conductuales al interactuar con los sistemas serotoninérgicos. Estos estudios han mostrado su relación con la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor y las conductas suicidas. En pacientes con trastorno bipolar que intentaron suicidarse, no se encontró una relación significativa entre los niveles de citoquinas inflamatorias en plasma y los cambios en la integridad de la sustancia blanca del cerebro. Sin embargo, los aumentos en los niveles de IL-6 fueron notables.

Investigaciones recientes han examinado la relación entre los niveles de cortisol y el riesgo de suicidio, sugiriendo que una alta variabilidad en el cortisol salival puede reflejar una reactividad exacerbada a estresores ambientales, lo que podría ser un marcador de riesgo para el comportamiento suicida. Otros estudios han propuesto los niveles plasmáticos de cortisol como un marcador de riesgo, al encontrar niveles altos en personas con depresión y dos o más intentos de suicidio.

Sin embargo, el rango de intervalo de confianza en estos estudios es muy amplio, lo que sugiere la necesidad de más investigación para confirmar esta hipótesis.

Se ha sugerido que el glutatión puede ser un biomarcador potencial o un factor etiológico en mujeres 18 meses después del nacimiento, con riesgo moderado o alto de suicidio. Algunos estudios han evidenciado una relación entre los niveles bajos de glutatión en el posparto y el riesgo de suicidio.

La oxigenación prefrontal medida mediante espectroscopia funcional de infrarrojo durante la ejecución cognitiva (fluidez verbal) ha mostrado alteraciones en la oxigenación de la corteza prefrontal ventrolateral derecha en pacientes adultos jóvenes con TDM. Se sugiere que esta medida puede servir como biomarcador, pero necesita ser replicada.

En la evaluación de los resultados actuales de los estudios de resonancia magnética que examinan los cambios de neuroimagen del cerebro suicida, se han observado cambios morfológicos, especialmente en

la red frontolímbica, y hay evidencia que apunta a un deterioro de las funciones cognitivas.

Una encuesta reciente de investigadores y médicos enumeró los mayores desafíos en la investigación del suicidio, incluyendo tamaños de muestra pequeños en los estudios de intervención, bajas tasas iniciales de conducta suicida y dificultades para traducir la investigación entre diferentes campos (O'Connor y Portzky, 2018).

El desarrollo de biomarcadores en psiquiatría mediante inteligencia artificial y algoritmos de aprendizaje automático promete mejorar la identificación y prevención del comportamiento suicida.

7. LA PREDICCIÓN Y SUS GENERACIONES: QUIENES Y CUÁNDO

Las autolesiones aumentan el riesgo de suicidio hasta 20 veces en el año siguiente. Es de esperar que el 16% de los diagnosticados de autolesión clínica fallezcan a causa de un suicidio en los siguientes 12 meses y el 39% en los próximos 5 años (Olfson et al. 2017). La predicción del comportamiento suicida ha sido históricamente un desafío, especialmente en la identificación de quién está en alto riesgo y cuándo. La determinación del riesgo inminente es necesaria para calibrar los esfuerzos de prevención en períodos de alto riesgo mediante la rápida reducción de la ideación suicida y la restricción de medios. Se han desarrollado herramientas para evaluar y predecir el riesgo de suicidio.

Los factores de riesgo incluyen aspectos sociodemográficos, clínicos, psicopatológicos y familiares. El conocimiento sobre los factores de riesgo proximales sigue siendo limitado. Se han estudiado más de 300 factores de riesgo del suicidio. En un metanálisis de 33 metanálisis de los 38 factores de riesgo más estudiados se evidencia que los más asociados con el riesgo de suicidio y clasificados por el tamaño de sus efectos han sido (Favril et al., 2023) el intento de suicidio previo y la ideación suicida (SMR 6-12), los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos (incluida la esquizofrenia) (SMR 4-13), así como las enfermedades físicas (cáncer y epilepsia). El desempleo y la baja educación duplicaron el riesgo, así como el contacto con el sistema penal, la atención en la infancia, el acceso a las armas de fuego y antecedentes de los padres de riesgo de suicidio, aumentan la mortalidad por suicidio. La limitación de este estudio es la heterogeneidad de los estudios revisados y los intervalos de predicción.

A partir de los factores de riesgo que obedecen a modelos explicativos se han elaborado y construido herramientas psicométricas para la evaluación del riesgo de suicidio. Este esfuerzo histórico por predecir el suicidio podría sintetizarse en tres generaciones (Cártel et al., 2017):

Primera Generación: Predicción clínica sin instrumentos específicos.

Segunda Generación: Escalas estandarizadas y pruebas biológicas como la prueba de supresión de dexametasona (DST) y la concentración de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo.

Tercera Generación: Empleo de escalas psicológicas y modelos estadísticos multivariantes en entornos hospitalarios como la Regla de Autolesión ReACT y el puntaje de Episodios Repetidos de Autolesión (RESH).

A pesar de décadas de investigación, la identificación de factores de riesgo de suicidio ha contribuido mínimamente a los esfuerzos de prevención. Las escalas de evaluación de riesgos utilizadas carecen de suficiente sensibilidad y especificidad para ser clínicamente significativas. Esta dificultad de detección se justifica por una "tasa base" de prevalencia del suicidio muy baja (Rosen, 1958; Hawron 1987), lo que genera un problema matemático y excesivos falsos positivos. Ninguna clasificación de "alto riesgo" ha sido clínicamente útil. La prevalencia impone un límite a los valores predictivos positivos. En la práctica clínica, se pasa por alto la mayoría de las muertes por suicidio, al ser estas clasificadas en los grupos de bajo riesgo ("Paradoja del Bajo Riesgo") (Pokorny 1983; Goldstein et al., 1991; Nielszen et al., 2017; Steeg et al., 2018). Estos hallazgos han generado controversias en el ámbito científico sobre la utilidad de clasificar en base a categorías de riesgo, que los críticos justifican como "ansiedad institucional", creando confusión en los médicos y en detrimento de la atención clínica.

Se ha sugerido mejorar estas herramientas mediante conjuntos de predictores más completos, diseños de detección por etapas y métodos de análisis estadístico avanzado. Otros investigadores consideran que esa etapa está agotada y proponen modelos como el OxSATS (Fazel et al., 2023) a través de un enfoque basado en puntuaciones de probabilidad de riesgo como el test de Flamighan o los cálculos de supervivencia del cáncer en lugar de categorías dicotómicas. Estos modelos han mostrado una buena

capacidad predictiva medida por el Índice C de Harrel a través de curvas similares a las curvas ROC predictivas.

Las tecnologías como Big Data y el aprendizaje automático han mejorado la precisión de las predicciones de suicidio (Kessler et al., 2017). El uso de Big Data y algoritmos de aprendizaje automático derivados de grandes bases de datos de registros médicos electrónicos ha demostrado superar las evaluaciones predictivas tradicionales. Ejemplos de esto incluyen estudios que analizaron grandes cohortes y demostraron la eficacia del aprendizaje automático para mejorar la precisión de las predicciones de suicidio. A pesar de su potencial, estas herramientas enfrentan desafíos en cuanto a su generalización a diferentes entornos y la transparencia en el desarrollo del modelo (Balbuena et al., 2022).

La Evaluación Momentánea Ecológica (EMA) informatizada permite la recopilación de datos en tiempo real en contextos naturales, facilitando la entrada de datos inmediatos y proporcionando observaciones con marca de tiempo (Rodríguez Blanco et al., 2018; Davidson et al., 2017; Husky et al., 2017; Husky et al., 2014). Esta técnica permite medir repetidamente los dominios de interés a través de teléfonos inteligentes. En la actualidad, se centra la atención preventiva en las ideas de suicidio para conocer más sobre cómo es el proceso del suicidio desde su pensamiento de muerte hasta la acción suicida. Esto permite captar en quiénes y cuándo, y sobre todo, diferenciar diferentes cursos del fenómeno en la vida cotidiana en tiempo real (Kiekens, et al. 2020).

Se ha podido medir los pensamientos suicidas cada dos horas. Los hallazgos indican que los pensamientos suicidas, las conductas suicidas, y el riesgo de suicidio no siguen un patrón de aumento lento hasta, un pico seguido de una disminución gradual. En cuestión de horas, se ha observado un cambio muy rápido entre niveles altos y bajos de pensamientos suicidas. Este fenómeno es interesante porque implica que hay un período de tiempo muy corto para intervenir y ayuda a comprender cómo se manifiesta este intervalo de tiempo crítico para realizar intervenciones efectivas.

Para mejorar la prevención del suicidio, es fundamental considerar factores más allá de los aspectos clínicos y proximales, centrándose en el curso de la vida y el contexto social.

8. PODEMOS HACER ALGO: EVIDENCIAS PREVENCIÓN SUICIDIO

De 2005 a 2019 se publicaron más de cuatro veces más artículos sobre prevención del suicidio en comparación con los 40 años anteriores (1966-2005). En la prevención del suicidio se necesita un enfoque sistémico, multifactorial y de múltiples niveles para reducir de manera integral el riesgo de suicidio. Este enfoque requiere componentes basados en la evidencia, desde intervenciones de salud pública hasta intervenciones a nivel individual, implementándose simultáneamente en una región localizada. Una evidencia alineada con los factores de riesgo a multinivel con las intervenciones pertinentes (WHO, 2010) Esto implica una amplia participación técnica y ciudadana, así como una dirección unificada e integradora de, las administraciones públicas mantenida en el tiempo.

La simultaneidad y el escalonamiento de las medidas multiniveles y la coherencia son ingredientes de la eficacia institucional de las estrategias de los programas de prevención del suicidio. Esto ha sido comprobado en la diferencia de eficacia encontrada en los programas de prevención del suicidio de Dinamarca en comparación con Noruega (Espeland et al., 2021), donde la divergencia en los liderazgos se relacionaron con su efectividad, y en Dinamarca por la simultaneidad de sus paquete de medidas preventivas, entre ellas, el proyecto Fortalecimiento de la atención ambulatoria después del alta (SAFE) ofrece visitas domiciliarias y apoyo familiar a los pacientes (Nordentoft et al. 2019).

En 2016, la revista Lancet Psychiatry en una de sus editoriales, se preguntaba dónde estamos en relación a la prevención del suicidio, reconociendo la variabilidad de las estrategias nacionales y regionales de prevención del suicidio. Esta dificultad de medir y comparar los esfuerzos en esta materia se debe al tabú de los trastornos mentales en la búsqueda de ayuda, la baja prevalencia del suicidio para su detección y la fiabilidad de los registros (Turecki, 2016). No obstante, hoy día podemos decir que muchos países vienen haciendo esfuerzos desde hace algunas décadas para prevenir el suicidio, aunque nuestro país no tenga una política nacional de prevención del suicidio ni coordinada ni única.

Los hallazgos son ambiguos en relación a la evaluación del impacto de la prevención del suicidio en las tasas de mortalidad. La evaluación de los países que han publicado los resultados de sus programas de manera exhaustiva como Finlandia, Noruega, Suecia y Australia, muestra que el efecto de sus programas parece correlacionarse con la edad y el sexo (Lewitzka et al., 2019). Se ha comprobado una disminución de

las tasas de suicidio entre los hombres, con efectos más fuertes entre los 25-44 años y de 45-64 años de edad. Los planes de suicidio de los países del norte de Europa pueden revisarse en esta dirección (<https://pub.norden.org/temanord2024-509/7-national-efforts-of-suicide-prevention.html>).

En una revisión narrativa y un análisis estadístico de las estrategias nacionales de prevención del suicidio en un marco de sus 12 componentes comunes de prevención del suicidio, que incluyó 29 países (14 países de ingresos medianos bajos y 15 países de ingresos altos) (Schlichthorst et al. 2022), resultó que las tasas totales de suicidio en los países individuales oscilaron desde una disminución significativa en la tasa anual de suicidios (RR = 0.80; IC del 95 % 0.69-0.93) hasta un aumento significativo (RR = 1.12; IC del 95 % 1.05-1.19). En otros, no hubo cambios en la mortalidad por suicidio asociados con los componentes individuales de las estrategias nacionales.

Aunque puede haber evidencia limitada sobre la efectividad de un plan nacional para la prevención del suicidio, tener un plan nacional sigue siendo una buena idea. Sin embargo, sabemos que las estrategias de prevención del suicidio con mayor evidencia se dividen en tres enfoques complementarios y simultáneos: estrategias de políticas de salud pública, estrategias de atención sanitaria, y estrategias de comunicación, educación y formación.

La perspectiva de salud pública, debe estar presente en todas las políticas y aquellas que se dirijan exclusivamente al ámbito sanitario tendrá un impacto limitado. Se reconoce esta como una condición necesaria pero no suficiente.

En 2017, en una reunión de consenso en Europa, se concluyó, de acuerdo con las evidencias disponibles, que había fuertes evidencias en la prevención del suicidio en cuanto a: 1) la restricción del acceso a medios letales (salud pública), 2) el tratamiento de la depresión con farmacoterapia (antidepresivos, clozapina, litio, ketamina) y psicoterapia (TCC, TDC), 3) asegurar la cadena de atención (cuidado de la salud), y 4) la prevención universal basada en la escuela (salud pública). Para más detalles, puede consultarse a Zalsman et al. (2016). Mientras que otras estrategias necesitaban más estudios o presentaban resultados más débiles en relación a su eficacia.

Los hallazgos en Australia (Krysinska et al., 2016) sobre los cálculos de la fracción prevenible de la población indican que el enfoque sistémico conduce a una reducción significativa de los intentos de suicidio y

las muertes por suicidio. Los efectos reductores estimados sobre los intentos de suicidio son mayores con las intervenciones psicosociales y sistemas de seguimiento y cuidados posteriores. En relación a los suicidios consumados, el orden de impacto sería el entrenamiento de los médicos generales y tratamientos psicosociales, seguido por la formación de los padres y profesores y la reducción del acceso a medios letales, así como los cuidados de seguimiento y las pautas de información en los medios.

Las campañas de sensibilización tienen una efectividad muy baja, como ratificó recientemente la guía NICE (NG, 105, 2018). Se estimó que se podrían salvar 169 vidas al año y prevenir 5,347 hospitalizaciones por autolesiones debido a intentos de suicidio.

Quisiera llamar la atención, frente a la alegría que observo en nuestra comunidad con diferentes iniciativas y propuestas desde diversos ámbitos de la administración, que la escuela no es ningún nicho de experimento y de empleo, y que la prevención del suicidio en la adolescencia debe ser guiada por la evidencia y no por la ocurrencia ni el crédito electoral. En una revisión de alcance sobre la prevención de pensamientos y conductas suicidas, se subraya la necesidad de un enfoque holístico para la prevención del suicidio, integrando las dimensiones social, emocional y psicológica. Las intervenciones exitosas se enfocan en problemas subyacentes como la depresión y la soledad en lugar de centrarse únicamente en pensamientos y comportamientos suicidas. Combinar intervenciones directas e indirectas es un enfoque sensato para obtener resultados tanto inmediatos como a largo plazo. Comprender las necesidades únicas, de la Generación Z, influenciadas por la tecnología y las diversas perspectivas, es crucial para una prevención eficaz.

El análisis de los datos de esperanza de vida, en relación con las causas naturales y no naturales para la prevención de la mortalidad prematura evitable asociada con los trastornos mentales, nos indica que estos cuidados necesitan más atención. Al comparar la esperanza de vida de las personas con trastornos mentales con la de los fumadores, se observa que todos los diagnósticos de trastornos mentales importantes presentan reducciones (7-24 años) en su esperanza de vida, similares o mayores que las observadas en el tabaquismo intenso (8-10 años).

En los pacientes con trastornos mentales, la esperanza de vida fue generalmente aproximadamente 15 años más corta para las mujeres y 20 años más corta para los hombres, en comparación con la población general.

La mortalidad por enfermedades y afecciones médicas aumentó de dos a tres veces más, asociada al síndrome metabólico, la inactividad física, el sobrepeso y el tabaquismo. También se ha vinculado con los efectos secundarios de los neurolépticos atípicos.

La inequidad debe ser abordada con una mayor vigilancia de los cuidados de la salud física de nuestros pacientes. Los trastornos por abuso de sustancias y la anorexia nerviosa tienen las tasas de mortalidad más altas, incluso superiores al tabaquismo, y el trastorno bipolar y la esquizofrenia presentan riesgos relativos similares de mortalidad al tabaquismo intenso (Chesnev, 2014).

En el ámbito sanitario, el suicidio afecta mayormente a personas con trastornos mentales graves, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad límite y trastornos físicos graves que generan severas discapacidades psicosociales. Sin embargo, no todas las personas con trastornos mentales se suicidan; aunque tienen un riesgo dieciséis veces mayor de suicidio en comparación con controles sanos, y este riesgo es similar en todas las regiones

geográficas. La revisión sistemática y el metaanálisis de Moitra et al.(2021) muestran que los riesgos relativos (RR) son más altos para el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno bipolar y la esquizofrenia. Los RR para las mujeres son consistentemente más bajos que los RR para los hombres en todos los trastornos, aunque esta diferencia no fue significativa.

No todos los pacientes psiquiátricos se suicidan. Los servicios sanitarios son un lugar crítico en la prevención del suicidio, pues se ha constatado que antes, durante y después, los pacientes han contactado con los servicios de salud en todos los niveles asistenciales. Un sistema eficaz para la detección y evaluación en el sistema nacional de salud británico es la Investigación Nacional Confidencial sobre el Suicidio y la Seguridad en la Salud Mental (NCISH). Este proyecto único recopila información detallada sobre todos los suicidios en el Reino Unido desde 1996. Este proyecto está tutelado por la Universidad de Manchester, y sus recomendaciones anuales sirven a las políticas nacionales del SNS británico.

Un metaanálisis de una Encuesta Nacional en el Reino Unido reveló varias claves: alrededor de una cuarta parte de las personas que se suicidan han estado en contacto con servicios de salud mental durante el año anterior a su muerte, más de 1, 000 casos al año. De estos casos, el 16% son pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 24% han sido dados de alta de la

atención hospitalaria en los tres meses anteriores.

Los problemas de observación causados por el diseño de las salas y la escasez de enfermeras son comunes en los casos de suicidio de pacientes hospitalizados. El suicidio en ex-pacientes hospitalizados ocurre con mayor frecuencia en la semana posterior al alta, así como el incumplimiento del tratamiento y la pérdida de contacto con los servicios son comunes antes del suicidio. Los profesionales pensaron que la mayoría de las personas que se suicidaron no tenían ningún riesgo inmediato o tenían un riesgo bajo, y entre un 20-24% de los equipos comunitarios de salud mental pensaron que se podría haber evitado.

El contacto con atención primaria de salud fue más alto en el año previo al suicidio, con una tasa media de contacto del 80%. Al mes, la tasa media fue del 44%. La tasa de contacto a lo largo de la vida para atención de salud mental fue del 57% y del 31% en los últimos 12 meses. En general, las mujeres y los mayores de 50 años presentaron las tasas más altas de contacto con atención de salud antes del suicidio (Stene-Larsen et al., 2019). El contacto con atención primaria de salud antes del suicidio es común incluso en el último mes antes de la muerte. Casi cuatro de cada cinco de los que murieron por suicidio tuvieron contacto con servicios de salud en el mes anterior a su muerte. Tan cerca como una semana antes, casi uno de cada tres tuvo un contacto con servicios de salud, una tasa dos veces mayor que para la población general. La mayoría de estos contactos fueron en entornos de práctica general: el 26% de los casos tuvieron un contacto de práctica general en la semana anterior a su muerte (John et al., 2020). Lo que destaca una oportunidad para una intervención temprana. Los varones de mediana edad con una enfermedad física grave actual, una autolesión reciente, presentar un problema de salud mental, problemas recientes relacionados con el trabajo y vivir solo se asoció con tener una última consulta con el médico de cabecera cercana al suicidio (Mughal et al., 2023).

A la luz de estos datos, desde los servicios de salud podremos contribuir a la reducción de las tasas de suicidio. Necesitamos servicios bien dotados de personal especializado e infraestructuras pertinentes en los servicios de urgencia y realizar un seguimiento activo al alta y durante al menos los tres primeros meses (Appleby et al., 1999).

Los planes de prevención del suicidio, además de los otros aspectos, que hemos comentado, también deberían centrarse cada vez más en personas que no están en contacto con los servicios de salud mental, al ser una población de alto riesgo.

9. CONCLUSIÓN

Todos al nacer merecemos vivir una vida con dignidad y capacidad para disfrutar de los avances de la humanidad. La vida digna debe ser reivindicada como una oportunidad irrepetible.

En el conjunto de este discurso hemos ofrecido una reflexión y la demostración exhaustiva del impacto del suicidio en la sociedad de hoy, descrita en algunos ensayos como la "sociedad del cansancio" (Byung-chul Han) o una sociedad en tránsito hacia el "transhumanismo" (Julián Huxley). Sea como sea, es una sociedad llena de incertidumbres, marcada por la desigualdad y una tensión planetaria que exige a las comunidades y a los individuos una adaptación a una nueva era de la inteligencia artificial.

Estos cambios reflejan un periodo de transición hacia una nueva desregulación/regulación de la relación entre el estado y la ciudadanía, en línea con el pensamiento de Durkheim, y probablemente a un nuevo contrato social, que esperamos esté sujeto a los derechos humanos.

La crisis de la atención a salud mental y la crisis de suicidio pueden ser explicadas a través de un encuadre social, así como la producción del estrés y las emociones relacionadas en este proceso vertiginoso de cambio de era, que nuestro cerebro tarda en integrar, frente al cúmulo de información que procesa y sus exigencias de capacitación y de encajar en unas nuevas relaciones individuales y laborales.

El suicidio es un fenómeno complejo influenciado por numerosos factores económicos, sociales, biológicos y psicológicos. Los estudios nos demuestran que las políticas de salud pública en todas las políticas son esenciales, lo que exige acciones que van mucho más allá de la prestación de servicios de salud mental, que sin duda habrá que reforzar en el ámbito comunitario, con dispositivos flexibles y horizontales.

A medida que la investigación avanza y se desarrollan nuevas tecnologías como la IA, los estudios genéticos y los biomarcadores, así como nuevos modelos predictivos, seguramente tendremos nuevas herramientas para la evaluación y detección temprana, para continuar mejorando las estrategias de intervención y apoyo para reducir las tasas de suicidio y mitigar su impacto en las personas y en las sociedades.

La comprensión y prevención del suicidio requieren

un liderazgo definido, un enfoque integrador e interdisciplinario que simultáneamente combine la investigación científica, la formulación de políticas y el compromiso social. Solo a través de un esfuerzo colectivo y colaborativo podremos reducir en un tercio las tasas de suicidio, para alcanzar en 2030 una de las metas del desarrollo sostenible y mejorar la esperanza de vida y calidad de vida de nuestros paisanos. Todos tenemos un papel que desempeñar en la prevención del suicidio.

Cuidemos, conectemos y colaboremos. Quisiera concluir con este aforismo de Hipócrates: "La vida es breve, el arte es largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil".

Muchas gracias,

Bibliografía

1. Ackerman JP, Horowitz LM. Youth Suicide Prevention and Intervention Best Practices and Policy Implications. Springer; 2022. ISBN 978-3-031-06127-1.
2. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Calvo L, traductor. Madrid, España: Alianza Editorial; 2005.
3. Bakst SS, Braun T, Zucker I, Amitai Z, Shohat T. The accuracy of suicide statistics: Are true suicide deaths misclassified? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51:115-123. doi: 10.1007/s00127-015-1119-x.
4. Balbuena LD, Baetz M, Sexton JA, et al. Identificación de predictores de suicidio a largo plazo e inminentes en una población general y una muestra clínica con aprendizaje automático. *BMC Psychiatry*. 2022; 22:120. doi: 10.1186/s12888-022-03702-y.
5. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev*. 1990; 97(1):90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90.
6. Camus A. *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial; 1996. ISBN 9788420609270.
7. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-

- analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry*. 2017; 210(6):387-395. doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717.
8. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943.
 9. Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, Lu TH, Cheng AT. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*. 2009; 68(7):1322-1331. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.01.010.
 10. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013; 347:f5239. doi: 10.1136/bmj.f5239.
 11. Cheng JK, Fancher TL, Ratanasen M, et al. Lifetime suicidal ideation and suicide attempts in Asian Americans. *Asian Am J Psychol*. 2010; 1(1):18-30. doi: 10.1037/a0018799.
 12. Davidson CL, Anestis MD, Gutierrez PM. Ecological momentary assessment is a neglected methodology in suicidology. *Arch Suicide Res*. 2017; 21(1):1-11. doi: 10.1080/13811118.2015.1004482.
 13. deCatanzaro D. Human suicide: a biological perspective. *Behav Brain Sci*. 1980; 3(2):265-272. doi: 10.1017/S0140525X0000474X.
 14. Docherty AR, Mullins N, Ashley-Koch AE, Qin X, et al. GWAS Meta-Analysis of Suicide Attempt: Identification of 12 Genome-Wide Significant Loci and Implication of Genetic Risks for Specific Health Factors. *Am J Psychiatry*. 2023; 180(10):723-738. doi: 10.1176/appi.ajp.21121266.
 15. Dunne EJ. Family psychoeducation with suicide attempters. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 1 ed. Oxford: Oxford Textbooks; 2009.
 16. Durkheim E. *Suicide: A Study in Sociology*. London: Routledge and Kegan Paul; 1970.
 17. Espeland K, Knizek BL, Hjelmeland H. "Time to Try Something New" - Professionals' Experiences and Reflections on Suicide Prevention in Norway. *Crisis*. 2021; 42(6):434-440. doi: 10.1027/0227-5910/a000740.
 18. Fazel S, Vazquez-Montes MD, Molero Y, et al. Risk of death by suicide following self-harm presentations to healthcare: development and validation of a multivariable clinical prediction rule (OxSATS). *BMJ Ment Health*. 2023; 26:1-7. doi: 10.1136/bmjment-2023-300673.
 19. Glez de Rivera JL, Rodríguez Pulido F, Sierra López A. El método epidemiológico en salud mental. Editorial: MASSON; 1993. ISBN: 978-84-458-0138.
 20. Gramaglia C, Calati R, Zeppegno P. Rational suicide in late life: a systematic review of the literature. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(10):656. doi: 10.3390/medicina55100656.
 21. Gunn J, McGrain P, Ördög B, Guerin M. Their final words: An analysis of suicide notes from the United States. *Death Stud*. 2023; 1-11. doi: 10.1080/07481187.2024.234.
 22. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*. 1987; 150(2):145-153. doi: 10.1192/bjp.150.2.145.
 23. Hippocrates. *The Genuine Works of Hippocrates*. Translated by Charles Darwin Adams. New York: Dover; 1868.
 24. Hume D. *Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del Alma*. Buenos Aires: Ediciones del Nuevo Mundo; 2000. ISBN 9781535804578.
 25. INE. *Estadísticas de muerte por suicidio, España*. 2022.
 26. INE. *Estadísticas de muerte por suicido, España*. 2023.
 27. Jaśkiewicz-Obydzińska T, Wach E. Suicide notes and motives for suicide in psychological reports compiled for the judiciary. *Probl Forensic Sci*. 2021; 128:211-226. doi: 10.4467/12307483PFS.21.012.15882.
 28. Joiner T. *Why People Die by Suicide*. Harvard University Press; 2007.
 29. Kelly S, Evans MDR, Kelley J. Happily distant or

- bitter medicine? The impact of social distancing preferences, behavior, and emotional costs on subjective wellbeing during the epidemic. *Appl Res Qual Life*. 2023; 18:115–162. doi: 10.1007/s11482-023-10149-0.
30. Kessler RC, et al. The role of big data analytics in predicting suicide. In: Passos I, Mwangi B, Kapczinski F, editors. *Personalized Psychiatry*. Springer, Cham; 2019. doi: 10.1007/978-3-030-03553-2_5.
 31. Kurtaş Ö, Boşgelmez Ş, Yaluğ İ, Birincioğlu İ, Biçer Ü, Aker T, et al. The evaluation of suicide letters in Turkey from a cognitive perspective. *Crisis*. 2012; 33(2):73–79.
 32. Leenaars AA. Suicide notes of the older adult. *Suicide Life Threat Behav*. 1992; 22(1):62-79. PMID: 1579987.
 33. Levey DF, Polimanti R, Cheng Z, et al. Genetic associations with suicide attempt severity and genetic overlap with major depression. *Transl Psychiatry*. 2019; 9:22. doi: 10.1038/s41398-018-0340-2.
 34. López Steinmetz LC. Acerca del vocablo suicidio: preexistencia del acto humano de darse muerte respecto de la posibilidad de su nominación. *Bol Filol*. 2020; LV (1):461-470.
 35. Mullins N, Kang J, Campos AI, Coleman JRI, et al. Dissecting the shared genetic architecture of suicide attempt, psychiatric disorders, and known risk factors. *Biol Psychiatry*. 2022; 91(3):313-327. doi: 10.1016/j.biopsych.2021.05.029.
 36. National Institute for Health and Care Excellence. *NICE Guidelines Self-Harm: Longer-Term Management (CG 133)*. NICE; 2011.
 37. Nielszen O, Wallace D, Large M. Pokorny's complaint: the insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. *BJPsych Bull*. 2017; 41(1):18-20. doi: 10.1192/pb.bp.115.053017.
 38. OCDE. Suicide rates. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/suicide-rates.html>.
 39. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018; 373(1754):20170268. doi: 10.1098/rstb.2017.0268.
 40. O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Curr Opin Psychol*. 2018; 22:12–17. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.07.021.
 41. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C. Suicide following deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2017; 174(8):765-774. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111288.
 42. Platón. *Diálogos IV (Fedón)*. Lan E, traductor. Barcelona, España: Gredos S.A.; 1988. ISBN 84-249-1027-3.
 43. Platón. *Leyes*. Traducción, introducción y notas. Lisi Francisco, traductor. Madrid: Gredos; 1999. ISBN 9788424922412.
 44. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1983; 40(3):249-257. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790030019002.
 45. Puzstai A, Bugán A. Analysis of suicide notes from persons committing completed suicides. *Psychiatr Hung*. 2005; 20(4):271-280. doi: 10.47673/pszichiatra.2005.20.4.271.
 46. Reeves A, McKee M, Stuckler D. Economic suicides in the Great Recession in Europe and North America. *Br J Psychiatry*. 2014; 205(3):246-247. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144766.
 47. Rodríguez-Blanco L, Carballo JJ, Baca-García E. Use of ecological momentary assessment (EMA) in non-suicidal self-injury (NSSI): A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018; 263:212-219. doi: 10.1016/j.psychres.2018.02.051.
 48. Rodríguez Pulido F, Glez de Chávez F, Méndez Abad M, et al. Community study on a parasuicidal population. *Eur J Psychiatry*. 2006; 20(4):203-209.
 49. Rodríguez Pulido F, Méndez Abad M, González Dávila EF, Grasso M. Community study on a parasuicidal population: Clinical identification of repetition risk. *Eur J Psychiatry*. 2009; 23(4):203-213.
 50. Rodríguez Pulido F, Sierra A, Doreste J, Gracia R,

- González-Rivera JL. Suicide in the Canary Islands: Standardized epidemiological study by age, sex, and marital status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1992; 27(2):69-74. doi: 10.1007/BF00788508.
51. Rodríguez Pulido F, Sierra A, Gracia R, Doreste J, Delgado S, González-Rivera JL. Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. *Acta Psychiatr Scand.* 1991; 84(6):520-523. doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03187.x.
52. Rodríguez Pulido F. Epidemiología del suicidio consumado en la isla de Tenerife. Tesis de Grado. Universidad de La Laguna; 1985.
53. Sacco MA, Ricci P, Aquila I. The effects of COVID-19 pandemic on public mental health: State of art and future perspectives. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(9):5665. doi: 10.3390/ijerph20095665.
54. Semper Dolens RA. Historia del suicidio en Occidente. Colección El Acantilado 320. Barcelona: Acantilado; 2015. ISBN 978-84-16011-67-4.
55. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2016; 46(3):352-362. doi: 10.1111/sltb.12225.
56. Shneidman ES. Suicide notes reconsidered. *Psychiatry.* 1973; 36(4):379-394. doi: 10.1080/00332747.1973.11023772.
57. Shneidman ES. Suicide on my mind, Britannica on my table. *Am Scholar.* 1998; 67:93-104.
58. Steeg S, Quinlivan L, Nowland R, et al. Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data. *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1):113. doi: 10.1186/s12888-018-1693-8.
59. Tøllefsen IM, Thiblin I, Helweg-Larsen K, Hem E, Kastrup M, Nyberg U, et al. Accidents and undetermined deaths: Re-evaluation of nationwide samples from the Scandinavian countries. *BMC Public Health.* 2016; 16:449. doi: 10.1186/s12889-016-3135-5.
60. Turecki G. Preventing suicide: where are we? *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(7):597-598. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30068-2.
61. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry.* 2012; 27(2):129-141. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
62. WHO. Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022.
63. WHO. Suicide data. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
64. WHO. Towards evidence-based suicide prevention programmes. WHO Regional Office for the Western Pacific; 2010.
65. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(7):646-659. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

Sesión Solemne de la Academia

Contestación del Académico de Número

Ilmo. Sr. D. Antonio Sierra López

Real Academia de Medicina de Canarias

25 junio 2024

Señor Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias e Ilustrísimos académicos y académicas, señores y señoras, quiero agradecer mi participación en este acto y expresar mi satisfacción por, reforzar el área que incluye Salud Mental.

Los problemas de salud mental tienen una frecuencia y complejidad muy intensa. Hablamos de trastornos graves mentales, demencias, psicosis, drogodependencias, alcoholismo y tabaquismo, así como la violencia, la violencia física, psíquica y sexual y por supuesto el suicidio y los parasuicidios. Las profundas interrelaciones sanitarias y sociales contribuyen a dificultar la realización de estrategias de atención y prevención.

El Dr. Francisco Rodríguez Pulido procede de una familia sin vinculación con la medicina, ni otras profesiones sanitarias. Desde la adolescencia y juventud, su interés por las personas y algunos de sus problemas como el suicidio le dirigirán hacia los estudios de medicina. Le gustaba ir a la "plaza de las ranas" en Vegueta asentarse con libros de bolsillo y pasarse allí una mañana o una tarde leyendo. Siempre en la adolescencia, los libros fueron su ventana al mundo y su curiosidad la resolvía con sus lecturas, para volver a tener más curiosidad y más preguntas.

De adolescente empezó a escribir poemas y una obra de teatro con tres personajes que dialogaban entre sí y que representaban, "las circunstancias, el poder, y los sueños". Dialogaba Ortega y Gasset con el Rey Sol y Francisco Goya y Lucientes. Un presagio de sus años posteriores. Realmente ha sido muy soñador sin perder el realismo, que al poder ha molestado, y le ha generados circunstancias personales, singulares que siempre ha entendido como un pago por el camino que, escogió desde joven. El siempre supo que sería así, por ello, no se ha, sentido sorprendido, y lo asimila.

Ese pensamiento humanístico estuvo presente en su trayectoria personal y profesional. Sus inquietudes le llevarán a ser activo en política estudiantil le llevó a fundar en la Facultad de Medicina la revista "Tinta", la única revista universitaria en papel del alumnado que se conozca, y las aulas de cultura no institucionales en la universidad de La Laguna, pero siempre, desde la prudencia y el respeto. Al acabar medicina no duda en la elección de su especialidad que lógicamente fue la psiquiatría.

Realiza su especialización en el Hospital Universitario de Canarias. Durante ese periodo inicia su trayectoria universitaria realizando el, doctorado, cuya tesis fue "Epidemiología del suicidio consumado en, las islas Canarias (1997-1983) dirigida por el profesor Gracia y por mí. Una tesis novedosa en el campo del suicidio con un trabajo de gran calidad, gracias a la actitud de colaboración de los presidentes

de las Audiencias Provinciales de Santa Cruz de Tenerife y de las Palmas de Gran Canaria, que nos facilitaron el acceso a los expediente judiciales de los años de estudio, que se revisaron uno a uno en todas las islas durante siete años. Se realizan publicaciones a nivel nacional, internacional y el profesor Rodríguez Pulido dirigió dos tesis más sobre los parasuicidios, en Tenerife y en Gran Canaria , que siguen siendo pioneros.

Su interés por la ciencia, comenzó profundizando en el método científico y particularmente en el Método Epidemiológico en su dedicación docente e investigadora en clínica psiquiátrica. Añade su preocupación por la asistencia psiquiátrica en Canarias, en la época en los años 90, dirigió un proyecto financiado por la dirección general sanitaria, cuya finalidad era construir el tránsito con atención psiquiátrica hospitalocéntrica a un modelo integrado en la atención sanitaria general, es decir, a una psiquiatría comunitaria.

Su interés metodológico y su participación muy activa en otras publicaciones en forma de libros como "El Método epidemiológico en Salud Mental", "Análisis de la asistencia psiquiátrica en el Archipiélago Canario Recomendaciones futuras", "La recuperación de las personas con trastorno mental graves. Modelo red de redes" "La psiquiatría comunitaria", "La autonomía personal en el logro del empleo ordinario", "Más allá del arte y el bienestar", "Empleo ciudadanía y recuperación de las experiencias psicóticas".

A esta participación hay que añadir su contribución al campo de sociedades científicas de la psiquiatría como presidente de la sección, de rehabilitación de

Asociación Española de Neuropsiquiatría y profesionales de la Salud Mental, representante en la consejería de, sanidad en elaboración de la estrategia Insular de discapacidad del IASS. Presidente de la asociación Canaria de Psiquiatría y miembro del comité asesor del curso internacional de esquizofrenia, miembro del Consejo director de la revista Norte Salud Mental, promotor y fundador de la Comunidad de aprendizaje IPS, España, vicepresidente del XIII Congreso mundial WAPR y presidente del comité organizador del XXV congreso nacional de la Psiquiatría AEN celebrado en Tenerife el único en la historia de la especialidad celebrado en Canarias de carácter multidisciplinar, comunitario y nacional.

En su vida profesional, durante más de 20 años, ha mantenido un vínculo con la Prensa local de la isla a través de artículos periodísticos que ha publicado en un libro ensayo titulado ' Ensayo para una lectura crítica de la realidad' y estando en prensa con la editorial Mercurio, un nuevo ensayo "Arrebato de la naturaleza".

Su trayectoria investigadora le lleva a ser profesor Titular Psiquiatría de la Universidad de Laguna. Y su espíritu reformista innovador recibe, un gran impulso, cuando es nombrado responsable del Plan insular de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria de Tenerife (PIR) que ha sido la herramienta técnica para el desarrollo de un sistemas de soporte y cuidados comunitarios para las personas con trastorno mentales graves de larga evolución. En el desarrollo de estos cuidados y soportes comunitarios, fundó dirigió y superviso los equipos comunitarios asertivo, el equipo de apoyo individualizado al empleo, el apoyo individualizado al empleo, la constitución de la asociación canaria de terapias creativas, los soportes de alojamiento, y los centros de rehabilitación psicosocial. Hoy esta experiencia forma parte de la realidad de muchos pacientes y sus familias. Contribución que ha sido reconocida en diferentes congresos de la especialidad.

Al doctor Francisco Rodríguez Pulido siempre le ha interesado las cosas difíciles, como el suicidio y la psicosis, será que en la incubadora al nacer de 7 meses adquirió las habilidades necesarias para resistir y dispuso de tiempo para soñar.

El discurso de esta noche es entendible desde una perspectiva técnica, ya que el autor utiliza terminología precisa y bien definida dentro del campo de la psiquiatría y la salud mental. Se emplean términos y conceptos que son familiares para los profesionales

del área, lo que facilita la comprensión del contenido.

Se ha abordado el suicidio desde múltiples ángulos, incluyendo aspectos históricos, filosóficos, clínicos y epidemiológicos. Esto permite una visión holística del fenómeno y proporciona un contexto integral para entender sus diversas facetas.

Su exposición está bien documentado, citando una variedad de fuentes académicas y estudios empíricos. Esto incluye referencias a obras de autores como Albert Camus y Jean-Paul Sartre, estudios epidemiológicos y análisis de datos recientes sobre tendencias suicidas, predicción y prevención, lo que aporta credibilidad y profundidad al análisis.

Es revelador en el sentido de que presenta un análisis detallado de la, problemática del suicidio en Canarias y a nivel global, subrayando aspectos menos discutidos como los subregistros de suicidios y las dificultades en su cuantificación y clasificación oficial. Además, revela las interacciones complejas entre factores socioeconómicos y la salud mental.

El documento está actualizado, incluyendo datos y análisis recientes hasta el año 2023, lo que permite una visión contemporánea del problema del suicidio. La mención de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la salud mental destaca la relevancia y actualidad del discurso.

La detallada presentación de estadísticas sobre suicidios en diferentes contextos, incluyendo Canarias, España y globalmente, aporta una base cuantitativa sólida. Estos datos son cruciales para comprender la magnitud del problema y su evolución temporal.

La identificación y discusión de factores de riesgo asociados con el suicidio, tales como la pérdida de empleo, el aislamiento social y los trastornos mentales, están bien fundamentadas en la literatura científica y aportan claridad sobre las causas subyacentes. Destaca la importancia de la interacción de los factores genéticos y ambientales y entender los factores de riesgo como variables asociativas o correlaciones no causalísticas y la dificultad de encontrar una teoría general del suicidio.

El análisis del impacto de crisis económicas en las tasas de suicidio, respaldado por estudios como los de Stuckler et al. (2009), proporciona una perspectiva crítica sobre cómo los contextos económicos influyen en la salud mental, aunque aún no sabemos si es un agente causal o mediador de las variables de resultado.

La revisión histórica del concepto de suicidio y su percepción en diferentes épocas y culturas añade profundidad al análisis, mostrando cómo las actitudes hacia el suicidio han evolucionado con el tiempo, y advirtiendo de una posible demanda a los servicios sanitarios del llamado Suicidio racional.

y respaldado por datos actualizados y estudios científicos.

Muchas gracias.

El Dr. Francisco Rodríguez Pulido resalta también en su discurso por donde tenemos que avanzar en la investigación y la práctica clínica:

1. Sugiere la necesidad de investigaciones más detalladas para mejorar la exactitud de las estadísticas oficiales, mejorando la captaciones y los registros de los suicidios y los intentos de suicidio.
2. Las muestras de los estudios deben tener en cuenta los factores culturales merece una exploración más profunda, especialmente en contextos multiculturales y en poblaciones minoritarias
3. La predicción del suicidio está en revisión buscando un método más próximo a la evaluación probabilístico como el test de Framingham, en vez de los procedimientos, actuales de clasificación del riesgo no muy útil en la clínica
4. La simultaneidad de las medidas preventivas es lo eficiente en la prevención del suicidio y donde el contacto de los pacientes con los servicios sanitarios. Antes durante y después, reclama una acción más enérgica de nuestros servicios, aunque la prevención del suicidio no es un asunto exclusivamente sanitario.

La aplicación de tecnologías avanzadas como Big Data y el aprendizaje automático en la predicción y prevención del suicidio es un campo, emergente que requiere más estudios para validar su eficacia y aplicabilidad, práctica. Así como los biomarcadores sanguíneos periféricos y cerebrales nos traerán más esperanzas para los clínicos y los pacientes.

Asimismo mencionar que el impacto psicológico de la pandemia de, COVID-19, necesita más investigación sobre sus efectos a largo plazo en la salud mental y las tasas de suicidio, considerando las diversas fases y respuestas a la crisis sanitaria.

En conclusión el discurso del Dr. Francisco Rodríguez Pulido es un análisis detallado y bien fundamentado del suicidio, abordado desde múltiples perspectivas

NOVEDADES VACUNALES EN CANARIAS

Dr. Amós José García Rojas

Jefe de Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública, SCS. Académico Correspondiente

RESUMEN

El patrón epidemiológico de presentación de las enfermedades en los países desarrollados, ha sufrido unos cambios espectaculares en los últimos tiempos. Así, si bien a principios del siglo XX la población enfermaba o moría fundamentalmente por problemas transmisibles, a comienzos del siglo XXI muere o enferma principalmente por problemas crónicos o degenerativos, de tipo biológico o conductual, básicamente derivados de los estilos de vida.

Son varios los factores que han influido en dicho cambio, desde las mejoras en las condiciones higiénico-sanitarias en general, las mejoras en la nutrición, los métodos de desinfección, desinsectación y desratización, la aparición de los antibióticos etc. Sin embargo, son las vacunas las que, junto al control higiénico sanitario del agua de bebida, han tenido un mayor protagonismo en ese proceso

Conviene recordar, que la incorporación de los programas nacionales de vacunación ha representado uno de los avances más importantes en el control de las enfermedades infecciosas. Además, en el proceso de planificación de programas, la vacunación se presenta como una de las primeras actividades regladas de la salud pública y tiene un largo recorrido como estrategia para proteger al ser humano frente a determinadas enfermedades.

La inclusión de una vacuna dentro de las políticas vacunales es un proceso que requiere un análisis tremendamente riguroso y a veces hay que esperar años para que se consoliden actuaciones presupuestadas y planificadas. España es un claro ejemplo del largo proceso y del análisis tremendamente potente que requiere el incluir una vacuna en las estrategias vacunales públicas. La Orden de 13 de septiembre de 1993 por la que se constituye el

Programa de Vacunas de la Comunidad Autónoma de Canarias, junto a la Orden de 8 de octubre de 1993 que modifica la anterior, y Orden de 28 de junio de 2019, por la que se aprueba el Calendario Vacunal para todas las edades de la vida en la Comunidad Autónoma de Canarias configuran el marco normativo de la actividad vacunadora en Canarias.

En este sentido, la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones ha efectuado una amplia revisión del calendario de vacunación para todas las edades de la vida, de tal manera que se han evaluado los datos epidemiológicos y las coberturas de vacunación en España, los esquemas de vacunación utilizados en los países de nuestro entorno y la evidencia científica más reciente relativa a la utilización de diferentes pautas de vacunación, por lo que ha determinado las siguientes recomendaciones sobre la nueva oferta vacunal, que presentaremos en esta charla y que suponen una novedad francamente notable.

PRÓTESIS TOTAL DE TOBILLO: EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE UN IMPLANTE CONTROVERTIDO

Dr. Mario Herrera Pérez

Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Jefe de Sección Unidad de Pie y Tobillo, HUC. Profesor Asociado, ULL.

RESUMEN

La articulación de tobillo es la que soporta más carga por unidad de superficie de todo el organismo y, además, está muy expuesta a sufrir traumatismos tanto deportivos como accidentales. Como consecuencia, las fracturas de tobillo son las más frecuentes del miembro inferior y el esguince del ligamento lateral externo de tobillo representa la lesión musculoesquelética más frecuente a nivel mundial. Estos hechos explican que la principal causa de la artrosis de tobillo sea la postraumática (aproximadamente en un 80% de casos existe antecedente traumático), siendo la artrosis idiopática de tobillo extremadamente rara, a diferencia de lo que ocurre en otras articulaciones de carga, como la cadera o rodilla. Si bien no es muy frecuente, pues afecta aproximadamente al 1-2% de la población, la artrosis de tobillo avanzada acarrea una importante pérdida de funcionalidad, con su equivalente grado de discapacidad, llegando a tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, similar a la coxartrosis en estadio avanzado. Tradicionalmente, tras el fracaso del tratamiento conservador inicial, la tendencia en el tratamiento quirúrgico para el tratamiento de esta patología ha sido la artrodesis de tobillo, esto es la fijación de la articulación con ausencia de movimiento, con resultados positivos respecto al manejo del dolor y mejoría funcional. Sin embargo, a largo plazo produce una sobrecarga en las articulaciones vecinas que puede producir artrosis sintomática que requiera nuevas cirugías, especialmente en pacientes jóvenes y activos. Como alternativa a la artrodesis y en un intento de mantener la movilidad de tobillo, surgió en la década de los 70 la artroplastia total o prótesis de tobillo, al mismo tiempo que la artroplastia de otras articulaciones como la rodilla o cadera. Sin embargo, los altos porcentajes de aflojamientos precoces que condujeron a malos resultados hicieron que inicialmente fuera abandonada. La mala reputación de la prótesis de

tobillo se instauró en la comunidad de Cirujanos ortopédicos durante más de treinta años, hasta que a partir de inicios del presente siglo resurgió el interés por este implante. Actualmente la mala reputación no se sostiene en datos objetivos, pues con la mejora de la técnica quirúrgica, instrumentación, diseño de materiales y con los aportes de la ingeniería biomédica, se han obtenido resultados comparables a otras prótesis, con una supervivencia del implante del 85-90% a los 10 años.

El objetivo de esta conferencia es presentar el estado actual y la evolución histórica de un implante controvertido en su indicación así como la experiencia personal del autor y su centro de trabajo en este tipo de cirugía ortopédica.

MEDICAMENTOS Y CRONICIDAD: RETOS SOCIALES Y TERAPÉUTICOS

Dr. José Antonio Martín Conde

Especialista en Farmacia Hospitalaria. HU La Candelaria. Académico Correspondiente

RESUMEN

La cronicidad, fruto de los avances médico-quirúrgicos, de un buen sistema público de atención sanitaria y de la mejora socioeconómica y educativa, constituye el principal reto de los servicios sanitarios y sociales. Su patrón epidemiológico se caracteriza por comorbilidades, fragilidad, polifarmacia, dependencia, iatrogenia y alto consumo de recursos, tanto en el ámbito sanitario como no sanitario: en España es responsable del 60% de los ingresos hospitalarios, del 80% de las consultas en Atención Primaria y del 70% del gasto sanitario global.

En este contexto, los servicios sanitarios - concebidos bajo una mirada centrada en la gestión clínica de los problemas de salud agudos - están adaptándose frenéticamente sin comprometer su sostenibilidad financiera, para dar una respuesta eficaz y de calidad a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.

En la conferencia se abordará la actualidad de este nuevo escenario, desde la perspectiva de la macrogestión (políticas estatales y autonómicas de atención a la cronicidad), mesogestión (nuevos ámbitos: hospitalización a domicilio, unidades de alta complejidad, unidades corta estancia, hospital día geriátrico) y de la microgestión (programas clínicos interdisciplinarios y modelos de Atención Farmacéutica). Se describirá también el modelo piramidal de riesgo del Kaiser Permanent, inspirador de los sistemas de estratificación que identifican tres niveles de intervención de acuerdo con el nivel de complejidad de los pacientes, aspecto clave para la gestión eficiente. Sabido es que la polimedicación o polifarmacia es intrínseca al paciente pluripatológico o paciente crónico complejo, y que se asocia a iatrogenia y mayor complejidad terapéutica. Esto deriva en errores al tomar la medicación, menor adherencia y mayor riesgo de recaídas, siendo

especialmente vulnerables los pacientes de avanzada edad. Siendo la prescripción potencialmente inapropiada (PPI) de fármacos una de las principales causas de fracaso terapéutico es un deber bioético farmacéutico, integrado corresponsablemente en el equipo clínico, implementar actividades que permitan la adecuación del tratamiento farmacológico: mejora de la adherencia, aplicación de criterios explícitos (Beers, STOPP/START), disminución de la carga anticolinérgica, criterios de desprescripción (LESS-CHRON) y otros.

Es necesario pues, un nuevo modelo de atención acorde con la realidad de la cronicidad, incorporando la dimensión de la dignidad y humanidad de las personas. No sólo es un reto para el poder Ejecutivo y Legislativo; debe serlo para toda la sociedad. La formación especializada en cronicidad es una necesidad transversal de la formación especializada de todos los niveles asistenciales en ciencias de la salud, no siendo exclusivamente clínica, sino que debe incluir a los trabajadores sociales sanitarios.

La Real Academia es una institución privilegiada para abordar y promover con carácter multidisciplinar los desafíos de efectividad, seguridad y equidad planteados.

FÍSICA MÉDICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER. NOTAS HISTÓRICAS

Dr. José Hernández Armas

Académico de Número

RESUMEN

Una de las áreas más tradicionales del trabajo de los físicos médicos en los hospitales es la Radioterapia: uso de las radiaciones ionizantes para tratar el cáncer. Tanto los rayos X como los fenómenos radiactivos fueron descubiertos por físicos y la presencia de los físicos en los servicios de Radioterapia comenzó en 1910.

Pueden considerarse varias etapas en la participación de los físicos médicos en el desarrollo de esta actividad clínica:

1a) Uso de rayos X de bajo voltaje; 2a) Ortovoltaje; 3a) Megavoltaje: el Betatrón; 4o) Fotones gamma: Bomba de Cobalto; 5a) Gammaknife; 6a) Aceleradores lineales de electrones; 7a) Cyberknife; 8a) Protonterapia.

Toda la historia de esta actividad clínica es la demostración de una perfecta simbiosis entre Medicina y Física.

Esta ponencia estará constituida por una presentación de algunos aspectos físicos y técnicos aplicables en cada etapa, así como los nombres de los físicos médicos que participaron en su desarrollo. También se indicarán aquellos aspectos biológicos, técnicos o económicos que hicieron pasar de una a otra etapa. Las etapas de Megavoltaje han permitido abordar tumores que previamente eran intratables con este agente físico.

En particular se hará mención especial a Harold E. Johns (físico médico) inventor de la denominada bomba de cobalto, desarrollada en Canadá, que permitió tratamientos (y aun los sigue realizando) en millones de pacientes a lo largo de décadas a partir de 1951. Se tratará el análisis de la paternidad sobre

este equipo que se dio a conocer algún tiempo antes por Grimmett (físico médico) en USA.

Es especialmente interesante el hecho de que la utilización del cobalto-60 permitió al Dr. Leksell, médico neurocirujano, introducir conjuntamente con el físico médico Borje Larsson el concepto de radiocirugía mediante el uso de múltiples y finos haces convergentes de radiación emitidos por un gran número de fuentes de Co-60.

El siguiente gran paso en la tecnología para el tratamiento de tumores cancerosos lo ha sido la utilización de los aceleradores lineales de electrones desarrollado inicialmente por el médico Doctor Kaplan y por los físicos Ginzton, los hermanos Russell y Varian que pusieron en operación al primer equipo en Stanford (USA) en 1955.

Los desarrollos realizados a partir del acelerador lineal de electrones han permitido poner a punto el ciberknife consistente en un acelerador montado en un brazo robotizado.

La última etapa ha consistido en utilizar haces de protones en vez de haces de fotones o de partículas subatómicas, aprovechando la diferente distribución de dosis que evita afectar a tejido sano mucho más que con otro tipo de radiación. Se estima que para 2030 se llegará a tratar con este método unos 300.000 pacientes anuales.

COVID-19: UNA ENFERMEDAD VASCULAR

Dr. Jose Luis Pérez Burkhardt

Académico Correspondiente

RESUMEN

La infección por SARS-Cov2 en el mundo ha supuesto la infección de más de 700 millones de personas y ha provocado o contribuido al fallecimiento de, aproximadamente, el 1% de esos enfermos.

La clínica, básicamente respiratoria en sus formas iniciales, ha ido complicándose con la afectación de diversos órganos de la economía, siendo el nexo común a todos ellos el Sistema Circulatorio.

Se expone en esta charla la afectación sistémica del cuadro clínico, su sustrato anatómico y la fisiopatología del sistema vascular mediante la estimulación y daño a las diversas capas que lo componen y la justificación de la diversidad de órganos afectados.

Es por ello que la verdadera afectación de la infección por SARS-Cov2 se produce de forma básica en el endotelio vascular, que desencadena fenómenos de trombosis, alteraciones de la coagulación sanguínea, mediados por factores celulares y humorales que, en ocasiones, pueden llegar a tomar un patrón vasculítico.

Asimismo, se exponen someramente algunas terapias y sus niveles de actuación.

EL CAMBIO DE PARADIGMA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA DEL S XX AL XXI: UNA HISTORIA EMOCIONANTE

Dr. José Carlos Martínez Cedrés

Hospital Dr. Negrín Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

En los últimos 100 años la prevalencia del cáncer de próstata (CP) ha aumentado dramáticamente. Hasta el siglo XIX era una enfermedad raramente diagnosticada. En 1893 sólo se habían reportado 50 casos. El primer caso de CP con diagnóstico histológico fue descrito por Adams, en Londres, en 1853. Se trataba de un paciente de 59 años con un tumor con afectación ósea y ganglionar. Se confirmó el diagnóstico al realizarse la autopsia. Actualmente es el cáncer más frecuente en hombres.

Hay varios hechos que explican este cambio: por un lado, el aumento en la esperanza de vida. En España en 1940 era de 50,1 años y en 2023 de 82,3 años. La incidencia más alta del CP es entre los 60 y 80 años, por lo que antes los hombres no vivían lo suficiente para desarrollar la enfermedad. Por otra parte, la mejora en el diagnóstico en etapas más precoces (gracias a la introducción del PSA) y los nuevos tratamientos disponibles han conducido a unas tasas de curación elevadas.

La evolución de los tratamientos para el CP es una historia exitosa. En los años 60 del s. XX el 60% de los hombres diagnosticados en Europa y USA de CP morían por ello. En los años 80 la tasa de supervivencia estaba en el 68% a los 5 años. En 2022 la tasa de supervivencia a 5 años en Europa está en el 93,6%. Veamos los principales hitos en la historia del tratamiento del CP a lo largo de la Historia.

En 1904 Young realiza la primera prostatectomía perineal.

En 1941 Charles Huggins describe el efecto beneficioso del tratamiento hormonal en el CP. Sus investigaciones hacen que en 1966 le sea concedido el Premio Nobel de Fisiología o Medicina.

En 1947 Millin describe la prostatectomía retropúbica.

En 1962 Bagshaw publica un estudio con 81 pacientes con CP localizado y a los que trató con radioterapia pélvica. Describió una supervivencia del 54% a los 5 años.

En 1965 Gleason introduce el Gleason score para la clasificación histopatológica, y pronóstico, del CP.

En 1980 se describe el PSA elevado en pacientes con CP. En 1986 la FDA aprueba el PSA para monitorizar la respuesta a los tratamientos.

En 1983 Walsh describe la técnica de la prostatectomía con conservación de las bandeletas para preservar la función eréctil.

En 1990 se introduce la vigilancia activa en el CP.

Entre 2004 y 2022 se aprueban distintos fármacos para la enfermedad metastásica. El más prometedor el Lutecio 177-PSMA. Estos tratamientos logran que el CP metastásico tenga cada vez una supervivencia mayor.

LA IMPORTANCIA DE LA MEDICINA MILITAR EN EL DESARROLLO DOCENTE DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN EN ESPAÑA

Dr. Ricardo Navarro Suay

Teniente Coronel Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. Profesor Asociado UAH. Escuela Militar de Sanidad. Académico Correspondiente

RESUMEN

La medicina militar ha jugado un papel fundamental en el desarrollo docente de la especialidad de Anestesiología y Reanimación en España. Aunque la formación teórico- práctica de la especialidad había comenzado en forma de cursos monográficos por varias ciudades españolas, es en el ámbito militar donde por primera vez se publica en los Boletines Oficiales la normativa sobre los requisitos que tiene que cumplir aquel alumno que quisiera ser anestesiólogo, el temario detallado que debía estudiar, los exámenes que eran necesarios aprobar, la duración del diploma de la especialidad y el nombramiento de los que fueron los primeros profesores y médicos especialistas. Además, es en las Fuerzas Armadas donde se otorgaron la mayoría de becas de anestesiología para adquirir formación de esta especialidad en un prestigioso hospital de Copenhague (capital donde se inicia la medicina crítica), donde se crea una unidad de reanimación y se fomenta la medicina perioperatoria, aspectos tan interesantes desde hace unos años en nuestros servicios hospitalarios. La figura del médico militar Pascual Marco Clemente destacó enormemente en esta labor.

Normas para los autores

Tipos de colaboraciones

Están previstos los siguientes tipos:

- 1. Editoriales.** Serán por encargo de la Revista.
- 2. Revisiones.** En este apartado podrán aceptarse tanto las revisiones no sistemáticas de la literatura como los artículos de opinión. Las revisiones sistemáticas se consideran como originales (ver punto 3).
- 3. Originales.** En esta modalidad se aceptará cualquier trabajo de investigación experimental, observacional (clínico o no) u otros (revisiones sistemáticas, gestión o economía de la salud, por ejemplo).
- 4. Ponencias presentadas en las Sesiones Literarias.** Además de su publicación como resúmenes en la web de la Academia, las ponencias, una vez presentadas y discutidas, serán publicadas como resúmenes o en forma extensa. En cada número aparecerán las ponencias correspondientes a cada período cubierto por la revista.
- 5. Discursos de Sesiones Solemnes.** El discurso inaugural del curso, los discursos de recepción de nuevos académicos numerarios, y los de contestación a éstos, serán publicados íntegramente por la revista. Los de recepción de académicos correspondientes también pueden ser publicados y seguirán para ello las normas establecidas para los artículos de revisión (ver más abajo).
- 6. Trabajos premiados.** Los trabajos premiados (excepto los de la modalidad "Publicación"), serán publicados íntegramente a lo largo del año, siempre que no tengan una excesiva extensión. En tales casos la Redacción le solicitará al autor una reducción del contenido.
- 7. Noticias.** A cargo del Consejo de Redacción.

Todas las colaboraciones deberán enviarse inexcusablemente en formato word (.doc ó .docx). Se agradecerá que los manuscritos se redacten en letra arial, 12 puntos; se evitará el uso de plantillas, sangrías y espaciados especiales. Las manuscritos se remitirán a la siguiente dirección de email:

ramedicinatfe@hotmail.com

Cualquiera de los trabajos, sean de la modalidad que fueren, deberán redactarse conforme a los siguientes requisitos:

Página frontal:

Título: Máximo 25 palabras

Autores: Nombres y apellidos; en el caso de varios autores, sus nombres se ordenarán por el rol desempeñado; salvo en el caso de grupos de investigación no se admitirán más de seis de autores.

Autor responsable del trabajo: En el caso de varios autores es imprescindible que quede definido el autor que se hace cargo de gestionar la publicación del trabajo. Dicho autor debe facilitar su dirección postal, su

correo electrónico y el teléfono en el que se pueda contactar con él

Filiación: Lugar(es) donde se ha realizado el trabajo

Resumen: Las revisiones y los artículos originales deberán aportar un resumen de 250 palabras como máximo. Si se trata de un artículo original dicho resumen deberá contener los epígrafes correspondientes a Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusión. Se agradecerá título y resumen en inglés de la misma extensión.

Texto: Las revisiones y los artículos originales tendrán una extensión máxima de 3000 palabras (bibliografía aparte). Las editoriales no superarán las 1000 palabras.

El texto de los artículos originales se distribuirá, siempre que sea posible, en los siguientes apartados: Introducción, Material y método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.

Si se trata de notas u observaciones clínicas aisladas, el texto no debe superar las 1000 palabras y debe contener al menos una introducción seguida de la presentación de la(s) observación(es) y una breve discusión y ajustada bibliografía.

En el caso de trabajos de revisión no sistemática, la Introducción será seguida de los epígrafes que el autor crea conveniente, finalizando con la bibliografía utilizada.

Los resúmenes de las sesiones literarias y de los discursos de recepción de los académicos correspondientes no superarán las 1500 palabras. Si se desea se puede publicar como texto ampliado en la modalidad de revisiones, ajustándose para ello a las normas establecidas en ese caso.

Las referencias deben aparecer en el texto numeradas entre paréntesis, de acuerdo con el orden de su aparición en él. La lista de referencias al final del texto deberá confeccionarse conforme a dicha numeración.

En dichas citas aparecerán hasta un máximo de tres autores; si hubiese más firmantes se añadirá la expresión "et al."

Gráficos, figuras y tablas: Se admiten cuatro gráficos o figuras por trabajo, señalando el lugar en el que deben insertarse. Las tablas o cuadros quedan a discreción del autor, si bien se recomienda incluir solamente los estrictamente necesarios.

Los gráficos y figuras deberán numerarse con números arábigos, en tanto que las tablas se numerarán en números romanos; en todos los casos se acompañarán de una breve leyenda explicativa de los datos presentados. No es admisible exponer los resultados en gráficos y tablas simultáneamente.

Para cualquiera de las modalidades de colaboración, es de obligado cumplimiento que la reproducción de gráficos o figuras publicados por otros autores se acompañe del oportuno permiso de los editores del trabajo en cuestión.

Bibliografía: Al final del texto se presentará un listado de los autores citados en el texto, ordenados conforme a su aparición en él, ateniéndose a las denominadas normas de Vancouver. A continuación se muestran algunos ejemplos.

Artículo estándar:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(16): 606-12.

Libro:

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

Capítulo de libro:

Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador (o Editor, en su caso). Manual de Diagnóstico Médico. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.

Publicaciones electrónicas:

Además de los datos clásicos, la cita debe explicitar el DOI. Para cualquier otra posibilidad se recomienda consultar ICMJE. [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#). April 2010.

Normas éticas

Protección de las personas y de los animales en la investigación

Cuando se informe sobre experimentos en seres humanos, los autores deben indicar si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas de los comités responsables de experimentación humana (institucionales y nacionales) y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008. Si existe alguna duda de si la investigación se realizó de conformidad con la Declaración de Helsinki, los autores deben explicar las razones de su enfoque y demostrar que el órgano de revisión institucional aprobó explícitamente los aspectos dudosos del estudio. Cuando se informe sobre experimentos en animales, los autores deben indicar si éstos se hicieron conforme a la normas institucionales y nacionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

Protección de datos y conflictos de intereses

La información sobre los datos personales y clínicos correspondientes a los participantes en los estudios se someterá a la normativa legal vigente. Así mismo los potenciales conflictos de interés de los autores deben quedar explicitados.

Estilo de redacción

Es recomendable que los autores redacten sus contribuciones en lenguaje sencillo y de fácil comprensión; así mismo se ruega que revisen cuidadosamente el texto para evitar errores gramaticales de cualquier tipo. Para ello se aconseja el uso de cualquiera de los manuales de estilo existentes en los distintos medios de comunicación.

En tal sentido, la presentación de un trabajo implica la autorización de los autores a la Editorial para la realización de cambios de estilo que no afecten al contenido.

Copyrights y difusión de los trabajos

Los trabajos publicados en *Ars clinica academica* lo harán en los términos y condiciones establecidos en la Licencia de Atribución 3.0 de Creative Commons, cuyo [texto legal puede consultarse en este enlace](#).



Revisión editorial: La figura del editor responsable

Todas las colaboraciones recibidas, excepto aquellas cuya autoría corresponda a un académico numerario, serán sometidas a una revisión editorial en el que será decisiva la intervención del editor responsable. A este respecto serán editores responsables todos los académicos numerarios así como los académicos correspondientes que el Consejo de Redacción crea pertinentes en cada caso. En casos excepcionales el Consejo podrá solicitar la intervención de un editor externo.

Será cometido del editor responsable ocuparse de que el trabajo en cuestión tenga la calidad necesaria para ser publicado en *Ars Clinica Academica*. Para ello entrará en contacto con el autor(es) y le orientará hacia tal fin, responsabilizándose de dar el visto bueno definitivo a la publicación. En los casos en que la autoría de un manuscrito corresponda a un académico de número, él mismo se constituirá en editor responsable, sin que ello excluya la revisión del trabajo por el Consejo de Redacción.

El nombre del editor responsable de cada trabajo será dado a conocer en la primera página de cada artículo.

Proceso Post-publicación

Una vez que el trabajo ha sido publicado los lectores podrán enviar comentarios a los autores. El período de envío durará hasta la aparición del siguiente número de la revista. Los comentarios serán de conocimiento público así como la respuesta del autor. El editor responsable actuará como moderador de los debates que puedan generarse.