

# Revista

del COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS DE ASTURIAS



Octubre 2015

Tribuna Médica

Tribuna Libre

Formación

Esta Revista se financia íntegramente con la publicidad. Este Colegio, desde 1986, dedica al menos el 0,7% de su presupuesto a programas de desarrollo sanitario en el Tercer Mundo.



Centro de Cabeza y Cuello

**Dr. Llorente**

[www.clinicalllorente.com](http://www.clinicalllorente.com)

# UNIDAD DEL SUEÑO

*Cirugía Oral y Maxilofacial*  
*Periodoncia y Mantenimiento Implantológico*  
*Cirugía y Medicina Estética Facial*  
*Radiología Cervicofacial*

C/ Pérez de la Sala, 37 - Bajo  
Oviedo - Principado de Asturias  
Tlf. 985 245 800  
[clinica@clinicalllorente.com](mailto:clinica@clinicalllorente.com)

## El Centro Cabeza y Cuello Dr. Llorente

cuenta con una Unidad del Sueño donde se lleva a cabo el diagnóstico y tratamiento de los principales trastornos del sueño:

- SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)
- RONCOPATÍA CRÓNICA
- SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

Disponemos de:

- ÚLTIMA TECNOLOGÍA EN TAC DE VÍA AÉREA SUPERIOR
- POLISOMNOGRAFÍA NOCTURNA
- POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DOMICILIARIA
- TEST DE LATENCIAS MÚLTIPLES DEL SUEÑO
- DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR (DAM)

## Carta del presidente

Carta del presidente. .... 5

## Tribuna Médica

El tratamiento asertivo comunitario: una estrategia para el tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales graves. <i>Dr. Juan José Martínez Jambrina</i> .....	6
Síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño: la pesadilla de ciertas patologías. <i>Dra. Ana Isabel Enríquez</i> .....	8
La importancia de donar sangre. <i>Dr. Miguel Ortega Jiménez</i> .....	10
El desempeño del cargo de perito Médico. <i>Dr. José Ángel Rodríguez Getino</i> .....	12
“Ahí está otro cardiólogo dándonos consejos de comportamiento y disciplina...”. <i>Dr. Ignacio González Fernández</i> .....	14
Trastornos alimentarios: anorexia y bulimia nerviosas. <i>Dra. Pilar Valladares Rodríguez</i> .....	16
Manifiesto sobre la precariedad laboral médica. <i>Dra. Carmen Palomo Antequera</i> .....	18
PAIME. ....	20
Navidad 2015. ....	22
Acuerdo con la SPIN OFF TOQI. ....	23
Congreso Nacional de Médicos Jubilados. ....	26



## Tribuna Libre

Una intensa jornada en la tierra del Quijote. <i>Dr. Alfredo Martínez Cañedo</i> .....	28
Con la muerte en el cogote. <i>Dr. Manuel Herrero Montotoz</i> .....	30
Un psiquiatra asturiano en el Madrid de la Restauración. <i>Dr. Pedro Trabajo Vega</i> .....	31
Creatividad, pintura y enfermedad mental. <i>Dr. Pedro Quirós Corujo</i> .....	33
Un Proel en la regata Colón 1992. <i>Dr. Tomás J. Moreno Guerrero</i> .....	38
Costa oeste de Gozón. <i>Dr. José M<sup>a</sup> Izquierdo Ruiz</i> .....	41
Caldereta extremeña. <i>Dra. Elena Cerrato Rodríguez</i> .....	44



## Formación

Cursos 2015 ..... 46

### Consejo Editorial:

Dr. José Luis Mediavilla Ruiz  
Dr. David M. Muñoz Vidal

### Dirección Técnica:

Comunicación Profesional

### Publicidad:

Serrador & Asociados

### Fotografías:

Enrique G. Cárdenas

### Oviedo:

Plaza de América, 10 - 1º  
33005 Oviedo

Teléfono 985 23 09 00

### Horario:

Lunes a viernes: 8.30 a 14.30 h.

Lunes a jueves: 17.00 a 20.00 h.

(Servicio de guardia para  
recepción de documentación)

### Gijón:

Avda. de la Constitución, 15 - 1º  
33200 Gijón

Teléfono: 985 16 38 26

### Horario:

Lunes a viernes: 9.00 a 14.00 h.

Lunes a jueves: 16.00 a 19.00 h.

### Avilés:

C/ Cabruñana, 50

33829 Avilés

Teléfono: 985 56 56 13

### Horario:

Lunes a viernes: 9.00 a 13.30 h.

Lunes y miércoles: 15.30 a 18.00 h.



IMPRIME: Gofer

D.L. AS-4738-2001

Internet Colegio: [www.comast.es](http://www.comast.es) [secretaria@comast.es](mailto:secretaria@comast.es)

Los artículos aquí publicados reflejan la opinión de sus autores. Esta publicación no se responsabiliza necesariamente de los criterios en ellos expuestos.

# PRESTACIONES Y SERVICIOS

que el Colegio de Médicos de Asturias ofrece a sus colegiados



- Asesoría Jurídica gratuita, Extra-Judicial y Judicial especializada en asuntos médicos en todas sus ramas (civil, penal, laboral y contencioso-administrativa), con experiencia práctica real en este terreno de más de 15 años. No existe una especialidad jurídica equiparable en el terreno de la abogacía privada en toda Asturias.

- Asesoría Fiscal gratuita para tramitación de todo tipo de consultas y confección de declaraciones de IRPF; altas, bajas, modificaciones, pagos trimestrales, etc. altas en el Régimen Especial de Autónomos.

- Mediación como Tomador de Seguro de Responsabilidad Civil Colectivo para la profesión (obligatorio desde noviembre de 2003 por imposición de la LOPS), con la consiguiente ventaja en la obtención de mejores precios y condiciones de contrato y el asesoramiento de nuestros abogados independientes de cualquier compañía aseguradora.

- Certificados ordinarios, de defunción, talonarios de estupefacientes y recetas privadas oficiales con el número de colegiado de esta Corporación.

- Posibilidad de que el Colegio autentifique la firma del colegiado a efectos de expedientes de adopción, validación de informes médicos, etc.

- Seguro de Vida Colectivo que indemniza a los herederos de médico en caso de fallecimiento en cuantías de 3.000 euros por muerte natural, 6.010 euros por muerte por accidente y 9.015 euros por muerte de accidente de automóvil.

- Prestaciones de acción social para huérfanos de médicos, viudas de estos, o en los supuestos de invalidez del médico.

- Acogerse a la protección arbitral de la Comisión Deontológica frente a denuncia de cualquier paciente o de otro médico, persona o entidad, ya sea pública o privada.

- Inclusión en los recientes Registros Profesionales creados por el artículo 5-2º de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

- Posibilidad de participar en los distintos cursos oficiales de formación continuada que el Colegio está acreditado para impartir con la nueva Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

- Uso gratuito de los salones, club social y locales del Colegio de Médicos en sus distintas sedes de Oviedo, Gijón y Avilés para conferencias, charlas, reuniones, etc.

- Posibilidad de domiciliar socialmente las Sociedades o Asociaciones Profesionales que, en relación con su ejercicio profesional, puedan constituir los distintos colectivos médicos.

- Acogerse al PAIME (Plan de Atención Integral del Médico Enfermo).

- Censo de viudos/as con inclusión en todas las actividades colegiales.

- Registro de Agresiones y asistencia jurídica.

# Carta del Presidente



DR. ALEJANDRO BRAÑA VIGIL

Presidente del Ilustre Colegio  
Oficial de Médicos de Asturias

Queridos colegas y amigos:

En la vida de una institución muy activa, como es el caso de nuestro Colegio, el breve lapso de tiempo que media entre dos Revistas suele deparar abundantes motivos para la reflexión y el comentario. En este caso también, así que permitidme que esboce apenas algunos de los más significados de este pasado trimestre.

En primer lugar, no podemos pasar por alto el cambio que ha tenido lugar en la dirección de la Consejería de Sanidad. Sin tiempo todavía para concretar comentarios, está claro que el nuevo consejero, doctor Francisco del Busto, es un profundo conocedor de la realidad de nuestro sistema sanitario y, por consiguiente, conoce con todo detalle los retos, las deficiencias y las necesidades de nuestra, en tantos aspectos, maltrecha sanidad.

En la entrevista institucional que celebramos el pasado mes de agosto con el consejero, tuvimos la oportunidad de trazar un detallado recorrido por la preocupante situación que, en la actualidad, atravesamos los médicos: altas tasas de desempleo y de empleo precario, recortes salariales, saturación de trabajo que conduce al empobrecimiento de su calidad, etcétera. Son problemas graves, muy conocidos y cuya solución se viene reclamando con insistencia desde hace mucho tiempo, porque nos damos cuenta que comprometen de manera directa la calidad futura de nuestro sistema sanitario.

Nadie va a pedir soluciones milagrosas e inmediatas porque, sencillamente, no son posibles. Pero sí es exigible el compromiso de dar pasos decididos y prácticos, contando siempre con los médicos, hacia el desarrollo de soluciones concretas sin caer ni en la ineficacia ni en la inacción.

El segundo punto que quiero traer a este editorial es la noticia de la celebración, organizada y llevada a cabo con gran éxito por nuestro Colegio, del VI Congreso Nacional de Médicos Jubilados. Me parece que si los médicos demostramos una gran capacidad para reunirnos y tratar temas comunes es debido a nuestro profundo arraigo corporativo y al sentimiento de pertenencia a un colectivo que se agrupa en torno al Colegio Profesional. Es de justicia felicitar a nuestro vocal de Médicos Jubilados, doctor Enrique Portilla y a todos los que han colaborado en la organización de este evento, en el que se desarrolló un amplio programa que incluyó muy variados aspectos: sociales, económicos, culturales y, por supuesto, también profesionales.

Finalmente, aunque solo sea un esbozo, quiero adelantaros la próxima puesta en marcha de un programa colegial de gran importancia: la validación periódica de la colegiación, un mecanismo tendente a poner en valor nuestra calidad profesional y que servirá de acreditación ante la sociedad de la excelencia de nuestro trabajo. Próximamente seréis puntualmente informados de los detalles de esta iniciativa, que queremos tener implantada y funcionando a partir de 2016.

Un cordial y afectuoso saludo:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Braña Vigil', written in a cursive style.



**Dr. Juan José Martínez Jambrina**

Psiquiatra.  
 Director del Área de Gestión Clínica de  
 Salud Mental, Área III, Avilés, SESPA.

## El tratamiento asertivo comunitario: una estrategia para el tratamiento de las personas que sufren trastornos mentales graves

Los trastornos mentales son una de las causas más frecuentes de enfermedad en el mundo. En España, se estima que en torno al 9% de la población presenta algún tipo de trastorno y a lo largo de su vida lo experimentará algo más del 15%.

Los trastornos mentales graves, básicamente la esquizofrenia y el trastorno bipolar afectan a un 2,5-3% de la población adulta. En la mayoría de los países desarrollados, que han evolucionado desde un modelo centrado en la hospitalización a un modelo de atención basado en

la comunidad, el desarrollo de la red de dispositivos para atender a la población desinstitucionalizada ha llegado con retraso y de forma insuficiente. La red de atención comunitaria se desarrolló para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, aquellos que padecen trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial. Sin embargo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes, que, aunque también generan sufrimiento e invalidez, requieren atención clínica proporcionada casi exclusivamente

por un solo profesional, ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos.

Hacia finales de los años noventa del siglo pasado en el área sanitaria de Avilés, teníamos constancia de las “pérdidas” de muchos casos graves por falta de apoyo en su seguimiento e hicimos un replanteamiento organizativo para cambiar aquella situación. Las acciones que elegimos para dar respuesta a los problemas señalados conforman el llamado “Modelo Avilés”, que es una forma de organizar el funcio-

namiento de los Servicios de Salud Mental para atender a las personas con Trastornos Mentales Graves posible de realizar en aquellos lugares donde exista un desarrollo avanzado de servicios y prestaciones asistenciales. No se trata de presentar un área sanitaria modelo, sino un modelo de área sanitaria que pretende lograr las máximas prestaciones de los recursos disponibles. Para su elaboración nos inspiramos en un programa replicado y evaluado muy positivamente en varios países avanzados: el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.

### EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Los inicios del Tratamiento Asertivo Comunitario pueden establecerse en el Hospital psiquiátrico de Mendota, Madison, Wisconsin, EEUU en 1973, cuando Leonard Stein, Mary Ann Test y Arnold Marx ponen en marcha el denominado "Programa para la prevención de la institucionalización".

El enfoque preconizaba la prestación de la asistencia "in vivo", en el ambiente habitual del paciente. Los mecanismos de afrontamiento del estrés se aprenderían allí donde iba a ser necesario ponerlos en funcionamiento. Se ha demostrado que los aprendizajes que se hacen allí donde van a ser necesarios son más firmes y duraderos.

Los estudios realizados coinciden en que los pacientes que siguen un programa de TAC viven de forma más independiente, sin aumentar la carga familiar y pasan menos tiempo hospitalizados.

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del área III empezó a funcionar en junio de 1999. En la actualidad existen equipos de TAC en casi todas las CCAA españolas, siendo especialmente relevan-

tes los de Galicia, Vizcaya, Murcia, Islas Baleares, Canarias y Andalucía.

### EL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (ETAC): PRINCIPIOS DE FUNCIONAMIENTO

El lugar de atención es la COMUNIDAD. La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera que demande atención sino que es el propio equipo quien se la ofrece. Es sabido que en las enfermedades mentales graves la conciencia de enfermedad disminuye cuanto más se agrava el cuadro. Se trata de conseguir la máxima AUTONOMÍA y responsabilidad del usuario. Se considera a la FAMILIA como un actor e interlocutor primordial en la rehabilitación del paciente. La mayor parte de las intervenciones deben realizarse fuera del despacho, en el domicilio del paciente.

### COMPOSICIÓN DEL ETAC DE AVILÉS

Se trata de un equipo multidisciplinar que aborda las necesidades del paciente de manera integral.

Cuenta con dos psiquiatras, cuatro diplomados universitarios en enfermería, un auxiliar sanitario especialista en psiquiatría, un auxiliar de enfermería y dos trabajadoras sociales (a tiempo parcial ambas). Pero muchos otros profesionales del Área intervienen con los pacientes del ETAC.

### ORGANIZACIÓN INTERNA

Todos los pacientes tienen asignado un tutor cuyo papel es imprescindible para asegurar el cumplimiento del plan de tratamiento. A la hora de la admisión en el ETAC se tendrán

en cuenta, además del diagnóstico de psicosis grave, ciertos factores sociales (sobrecarga familiar, escaso apoyo, etc.) y el nivel de utilización de los servicios (con preferencia para aquellos casos con hospitalizaciones prolongadas o muy frecuentes). La única vía de entrada al ETAC es la derivación desde el Centro de Salud Mental.

### ¿QUÉ SE HACE EN UN ETAC?

Las principales intervenciones tienen que ver con la labor de "enganche" con el paciente y su familia para vincularle al tratamiento, con el acompañamiento en actividades de la vida cotidiana, en el manejo del dinero y de la toma de medicación, con intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas y de apoyo a los cuidadores.

Una de las características básicas del ETAC es la disponibilidad para responder con rapidez a las necesidades del paciente en su medio comunitario. Este carácter "móvil" confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red de Salud Mental. La visita psiquiátrica domiciliar es una de las intervenciones de mayor especialización y efectividad en el trabajo con pacientes graves.

### CONCLUSIONES

El TAC es un dispositivo clave para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental modernos. Debe formar parte de ellos junto con Unidades de Hospitalización de casos agudos, los Centros de Salud Mental, así como con los dispositivos rehabilitadores destinados a proveer vivienda, trabajo y ocupación a los enfermos.

Es útil para todos los pacientes con enfermedades mentales graves pero más efectivo en aquellos casos en riesgo de desvinculación del tratamiento o con malas evoluciones. ■



**Dra. Ana Isabel Enríquez**

Especialista en Neumología.

## Síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño: la pesadilla de ciertas patologías

**E**n España se duerme de media una hora menos al día que en el resto de los países europeos, y un tercio de la población padece problemas relacionados con el sueño, trastornos que suponen un factor de riesgo y que precipitan enfermedades neurológicas, cardiovasculares, diabetes u obesidad. Concretamente, el síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) se considera un problema de salud pública de primera magnitud, que pro-

duce un empeoramiento importante de la calidad de vida de los pacientes que lo padecen, además de estar relacionado con un amplio número de patologías.

La hipertensión arterial es una enfermedad muy ligada al SAHOS. Un 50% de los pacientes con SAHOS son hipertensos **y en el 80% de los casos de hipertensión refractaria a varios fármacos, esta es debida a un SAHOS no tratado.** Se ha comprobado que la CPAP reduce de for-

ma significativa las cifras de tensión arterial principalmente en pacientes con SAHOS grave, hipertensos y con buen cumplimiento del tratamiento<sup>1</sup>.

1. Haentjens P, Van Meerhaeghe A, Moscariello A, De Weerd S, Poppe K, Dupont A, et al. The impact of continuous positive airway pressure on blood pressure in patients with obstructive sleep apnea syndrome: evidence from a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. Arch Intern Med. 2007; 167:757-64.).

Además es importante tener en cuenta que el **80% de los pacientes hipertensos y con roncopatía tienen SAHOS**.

También está relacionada con otras enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de **insuficiencia cardiaca** en pacientes con SAHOS es superior al 10%. La prevalencia de todo tipo de **arritmias**, especialmente de fibrilación auricular, también está aumentada en estos pacientes, así como el riesgo de **cardiopatía isquémica** (anginas de pecho, infartos...), sobre todo en personas menores de 50 años<sup>2</sup>. Otro dato importante es que la probabilidad de padecer **un ictus** en estos pacientes es de 1,6 a 4,3 veces superior respecto a sujetos sanos<sup>3</sup>.

Las patologías oculares son otro aspecto a tener en cuenta. Ante todo

paciente con un glaucoma es importante pensar en la posibilidad de que este presente un SAHOS y se debe remitir a una unidad del sueño ya que, al tratarse de pacientes jóvenes, su futuro visual e incluso vital puede verse comprometido. Otras patologías oculares relacionadas son la neuropatía óptico-isquémica anterior, edema de papila o las alteraciones corneales. Una muy importante es el glaucoma.

**Otras enfermedades que también se encuentran estrechamente asociadas son la diabetes mellitus, alteraciones en la fertilidad** (la impotencia se da en hasta en el 60% de los pacientes con enfermedad grave), **bruxismo, deterioro cognitivo, aumento de la siniestralidad laboral** (el riesgo de accidente de tráfico es seis veces mayor) o siniestralidad vial (el 30 % de los accidentes de tráfico se relacionan con la somnolencia).

Todo esto en su conjunto produce un aumento de la mortalidad cardiovascular disminuyendo la esperanza de vida en estos pacientes.

**Los síntomas principales son el ronquido, las pausas de la respiración presenciadas por la pareja con despertares asfícticos y una tendencia a dormirse involuntaria-**

**mente ante situaciones inapropiadas.** Además pueden aparecer otros síntomas asociados como sensación de sueño poco reparador, cefalea por las mañanas, dificultad para la concentración, cansancio, cambios de humor, irritabilidad, disminución del rendimiento profesional y en los estudios, apatía, pérdida de memoria, disminución de la libido...

Los individuos no diagnosticados duplican el consumo de recursos sanitarios con respecto a los diagnosticados y tratados. El coste económico del SAHOS superaría al de otras enfermedades crónicas como la EPOC o el asma, y sería similar al de la diabetes.

Por último, recordar que esta patología afecta al 1% de la población infantil. Algunos de sus síntomas principales son la falta de atención, la enuresis nocturna o el sueño poco reparador.

Resulta esencial para la salud de la población que todo médico conozca y tenga en mente esta enfermedad, y que cuando un paciente presente alguna de estas patologías asociadas podamos sospechar y descartar un SAHOS. ■

2. Shahar E, Whitney CW, Redline S, Lee ET, Newman AB, Javier Nieto F, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001; 163: 19–25.

3. Arzt M, Yount T, Finn L, Skatrud JB, Bradley TD. Association of sleep-disordered breathing and the occurrence of stroke. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005; 172:1447–51





# La Ferrería

SIDRERÍA

ESPECIALIDADES  
CALLOS CASEROS · BACALAO · CARNES · ARROCES

Menús diarios y especiales  
Banquetes y Reuniones de empresa  
Gin tonic premium

C/ Llaviada 10, La Corredoria - 984 083 834

Junto al puente de  
Parque Principado  
y a 4 min. del HUCA




Consulta nuestros  
menús diarios en




**H**ace unos meses vivimos una situación delicada en el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias al descender las unidades disponibles de concentrados de hematíes de forma alarmante por debajo de las 500 unidades. Ello tuvo irremediamente repercusión sobre los hospitales asturianos, trastocando su actividad asistencial en alguno de ellos. Una de las causas que motivó esta situación es el desigual aumento de la demanda y el número de donaciones. En el último año la demanda de hematíes de los hospitales se incrementó un 3,6% mientras que las donaciones de sangre crecieron un 2,6%. En el primer semestre de 2015 esta demanda había crecido un 10% para los hematíes y un 18,5% para las plaquetas. El reto constante del Centro Comunitario es intentar que en todo momento los servicios transfusionales hospitalarios dispongan de los hemocomponentes (hematíes, plaquetas o plasma) necesarios para aquel enfermo que lo necesite, tarea nada fácil de llevar a cabo si tenemos en cuenta que son productos obtenidos de la donación voluntaria de sangre de personas y que no se pueden adquirir en el mercado como se obtiene cualquier producto farmacéutico. Otras dificultades que debemos añadir es su escasa durabilidad (42 días en el caso de los hematíes y siete días en el caso de las plaquetas inactivadas) junto con la variabilidad en la demanda de los hospitales, que hace que sea complicado prever el consumo de los hemocomponentes, especialmente de las plaquetas.

Mitigar el problema de la disponibilidad de los componentes sanguíneos pasa por aumentar la base de donantes de sangre. En 2014 el número de donantes que al menos había donado en una ocasión en los últimos tres años (donantes activos) era de 42.082, lo que supone solamente en torno al 5% de la población mayor de 18 años en Asturias. Y llama aún más la atención, que el total de do-

## La importancia de donar sangre



**Dr. Miguel Ortega Jiménez**

Médico de la Unidad de Hemodonación del Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias.

naciones obtenidas en 2014 (41.104 donaciones) fueran realizadas solamente por 26.426 personas (el 3% de la población en edad de donar). El problema se agrava si tenemos en cuenta que la mayoría de las donaciones las realizan personas en una franja

de edad elevada, que está comprendida entre 45 y 54 años. Además, debido al envejecimiento de nuestra población cada año se dan de baja por edad (la edad límite para donar son 70 años) en torno a 1.000 donantes en el Principado y cada año esta cifra

va aumentando al tener una pirámide de población muy envejecida. Por ello, es de suma importancia que los jóvenes tomen el relevo de aquellas personas que durante años han colaborado en el mantenimiento del primer eslabón del sistema transfusional. Un dato esperanzador es que en la primera mitad del año, el número de nuevos donantes había superado el total de altas de 2014. Fidelizar a estos donantes noveles para que acudan de nuevo a donar y lo hagan de forma regular debe ser uno de los objetivos que debemos fijarnos.

Otros puntos a tener en cuenta para resolver el problema de la disponibilidad de los hemocomponentes es mejorar, si cabe, la racionalización del consumo de los mismos, así como incrementar la coordinación entre el Centro Comunitario y los centros hospitalarios para adecuar la actividad asistencial a la disponibilidad de los componentes sanguíneos.



La principal motivación que tiene una persona para donar sangre es la necesidad transfusional de un familiar o amigo, tal como se desprende de estudios realizados sobre la población<sup>1</sup>. Asimismo se ha visto una predisposición positiva para donar cuanta más información y conocimiento se tiene en el contexto de la donación de la sangre y el sistema transfusional. Los médicos, como promotores de la sa-

1. Estudio de actitudes de la población ante la donación altruista de sangre. Ministerio de Sanidad y Consumo.

lud, tenemos que concienciar a todos los que nos rodean de la importancia de la donación de sangre. Además, se debe educar a los más pequeños para que cuando sean mayores de edad acudan a donar como si fuera un acto cotidiano y no extraordinario. No solo debe ser una tarea de los padres, también desde los colegios e institutos corresponde informar y educar sobre la necesidad de la donación de sangre. También deben implicarse las instituciones y ayuntamientos colaborando al máximo con las labores del Centro Comunitario, trabajando todos en la misma dirección.

Por lo tanto, para garantizar la sostenibilidad del sistema transfusional tenemos que intentar conseguir que ese 3% de la población asturiana mayor de 18 años que realizó la totalidad de las donaciones en 2014 vaya progresivamente creciendo y sean cada vez más los que aporten su grano de arena. ■

**Catering**

**LA MALLORQUINA**  
cafetería • confitería

Coctails • Coffee Breaks • Buffets • Eventos Temáticos  
Congresos y Convenciones • Proyectos Para Grandes Eventos  
Proyectos Alto Standing

Milicas Nacionales, 5  
T.: 985 212 301  
Emilio Alarcos Llorach, 5  
T.: 985 288 044  
OVIEDO

[www.confiteriamallorquina.com](http://www.confiteriamallorquina.com)

**Dr. José Ángel Rodríguez Getino**

Especialista en Medicina Legal y Forense.  
Profesor Titular de Universidad.

## El desempeño del cargo de perito Médico

La Prueba Pericial Médica, también denominada Peritación Médico-Legal, incluye el conjunto de actuaciones médicas por medio de las cuales se pretende asesorar a la Administración de Justicia sobre algún aspecto de naturaleza médica o biológica. Según el profesor Gisbert Calabuig se trata de la manifestación más genuina de la práctica de la Medicina Legal, aunque no exclusiva de Especialidad de la Medicina Legal y Forense, y por medio de ella ejerce su función el perito realizando un acto médico que, en base a la clasificación de Martínez Calcerrada puede ser tipificado como “extracorpóreo” al no ser practicado directamente sobre el cuerpo humano y que consiste, generalmente, en la elaboración de un informe que deberá ser aclarado y razonado en el acto del juicio si la autoridad judicial lo considera oportuno.

Los peritos médicos que intervienen en este tipo de pruebas pueden ser designados directamente por el Juez, nominados por este a propuesta de las partes (la parte que demanda



y/o la parte demandada), o también pueden ser solicitados directamente por alguna de estas, constituyéndose en este caso la modalidad de actuación conocida como “peritación privada” o “de parte”.

Son muchas y muy diversas las materias de naturaleza médica o biológica que pueden estar presentes en los conflictos que surgen entre las partes y que acaban en los Tribu-

nales de Justicia. Por ello, la Prueba Pericial Médica puede ser practicada, habitualmente, en Materia Penal, regulada en la Ley de Enjuiciamiento Criminal y que trata sobre aspectos propios del saber médico relacionados con acciones u omisiones tipificadas como faltas o delitos (lesiones, imputabilidad, etc.) en Materia Civil, regulada en la Ley de Enjuiciamiento Civil señalando que la finalidad y el objeto del dictamen pericial asien-

ta en la necesidad de conocimientos médicos para la valoración de los hechos o circunstancias relevantes en el asunto tratado, o bien para adquirir certeza sobre ellos (por ejemplo, la valoración del estado de la persona en relación a si es capaz de gobernarse a sí mismo y administrar sus bienes, o la valoración médica del daño corporal resultante de un hecho traumático accidental); en Materia Laboral, regulada por la Ley de Procedimiento Laboral, para dictaminar sobre las limitaciones orgánicas, sensoriales, etc., derivadas de los procesos patológicos y con el objeto de informar, siempre con razonamientos médicos, sobre si una determinada persona puede hacer frente o no a las exigencias que conlleva el desempeño de actividades laborales (incapacidades), o al desempeño de las actividades propias de la vida diaria (minusvalías). Con especial significación para el sistema sanitario en la actualidad también se practica, con relativa fre-

cuencia, la Prueba Pericial Médica en aspectos relacionados con posibles responsabilidades de tipo Contencioso-Administrativo por causa de actuaciones médicas supuestamente alejadas de una correcta *lex artis*.

Por el hecho de tratarse de un acto médico, la Prueba Pericial Médica debe caracterizarse por poseer diversas cualidades. En primer lugar por su profesionalidad, entendiendo por esta la concurrencia en quien la lleva a cabo del cumplimiento de los requisitos de estar en posesión del correspondiente título oficial de médico, de estar colegiado, etc., lo que hace suponer su adecuada cualificación para realizar su cometido.

Así mismo, para poder lograr su objetivo el perito médico deberá, según el profesor Gisbert Calabuig, reunir las cualidades personales de imparcialidad, de objetividad en la interpretación de los asuntos tratados, de prudencia a la hora de formu-

lar conclusiones, de estar convencido de lo que afirma o niega y, sobre todo, de veracidad.

La razón de ser de la Peritación Médico-Legal se asienta, únicamente, en el asesoramiento en materia médica. Se trata de aportar información con el objetivo de ser útil a la Administración de la Justicia, por lo que en ningún caso incluirá la tipificación de un hecho como falta o como delito, si se actúa en materia Penal, o la calificación de un trabajador como Incapacitado Permanente en Grado de Total o Absoluta si estamos en la Jurisdicción Laboral. Estos cometidos le corresponden únicamente a la autoridad judicial quien, si la peritación incluye razonamientos científicos que han sido formulados con rigor y además se encuentran revestidos de las cualidades reseñadas, podrá tenerlos en cuenta y tomarlos como base para determinar lo que considere ajustado a Derecho. ■

**GESTIÓN CLÍNICA Y ADMINISTRATIVA**  
Para Facultativos e Instituciones Sanitarias

**DESARROLLO WEB**

**APLICACIONES WEB Y MÓVILES**

**OFERTAS EXCLUSIVAS PARA MÉDICOS COLEGIADOS**

**SOFTWARE MÉDICO ESPECIALIZADO**  
**MyGEX**  
Sistema de Gestión Integral, Modular y Adaptable para su Empresa

**SU PÁGINA WEB**  
desde **350€**  
además...  
**ACTUALICE LA WEB UD. MISMO**  
**ModuLGEX**  
Gestión Administrativa de Contenidos Web

**REGISTRO DE PACIENTES**

**PLATAFORMA DE EXÁMENES**

**SOPORTE TÉCNICO**  
A Domicilio o por Remote

Parque Empresarial Argame.  
C/ Peña Manteca, Parc. G13. 33163  
ARGAME (MORCÍN). Asturias  
TLF. 985 08 15 48 | FAX: 985 23 03 69  
info@iricom.es | www.iricom.es

**IRICOM**  
Ingeniería de Recursos Informáticos y Comunicaciones

## “Ahí está otro cardiólogo dándonos consejos de comportamiento y disciplina...”

**E**sta es la frase que pretendo que jamás se diga, después de aceptar gustoso la invitación a plasmar, brevemente en estas letras, algunas consideraciones para tratar de evitar que vuestro corazón se queje.

Nos levantamos, suponiendo, tras una noche apacible en la que el principio básico del descanso se ha cumplido.

Y enseguida comienza la auto-agresión.

Desayunamos, generalmente poco, para iniciar una jornada laboral en la que además de las horas de trabajo, algunos deberíamos tener el principio básico de saber escuchar y comprender el estado de ánimo que el paciente siente ante la incertidumbre de lo que va a escuchar.

¿Qué actitud deberíamos tomar desde el inicio del día?

Madruga, duerme las horas que el organismo te pida y ojalá pudieras empezar a reírte.

Ponte ese chándal descolorido que tienes olvidado en algún armario y sal a correr... “Bien de acuerdo, tu cadera no te lo aconseja...” pues, al menos, a caminar a una marcha alegre que te permita no jadear y si acaso conversar con la persona que te acompaña.

No es necesario que asistas a un gimnasio que pueda sugerir una obligación más... Y, si tienes el privilegio de algunos, el Parque de San Francisco, el campo, que llamamos los que de niños allí teníamos nuestro lugar, sería el lugar de elección, impregnado de clorofila y repartiendo oxígeno para combatir el escape.

Regresa a casa, dúchate con el agua más fría que soportes sin que los gritos despierten al vecindario. Después, tómate unos cereales con leche desnatada, algo de fruta y un



**Dr. Ignacio González Fernández**

Cardiólogo.

Presidente de la Sociedad Asturiana de Cardiología.

café con leche. Recuerda que una rebanada de pan con un poquito de aceite podría evitar la necesidad de dos terrones de azúcar. No olvides coger una manzana y alguna nuez.

Ya has generado las dichas Endorfinas necesarias que te permitirán sonreír y saludar.

A mitad del trabajo aquella manzana te va a regular la mínima hipoglucemia que has apagado para no llegar a tu casa con ganas de devorar... Si te paras a tomarte un aperitivo, no olvides que a bajas dosis la elección correcta sería un vino tinto (100% de Polifenoles) antes que una cerveza

(50%) ó un vino blanco (30%). Y, si decides la cerveza, recuerda que los últimos estudios han demostrado más protección Cardiovascular si es CON alcohol.

Sonríe gustoso a la amabilidad del camarero pero no aceptes “el pinchito” que te ponga, y busca en tu chaqueta aquellas dos nueces que no has olvidado.

Llegar a casa es reconfortante. A la hora de comer debes saber que hay alimentos que se llevan mal entre sí.

Puedes combinar proteínas, a poder ser de pescado, con verduras y nunca con patatas o pasta y evita la carne roja. Puedes comer pasta o féculas pero no las combines con proteínas, y bebe todos los días un vino tinto en comida y cena. Las frutas combinan bien con las verduras y pastas. Evita el queso y si lo tomas acompáñalo de fruta, combinación muy original y actual.

Algo difícil de evitar es la famosa e hispánica siesta. Si no lo consigues al menos dedícale no más de 30 minutos y enseguida a moverse.

Sal y diviértete si eres de los que tiene jornada laboral corta y cena temprano, tratando de ir a descansar con la digestión hecha.

Si viendo tu programa favorito notas algún disconfort o sensación de

capricho, recuerda que unos pistachos o un chocolate negro están ayudando a tu corazón a no envejecer.

Bajo ningún concepto fumes. Además del poder cancerígeno que el tabaco tiene, está demostrado el daño inmenso sobre el territorio vascular y por lo tanto coronario. Pero si el grado de abstinencia del tabaco es tan alto que no lo puedas dejar, debes de saber que el cigarrillo rubio es más tóxico que el negro y ambos que un purito, que evita la combustión del papel.

Si estás medicado sigue con rigor las indicaciones de tu especialista. No existe nada más desolador que el comportamiento de aquel paciente al que le has entregado tu formación y tu tiempo, muchas de las veces sin nada a cambio, para que después por motivos frívolos no haya continuado sus indicaciones.

Ten en cuenta que una disposición optimista en la vida parece que genera unos cambios químicos en tu organismo que favorece la salud y el silencio de los órganos.

Y para conseguir ese optimismo te puedo decir que los EEUU acaban de aprobar un proyecto en el que se contempla que en el periodo de tres años y de modo progresivo, se prohibirán los alimentos que se compongan de Ácidos Grasos

llamados Trans. Son aceites vegetales que son tratados con Hidrógeno y se transforman en ácidos grasos más agresivos que incluso los saturados. Con ello consiguen hacerlos más sólidos y menos perecederos, pero con el riesgo de que quienes perezcamos seamos nosotros. Pronto desaparecerán del mercado.

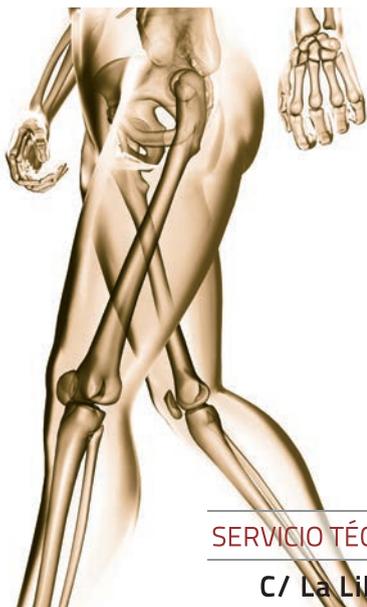
El estudio está basado en conclusiones de la Dra. Beatriz Colomb de la Universidad de San Diego (California), en cuyo estudio demostró el deterioro cognitivo que presentaron, en los Test de Memoria, los pacientes alimentados con Trans con respecto a los que no se les aportaban.

Por fin, queridos compañeros, queridos amigos y queridos pacientes, me despido con la esperanza de haber alcanzado el objetivo del inicio del escrito y de haberos entretenido un ratito.

Os quiero recordar una frase gallega, tierra de mi madre y componente emocional que vivimos todos los hermanos, que dice con gran sabiduría:

*“Ti fay o que che mande e non o que me veias facer”*

Un abrazo entrañable para todos, desde esta revista entrañable. ■



# Ortopedia Rical

[www.ortopedia-rical.com](http://www.ortopedia-rical.com)

SERVICIO TÉCNICO ATENCIÓN PROFESIONAL PRODUCTOS PERSONALIZADOS

C/ La Lila, 3 (frente al Ambulatorio) - 33002, Oviedo - 985 27 80 54



Los trastornos alimentarios (TA) constituyen enfermedades psiquiátricas potencialmente graves e incapacitantes, tienen una etiología multifactorial, suponen un desafío en su abordaje terapéutico, conllevan importantes repercusiones económicas (tratamientos largos, hospitalizaciones, bajas laborales...) y generan un sufrimiento intenso, tanto en los pacientes afectados como en sus familias.

Estos trastornos se relacionan con un deterioro social, psicológico y físico importante, pudiendo provocar la muerte de los pacientes afectados, dadas las complicaciones médicas y en todo caso, suponen una interrupción en el proceso de autonomía e individuación en la etapa del ciclo vital, destinada a adquirir competencias para lograr hacerse cargo de su propia vida.

Los TA van frecuentemente acompañados de otras enfermedades psiquiátricas: depresión, trastornos obsesivos, ansiedad y trastornos de la personalidad, lo cual tiene importantes repercusiones en la etiología, su tendencia a la cronicidad y en los tratamientos necesarios que deben de incluir un abordaje multidisciplinar (psicoterapia, tratamientos psicofarmacológicos, reposición nutricional, tratamiento de las complicaciones somáticas, intervenciones familiares y, en ocasiones, sociales).

Nos encontramos ante unos trastornos en los que influyen factores de diversa índole:

- Factores biológicos: centrados en las consecuencias de la propia desnutrición y los síntomas físicos, endocrinológicos y psicológicos que genera, siendo la inanición uno de los factores de mantenimiento de estos trastornos.
- Factores individuales: influidos por la edad (adolescencia – juventud temprana), sexo (preferentemente femenino), rasgos de personalidad previos (rigidez, hiperexigencia, perfeccionismo), experiencias traumáticas en la infancia o la presencia de otra patología psiquiátrica concurrente.
- Factores familiares: las relaciones familiares pueden estar condicio-

## Trastornos alimentarios: anorexia y bulimia nerviosas



**Dra. Pilar Valladares Rodríguez**

Psiquiatra.

nando los comportamientos del paciente. En ocasiones existe una negación del problema, en otras una sobreimplicación en el mismo o bien viven sumidos en la culpabilidad, la angustia y en definitiva, en un bloqueo que repercute en el proceso. Por ello las familias deben de estar incluidas en el tratamiento.

- Factores socio-culturales: se ha pasado de una sociedad en la que la obesidad era símbolo de riqueza y

poder, a un modelo de delgadez extrema como ideal de belleza femenina, equiparándose este con éxito y control. Esto genera fácilmente miedo a la gordura, insatisfacción con el propio cuerpo y sobrevaloración del peso y de la silueta y, como consecuencia, aumenta el riesgo de conductas encaminadas a perseguir ese ideal. No obstante, lo más importante no es la insatisfacción con la silueta, sino la actitud

negativa hacia el propio cuerpo, la relación de estos aspectos con la baja autoestima y el indudable componente emocional en sujetos generalmente vulnerables.

La anorexia nerviosa (AN) se caracteriza por un temor intenso al sobrepeso, miedo a convertirse en obesos. Presentan alteraciones cognitivas (pensamientos recurrentes en relación a comida y peso), conductas encaminadas a mantener un peso extremadamente bajo (dietas restrictivas, selectivas, ejercicio intenso, vómitos auto inducidos.....). Existe generalmente una falta de conciencia de enfermedad con constantes intentos por ocultar los síntomas, minimizarlos o justificarlos con excusas diversas, se produce una detención en el crecimiento, disminución del deseo sexual y amenorrea en mujeres, suelen presentar alteraciones psicopatológicas como ansiedad, síntomas depresivos, trastornos obsesivos, fobia social...

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por la presencia de atracones con ingestas voraces y compulsivas de una gran cantidad de alimentos en un cor-

to periodo de tiempo. Estos atracones suelen presentarse en relación con su estado anímico y se realizan a escondidas, con sentimientos de vergüenza, culpabilidad, pérdida de control y generalmente van seguidos de conductas purgativas. Entre los atracones suelen mantener dietas restrictivas y pueden tener pesos normales e inclusive sobrepeso. Presentan una rica psicopatología, preferentemente afectiva y con dificultad para controlar sus impulsos en diferentes ámbitos de la vida (compras, consumos de tóxicos, autolesiones, intentos de suicidio.....).

En la práctica cotidiana pueden verse cuadros mixtos, abigarrados y cambios de una clínica a otra, también se presentan, en ocasiones, como formas parciales que pueden pasar desapercibidas y con graves consecuencias físicas y psicológicas en un medio/largo plazo.

Existe un consenso que habla de un *continuum* desde la normalidad hasta la patología, pasando de una excesiva preocupación por la comida – peso – formas corporales, hasta la presencia de síndromes parciales, algunos de los

cuales evolucionarán hacia cuadros clínicos completos.

Datos que pueden hacer sospechar un TA:

- Pérdida de peso de origen desconocido.
- Amenorrea inexplicable.
- Hipercolesterolemia e hipercaroteniemia en persona joven sin causa aparente.
- Osteoporosis.
- Complicaciones por ejercicio excesivo.

En todos los casos es imprescindible un diagnóstico precoz, mantener correctamente informado al paciente y a su familia, articular un tratamiento individualizado y necesariamente multidisciplinar. Los pacientes deben de ser tratados por especialistas de Salud Mental con una estrecha coordinación con otras disciplinas, preferentemente servicios de Endocrinología y Nutrición o Medicina Interna. El tratamiento será de larga duración y los pacientes pueden precisar ingresos hospitalarios o en hospitales de día. ■

# Clínica Ovimed



Medicina Deportiva  
Fisioterapia  
Podología  
Fisioterapia Obstétrica

T. 985 96 53 22

C/ Fuertes Acevedo, 36 · Oviedo

ovimed@ovimed.es

www.ovimed.es





**Dra. Carmen Palomo Antequera**

Vocal de Médicos Jóvenes del Colegio de Médicos de Asturias.

## Manifiesto sobre la precariedad laboral médica

**A**umentan la precariedad y la inestabilidad laboral en la profesión médica, subida del paro sumergido y aumento del paro de larga duración, según se desprende de la segunda oleada del *Estudio sobre la situación laboral de los Médicos en España*, promovido por las Vocalías Nacionales de Médicos en Empleo Precario y de Formación y/o Postgrado de la Organización Médica Colegial (OMC). Se han realizado 11.731 encuestas a médicos colegiados de 52 provincias diferentes, en el cual Asturias ha participado. En nuestra comunidad los médicos sin plaza en propiedad ascienden al 58% y el índice de desempleados, según datos de las encuestas es de un 7,5%, por encima de la media nacional.

Si revisamos la gráfica evolutiva de SEPE (Servicio Público de Empleo Estatal) 2015, vemos cómo el paro desciende únicamente en periodos vacacionales, volviendo a resurgir en meses posteriores, presentando en junio cifras de 4.633 demandantes de empleo y 2.332 parados, similares a dos años anteriores.

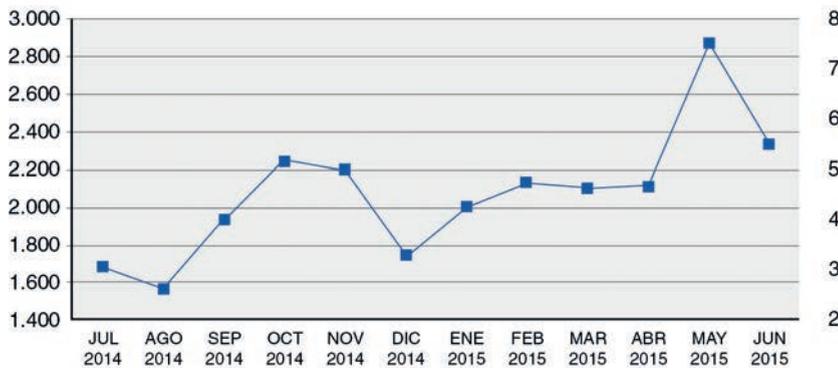
Reunidas las Vocalías de Médicos en Formación y de Empleo Precario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, hemos elaborado un manifiesto acerca de la precariedad laboral médica:

“El sistema sanitario de nuestro país viene padeciendo las consecuencias de la crisis económica de manera muy significativa y sin aparentes

signos de que pueda cambiar a corto plazo. En este sistema, y principalmente en el público, los profesionales sanitarios, entre ellos los médicos, sufren de manera sistemática unas condiciones laborales que distan mucho de las deseadas para unos trabajadores que vertebran un pilar del bienestar básico como es el derecho a la salud. Estas condiciones de enorme temporalidad de los contratos con una escasa consolidación, sumadas a una bajada del nivel salarial de entre el 25 y 30% según regiones y de la alta inestabilidad son lo que denominamos precariedad laboral médica.

Los datos de las encuestas sobre situación laboral de los médicos en España llevadas a cabo por la Orga-

Evolución mensual de los demandantes parados



nización Médica Colegial (OMC) y que recogen respuestas de más de diez mil médicos reflejan datos que sustentan estas afirmaciones:

- El 46,8% de los médicos que trabajan en el SNS lo hacen sin una plaza en propiedad.
- Del total de estos el 26,6% lleva entre 5 y 10 años, el 19,6% entre 11 y 20 años y un 8% más de 20 años sin estabilizar su situación laboral con contratos temporales. Esto supone una auténtica irregularidad amparada por todas las administraciones.
- En el último año los médicos firmaron una media de 4,6 contratos. Analizando los que se encontraban desempleados en el momento de la encuesta, esa cifra ascendía a 7,35 contratos.

Es nuestro deber como médicos, tal y como refleja nuestro Código de Deontología Médica en su artículo 7.5, denunciar las deficiencias que

existan en el sistema sanitario y que puedan afectar a la correcta atención de los pacientes. Esta denuncia debemos hacerla de manera constructiva y con propuestas realistas y concretas.

Por estas razones, reunidas las Vocalías de Médicos en Formación y de Empleo Precario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, creemos que es nuestra responsabilidad manifestar que:

- 1.La situación de inestabilidad que mantienen los médicos no puede prolongarse mucho más tiempo por cuanto perjudica la asistencia de los pacientes.
- 2.La continuidad asistencial es básica para un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, y más aún de las patologías crónicas.
- 3.La vocación médica da sustento al sistema pero no así a los profesionales. *“El ejercicio de la medicina es el medio de vida del médico*

*y este tiene el derecho a ser remunerado de acuerdo a la importancia y las circunstancias del servicio que presta y la propia competencia y cuantificación profesional”* (art. 66.2 Código de Deontología Médica).

4.Los médicos son coaccionados a coger contratos indignos aprovechando la saturación del mercado.

Teniendo en cuenta estos puntos, queremos sugerir que se tomen alguna de las siguientes medidas:

- 1.La planificación del sistema sanitario debe hacerse con visión a medio y largo plazo por profesionales cualificados para la gestión del mismo y con la mínima injerencia política.
- 2.La reposición de la totalidad de las plazas de facultativos que se jubilan, aumentando el 50% que existe en la actualidad, favoreciendo así un recambio generacional que garantice la calidad del sistema sanitario.
- 3.La consolidación de plazas estructurales de facultativos que llevan años firmándolas como eventuales y la elaboración de una correcta política de sustituciones que asegure la continuidad asistencial.
- 4.La dignificación del ejercicio profesional, tanto en el sector público como en el privado, mediante una óptima contratación de acuerdo a la responsabilidad y el trabajo que realizamos los médicos.” ■

## Imagen de la portada



*La casa de aperos*, fotografía que ilustra la portada de este número de la Revista del Colegio de Médicos, ha sido realizada por el Dr. José Ramón Cuervo-Arango, médico hematólogo jubilado y ha obtenido el Primer Premio en el XIV Concurso de Fotografía modalidad Blanco y Negro que organiza el Colegio de Médicos de Asturias que se entregó el pasado mes de junio, coincidiendo con la celebración de las fiestas de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

*La casa de aperos* está tomada en la provincia de Palencia, en los alrededores de Carrión de los Condes.



## El Colegio de Médicos de Asturias ha atendido a todos los casos de PAIME que lo han solicitado

El Colegio Oficial de Médicos de Asturias cuenta entre los servicios que oferta a sus colegiados con el Plan de Atención al Médico Enfermo, PAIME, que funciona desde el año 1998 y que se destina a procurar una atención específica para los médicos que se encuentren en riesgo de sufrir trastornos de conducta a causa de la adicción al alcohol y otras drogas o a causa de psicopatologías distorsionadoras de la realidad, que aconsejan la adopción de un mecanismo de protección de la salud diferenciado.

Este Programa, que es estrictamente confidencial y en el que se respeta escrupulosamente el anonimato del paciente, se ha mantenido en nuestra Comunidad de manera ininterrumpida desde el año 2001, con una incidencia anual variable. En la actualidad hay cuatro casos abiertos. El Colegio de Médicos de Asturias ha atendido hasta la fecha todos los casos de PAIME que lo han solicitado y cumplían los criterios de inclusión, con resultados excelentes ya que, como se ha comunicado oportunamente, más del 80% de los médicos tratados han conseguido la reincorporación a su trabajo habitual. No está de más insistir en que el **objetivo** de este Programa es conseguir que el médico enfermo vuelva a des-

empeñar su profesión en las mejores condiciones.

El PAIME, queda dicho, tiene como finalidad atender de manera integral (asistencia sanitaria, atención social, apoyo legal y asesoramiento laboral) e integrada a los médicos que sufren problemas psíquicos y/o conductas adictivas, asegurar que reciben el adecuado tratamiento y, en consecuencia, que puedan retornar con adecuadas garantías a ejercer

**El PAIME da una atención específica a los médicos que están en riesgo de sufrir trastornos de conducta a causa de las adicciones.**

su profesión. Este Programa de médicos para médicos es, por tanto, un instrumento de control de buena praxis y un elemento de garantía para la población, porque cuidar al médico enfermo supone defender por encima de todo la salud de los ciudadanos.

Son varias las **vías** que permiten a los médicos acceder al PAIME: *espontánea*, cuando el médico solicita tratamiento por su propia voluntad; *inducida*, cuando acude por presión

del entorno familiar o laboral y la *inducida de riesgo*, que se produce cuando se detecta que algún médico está incurriendo en una mala praxis por psicopatías o adicciones. En este último caso corresponde a la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos invitar al profesional a entrar en el PAIME para resolver el problema. Si el afectado decide no hacerlo puede recibir la inhabilitación como médico.

Asturias es la única Comunidad Autónoma que no tiene firmado un **convenio** con la Consejería de Sanidad. Hasta la fecha ha sido el Colegio de Médicos el que ha hecho frente a los costes que ocasiona el tratamiento de los médicos colegiados que lo precisan, excepto cuando se producen ingresos en la institución especializada en este tipo de tratamientos, la Fundación Galatea, en cuyo caso pasan a ser sufragados por la Fundación Patronato de Huérfanos.

Los convenios vigentes en otras Autonomías abarcan desde la *subvención cerrada*, con una cantidad fija al año, a una *subvención justificada* (una cantidad fija a justificar) o a un modelo de tipo *convenio*, que solo lo tiene firmado Cataluña con la Fundación Galatea y que atiende a pacientes médicos y a otros que no son médicos. Estas tres figuras incluyen la reinserción del paciente como elemento de gran importancia para el éxito de la terapia, cuya finalidad no es otra que la reubicación laboral del paciente para que pueda seguir ejerciendo como médico en un ambiente laboral nuevo. En Asturias esta situación no se produce, ya que aún no se ha suscrito el necesario convenio con la Administración, por más que desde el Colegio de Médicos llevemos intentándolo desde el comienzo de funcionamiento de este valioso programa de tratamiento especializado. ■



# BALLESOL

Centros Residenciales 3ª Edad



BALLESOL 3ª EDAD  
\*\*\*\*\*



La confianza que ofrecen los más expertos



C/. Velázquez, 52 - GIJÓN (Asturias)

 **985 147 750**

[informacion@ballesol.es](mailto:informacion@ballesol.es) :: [www.ballesol.es](http://www.ballesol.es)



## Fiesta jubilados, viudos y viudas de colegiados



Los médicos jubilados así como los viudos y viudas de colegiados están invitados a **UNA GRAN FIESTA NAVIDEÑA** en el hall del Colegio de Médicos el próximo día **15 de diciembre** a las 18.30 horas que irá seguida de un brindis por el año nuevo.

Será, sin duda, una estupenda ocasión para saludar a amigos y compañeros y para pasar un rato agradable. La ocasión lo merecerá, sin duda.

La fecha límite para enviar esta ficha cumplimentada es el 10 de diciembre de 2015

### Fiesta jubilados, viudos y viudas de colegiados

Nº colegiado:..... Viudo / viuda de colegiado:.....

Nombre:..... Apellidos:.....

Acompañante sí / no:.....

Próximamente ya las fiestas navideñas, desde el Colegio Oficial de Médicos de Asturias queremos estar cerca de los más pequeños de la casa. Por ese motivo el próximo día **17 de diciembre** hemos preparado

### UNA GRAN FIESTA INFANTIL

en la que habrá juegos y actuaciones en las que podrán participar todos los niños menores de 9 años hijos de colegiados. Será, sin duda, un día inolvidable para ellos. Os recordamos que la fiesta comenzará a las 18.00 horas en el Salón de Actos del Colegio. Habrá grandes sorpresas para todos.

La fecha límite para enviar esta ficha cumplimentada es el 10 de diciembre de 2015.

Transcurrida la fecha y por motivos de organización no se admitirán nuevas inscripciones.

## Fiesta infantil solo para hijos de colegiados



### Fiesta infantil

Nº Colegiado:..... Nombre del médico:.....

Hijos:.....

Nombre y apellidos:..... Fecha Nacimiento:.....

Nombre y apellidos:..... Fecha Nacimiento:.....

Nombre y apellidos:..... Fecha Nacimiento:.....

## Acuerdo con la SPIN OFF TOQI

El Colegio de Médicos de Asturias ha firmado un convenio de colaboración con la empresa *Technical Office for Quality and Innovation*, TOQI, spin-off de la Universidad de Oviedo. En virtud de este acuerdo la empresa TOQI pone a disposición de los médicos colegiados en Asturias un interesante servicio de gestión del proceso de acreditación de los médicos colegiados que sean profesores universitarios, así como de solicitud de reconocimiento de sexenios de investigación con arreglo a los criterios fijados por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, ANECA. También brinda a los médicos

interesados la posibilidad de elaborar su Curriculum Vitae Normalizado y/o solicitudes para convocatorias oficiales (convocatoria de plazas, certificaciones o cualquier otro trámite que requiera la elaboración y presentación de documentación ante el organismo convocante).

La empresa TOQI ofrece a los médicos colegiados en el Colegio de Médicos de Asturias una oferta especial con un 10% de descuento.

El acuerdo fue suscrito en Oviedo el pasado 2 de julio por el presidente del Colegio de Médicos, Dr. Alejandro Braña y el administrador de TOQI, Ramiro Martís. En el acto



De izquierda a derecha: Roberto J. González, Dr. Alejandro Braña y Ramiro Martís.

de firma estuvieron acompañados por Roberto J. González, director comercial de TOQI.

Más información en: [www.comast.es](http://www.comast.es)



# ADN BMW

## Autosa

C. Cerdeño, 31  
Tel.: 985 11 88 00  
Oviedo

[www.autosaoviedo.bmw.es](http://www.autosaoviedo.bmw.es)

Consumo promedio: desde 4,6 hasta 8,4 l/100 km. Emisiones de CO<sub>2</sub>: desde 121 hasta 197 g/km.

## Antonio Vidal-Puig galardonado con el Premio Hipócrates

El jurado del Premio Internacional Hipócrates-Central Lechera Asturiana reunido el pasado mes de julio en Oviedo decidió por unanimidad otorgar el Premio al profesor valenciano Antonio Vidal-Puig de la Universidad de Cambridge, valorando muy especialmente sus trabajos sobre los mecanismos moleculares involucrados en el gasto energético.

Vidal-Puig cuenta con una dilatada experiencia en nutrición y metabolismo en prestigiosas entidades internacionales. Vidal-Puig se licenció en Medicina por la Universidad de Valencia y realizó un doctorado en la Universidad de Granada para terminar centrando su carrera en el estudio de cómo el exceso de grasa corporal resulta tóxico para la salud de las personas.



Fila inferior. Izda a dcha: Dres. Adolfo Barthe Aza, Alejandro Braña Vigil, Marta Hernández Cabría, Manuel Álvarez-Uría, Alfonso López Muñiz.  
Fila superior. Izda a dcha: Carlos Madera González, Juan Arribas Castrillo y Rafael Sariego García.

## Éxito de la I marcha popular en torno al HUCA



El presidente del Colegio de Médicos, Dr. Alejandro Braña, participó en la entrega de trofeos.

El pasado 27 de septiembre el HUCA organizó la I Carrera Popular Saludable 3K y la Carrera 10 K HUCA bajo el lema ¡Muévete por la salud! que contó con una gran éxito de participación y que reunió a aficionados al deporte. La Carrera Popular reunió a aficionados al deporte y Carrera 10 K a profesionales en los alrededores del HUCA.

El gerente del área del HUCA Manuel Matallanas explicó que con este tipo de iniciativas “tratamos de impulsar los buenos hábitos”.



Se recuerda a todos los colegiados la necesidad de **aportar al Colegio todos sus títulos oficialmente expedidos o reconocidos.**

(Artículo 34 del Reglamento y Estatutos particulares del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias).



## LOS MÉDICOS JUBILADOS SE REÚNEN EN OVIEDO PARA DEBATIR LAS PREOCUPACIONES DEL COLECTIVO



Foto de familia de los médicos jubilados que asistieron al Congreso celebrado en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos.

Más de cien médicos jubilados de España se reunieron el pasado mes de septiembre en la sede de Oviedo del Colegio de Médicos en el Congreso Nacional de Médicos Jubilados para diseñar líneas de actuación y conseguir que “se valore cada vez más esta figura del médico jubilado y que no se les deje de lado”. Con esa intención mostraron su predisposición y voluntad para llevar a cabo iniciativas y proyectos que podrían ser beneficiosos para la sociedad.

El presidente del Colegio de Médicos de Asturias, Dr. Alejandro Braña, recordó que la jubilación “no te quita la condición de médico” e incidió en las preocupaciones del colectivo, centradas principalmente en el tema profesional y económico. Este último “ha sido uno de los temas que se abordaron en el Congreso porque es un problema que se plantean muchos profesionales al llegar a la edad de jubilación”.

El programa del Congreso comenzó con una conferencia del decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo, Dr. Alfonso López Muñiz, centrada en el tema *El cerebro, superando desafíos*. Durante su intervención destacó que el cerebro “marca

la esencia de nosotros mismos”, y recordó cómo este “ha logrado superar las dificultades a las que nos hemos enfrentado los seres humanos, venciendo las barreras evolutivas, permitiéndonos dominar el planeta, adaptarnos a los climas, desplazarnos más velozes, incluso por el espacio, superando el desafío de la pérdida de nuestros propios cuerpos creando el hombre biónico”. Indicó también que en la actualidad, el desafío “es el propio cerebro, su conocimiento y su envejecimiento”.

Durante el congreso, Grupo PSN abordó en una mesa moderada por su presidente, Miguel Carrero, la compleja situación que han de afrontar los médicos al alcanzar la edad de retiro, principalmente como consecuencia de la importante merma en sus ingresos. Carrero lamentó la falta de información que han sufrido los médicos jubilados a lo largo de su etapa laboral, una situación que no les ha permitido preparar su periodo de retiro como hubiera sido deseable, porque siempre han confiado en un respaldo público que se ha probado insuficiente. Así, reclamó un mayor esfuerzo de concienciación para que los jóvenes profesionales no lleguen a su jubilación sin margen de

maniobra para constituir un capital que garantice su tranquilidad y la de sus familias.

Juan Candelas, director general del Grupo PSN, abordó el complejo escenario que ha de afrontar nuestro país como consecuencia de las proyecciones demográficas que apuntan un progresivo incremento de la esperanza de vida y un envejecimiento poblacional que hará insostenible el actual sistema público de pensiones. Candelas aportó un dato: en el año 2050 el gasto en pensiones doblará el actual. Para afrontar estos retos, aludió a la importancia de que los profesionales sean conscientes de la necesidad de protegerse con instrumentos de previsión social complementaria como los planes de pensiones, ámbito en el que estamos aún muy lejos de la inversión que supone en países cercanos.

El Congreso continuó con el Panel de especialidades *Echando la vista atrás* en el que participaron José M<sup>a</sup> Blanco, capitán de Navío y Académico Comandante de la Real de la Historia que impartió la conferencia *La creación del Cuerpo de Cirujanos de la Real Armada y su Escuela de Cádiz*. Mostró cómo la Real Armada borbónica (nacida formalmente en 1717), ante sus necesidades sanitarias creó el Cuerpo de Cirujanos, convirtiendo a los cirujanos en médicos al elevar los estudios de los primeros a categoría universitaria en el Real Colegio establecido por ella en Cádiz y que, hoy en día, es la facultad de Medicina de la Universidad gaditana. En 1791 se estableció que los cirujanos que se formasen en el Real Colegio de la Armada de Cádiz saldrían titulados como doctores en Medicina y en Cirugía.

Por su parte el Dr. José Antonio Maradona, médico escritor del Colegio de Médicos de Asturias, habló sobre *La medicina vivida a través de más de medio siglo de progreso médico* y se refirió a las consideraciones acerca del cambio experimentado por la medicina durante los últimos setenta y cinco años, y sobre la paralela transformación acontecida en la sociedad.

La jornada celebrada el sábado contó con las intervenciones del Dr. Ángel Oso, representante Nacional de la Sección de Médicos Jubilados de la OMC, en la que desarrolló el relato de un anhelo, de los médicos jubilados, que consiste en la necesaria solidaridad de sus compañeros, más jóvenes, a la hora de requerir, para los mayores, su asistencia sanitaria. Por su parte, Nina Mielgo, psicóloga directora técnica de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos, recordó que desde la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, los médicos en activo y jubilados, así como a sus familias, “cuentan con un Programa de Protección Social que trata de garantizar a sus beneficiarios unos niveles dignos de bienestar social, minimizando el riesgo de exclusión”.

El Dr. Manuel Sans, vicepresidente de la Sección de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Barcelona presentó el *Programa formativo para médicos jubilados*. Afirmó que “hemos podido comprobar una falta de concienciación y preparación para la jubilación en el colectivo médico, provocando problemáticas importantes. Para ayudar al médico en este momento de su ciclo vital, hemos organizado un curso de preparación para la jubilación que estamos impartiendo en varios hospitales de Barcelona.



Foto mesa clausura. De izda. a dcha: Dres. Ángel Oso, Francisco del Busto, Alejandro Braña, Juan José Rodríguez Sendín, Enrique Portilla y Rubén Rosón.

El médico asturiano Julián González Sarasúa presentó el *Programa de Ayuda entre Mayores*, un plan dirigido a la atención de pacientes de la tercera edad en la que participan médicos y profesionales que han llegado ya a los 65 años.

El acto de clausura del Congreso contó con la presencia del presidente del Colegio de Médicos, Dr. Alejandro Braña; consejero de Sanidad, Francisco del Busto; presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín; concejal del Ayuntamiento de Oviedo, Rubén Rosón;

vocal nacional de Médicos Jubilados, Ángel Oso y el vocal de Médicos Jubilados de Asturias, Enrique Portilla.

El presidente de la Organización Médica Colegial recordó a los presentes que la profesión de médico “no se termina nunca y que ser médico es algo independiente del atuendo. Es una profesión fraguada en valores”.

Por su parte el consejero de Sanidad recordó que un médico “es y será siempre médico” y tanto él como Sendín animaron a los congresistas a “invertir el capital intelectual en el trabajo colaborativo”. ■

**BODAS Y EVENTOS**

**DE ENSUEÑO**

**RESTAURANTE Y TEPPANYAKI JAPONÉS**

**MENÚ EJECUTIVO > 15,95 €**

**MENÚ FIN DE SEMANA > 28,95 €**

**CHOFER GRATUITO**

**De Labra**

**A 5 minutos de nuevo HUCA**  
 Finca La Quinta 11, Abuli · 33010  
 Oviedo · Asturias · reservas@delabra.es  
**985 11 76 76 · www.delabra.es**



**Dr. Alfredo Martínez Cañedo**

Especialista Medicina Familiar y Comunitaria en Coballes (Caso).

## Una intensa jornada en la tierra del Quijote

disfrutar, pues se hizo a mil por hora.

En lo personal es mi tercera participación, siendo el único médico participante colegiado en Asturias. En el año 2013 conseguí medalla de plata; al año siguiente, logré la medalla de oro, llegando así a Campeón de España de Médicos de mi categoría. Este título me causó gran satisfacción personal y es el que defendí en esta VII edición del Campeonato, en el que acabé quinto de mi categoría, 27 en general de 94 que llegamos. El nivel era altísimo. Hay que reconocer que los colegas vuelan, y que había recorridos de sube y baja, mucho viento, una serie de características que en Asturias se entrenan poco.

Espero, y así me voy a preparar para ello, hacerlo mejor en Soria, que será la sede de la VIII edición.

En cuanto a la solidaridad, como ya apunté anteriormente, se participa individualmente como representante de tu Colegio, o como equipo.

En el grupo de médicos del Equipo ciclista de DEBRA (acrónimo en inglés de la Epidermólisis Bullosa o Piel de Mariposa), que tengo el gusto de “capitanear”, cuatro médicos estaríamos colegiados: el Dr. David López, MIR de Medicina

El pasado mes de junio tuve el gusto de participar en el VII Campeonato de Ciclismo para Médicos, organizado en esta ocasión por el Colegio de Médicos de Ciudad Real, provincia por donde transcurrió el recorrido de la prueba, en particular, por el Campo de Calatrava.

De este Campeonato, destacaría tres aspectos: el deportivo, el solidario y el social, con lo que tiene de punto de encuentro de médicos y médicas ciclistas.

En lo deportivo, este es un Campeonato en el que pueden participar

las médicas y médicos españoles, colegiados en los 52 Colegios de Médicos de la Organización Médica Colegial en las cuatro categorías siguientes: M1 (hasta 39 años), M2 (de 40 a 49 años), M3 (de 50 a 59 años) y M4 (de 60 años en adelante).

Se puede participar individualmente y por Colegios, y es una prueba en línea de 67,7 km., con salida de la sede del Colegio de Médicos de Ciudad Real, llegada al Polideportivo “Quijote Arena”, recorriendo el Campo de Calatrava, tierra del Quijote, que en competición no se puede



Familiar y Comunitaria, Colegio de Cantabria; Dr. Luis Argüelles, anestesista, colegiado en Guipúzcoa; Dra. Caterina Scalcione, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y MIR de Oftalmología, colegiada en Álava y yo mismo, médico familiar y comunitario y colegiado en Asturias. Y faltó por razones de fuerza mayor otro médico de Grao, moscón como yo, y colegiado en Lugo, Dr. Francisco Muñoz González, anestesista.

En esta edición contamos con participación femenina, la referida Dra. Scalcione, resultante de la

fusión de la Toscana y Gijón. Si la parte deportiva fue interesante e intensa, el programa elaborado para participantes y acompañantes fue sobresaliente.

El encuentro contó con un acto protocolario de bienvenida, en el que intervinieron el alcalde de Ciudad Real, Julián Nieva y el presidente del Colegio de Médicos, Dr. José Molina Cabildo, que resultó muy acogedor. El programa incorporó un recorrido turístico guiado por los rincones más característicos de Ciudad Real que incluyó la degustación de tapas y vinos típicos. También asistimos a una obra de teatro en el Corral de Comedias de Almagro. El programa de actos concluyó con una cena de despedida en el Parador Nacional de la localidad.

Fue, sin duda, una jornada intensa en lo deportivo, cultural y gastronómico en la capital del Quijote.



Por medio de estas líneas quiero felicitar al Colegio de Médicos de Ciudad Real, con su presidente a la cabeza, por la magnífica organización de este evento. Hago extensivo este reconocimiento al Ayuntamiento, Diputación Provincial y a las distintas federaciones, por la impecable organización. Y, de modo especial, a Sonia Tortosa, responsable de comunicación del Colegio de Médicos de Ciudad Real, que consiguió que este Campeonato resultara un éxito. A todos ellos, felicidades.

Nos vemos en Soria en 2016. ■



## Dr. CASTELLANOS

urología y andrología

### RESPUESTA Y SOLUCIÓN, A TODOS LOS PROBLEMAS QUE PUEDEN AFECTAR AL APARATO GENITO-URINARIO MASCULINO Y FEMENINO

- Tratamiento médico-quirúrgico de la **incontinencia** femenina y masculina
- Tratamiento médico-quirúrgico de la **disfunción eréctil** y **eyaculación precoz**
- Chequeo para la detección precoz del **cáncer de próstata**
- Solución a la **hiperplasia benigna** de próstata con el láser verde última generación:
  - sin sangrado
  - sin incontinencia
  - sin impotencia
  - menos de 24h de hospitalización

Con las mejores técnicas  
diagnósticas y terapéuticas

**Oviedo**  
Clínica Asturias  
Naranjo de Bulnes, 4-6  
Citas **985 286 000**

**Gijón**  
Policlínicas Begoña  
Av. Pablo Iglesias, 90  
Citas **985 363 522**

**Avilés**  
Fernández Balsera, 5-10  
Citas **985 560 292**



## Con la muerte en el cogote

Vayamos al Google Earth. Detén el mapamundi en África. Aumenta esa barriga que supone el África Occidental. Sigue dándole zoom poco a poco hasta que Senegal quede centrado en el monitor. Te darás cuenta que en mitad del país hay otro país, estrecho, como tumbado en una *chaise longue*, como un dedo que se le mete en el ojo a Senegal. Bien, ahí tienes Gambia. Pues nada, sigue dándole al zoom. Comprobarás que ese país tan pequeño está constituido por un gran río, el Gambia, y su ribera, y no hay más, bueno, alguna ciudad y un montón de poblados. Verás Basse Santa Su, Karantaba, Basang y en mitad de su curso, pon atención, Georgetown. Aunque los nativos llaman al poblado Macate, en honor al general McCarthy, que protegió el río de los mercaderes de esclavos. Volvemos al Google, vía satélite, y aumenta todo lo que puedas antes de que se cuadricule la imagen. Comprobarás que Macate es un poblado de chozas y cabañas que rodean un espacio circular cubierto de innumerables toldos de varios colores y tamaños. Ahí, ese es el escenario, el mercado de Macate, donde este aventurero a punto estuvo de decirle adiós a la vida.

—Cuénteme.

—Le cuento.

Nuestra expedición fluvial por el río Gambia, dos piraguas tipo kayuco, a los que llamamos duernos, desembarcó en Macate. Los intrépi-



**Dr. Manuel Herrero Montotoz**

Cirujano general.

dos piragüistas deseosos estaban de una o varias cervezas. Yo, con mi colón irritable a cuestras, decidí pasar de las birras y adentrarme en el cogollo del mercado. Había oído a los viajeros cursis hablar de la magia de los mercados de África, de ese variopinto universo de las formas, colores y olores, sabores infinitos, en fin, nadie lo va a negar. El mercado de Macate era todo un mundo. Un carnicero espantaba las moscas con el hacha, dos gatos se daban un atracón con las tripas de los peces del Gambia, unos repulsivos bichos con cabezas aplastadas y ojos saltones y mirada aviesa, las verduras multicolores, las preferidas de las moscas y un barbero: “Sr. Niangoran. Peluquero formado en el Reino Unido”. Y un gilipollas: yo. No vencí la tentación y entré al afeitado. En la oscuridad de aquella estancia, menos de diez metros cuadrados, el señor Niangoran duerme, cocina, reza, afeita al prójimo y vende productos de belleza, bueno, gomina. Me ordena que me siente en su sofá de trabajo y obedezco, y caigo en la cuenta de que a la reliquia le falta la pata trasera derecha. Salta la alarma, difícil equilibrio para el afeitado, si me echo hacia

adelante no tendrá espacio, y hacia atrás aquello se comporta como una mecedora. ¡Ay, mamina! El anciano pasa enérgicamente la navaja por una tira de cuero y con mano temblorosa la acerca a su presbicia para comprobar el filo de la cuchilla. ¡Ay, mamina! Es corto de vista, padece Parkinson y el sillón es un columpio. El barbero se acerca a mí cuchilla en mano. Miro al barbero por última vez y cierro los ojos, sería lo último que vería en esta vida. Ríe el hombre cuando acerca el filo de la navaja a mi cuello y dice que tripas de blanco rugir más que manada de búfalos. No sé cómo se las arregló el viejo barbero formado en el Reino Unido. Esperaba el momento fatídico en el que la navaja me seccionara la yugular. El tiempo se tomó un descanso, no pasaba. Y en estas: “¡Blanco ya está afeitado!” Abro los ojos y veo la sonrisa del bisnieto de Kunta Kinte junto a un espejo que refleja mi cara recién afeitada. Estallo de emoción: ¡vivo! Nunca se explicará el Sr. Niangoran porque aquel blanco de tripas ruidosas la emprendió a besos con él y le pagó el triple de *dalasis* del precio que marcaba un afeitado simple en la pizarra. ■



Dr. Pedro Trabajo Vega

Psiquiatra.

## Un psiquiatra asturiano en el Madrid de la Restauración

Se me ha invitado a resumir en unos breves párrafos el reciente estudio biográfico-crítico acerca del psiquiatra asturiano Pedro Rodríguez Ponga que conformó mi tesis doctoral.

Nacido el 1 de agosto de 1880 en La Felguera (sus paisanos le dedicaron una calle en 1978), perteneció a una generación de alienistas con ejercicio en la Restauración y que ya podemos llamar científicos, profesionales que reúnen las características definidas por Marañón como distintivas de sus coetáneos: vocación internacional, interés en la investigación y compromiso político... Es, además,

un momento benigno de la historia para la producción de ciencia, la llamada culturalmente Edad de Plata.

El análisis de la obra escrita del psiquiatra langreano, parte de la cual cae en mis manos indirectamente a través del Dr. Mediavilla (asiduo y brillante colaborador en esta Revista), ha sido el objetivo del trabajo.

Aunque divulgó artículos en prensa, pronunció conferencias, firmó manifiestos..., son dos de sus obras, los *Estudios Psiquiátricos* y la Tesis doctoral los que, por su contenido, despertaron mayor curiosidad para someterlos a examen. Los *Estudios* abarcan unas lecciones

de psicología experimental y clara inspiración escolástica, mientras que la Tesis intenta defender una teoría extracortical para el origen de las alucinaciones.

Pedro Rodríguez Ponga, tras acabar bachillerato libre en Sama, concluye los dos primeros años de Medicina en Salamanca y se traslada a Madrid al finalizar el siglo diecinueve para terminar la carrera. En la Universidad Central será discípulo de Cajal y opositará a una plaza de alumno interno, contribuyendo en gran medida a crear una biblioteca para los estudiantes en el viejo caserón de San Carlos.

Ya en posesión del título de licenciado, viaja a los principales centros del saber en ese momento, Francia y Alemania, donde realiza cursos de perfeccionamiento y contacta con eminentes clínicos de la época, visitando los hospitales-manicomios de la Salpêtrière en París y La Charité en Berlín. La financiación sale de su bolsillo, no está fundada aún la Junta para la Ampliación de Estudios que a no tardar solucionará este problema a la formación de muchos universitarios, facilitando becas de salida al extranjero.

Con una sólida preparación regresa a la capital de España y, además de trabajar en Hospitales (General, de la Cruz Roja, de congregaciones religiosas), abre una consulta privada. Confeccionará y seleccionará así historias de sus pacientes para publicar su primer tratado de envergadura, los *Estudios Psiquiátricos* (1909), que subtitula *Monoidea*, (vocablo de procedencia hipnótica y que designa para el autor la unidad psíquica del hombre), donde intenta una metodología diagnóstica en base a una psicología experimental tomista.

Su tesis doctoral *Localización cerebral de las Alucinaciones e Ilusiones* (1912) ahonda en el conocimiento de la patología de las sensaciones y percepciones, concretamente propugna un origen extracortical para las alucinaciones, debate

muy extendido en la psiquiatría decimonónica y no totalmente resuelto en nuestros días. Con experimentos en aves y mamíferos, el futuro Dr. Ponga pretende demostrar la importancia de los ganglios de la base y núcleos cerebrales como estaciones de relevancia en la génesis de las alteraciones perceptivas.

Muy atraído por los asuntos de estado y gobierno en su tiempo, militó en el Partido Maurista, devoto de su jefe el abogado mallorquín D. Antonio Maura y Muntaner. Llegó a ser vocal de la Junta Directiva y apoyó siempre al líder conservador. Socialmente perteneció a asociaciones católicas, acorde a su religiosidad, defendiendo una propagación y difusión de los principios cristianos y catecúmenos, participando activamente en el Congreso Eucarístico de Madrid en 1911.

Prueba de sus inquietudes sociopolíticas es el opúsculo *Psicología del Civismo*, transcrito de una conferencia pronunciada en el círculo Maurista en 1911. Se puede encuadrar en esa serie de documentos regeneracionistas que todos los intelectuales de la época publicaron, desde Costa a Ortega, pasando por Unamuno, Azorín, Rafael Altamira..., intentando diagnosticar los males de la patria y formulando remedios para ello. La mayoría coincidieron en la enfermedad de la voluntad como etiología,

y como tratamiento recomiendan perfeccionar la educación. Pedro Rodríguez Ponga, exponiendo los vicios y virtudes del pueblo español llega a la misma conclusión proponiendo una mejora del civismo a través de la implantación de una enseñanza a la juventud de los valores morales, encauzando su personalidad con una instrucción adecuada.

Digno representante de su tiempo, y muy implicado y responsabilizado en todo lo concerniente a la sociedad que le tocó vivir, colaboró vivamente en cuantas empresas le pareció que beneficiaban el progreso de su pueblo.

Murió en Madrid, víctima de la tuberculosis cuando contaba 36 años de edad; parece que investigaba en ese momento un nuevo fármaco (al que le llamaría Marial en honor a su mujer M<sup>a</sup> del Carmen) para la regeneración nerviosa, trabajando con un tipo de gusanos.

No quiero terminar sin un cariñoso recuerdo a D. Pedro Rodríguez-Ponga y Ruiz de Salazar, fallecido en 2012, hijo de Pedro y con el que tuve varias entrevistas a propósito de su padre. También el reconocimiento a la utilidad del libro biográfico publicado por José María Martín Aguado en 1995, *Pedro Rodríguez Ponga. Una vida dedicada a la psiquiatría*, imprescindible para completar aspectos de su vida. ■



## CENSO DE VIUDOS/AS DE MÉDICOS

Si conoces a algún/a viudo/a, házselo llegar

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Asturias ha creado un censo de viudos/as de médicos para que reciban puntualmente información colegial y participen en las actividades que se organizan desde esta institución. Para ello es preciso que los viudos/as cumplimenten con sus datos personales el cuestionario que se adjunta en esta ficha y nos lo remitan a la sede del Colegio de Médicos (Plaza de América. 10 - 1º - 33005 Oviedo).

Nombre: ..... Apellidos: .....

Dirección: .....

C.P. .... Localidad: .....

Telf. .... Vda./Vdo. del Dr./Dra.: .....



## Creatividad, pintura y enfermedad mental

Dr. Pedro Quirós Corujo

Psiquiatra.

A mi juicio antes de hablar de pintura es preciso analizar un problema más amplio, tal como es el proceso creativo.

¿Por qué el lenguaje del arte es tan universal? ¿Cómo es posible que el arte de una determinada cultura pueda tener una validez y un significado para los sujetos formados en una civilización totalmente distinta?

El Arte en sus aspectos sociales no puede entenderse independientemente de su código y los artistas son los mantenedores de estos códigos, auditivos, visuales, verbales de los cuales se *siente* y *comprende* y se establece una comunicación con los otros.

A través de los procesos creativos, sea de poesía, música o pintura, expresan los artistas su propia visión de un mundo que permanecía oculto. En psiquiatría y en cualquier enseñanza, con las artes estimulamos la propia capacidad. En psicopatología, esta capacidad expresiva forma parte de un proceso terapéutico, aunque no siempre fue así.

Vayamos al comienzo: ¿Qué representan las pinturas de las cuevas prehistóricas? Nos parece que forman parte de una estructura social y creativa probablemente ligada a las necesidades del momento: ¡llama a la caza! O simplemente expresan la capacidad simbólica del autor. En cualquier sociedad, en cualquier actividad artística esos procesos artísticos están ligados al desarrollo y capacidad de adaptación, de esa maravilla que denominamos cerebro humano. El hombre fue desarrollando la conciencia creativa, lenta y laboriosamente, necesitando de incontables eras para alcanzar “nuestro estado civilizado”.

La pintura de las cuevas señala el comienzo de la capacidad simbólica, que se va completando y adquiriendo complejidad con la aparición del lenguaje.

El Arte, desde sus comienzos, es una especie de construcción lúdica, cuya función está relacionada con la comunicación de elementos de la men-

te y que no sería posible sin su ayuda. Su valor artístico está influenciado –de una manera general– por las habilidades aprendidas, que están ligadas no solamente a la técnica sino a multitud de factores sociales que, a su vez, van evolucionando y transformándose. En este punto conviene ser muy preciso y situar lo visto, leído o escuchado en la época que corresponde.

El caos que surgió como consecuencia de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) supuso un cambio radical. La guerra fue un choque entre dos concepciones de la vida social, política y desde luego económica y significó la extinción del antiguo régimen.

En este caos, se inaugura en París (1929) el Salón de Verdaderos Independientes y en él se expondrán las tendencias de las vanguardias, considerando que había llegado el momento de intentar dar al Arte un camino *rompedor*.

En la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) aparece el tema social

como base de nuevas tendencias sociales.

López Ibor, en uno de sus ensayos, nos dice: “La pintura como tal demostración artística debe de valorarse con criterios ajenos a la personalidad del pintor. Un cuadro puede ser bueno o malo, independientemente de que el pintor sea o no loco.

El *Ecce Homo* de Nietzsche, los poemas de Höderlin, las *Confesiones* de Rousseau poseen un determinado valor en la historia del espíritu humano, pero cuyo juicio es independiente de que Nietzsche fuese un parálítico cerebral, Höderlin un esquizofrénico o Rousseau padeciese un delirio paranoide”.

Algunos pintores, excelentes, reflejan la realidad de una forma peculiar, es decir, lo percibido adquiere una expresión personal.

René Magritte, conocido por todos, pensaba que lo que vemos, en oposición a lo percibido, es un desafío al sentido común.

Goya tuvo que llegar a los límites de la resistencia del alma, unos límites que solo pueden verse una vez que han sido traspasados.

A primera vista, en la denominada *pintura negra*, la pintura parece la obra de una mente trastornada, mas si traspasamos la frontera y nos adentramos en este tipo de pintura, sentimos que la noción misma de *trastronare* para que pudiera hacer semejante obra.

Es poco frecuente que lo insoportable se manifieste de una forma tan abierta. En esta pintura Goya renunció a todo tipo de rodeos y trata de enfrentarse directamente y sin subterfugios a lo insoportable, a lo innumbrable, a aquello que ni siquiera podía nombrarse si el hombre no fuera así mismo un eco.

Esta pintura provoca temor y desasosiego; tiene un doble sentido negativo que, por un lado repele al espectador, pero al mismo tiempo lo cautiva.<sup>1</sup>

Nada más lejos de mi intención que llevar a cabo un análisis psicopa-

tológico de la pintura de Goya o de su persona pero sí de efectuar como médico una reflexión ¿Cuántas veces en el curso de la depresión grave de un enfermo nos enfrentamos a la pintura negra que corresponde al enfermo? Muchas veces, en el momento actual de la psicofarmacología podríamos pensar, sin penetrar más, en buscar el fármaco consecuente, sin entrar en otros problemas, es decir “en su alma”.

Jaspers, autor de una psicopatología de orientación fenomenológica, que ha sido el libro clave para los psiquiatras de muchas generaciones, nos dice: “La esquizofrenia, de por sí, no es creadora, pues son pocos los esquizofrénicos de esta índole. Las personalidades o las facultades creativas existían, aunque mucho más atenuadas, ya antes de que la enfermedad fuese advertida”.

La esquizofrenia, por ejemplo, no aporta nada que pueda calificarse de novedad rigurosa, sino que viene a

<sup>1</sup> FÓLDÉNG, LAZZLÒ, F: *Goya y el abismo del alma*. Ed. Gutenberg, 2008.

confirmar una capacidad que pudiera tener el individuo y que puede aparecer muchos años después del comienzo de la enfermedad.

Veamos dos cuadros característicos de un proceso esquizofrénico, bien sabido que el segundo es anterior a la aparición de los psicótropos y de la utilidad de la pintura como actuación terapéutica.

En este momento, en cualquier enfoque psiquiátrico debemos tener presente el concepto de neuroplasticidad, que significa las huellas dejadas en nuestro cerebro por la experiencia que actúa sobre millones de redes neuronales, que van cambiando nuestra forma de ser y nuestros pensamientos.

Limitarnos a los esquizofrénicos para analizar este tipo de pinturas sería una falacia, pues existen multitud de enfermedades, dentro de la psicopatología, que no se expresan de la misma forma en el proceso creativo.

En los estados depresivos o de euforia, la creatividad adquiere las formas



En este primero se refleja una tensión interna, es estrambótico, lleno de simbolismos. El enfermo sale de una grave enfermedad, que supone el fin de la disgregación de la conciencia y se encuentra en un mundo animado, aún no definido pero lleno de detalles por los que indica la alegría de haber superado el problema que le tenía apartado del mundo.



Hechicero. Óleo y Guache de José María. 78 x 66 cm. Expuesto en Sevilla y Madrid, en 2007, durante la II Campaña de Concienciación Social sobre la Enfermedad Mental (Fundacion AstraZeneca).

En el segundo es muy típico de los esquizofrénicos con largos periodos de hospitalización, como ocurría en los antiguos hospitales psiquiátricos.

Es interesante señalar un especial y remarcado contorno de la figura realizada.

La perseverancia en el detalle, que se refleja en una repetición inacabable.

Los innumerables rellenos y añadidos van convirtiendo el dibujo en algo uniforme y abigarrado.

En su estereotipia repetitiva, se tiende a rellenar los espacios con escrupulosidad.

El enfermo persevera, como con una tendencia a quedarse enganchado, de volver constantemente sobre el tema, como si fuera incapaz de interrumpir el pensamiento o la acción.

distintas en cuanto a su expresión y estructura; la pintura negra de Goya nos puede servir de ejemplo.

En los estados de euforia aumenta la capacidad creativa, con una verdadera profusión de la pintura, comparada con los periodos anteriores de estabilidad.

Por otra parte, el futuro de la psiquiatría se halla profundamente enraizado en su pasado y actualmente en su conexión con la biología (no debemos olvidar que el primer psiquiatra que recibió el Premio Nobel fue S. Wagner von Jauregg, en 1927, por sus estudios sobre Parálisis General Progresiva y su tratamiento mediante la Malarioterapia).

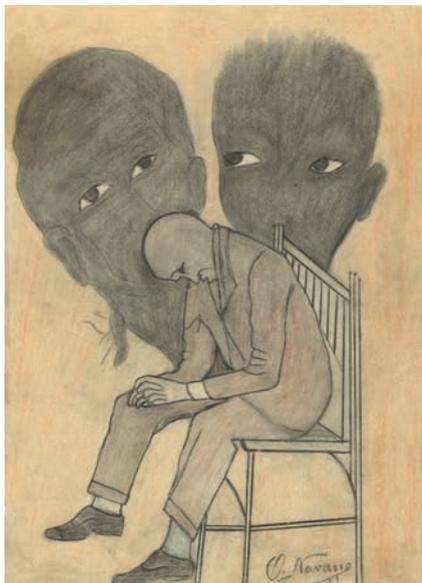
En mi opinión, las últimas generaciones de psiquiatras están incurriendo en un error, pues con los conceptos de neuroplasticidad, pensamos que la formación de Residentes en Psiquiatría y de Neurología, debían de partir de una base común.

Parece que en un futuro no muy lejano los enfoques biológicos y psicológicos coincidirán. Cabe esperar que el dualismo representado por las posturas de la psiquiatría y la neurología que crea actitudes de intransigencia, son solamente una etapa transitoria en la historia de la psiquiatría.

J. Rapoport, en la introducción al artículo de Kandel sobre la Psicoterapia y la sinapsis única, nos dice: “Los neurocientíficos no se muestran dispuestos a asumir los estratos biológicos de las conductas sociales complejas, pero ello no ha obstaculizado el intento de elaborar una base biológica unificada para entender y favorecer el tratamiento psiquiátrico” (2001).

Para Kandel, científico con una excelente formación psicoanalítica, en ejercicio y que sustituyó por las investigaciones sobre el sistema nervioso, por las que recibió el Premio Nobel, dice: “En primer lugar me gustaría insistir en la continua tensión en el seno de la Psiquiatría entre las explicaciones biológicas y psicológicas del comportamiento”.

Piensa, con todo acierto, la emergencia de la nueva ciencia de la mente:



Dibujos a lápiz y carboncillo, de 32 x 24 cm., de O. N.



una magnífica *Unificación de la Psicología Conductual, la Psicología Cognitiva y la Biología Molecular* en un marco único- y que la psiquiatría y la neurología deben de converger en la unidad común.

Kandel plantea cinco principios, algunos de los cuales pueden parecer revolucionarios:

- a) Todos los procesos mentales son neuronales.
- b) Los genes y las proteínas que codifican condicionan conexiones neuronales.
- c) La experiencia modifica la expresión genética.

- d) El aprendizaje cambia las conexiones neuronales.
- e) La psicoterapia modifica la expresión génica.

Como se ve el tema es muy extenso y no hay aquí lugar para meras reflexiones, veamos por tanto las imágenes psicopatológicas de todos conocidas: las alucinaciones visuales que surgen en un medio provocado por el continuo y excesivo uso de alcohol.

En este campo los temas interesantes surgen a cada paso:

La aparición de mitos en la pintura de algunos esquizofrénicos, en enfermos de largas hospitalizaciones,

anterior al poder controlador de los psicotropos, enfermos en ocasiones con importantes deficiencias culturales, pues algunos de ellos apenas saben leer ni escribir.

Estas pinturas harían las delicias de Jung por su significado, pues aparecen interpretaciones de la vida, del crecimiento de las plantas y que están unidas, en ocasiones, a imágenes religiosas, hace que resultan apasionantes.

Estos dibujos, denominados cosmogonías, han sido estudiados en España por psiquiatras tan ilustres y cultos como los Profesores Sarró, Ruiz Ogara y en Asturias por los Drs. Mediavilla Ruiz y Mediavilla Sánchez.

En el caso que vamos a exponer, Manuel F. posee la cultura que hace años se podía adquirir con una asistencia irregular a la escuela. En sus dibujos aparecen interpretaciones del cosmos semejantes a las de las primitivas culturas, con factores diferenciales como sucede en los distintos mitos descritos por los etnólogos.

Desde el momento en que el hombre habita sobre la Tierra, nace la necesidad de explicarse y responder a una serie de interrogantes ¿Cuáles son los límites, las características del mundo que nos rodea?

Una serie de fenómenos cósmicos a los que busca significado.

¿Qué representa esa luz brillante que le calienta y hace prosperar



Sacralización de la Historia Universal.

Pintados con lápices sobre hoja de cuaderno de dibujo, por Manuel F., 23 x 32 cm.



El Sol como fuente de vida. Superabundancia creadora.



*Buitres. (El fin del Mundo).*  
Pintado con lápices de colores, 23 x 32 cm. Manuel F.

animales y plantas? ¿Por qué el sol no es visible durante la noche y lo son la luna y las estrellas?

¿Qué representa él en este lugar y por qué su supervivencia y convivencia? Y todos estos datos precisan una cierta organización.

Estos conceptos aparecen en Manuel F, un personaje inculto y durante su estancia en un manicomio. La afición al tema me pone en la disyuntiva de continuar, pero sería poco ético restar tiempo para la convivencia del que haya tenido la curiosidad de leerlo.

Dos nombres marcan el comienzo de estos estudios, W. Morgenthaler, *El enfermo mental artista*, y H. Prinzhorn (1866-1933) que en 1922 publica la formación de las imágenes en enfermos mentales y que en Heidelberg, donde trabajaba, acumuló una importante colección de este tema.

En su etapa social el arte de los enfermos mentales surge en plena revuelta pictórica: Expresionismo, Dadaísmo, comienzo del Cubismo. En este momento el francés Dubuffet (1901-1985) crea el concepto de arte

marginal, es decir, el de aquellos que no tienen formación ni aptitudes pictóricas reconocidas. ¡Son hallazgos!

Conocida esta tendencia como Arte Bruto, sugiero al que haya tenido el valor de leer este artículo, darse una vuelta por el Museo de Arte Bruto, en Lausanne (Suiza), y allí podrá establecer sus propios criterios.

La ciencia y los actuales medios de comunicación están mal empleados y se convierten en explicaciones de lo que nos rodea, de una actitud desmoralizadora, sospechosa de que todo análisis de lo que es cálido, espiritual y que queda escondido en ese misterioso rincón de la naturaleza humana.

¿Estamos de acuerdo con este criterio? ¡Parece que no! Pero es otro tema.

La psiquiatría está en crisis. Nadie puede negar este hecho. No hacer nada no es nada más que una opción, pero aun queriéndolo no podemos reinventar el psicoanálisis o encontrar otra psicología especulativa que unifique a la psiquiatría, pero nada de esto puede competir con esa luz brillante proyectada por las ciencias del cerebro. Los psiquiatras debemos atrapar la fuente de esa luz para nuestros propósitos. ■



# CASA ROSINA

*Cocina tradicional de temporada con productos de cercanía.*

- Bacalau Dña. Rosina
- Cebolles rellenes
- Calamares encebollaos
- Pescaos al fornu
- Llechazu
- Postres caseros

*Terraza y Aparcamentu priváu · Menú de martes a viernes 15€*  
*Pesllamos los llunes*

Santana d' Abuli · Tel: 985 28 90 41 · 33010 · Uviéu



**Dr. Tomás J. Moreno Guerrero**

Cirujano Ortopédico y Traumatólogo Deportivo.

## Un Proel en la regata Colón 1992

**H**abía aprendido a navegar y cazar escota en los *selfish*, un pequeño velero en forma de plancha de dos metros, orza y timón abatibles y una vela triangular cruzada sobre el mástil. Fue el paso iniciático antes de aprender a regatear con los *snipe*. No tenía yo ambición de líder, buscaba aprender a ser buen *proel*, engranarme al barco y al capitán lo más fluido posible, haciendo *banda* para compensar la escora, sintiendo la respuesta de las velas al timón, en orzadas, arribadas, trasluchando en rápidos virajes o de planeo murmulleante en empopadas.

Así disfrutamos muchos años de adolescencia en el Mediterráneo. La navegación aérea y la náutica me

han marcado genéticamente. Mi abuelo materno, nadador, remero y navegante en el Club Mediterráneo de Málaga, el primero creado en España en 1873, donde atracaba el barco de investigación de otro tío abuelo, director del Laboratorio Oceanográfico de Málaga. Mi tío y mi padre, aviadores militares. Dos de mis amigos eran descendientes directos de Francisco de Orellana, el navegante de Trujillo descubridor del Amazonas, y con ellos jugábamos a descubridores a bordo de nuestros pequeños veleros despertando la pasión aventurera.

Probé a patronear el Finn de 4,5 m. y un solo tripulante, e hice

diversas travesías por Cataluña hasta las islas Baleares o Valencia, en un North Wind de 12 m. (con el que saqué mi título de Patrón), en las regatas de la Bahía de Santander, en viejísimos *dhow*s del Índico (Kenya) y en New South Whales (Australia). He dormido a bordo del Aj Chapman en Estocolmo y admirado el Wasa recuperado del fondo del estuario, la balsa Kontiki de Thor Heyerdal o la Acali de Santiago Genovés, los museos de Atarazanas en Barcelona, de Bueu, de Luanco, el Naval de Madrid, o el de Vital Alsar en La Magdalena de Santander. Pero el clímax para aquel joven *proel*, fue vivir en directo un tramo de la **Regata Colón 1992**.

Fue desde Cádiz, y en una fecha tan señalada como un Dos de mayo,



Salida de Cádiz.



Desde el botolón.

la más impresionante Regata en que he podido participar. Como en el **Bicentenario de los EEUU**, el 4 de julio de **1976**, en que se reunió la mayor flota de vela en los últimos 150 años, la **Regata Colón 1992** iba a ser una de esas oportunidades para los románticos del mar, los deportistas de la vela y los herederos de aquellos guardiamarinas y contra maestres formados en los buques escuela y las escuelas españolas de Marín, Cartagena y San Fernando en Cádiz.

Por el **Quinto Centenario del Descubrimiento** se repetía el recorrido desde el Viejo Continente al Nuevo, y el retorno, 9.500 millas náuticas (17.594 Km) en cuatro meses, que reunió cerca de 210 barcos a vela, desde los nueve metros a los 127 del Sedov ruso, el mayor del mundo, 30 buques históricos y de escuela, 24 clase A con más de 49 m. de eslora, nueve de más de 30 m., dos carabelas y otros maxis oceánicos.

La Primera Manga, preparatoria, había partido hacia Cádiz desde diversos puertos, unos barcos de Génova y otros de Lisboa y Gran Bretaña, con los mejores resultados en regata para la fragata MIR (Rusia), el Gork Fock (Alemania) y el Esmeralda (Chile).

**Cádiz, Puerto América**, fue el mejor punto de encuentro histórico, donde nos reunimos del 29 de abril al 3 de mayo para unos días inolvidables, y cuyos detalles reflejaba el *Diario de Cádiz*: fuegos artificiales, verbenas, conciertos de habaneras, bailes, donde 1.000 guardiamarinas y cadetes bailaban con las bellas y arregladas gaditanas.

Marinos polacos, jóvenes nórdicas, australianos, uruguayos, omaníes... en una Fiesta del Mar que pasaría después por Nueva York con varios cientos más de velas y acabaría en Liverpool en agosto del mismo año.

Un oftalmólogo y padre de un amigo en Barcelona, me conectó con la nueva Compañía de charters Inmaris Perestroika Sailing, con sede en Hamburgo, que intentaba mantener activos los navíos rusos alquilando plazas. La Unión Soviética en disolución, enviaba a la Regata seis buques escuela, entre ellos y sin bandera el mío, en el que estábamos inscritos tres españoles y hasta una docena del resto de Europa.

El tren me dejó cerca del puerto y arrastré la bolsa marinera azul hasta mi barco, el **Khersones** (escrito Xercohec) abarloado a otro ruso. Una fragata de

tres palos y velas cuadras, con 109 m. de eslora, 14 de manga y 49 de altura, con calado 6,5 m. y construido en Gdansk. Lleva 51 tripulantes y 144 cadetes, la mayoría de Sebastopol, frente al Mar Negro en la península de Krimea, donde están los principales puertos de la Flota Rusa. Tras la **Perestroika de Gorbachov** fueron tiempos de separatismo y conflicto entre potencias de la Rusia que quedaba ya *antigua*. Los marineros vendían restos de ese pasado, fotos, uniformes e insignias.

El Khersones es gemelo del MIR, que sería el ganador final de la Regata, llegando a 15 nudos de velocidad y ciñendo hasta 35°, otros similares eran el Pallada ruso y el Dar Mzlo polaco.

En la Bahía de Cádiz el **2 de mayo de 1992** se armó una Flota como en tiempos del Comercio con las Indias o de La Armada Invencible. Entre mascarones de proa de los príncipes del mar, un bosque de mástiles, jarcias, aparejos y miles de metros cuadrados de trapo, mesana, gaviás, trinquete, desplegados con destreza por los jóvenes y orgullosos marineros. De fondo la irreal belleza de la Tacita de Plata, la ciudad de la **Constitución de 1812**, sus baluartes, los muelles, las torres, palacios y la catedral. Antes de partir,



Generaciones de amantes del mar.



Mascarón, al fondo nuestro barco.

recorrí el panteón del **Cementerio de San Fernando** poblado de tumbas y homenajes a los hombres, marinos y gestas del mar, Jorge Juan, Gravina, Churruca, Cervera en Cuba... aunque la mayoría de héroes, realmente yacen bajo el mar.

A las cinco de la tarde del 3 de mayo había viento noroeste y buena visibilidad, la mañana de preparativos y despedidas con lágrimas, helicópteros sobrevolando el espectacular despliegue... El Rey Juan Carlos y Carlos Soares presidían la salida.

Un cañonazo dio la salida a la *batalla* simbólica, un escenario irrepetible para miles de personas en la costa, la playa de la Caleta, los muelles y las tripulaciones embarcadas. Yo no podía ni bajar al lavabo, de la emoción para no perderme nada. Sonaban pitos y órdenes a los cadetes trepando por las jarcias, y costaba que el viento empezara a mover los pesados veleros con sus hermosos mascarones de proa.

Sin ruido de motores, la flota se fue dispersando rumbo al sur, cruzamos el **Océano Atlántico** hacia las Islas Afortunadas, en la estela dejada por Colón y sus tres carabelas, ruta que no ha variado desde el siglo XV. Yo solo había atravesado la estrecha puerta del

océano en el ferry de Algeciras a Tánger con el convoy del **Camel Trophy** de la mano de Miguel de la Quadra, pero eso fue otra apasionante experiencia con implicación individual que no olvido.

A bordo del **Kherones** sentí emociones marinas como nunca, viví la navegación clásica y la literaria, la cantidad de detalles que permiten poder alcanzar lentamente al velero adelantado, la mala comida, los jergones y duchas-water de estilo turco, vimos cachalotes, aprendimos canciones rusas en noches de bruma o de luna, pescando por la borda, sufrimos una *calma chicha*, insoportable si estas subido a las cofas o al botalón, con el consiguiente mareo y vómitos, que solo cedieron con parches de Escopolamina.

Tras una semana oceánica, el 10 de mayo arribábamos a Santa Cruz de Tenerife y se repetía la escenografía festiva de Cádiz. Allí reencontré a Javier Babé, el capitán del **Idus de Marzo**, moderna goleta de tres palos botada en Astilleros Gondán de Figueras, con

quien había tentado la posibilidad de embarcar para la Expedición a la Antártida en los 80.

Viví con ello uno de los mayores espectáculos náuticos en nuestra historia reciente, una tradición marinera que se conserva desde Grecia en el manejo de remos y velas, con su disciplina y belleza. Parte de estos buques están reproducidos pieza a pieza en madera o acero, otros cuidadosamente conservados o restaurados, algunos con más de 100 años, son monumentos vivos impresionantes de 100 metros de eslora y velamen extendido frente al azul del cielo. ■



Con buen viento.

# COSTA OESTE DE GOZÓN



Dr. José M<sup>a</sup> Izquierdo Ruiz  
Médico analista.

La costa de Gozón se extiende 20 Km. en una línea quebrada imaginaria que pasara por el Cabo Peñas, y ampliada a 40 Km. por lo quebrado de su litoral. Para describir toda la belleza paisajística y geológica que atesora, es preciso dividirla en dos, tomando el Cabo Peñas como lindero.

## Península de San Juan de Nieva

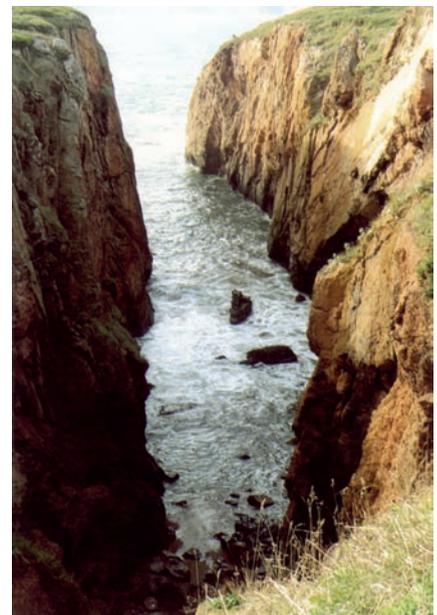
La costa marina del concejo empieza en la península de San Juan. Su faro es tan sencillo como elegante, con su torreta en forma de pirámide truncada, revestida con alicatado amarillo. Desde su entorno se pueden ver los pesqueros y cargueros que entran y salen por la ría de Avilés y gozar del espléndido panorama que se extiende desde el dique de San Juan hasta la isla Deva, con Raíces, El Espartal, Salinas y su playa, de por medio; y, en lontananza, el Cabo Vidio y su isleta.

Cerca del faro, el accidente geológico más notable es la Covallonga, un estrecho entrante de mar de 200 m. de largo por 30 de alto; pese a su estrechez, el oleaje llega hasta el fondo. Bordeando la costa por un amplio sendero de hierba, se llega a la Cueva de los Caballos, una cala que se cierra al Este por un pétreo y altivo acantilado. Un kilómetro más allá, una amplia explanación desciende hacia el mar; casi al final, junto a la pared rocosa, el bramido de un bufón

nos alerta de su presencia. Enfrente, y a flor de agua, emergen seis cilindros unidos entre sí y amarrados al fondo marino. Son las reliquias del motor del carguero “Samuko Lagoon” que, 30 años después de su naufragio, quieren seguir en el mar de Gozón.



Faro de San Juan de Nieva.



“La Covallonga”.



Resto del carguero “Sakumo Lagoon”.



Playa y olas de Xagó.

### Playa de Xagó

Al final de la Península de San Juan, desde la Punta de la Garza, se contempla lateralmente el incesante y fuerte oleaje que bate la playa de Xagó. Retrocediendo hasta el faro, y por la carretera que indica Xagó, se llega a la que la domina en toda su longitud de casi 2 Km. Sus varios accesos permiten recorrerla en su parte dinar de mucho fondo, con sus populares cafetines de verano y su laguna que dicen de agua dulce, con sus pasarelas que la surcan, y sus costumbres de Guadiana.

Xagó es, en suma, una de las playas más hermosas de Asturias central, ideal para surfistas y bañistas intrépidos. Pero lo más interesante y singular de Xagó es, en su ángulo nordeste, su gran meseta rocosa de 100 m. de altitud, con su hermosa y variada estructura de estratos rojizos y ocres, que merece llamarse Las Rocosas de Xagó, y cuya imagen encabeza estas líneas.

Saliendo hacia el polígono y el canal de Maqua, girando a la izquierda y, de nuevo, por L’Otero, se alcanzan las alturas próximas al cabo El Murio, para gozar de una vista espléndida, todo a lo largo de Xagó, con sus dunas, sus franjas de arena –seca, húmeda y de aguas bajas–

además de una inagotable sucesión de olas de blanca cresta.

### Cabo Negro

Cabo Negro es un accidente geográfico importantísimo que divide en dos esta costa oeste de Gozón y que se ve de todas partes. Sobre él, una extensa y alta meseta herbácea y despoblada, está presidida por un casetón abandonado donde terminaba el teleférico por el que Ensidesa descargaba sus residuos en el mar. Cerca de la punta del Cabo hay un sendero estrecho y pendiente que baja hasta una cala percebera; y otro – más al este– por la Punta del Infierno, que conduce a una plataforma pétreo desde la que se practica el “boulder”, un tipo de escalada de tramos cortos de pared, sin otra ayuda que el calzado de “pies de gato”, y el polvo de magnesio para secar el sudor de las manos y los salientes rocosos donde agarrarse.

Otro poco más al este, un lugareño construyó una amplia y pendiente pista hasta una playeta, próxima al vertedero citado, en donde recoge y recicla los casi millones de toneladas de escoria depositada durante más de una década.

Pero lo mejor de Cabo Negro es su propia belleza, nada negra, sino

de un gris claro bellísimo en estratos ondulantes y bien definidos; su única negritud está en sus bajos, como si los años los hubiera teñido de petróleo itinerante o de carbonilla del Nalón.

### Puerto Llampero

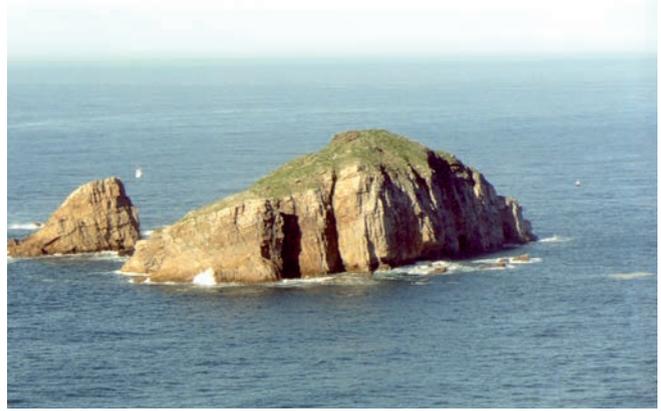
Más allá de Monteril, por la ruta hacia Podes, hay dos salidas asfaltadas hacia el mar que confluyen formando un circuito. La primera conduce, por entre caserías y villas, a Puerto Llampero –o de las lapas–, una ensenada de escasa belleza, con pequeña playa pedregosa con bajos negruzcos. Lo singular de este lugar –El Molín del puerto– es que fue realmente un molino transformado en bar-restaurante del mismo nombre, y que hace unos años se lo llevó la riada de La Barranca; y así quedó, medio en ruinas. Los ocupantes se salvaron por pura acrobacia y milagro. Aquel lugar había sido popular por la calidad de sus pescados y marisco. Cerca quedan aún los pétreos restos de una cetárea.

### Playas de Verdicio

Quien busque emociones fuertes puede seguir hacia el nordeste, por una carretera tortuosa y pendiente que lleva al mejor observatorio de toda la costa del Cabo Peñas, con



Playas de Carciniega y Tenrero.



Isla Erbosa (o Herbosa).

una vista espléndida y simultánea de las tres playas de la zona de Verdicio: Aguilera, Carniciega (o Aguilarina) y Tenrero. La primera es una playa muy singular, por ser nudista, por su acceso pendiente y difícil y, sobre todo, por su original belleza. Está formada por dos playetas de arena, separadas, en marea alta, por un saliente rocoso en forma de una original cabeza de perro cubierta de césped.

Saliendo de este agreste territorio por La Granda se llega a las dos playas contiguas del núcleo de Verdicio; Carniciega es quizá la más bonita

y segura, bajo una duna en talud y Tenrero es también única por su gran duna circular a 15 m. sobre el mar.

### Territorio Peñas

Desde Ferrero se accede con facilidad a “Las Talayes”, un amplio observatorio sobre el mar abierto y sobre la renegrida playa Carnera. Hacia el nordeste se avista la Punta Arpón que, con sus 100 m. de altitud, oculta el Cabo Peñas.

La zona oeste del territorio peñas es un ralo brezal-toxal surcado por

amplias sendas que permiten explorar toda su costa. La naturaleza cuarcítica impermeable del suelo es la que impide que la vegetación se eleve, y la que permite la formación de charcas, espacio ideal para que, en primavera puedan habitar las pequeñas y verdes ranas de San Antón; y donde dicen transitar liebres.

El recorrido acaba con la hermosa imagen de la isleta Erbosa, que otros llamaban Herbosa por el penacho verdequeante de su cima.

El Cabo Peñas y su faro esperan impacientes que les llegue el turno. ■

## Educándoles hacia el ÉXITO desde el primer año

De 1 a 18 años



PALACIO DE GRANDA

POSIBILIDAD  
DE RESIDENCIA  
DE ESTUDIANTES

We  
are the  
Best!



International  
Schools  
Partnership

C/ El Lluarín, 4 · 33199 · Granda · Siero · Principado de Asturias · T. 985 792 031 · info@laudepalaciogranda.com

www.laudepalaciogranda.com

## Caldereta extremeña



Dra. Elena Cerrato Rodríguez  
Médico de Familia.  
Presidenta de SEMERGEN Asturias.

Es la caldereta un guiso de pastores, que me enseñó mi tía abuela María, al tiempo que nos recitaba, para darle ambiente, aquellos versos de *La nacencia*, ese entrañable poema de Luis Chamizo, el poeta del castúo, un dialecto emparentado con el bable asturiano:

Bruñó los recios nubarrones pardos  
la lus del sol que s'agachó en un cerro  
y las artas cogollas de los árboles  
d'un coló de naranjas se tiñeron

.....

y roãndo roãndo, de las sierras  
llegaba el dolondón de los cencerros

.....

Era mi tía una mujer perfectamente integrada en el ambiente rural extremeño. Pero no era una campesina; en su casa colgaba el honor de haber sido la primera mujer veterinaria de España, en aquellos años de la Dictadura de Primo de Rivera. Cuántas veces nos comentaba cómo el Catedrático de Patología o de Anatomía Patológica de la Escuela de Veterinaria de Córdoba la sentaba junto a él, para librarla del acoso o de las burdas bromas de sus compañeros varones, el único género que, hasta entonces, se atrevía con una profesión que incluía también la de ser herrador e incluso forjador de las herraduras. Aunque obtuvo una docena de matrículas de honor, no llegó a ejercer esta profesión, al menos en su práctica con los animales. En realidad, la cursó para evitar que su hermano, mi abuelo, regente de un herradero en Calamonte (Badajoz), pudiera ser desplazado por un veterinario que ocupara esa plaza. Porque su verdadera profesión era la de maestra de primeras letras, como entonces se decía, y farmacéutica. Sí, como lo oyen: maestra, farmacéutica y veterinaria. Hasta casi el final de sus días regentó una oficina de farmacia en Sevilla y enseñaba a los niños y niñas en su pueblo, como titular

de una plaza que había ganado por oposición, cuando todavía no había salido de la adolescencia. Pero sus inquietudes intelectuales y artísticas, en aquel pueblo de la Extremadura rural anterior a la II República –de

la que, por cierto, llegaría a ser nombrada ‘madrina’ por la Diputación de Badajoz– le llevaron también a cursar estudios de solfeo y piano en el Conservatorio Superior de Música de Madrid.

Todavía la recuerdo espantando mis fantasmas de niña con los acordes que de aquel viejo instrumento hacían surgir sus gráciles y ágiles dedos, en aquella casona de la calle que hoy lleva su nombre: doña María Cerrato.

## Preparación



En primer lugar, hay que elegir la carne: un cordero que no debe ser ni lechazo (que solo se ha alimentado de leche), ni demasiado viejo.

Respecto a la cantidad, con unos 400 gr. en crudo por comensal. Aunque nos sobre caldereta, al día siguiente seguirá estando tan apetitosa (o incluso, mejor, más tomada). Una pierna y una paleta para cuatro personas puede ser la referencia. Tendremos que tener preparados, además, los ingredientes:

- un buen trozo de hígado de cordero (unos 100 grs.; lo encargamos al tiempo que la pierna y la paleta).
- dos rebanadas de pan del día anterior.
- un pimiento rojo (morrón).
- una (o dos) cabeza de ajos.
- 15 ó 20 almendras crudas.

- una cucharada sopera de pimentón dulce (de la Vera).
- una generosa ración de vino blanco.
- aceite de oliva.
- sal gorda.

La caldereta es comida de todas las estaciones, pero siempre asociada a días de fiesta: bodas, celebraciones, Navidad, Nochevieja... Mis recuerdos son los de Nochebuena, con música de villancicos, varias mujeres y niñas en la cocina (los hombres, entonces, lo tenían como prohibido, no la pisaban), atareadas en los preparativos de las diferentes viandas que se servirían en esa noche de nostalgias y familia. Las más pequeñas cascando almendras, pelando ajos, cortando pimientos. Las mayores entregadas a una minuciosa disección de la carne, limpiándola de grasa (es esencial para evitar su mal gusto y olor) con cuchillos y tijeras, pero manteniendo los huesos.

Empezábamos por dorar los ajos, fileteados, dejándolos dorados y crujientes; los trozos de pimiento morrón, hasta que su carne quedaba blanda; las rebanadas de pan duro, el hígado cortado en trozos y la mitad de las almendras; todo ello se iba sacando y reservando en un plato. Su destino era el mortero, donde estos ingredientes (el pan frito, el pimiento, los ajos, el hígado, las almendras fritas y las crudas) se majaban hasta conseguir una pasta.



Los trozos de carne se salaban, uno a uno y, en una sartén, se iban dorando y reservando en la olla. Según nos contaban las mayores, antes se hacía en un caldero, de ahí su nombre. Volcábamos la pasta del mortero encima de la carne; se le añadía un poco del aceite en que se había sofrito todo (con el fin de que incorporara sus sabores), pero procurando que fuera la más clara; para ello se utilizaba una cuchara o se colaba, si parecía necesario. Se vertía el vino sobre el mortero con el fin de arrastrar los restos del majado sobre la carne. Y a cocer, a fuego lento, aproximadamente una hora. Había que estar pendiente, por si necesitaba un poco de agua, para que no se pegara. Con un tenedor se pinchaba por ver si ya estaba blanda. Pocos minutos (quince más o menos) antes de retirar la olla del fuego, se espolvoreaba la cucharada de pimentón dulce. ¡Uhm! veo que te has atrevido. ¡Qué bien huele! Ya solo te falta un buen vaso de vino de la Ribera del Guadiana y... ¡a disfrutarla! ■

## CURSOS 2015

(más información en [www.comast.es](http://www.comast.es))

### CURSOS PROPIOS

#### CURSO-TALLER DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E INVASIVAS EN MEDICINA DE URGENCIAS

**Fecha:** del 26/10/2015 al 29/10/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

**Plazo de inscripción:** 19/10/2015

#### TALLER DE VÍA AÉREA DIFÍCIL EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

**Fecha:** del 9/11/2015 al 10/11/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

**Plazo de inscripción:** 6/11/2015

#### ASISTENCIA AL PACIENTE CRÍTICO

**Fecha:** del 10/11/2015 al 11/11/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

**Plazo de inscripción:** 9/11/2015

#### TALLER VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y NO INVASIVA EN MEDICINA DE URGENCIAS

**Fecha:** del 17/11/2015 al 19/11/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

**Plazo de inscripción:** 16/11/2015

#### JORNADAS DE RESPIRATORIO DE SEMES - ASTURIAS

**Fecha:** 26/11/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

**Plazo de inscripción:** 25/11/2015

### OTROS CURSOS

#### XXI CURSO SUPERIOR DE ACUPUNTURA

**Fecha:** comienza el 6/10/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

**Plazo de inscripción:** abierto

#### XX CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA SOCIEDAD NEUROLÓGICA ASTURIANA

**Fecha:** 2/10/2015

**Lugar:** Aulas del Ilustre Colegio Oficial de Médicos  
de Asturias. Plaza de América 10, 1º. Oviedo

Seguro de **Automóvil**



DESCUBRA NUESTRAS  
**COBERTURAS  
EXCLUSIVAS**  
PENSADAS  
PARA USTED  
Y SU COCHE



**60%\***  
**Bonificación**  
**en coches nuevos**

PARA CUALQUIER MODALIDAD



**A.M.A. GIJÓN**

Emilio Villa, 1, esquina Cabrales Tel. 985 15 57 17  
gijon@amaseguros.com

**A.M.A. OVIEDO**

Plaza de América, 10; bajo Tel. 985 23 09 68 oviedo@amaseguros.com

**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10**

Síguenos en     

[\*] Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

# Gijón te encaja...



- ¿Te inspira organizar tu evento dentro de un reloj?
- ¿Eliges una cena en un castillo medieval o la prefieres con la magia del Jardín Botánico?
- ¿Escoges navegar, o perderte en un bosque encantado?

**¡Definitivamente, Gijón te encaja!**

**gijón**

**Asturias con sal**