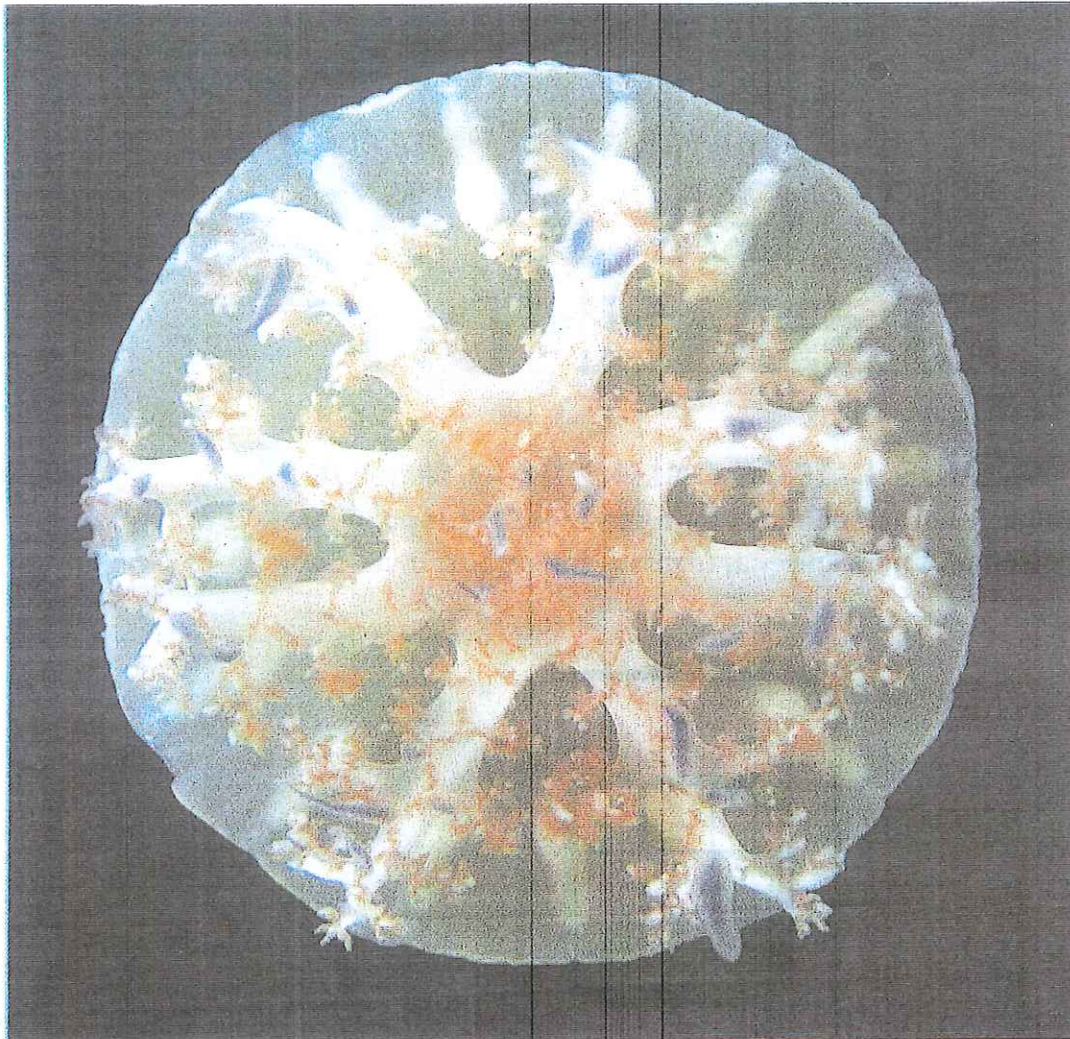




DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

DICIEMBRE 2025
ENERO 2026



LAS MEDUSAS DUERMEN OCHO HORAS... Y TAMBIÉN UNA SIESTA

Biología. El hallazgo respalda la hipótesis de que el sueño evolucionó en todo tipo de especies para protegerse del daño al ADN que causa la vigilia

Por Ricardo R. Colmenero

Aunque la naturaleza ser ha inventado multitud de soluciones distintas para descansar sin morir en el intento, dormir no es algo opcional. Los animales necesitan este descanso para mantener su cerebro en plenitud. Durante el sueño, los humanos eliminamos desechos tóxicos como el beta-amiloide, relacionado con el

Alzheimer; reparamos neuronas y conexiones; y consolidamos la memoria fijando recuerdos y reorganizando lo aprendido. También es un regulador emocional del estrés y la ansiedad; ahorramos energía y, evolutivamente, hemos aprendido a hacerlo cuando hay menos luz y es menos eficiente buscar comida.

No se conoce ningún animal que no lo haga. Aunque sea de formas un tanto peculiares. Delfines y ballenas duermen con medio cerebro despierto para respirar y vigilar. Las aves migratorias pueden descansar mientras vuelan, echándose microsiestas de segundos. Las jirafas y elefantes duermen menos de dos horas al día y hacen siestas de minutos. Perros y gatos, sin embargo, seestean muchísimo más que nosotros. Y los primates, como no, son al final los que mejor replican nuestros hábitos...

Al menos hasta ahora. Según un estudio que acaba de publicar la revista *Nature*, resulta que las medusas comparten los hábitos de sueño de los humanos. El hallazgo respalda la hipótesis de que el sueño evolucionó en una

amplia gama de especies para protegerse del daño al ADN asociado con la vigilia.

Cada día, el ADN sufre miles de daños por radiación, estrés oxidativo o inflamación. Durante el sueño profundo se activan con más intensidad los mecanismos de reparación, se corrigen roturas de una o dos hebras y se reducen mutaciones acumuladas. Cuando dormimos baja el metabolismo cerebral, disminuyen radicales libres y se reduce el estrés oxidativo sobre el ADN.

En los humanos, dormir fuera de ritmo aumenta el riesgo de cáncer, diabetes y males neurodegenerativos

La privación de sueño aumenta el daño genético, sobre todo en las neuronas. Durante el sueño se apagan genes asociados a inflamación y estrés, y se activan genes de reparación, plasticidad neuronal e inmunidad. Dormir no cambia la secuencia del ADN, pero sí cómo se lee. Dormir fuera de

ritmo, en el caso de los humanos, desincroniza la expresión génica. Las neuronas no se reemplazan fácilmente, pero durante el sueño se facilita el acceso de enzimas reparadoras al ADN neuronal, y se corrigen roturas inducidas por la actividad intensa del día.

Lior Appelbaum, Raphaël Aguilon y otros investigadores de la Facultad de Ciencias de la Vida de la Universidad Bar-Ilan, Ramat-Gan, en Israel, examinaron los patrones de sueño de las medusas (*Cassiopea andromeda*) tanto en el laboratorio como en su hábitat natural, y de las anémonas de mar (*Nematostella vectensis*) únicamente en el laboratorio, y descubrieron que, como los humanos, ambos organismos duermen aproximadamente un tercio del día.

También se observó que las medusas dormían toda la noche, e incluso se echaban unas siestas rápidas alrededor del mediodía; mientras que las anémonas de mar dormían principalmente durante el día. Investigaciones posteriores descubrieron que el sueño en las medusas estaba controlado por los cambios de luz y el impulso homeostático del sueño, el mecanismo interno del cuerpo que rastrea la necesidad de dormir. Mientras que en el caso de las anémonas de mar, su sueño estaba regulado por su reloj circadiano interno.

Los autores señalan ahora que estos animales podrían proporcionar un modelo atractivo para estudiar la evolución del sueño en animales antiguos. En ambas especies, la vigilia y la privación del sueño se asociaron con un mayor daño neuronal al ADN. Los investigadores también señalan que el aumento del impacto en el ADN causado por factores estresantes externos provocó que los organismos durmieran más para compensarlo. Unos hallazgos que sugieren que el sueño podría haber evolucionado desde el principio como un mecanismo para reducir el daño al ADN y el estrés celular asociado con la vigilia. En los humanos, dormir fuera de ritmo desincroniza la expresión génica, y aumenta riesgo de cáncer, diabetes y enfermedades neurodegenerativas.

Dormir más también se asocia con un alargamiento de la vida. Los telómeros son capuchones del ADN que se acortan con cada división celular, y se asocian al envejecimiento. Dormir bien se correlaciona con telómeros más largos, probablemente porque reduce estrés y daño oxidativo. Y descansar mal o poco provoca un acortamiento acelerado, que se asocia con el envejecimiento prematuro y enfermedades. Lo cierto es que dormir no alarga los telómeros, pero reduce la velocidad a la que se acortan.

Vista dorsal de una medusa 'Cassiopea andromeda' durmiendo boca abajo.
NOA MAOR

CASTILLA Y LEÓN

Colegios, hospitales y residencias se encuentran en riesgo de inundación

Castilla y León suma 403 infraestructuras críticas expuestas y 151 municipios con instalaciones en peligro grave a 500 años, con una industria química en Miranda y otra radioactiva en Valladolid

VALLADOLID. Castilla y León cuenta con actualmente con 405 puntos, instalaciones o infraestructuras críticas localizadas en el interior de una lámina de inundación con recurrencia de 500 años (10.197 en España), lo que quiere decir que, en ese largo plazo, estas ubicaciones podrían estar en el foco de una riada, la catástrofe natural que más daños genera en España. De hecho, según el Consorcio de Compensación de Seguros y el Instituto Geológico y Minero, se estiman los daños que estas provocan en unos 800 millones de euros de media al año. De los 405 puntos, 211 corren un riesgo muy grave de sufrir este tipo de situaciones.

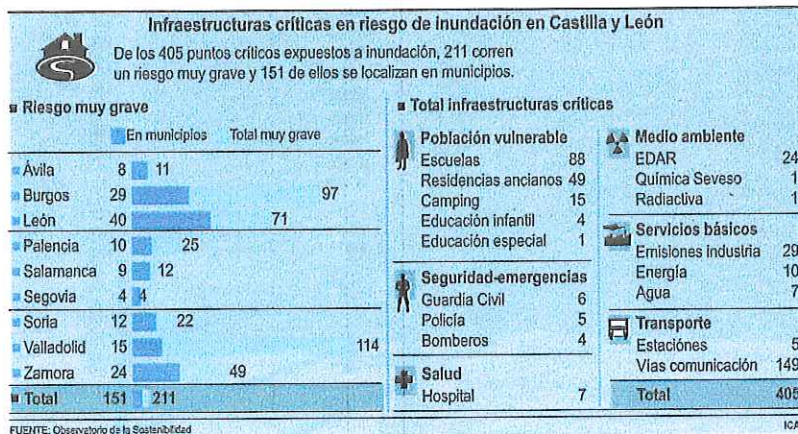
Un informe del Observatorio Sostenibilidad, al que tuvo acceso Ical, ha detectado 151 municipios en los que existen instalaciones en riesgo muy grave a 500 años, que sería el escenario más alejado: «Pero es que la Dana del año pasado en Valencia superó la línea de 500 años y afectó a 16.000 personas más que la anteriormente peor. Este escenario que planteamos es mejor que el año pasado. No es probable, pero puede pasar dos años seguidos», alerta el doctor en Ecología y director del Observatorio, Fernando Prieto.

Entre las infraestructuras críticas en la Comunidad se encuentran 93 colegios (cuatro de ellos guarderías y otro más de Educación Especial), 49 residencias de ancianos y hasta siete hospitales. También, una quinena de campings, un sector que no olvida la tragedia de Biescas (Huesca), que dejó 87 fallecidos.

Además, se suman 15 instalaciones que «deben velar por la seguridad y las emergencias», como seis cuarteles de la Guardia Civil, cinco de Policía Local o Nacional y cuatro de Bomberos. «Si quienes nos tienen que ayudar y sacar de una emergencia la sufren ellos también...», sentencia.

En materia medioambiental estarían amenazadas hasta 24 estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR), e incluso una industria química en Miranda de Ebro (Burgos), afectada por la Directiva Seveso, que presentan elevado riesgo de contaminación por radioactividad o residuos tóxicos y peligrosos; y una instalación radioactiva más, en este caso en el Hospital Campo Grande de Valladolid, ambas también con riesgo muy grave.

Si el informe profundiza en los servicios, contabiliza 29 puntos de emisiones industriales, tales como grandes industrias, la planta de Azúcar en Miranda de Ebro, Michelin, en Valladolid, granjas y explotaciones ganaderas, así como una decena de espacios vinculados a la prestación de energía, como gasolineras e instala-



ciones eléctricas e hidroeléctricas. Igualmente, hay otras siete infraestructuras hidráulicas. Por último, estarían amenazadas, a 500 años, 149 vías de comunicación, entre carreteras y ferrocarril, y cinco estaciones, de las que tres parten de una situación muy grave: la de tren de Santa María de Huerta (Soria) y las estaciones de tren y bus de Valladolid capital.

LAS MÁS AFECTADAS

Valladolid y Burgos son las provincias más afectadas en este sentido. Así, son solo 15 municipios en la primera de ellas que aglutinan hasta 114 instalaciones con riesgo muy grave de sufrir inundaciones, entre los que se encuentran el camping de Tordesillas, una veintena de residencias de ancianos, la mayor parte de ellas en la capital, pero también en Medina del Campo, Medina de Rioseco y Simancas; medio centenar de centros educativos, todos ellos en el corredor del río Pisuerga, principalmente en la ciudad vallisoletana.

También riesgo grave se encuentran, entre otros, los parques de bomberos de Medina de Rioseco y Tordesillas, así como la central en la capital, donde también se encuentran en la lista dos comisarías de Policía Municipal. También el Hospital Clínico y el Campo Grande. También, tres EDAR en Valladolid, Tordesillas y Viana de Cega y varias carreteras secundarias, aunque ninguna como muy grave. En ciudades como Valladolid, expone Prieto, «la gente de menor renta vive en zonas más inundables», algo que no ocurre, por ejemplo, en Málaga.

En Burgos son 97 infraestructuras en 29 municipios, con dos campings en Frías y Medina de Pomar, una decena de residencias, seis centros escolares en la capital y en el valle del Arlanza. También muy grave es el riesgo en la Comandancia de la

Guardia Civil y en los puestos de Miranda de Ebro, Oña y Pancorbo; y los de Policía Nacional y Local de Miranda. En la misma situación se encuentra el Hospital Recoletas, en la capital, así como ocho EDAR en la provincia, varias empresas y carreteras.

«Las administraciones deberían ponerse las pilas e incluir estos territorios. La Guardia Civil nos compró el informe por su interés, pero también administraciones autonómicas por la afección a hospitales, colegios y residencias de ancianos», comenta Prieto, quien apela a que los camping «se pueden cambiar de sitio», pero el resto no, con lo que abogó por un instrumento «de alerta temprana para que la gente se vaya rápidamente, salga de esas zonas cuando pueda suceder, y existan protocolos para saber qué hacer», señaló.

Así, sostuvo que sería interesante «estudiar hasta dónde llegaría el nivel de agua en estos lugares y en qué momento puede suceder», y trabajar para que los ríos «lleguen con menos fuerza a la parte inundable, con lo que habría que construir meandros más grandes, donde el agua filtre».

En el resto de provincias, las zonas de más riesgo se concentran en áreas concretas. Es el caso de León, donde hay 40 municipios en esta situación, con 71 infraestructuras en riesgo. Entre ellas, dos residencias de ancianos en Bemibre y Cacabelos; dos centros escolares en Benavides de Orbigo y La Pola de Gordón; cuatro EDAR; así como varias carreteras secundarias.

En Zamora, son 49 instalaciones en 24 municipios, entre las que destacan una residencia de ancianos en la capital, seis centros educativos, todos ellos en la ciudad, excepto uno, en Santa Cristina de la Polvorosa, localidad donde también está amenazada la EDAR, junto a la de Benavente, así como dos empresas del entorno de esta pobla-

ción, y carreteras como la ZA-30, en Almeida de Sayago; la ZA-P-2222, en Fariza, y la ZA-302, en El Cubo de Tierra del Vino, donde también está incluido el paso de las vías del ferrocarril.

Con riesgo muy grave hay 25 infraestructuras en una decena de municipios de Palencia, con cinco residencias de ancianos en la capital y en Saldafia, tres centros escolares en la ciudad y dos en Villamuriel de Cerrato y la EDAR de Cervera de Pisuerga y Palencia. Otras 22 instalaciones ubicadas en 12 localidades de Soria, tales como las residencias de Arcos de Jalón, El Burgo de Osma y San Esteban de Gormaz, población en la que también se incluye en la lista su instituto de Educación Secundaria. También las estaciones depuradoras de aguas residuales de Ágreda y Vinuesa y la estación de ferrocarril de Santa María de Huerta.

En Salamanca, el informe incluye 12 infraestructuras ubicadas en nueve municipios, como son los camping de Ciudad Rodrigo y Sotoserrano, una escuela infantil de la población miobrigense, una empresa de emisiones industriales en Dofinos de Salamanca, así como cuatro vías secundarias, también con riesgo muy grave, en las poblaciones de La Maya, Miranda de Azán, Morasverdes y Puebla de Yeltes.

En Ávila, son once instalaciones en ocho municipios, como el camping de Navalunga, una residencia en la capital, la EDAR de El Barco de Ávila, así como la carretera N-403, a su paso por la ciudad amurallada, y la AV-110, sobre el río Tormes, en El Barco. Por último, se contabilizan únicamente cuatro puntos en riesgo muy grave en otras tantas localidades de la provincia de Segovia. Se trata de la residencia de anciano de Mozoncillo, además de las carreteras SG-V-3122, en Montañares de Biesma, SG-232, en Muñopedro, y V-2113, en Cantimpalos.

El día de Reyes deja nueve heridos en tres accidentes en Ávila y Zamora

VALLADOLID. El día de Reyes ha dejado un balance de nueve heridos en las carreteras de Castilla y León. Siete personas resultaron heridas en Ávila y Mingorría. Mientras que en Benavente un choque de un coche contra una farola dejó dos heridos.

El primer siniestro se produjo poco antes de las 03:24 horas, cuando el 112 fue informado de la salida de vía y vuelco de un turismo en el kilómetro 3 de la AV-500, en Ávila, donde varias personas resultaron heridas y se encontraban en el interior.

Desde la sala se dió cuenta a la Guardia Civil de Tráfico de Ávila, a los Bomberos, a la Policía Local, al Cuerpo Nacional de Policía y a Emergencias Sanitarias -Sacyl-, que ha desplazado una UVI móvil.

Minutos más tarde los alertantes indicaban que habían logrado salir todos los ocupantes del vehículo.

En la localidad abulense, el suceso se produjo en torno a las 17:01 horas, cuando el 112 informó de un choque entre dos turismos en el kilómetro 148 de la N-403, en Mingorría, sentido Ávila, donde un varón de unos 45 años resultó herido. Se dió aviso a Tráfico de Ávila, a los Bomberos de Ávila y a Sacyl, que ha movilizó recursos al lugar.

En el lugar, el personal sanitario atendió finalmente a tres personas, un varón de 40 años trasladado en UVI móvil al Complejo Asistencial de Ávila y un varón de 35 y una mujer de 33, quienes fueron evacuados en ambulancia soporte vital básico al mismo centro asistencial.

Así mismo, Dos personas resultaron heridas en la localidad zamorana de Benavente. El suceso se producía minutos antes de las 08:30 horas, cuando el 112 informó de la salida de vía de turismo que colisionó contra una farola a la altura del número 213 de la Avenida Federico Silva, en Benavente, donde al menos una persona había resultado herida y se hallaba en el interior.

Se dió aviso la policía local de Benavente, a CNP a los Bomberos de Benavente, que minutos más tarde confirmaron que finalmente no fue necesaria su presencia, y a Sacyl, que ha movilizó una ambulancia soporte vital básico. Sacyl ha atendido a dos personas, una mujer de 23 años y un varón de 30 que han sido trasladados en ambulancia soporte vital básico al Hospital de Benavente.

CASTILLA Y LEÓN



Acceso a la residencia de la Junta de Fuentas Blancas, donde una de las afectadas sacó la plaza a la que la Administración le obligó a renunciar. I.L.R.

El TSJ ampara a tres enfermeras a las que la Junta negó la excedencia para cursar el EIR

El fallo reconoce que la excedencia por incompatibilidad es un derecho laboral aunque no figure en el convenio / Las afectadas perdieron su destino al verse obligadas a renunciar a la plaza

LAURA BRIONES burgos El Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (TSJCyL) ha reconocido el derecho de dos enfermeras burgalesas y una tercera de Valladolid a acogerse a una excedencia voluntaria por incompatibilidad mientras realizaban la formación sanitaria especializada (EIR), después de que la Junta de Castilla y León se la denegara al no estar contemplada en el convenio colectivo del personal laboral.

La sentencia pone fin a un largo proceso judicial iniciado hace más de dos años y da la razón a las profesionales, representadas en el litigio por el sindicato SATSE, al considerar que la excedencia es un derecho ligado al contrato de trabajo y que existe una incompatibilidad real entre el desempeño del puesto y la realización del EIR.

Mónica Dueñas, enfermera burgalesa afectada, lamenta lo prolongado del proceso que vivía con «mucha rabia», pese a la satisfacción final de haber ganado en los tribunales. Y es que la victoria llega «tras haber tenido que renunciar inicialmente a una plaza que me había costado mucho sacar», lamenta, para destacar que la Administración regional ha recurrido cada pronunciamiento a favor

de las denunciadas, que recibían el apoyo de la justicia en cada instancia, lo que ha prolongado su desenlace más de lo deseado.

El conflicto se remonta a 2022, cuando, por fin, se resolvió un proceso selectivo de personal laboral para la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León convocado en 2019. En ese momento, varias enfermeras que habían aprobado la oposición se encontraban realizando el EIR, una formación especializada equivalente al MIR en Medicina, a la que se accede tras superar un examen nacional, «que tiene una duración de dos años y requiere dedicación exclusiva», detalla Dueñas.

En el ámbito del personal estatutario sanitario, esta situación se resuelve habitualmente mediante la concesión de una excedencia o situación de servicios especiales hasta la finalización del periodo formativo. Sin embargo, en el caso del personal laboral de la Junta, el convenio colectivo no contemplaba esa posibilidad. Cuando llegó el momento de tomar posesión de la plaza, en enero de 2023, la Gerencia de Servicios Sociales denegó cualquier tipo de excedencia o compatibilidad. «Nos pusieron entre la espada y la pared: o de-

jábamos el EIR o renunciábamos a la plaza», recuerda Dueñas, que en su caso cursaba la especialidad de Enfermería de Familia y Comunitaria.

De las seis enfermeras afectadas en Castilla y León -tres de ellas en Burgos, Dueñas con plaza en la residencia de Fuentas Blancas y dos más con ubicación en Miranda-, tres optaron por incorporarse al puesto y abandonar la especialidad, mientras que las otras tres, entre ellas Mónica, renunciaron a la plaza para poder continuar con el EIR.

Con el respaldo de SATSE, las profesionales iniciaron una batalla legal tras remitir, en vano, varios escritos a distintos departamentos e instituciones reclamando una solución a su caso. La sentencia del TSJCyL a su favor se apoya en doctrina del Tribunal Constitucional y del Tribunal de Justicia de la Unión Europea y reconoce que la excedencia voluntaria por incompatibilidad debe prevalecer aunque no esté expresamente recogida en el convenio.

En el caso de Burgos, la Junta ya ha ejecutado la sentencia y ha concedido la excedencia a las dos enfermeras afectadas. Sin embargo, la resolución no devuelve a las pro-

fesionales a la situación en la que deberían haber estado desde el inicio. Al haberse concedido la excedencia de forma tardía, las enfermeras conservan la plaza en propiedad, pero han perdido el destino concreto que obtuvieron en el proceso selectivo.

«Ahora tengo una plaza que es mía, que me he ganado, pero sin destino. Da mucha rabia, porque todo esto se podía haber evitado», lamenta Mónica Dueñas. En su caso, logró posteriormente una plaza como personal estatutario en otra comunidad y tras trasladarla a Castilla y León actualmente trabaja en ese puesto, una vez finalizado el EIR, pero insiste en la importancia de mantener el derecho sobre la plaza laboral de la Junta: «Nunca sabes dónde te va a llevar la vida profesional dentro de diez o quince años».

De hecho, el conflicto no está completamente resuelto, pues el convenio colectivo del personal laboral de la Junta de Castilla y León no se ha modificado en el sentido de la sentencia, por lo que futuras situaciones similares podrían volver a producirse. El Procurador del Común ha instado en varias ocasiones a la Administración autonómica a cambiar el articulado.

Refuerzo a la cooperación con Portugal tras 15 años de paréntesis

VALLADOLID

La Junta trabaja en el refuerzo de la cooperación con el Norte de Portugal con motivo de las reuniones de los Comités Sectoriales Norcyl celebradas el pasado mes de diciembre en el Instituto Politécnico de Bragança, un encuentro de carácter estratégico que no se producía desde hacía más de quince años, y que supone un nuevo impulso a la cooperación transfronteriza entre ambos territorios. La Consejería de la Presidencia, como departamento responsable de las relaciones institucionales entre la región y Portugal, ha coordinado su participación en estas reuniones, concebidas como una primera toma de contacto de carácter exploratorio para identificar necesidades comunes, posibles proyectos y actividades conjuntas, y aprovechar las sinergias existentes a ambos lados de la frontera. Este nuevo impulso a la colaboración se produce tras la celebración en julio de la V Sesión Plenaria de la Comunidad de Trabajo Castilla y León - Región Norte de Portugal, informa Europa Press.

Ayudas de 1M€ para incorporar socios en cooperativas y sociedades

VALLADOLID

La Consejería de Industria, Comercio y Empleo resolvió la convocatoria de las ayudas destinadas a fortalecer el tejido empresarial colectivo en Castilla y León a través del apoyo a las inversiones y a la incorporación de socios en las cooperativas y sociedades laborales de la Comunidad. Las subvenciones concedidas, correspondientes a la convocatoria de 2025, alcanzan en su conjunto 1.007,583 euros y permitirán cofinanciar proyectos de crecimiento en 114 entidades, contribuyendo a la mejora de su competitividad y a la creación de empleo estable.

El apoyo económico de la Junta busca impulsar la modernización de estas empresas y mejorar su competitividad para favorecer su consolidación y su capacidad de generar empleo. En este sentido, se cofinancian tanto los activos adquiridos como la incorporación de nuevos socios trabajadores o de trabajo, informa Europa Press.

LOS BENEFICIOS CARDÍACOS SE VAN AL DEJAR LOS FÁRMACOS ANTIPOBESIDAD

Más allá de recuperar peso. Quienes dejan los GLP-1 vuelven al estado de salud previo casi un año y medio después. "Esto refleja que la obesidad requiere un abordaje crónico"

Por Pilar Pérez (Madrid)

N o solo hay un efecto rebote cuando los pacientes dejan los fármacos antiobesidad —tanto los recientes denominados familia Ozempic (los GLP) como los anteriores. También se pierden los beneficios que aportan a la salud del corazón: una tensión arterial controlada, bajos niveles de colesterol y una mejor situación de la diabetes, según concluye un metaanálisis publicado hoy en la revista *British Medical Journal*.

A Diego Bellido, jefe de la sección de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), esto le parece «normal», porque viene a subrayar la idea que defienden desde la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Seedo): «La obesidad es una patología crónica que requiere un tratamiento como tal». El artículo pone de manifiesto que «los beneficios dependen de la presencia del fármaco; si se retira, el cuerpo tiende a recuperar su estado anterior rápidamente». Este dato cobra más relevancia si se tiene en cuenta que se estima que el 50% de las personas los dejan antes de cumplir un año.

¿A qué escenario vuelven los pacientes? El abandono de estos fármacos (especialmente los más nuevos como semaglutida y tirzepatida, más conocidos como Wegovy y Mounjaro) provoca una recuperación de peso más rápida que con otros métodos, como los programas de cambio de comportamiento. El peso perdido suele recuperarse por completo en una media de 1,5 a 1,7 años, apunta el análisis.

Más allá del efecto rebote la «mala» salud también vuelve. Tras la interrupción, la presión arterial sistólica aumenta a un ritmo mensual de 0,5 mmHg, mientras

que la diastólica lo hace en 0,2 mmHg. Se proyecta que ambos valores regresen a sus niveles (perjudiciales) iniciales en una ventana temporal de entre 1 y 1,4 años.

Los niveles de colesterol total y triglicéridos, que suelen bajar con la medicación, comienzan a subir mensualmente (0,05 mmol/L y 0,03 mmol/L respectivamente) hasta volver al punto de partida antes del año. También se observa un incremento mensual de la glucosa en ayunas (0,06 mmol/L) y de la hemoglobina glucosilada (0,05 mmol/mol). Todo esto supone la pérdida de mejoras de factores críticos para el corazón.

Junto al artículo hay un editorial escrito por Qi Sun, profesor de la Facultad de Medicina de Harvard (Boston) que subraya que eliminar el exceso de peso no solo es reducir



Un endocrino sujeta un inyector de un fármaco GLP-1 que se emplea contra la obesidad. GOGO LOBATO

un número de kilos, sino «promover numerosos beneficios para la salud». Por eso, argumenta que «las prácticas alimentarias y de estilo de vida saludables deben seguir siendo la base del tratamiento y el control de la obesidad, y los medicamentos como los agonistas del receptor GLP-1 deben utilizarse como complementos». Al hilo de esta última idea, Sun duda de que la familia Ozempic sea la cura perfecta para la obesidad: «Más que buenos fármacos urgen medidas de salud pública para acceder a una alimentación saludable».

Un sanitario realiza una extracción de sangre a un paciente. KALAM PHOTO / SHUTTERSTOCK



VOX POPULI



MERCÈ BOADA

Avance para detectar el alzhéimer

◆ Neuróloga y cofundadora de Ace Alzheimer Centre, es una de las principales investigadoras de un estudio internacional que ha logrado validar la detección del alzhéimer mediante una gota de sangre, en una prueba similar a la que se hace en bebés con el test del talón.

INNOVACIÓN MÉDICA

LAS PISTAS DEL ALZHEIMER EN UNA GOTA DE SANGRE

Diagnóstico. Un equipo europeo diseña una prueba a través de muestras de sangre seca, como en el test del talón de los bebés

Por Pilar Pérez (Madrid)

H ace tiempo que los científicos buscan cómo detectar el alzhéimer en sangre. Una fórmula que les permita encontrar pistas clave en el torrente sanguíneo y adelantarse a la neurodegeneración. Ya hay proteínas que alertan de ello y se convierten en biomarcadores, como la p-tau217 y la GFAP.

La sofisticación llega ahora con un nuevo método: muestras de sangre seca obtenidas mediante un pinchazo en el dedo pueden utilizarse para ver los signos clave de la enfermedad. Un método similar que ya se emplea en la prueba del talón en los recién nacidos. Según un artículo publicado en *Nature Medicine*, este enfoque podría facilitar el diagnóstico y hacerlo menos invasivo, además de facilitar las pruebas donde los métodos tradicionales son de difícil acceso.

Los niveles de la proteína p-tau217 detectados en la yema del dedo alcanzan hasta un 86% de precisión

Normalmente las huellas que va dejando la enfermedad en el cerebro se confirman mediante escáneres cerebrales o análisis del líquido cefalorraquídeo, que son invasivos y costosos. Aunque una analítica es mucho más sencilla que estos procesos, persisten obstáculos prácticos, como la forma de manipular y almacenar las muestras y la disponibilidad de personal cualificado para extraerlas.

Ahora, un equipo internacional de cinco países, Suecia, Reino Unido, Italia, Dinamarca y España ha validado con éxito un nuevo método para detectar la enfermedad de Alzheimer utilizando unas gotas de sangre obtenidas de la yema del dedo y secadas en una tarjeta, que se pueden enviar vía postal sin requisitos específicos. En representación de nuestro país estuvo-

ron implicados los grupos de Mercè Boada, neuróloga cofundadora de Ace Alzheimer Centre, y Daniel Alcolea, investigador en la Unidad de Memoria de Sant Pau. Cabe destacar también que la mitad de los voluntarios procedía de España, 164 de 337 del total, divididos en dos grupos diferenciados: 133 estaban bajo investigación por quejas cognitivas a través de Ace Alzheimer Centre y 31 con síndrome de Down reclutados a través de la unidad Sant Pau.

Los autores descubrieron que los niveles de p-tau217 en las muestras obtenidas mediante punción digital coincidían en gran medida con los resultados de los análisis de sangre estándar y permitían identificar cambios relacionados con la demencia en el líquido cefalorraquídeo con una precisión del 86%. Alcolea apunta que «el método permite detectar la patología amiloide con buena precisión a través de la medición de p-tau217». También se evaluaron con éxito otros dos marcadores, GFAP y NFL, que mostraron una gran coincidencia con las pruebas tradicionales. Otra de las ventajas que señalan es el hallazgo de que los participantes podían obtener las muestras de sangre por sí mismos, sin la ayuda del personal del estudio.

A este método le queda aún tiempo para llegar a las consultas. El investigador de Sant Pau expone que «aunque el método es prometedor, no puede afirmarse aún que sea suficientemente sensible para captar cambios muy sutiles en individuos completamente asintomáticos». Por eso, mientras se afinan estos detalles, Alcolea recomienda que se emplee «en la detección de patología ya establecida o para el cribado en contextos de riesgo aumentado». Con estos resultados sugieren que el sencillo método apunta a la necesidad de nuevos estudios a gran escala y las pruebas a distancia, incluso para las personas con síndrome de Down, que corren un mayor riesgo de desarrollar la neurodegeneración.

Consenso en busca de un futuro para el Virgen del Mirón

El Ayuntamiento de Soria reúne, sin la Junta, a colectivos sanitarios y sindicatos

J.S. SORIA

El Ayuntamiento de Soria, a convocatoria del equipo de Gobierno del PSOE, celebró en la tarde de ayer la primera cita de la denominada Mesa por la Sanidad que reunió a sindicatos, colegios profesionales y colectivos sanitarios. El objetivo general es la situación sanitaria de la provincia y en particular la búsqueda de un acuerdo que defina el futuro del Hospital Virgen del Mirón.

Cabe recordar que la mesa por el Mirón fue un acuerdo alcanzado entre el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco con el alcalde de Soria, Carlos Martínez. A mediados de diciembre se celebró un encuentro en el que participaron representantes de la Junta en Soria y una delegación municipal. Esa reunión fue duramente criticada por el Ayuntamiento por la ausencia de los colectivos sanitarios y el encuentro de ayer 'buscaba' cubrir ese vacío, según detalló el propio alcalde en la mañana de ayer. «Hacer lo que no hacen otros y que se ha truncado por la falta de voluntad del Ejecutivo autonómico», explicó.

El encuentro fue una primera toma de contacto en la que, según fuentes cercanas al encuentro, se mostró la buena disposición de los asistentes a dar continuidad a este tipo de reuniones. También hay posiciones coincidentes en la necesidad de trabajar para el futuro del Mirón con la

participación de los profesionales del sector. Martínez Mínguez, que estuvo presente en la cita, avanzó que el objetivo final es elaborar «un documento consensuado que sirva de base para constituir una mesa estable de diálogo y propuestas». El regidor señaló que esta iniciativa busca dar voz al conjunto de los profesionales y de la sociedad soriana ante la falta de avances por parte de la Junta de Castilla y León en el desarrollo



La mesa de la Sanidad convocada por el PSOE con Carlos Martínez. HDS

del proyecto para el Mirón. La Mesa del Mirón pretende convertirse en una herramienta de trabajo y consenso para garantizar un futuro claro, viable y digno para el hospital.

«Algo que llevamos esperando desde hace muchísimo tiempo y que por la desidia de algunos se ha truncado y lo vamos a hacer desde el Ayuntamiento». El documento que salga de esta mesase ampliará posteriormente con la participación de las asociacio-

nes vecinales y otros agentes sociales, con el fin de reforzar el respaldo ciudadano a las reivindicaciones sobre la sanidad pública en Soria.

Desde el Ejecutivo autonómico se ha asegurado, por parte de diferentes representantes, que la intención es mantener el centro sanitario abierto y como espacio complementario del Santa Bárbara. En el último proyecto de presupuestos, turnado en Cortes, se consignaba una partida de 750.000 euros.

nes vecinales y otros agentes sociales, con el fin de reforzar el respaldo ciudadano a las reivindicaciones sobre la sanidad pública en Soria.

Desde el Ejecutivo autonómico se ha asegurado, por parte de diferentes representantes, que la intención es mantener el centro sanitario abierto y como espacio complementario del Santa Bárbara. En el último proyecto de presupuestos, turnado en Cortes, se consignaba una partida de 750.000 euros.

DICIEMBRE 2025

SORIANoticias.com 35

TU ESTILO



Glaucoma

¿Qué es el glaucoma?

Es una enfermedad de nervio óptico, irreversible, de origen diverso y asociado de forma importante a la hipertensión intraocular, aunque no exclusivamente a ésta, ya que el 45% de los glaucomas diagnosticados lo padecen pacientes con tensiones normales.

¿Qué es la hipertensión intraocular?

Cuando se produce un desequilibrio entre la producción del humor acuoso, que está dentro del ojo, y la eliminación

de éste, la tensión intraocular experimenta cambios. Imaginemos una piscina en la que continuamente entra agua; si no hubiera un sistema de eliminación de ésta, se desbordaría irremediablemente.

Al aumentar la tensión intraocular el tratamiento de primera elección es farmacológico. Los medicamentos utilizados reducen el flujo de agua que entra en el ojo (piscina) y otras veces aceleran la eliminación de ésta, siendo usados de forma combinada en muchos casos cuando no se logra un equilibrio óptimo.

Normalmente, la tensión varía a lo largo del día, siendo valores normales aquellos comprendidos entre 10 y 21 mmHg.

Se habla de hipertensión intraocular cuando la producción de humor acuoso es mayor que la eliminación de éste y supera los 23 mmHg.

Es importante, al tomar la PIO, tener en cuenta el espesor corneal central, ya que las corneas con mayor espesor arrojan valores más altos. ¿Cuáles son los síntomas del glaucoma?

La mayoría de los glaucomas son asintomáticos, es decir, no existe dolor físico ni molestias que alerten de esta patología (GPAA o glaucoma crónico simple).

Tan solo en algunos casos relacionados con procesos inflamatorios del globo ocular, como la uveítis anterior, infecciones víricas, enfermedades sistémicas autoinmunes y síndromes diversos, aparecen molestias importantes como percepción de halos, fotofobia, midriasis o dilatación pupilar, vómitos, mareos..., que alertan de forma inequívoca al paciente sobre la presencia de un

episodio agudo de glaucoma. Estos casos, cuando ocurren, suelen ser esporádicos y poco frecuentes.

Desde el punto de vista sensorial y perceptivo, el glaucoma en fases iniciales no muestra síntomas, pero a medida que progresa afecta a la visión periférica y avanza hacia la zona central hasta anular la visión, ya en estadios muy avanzados. Así pues, es una enfermedad compleja de detectar al principio, ya que la pérdida de visión periférica es difícil de medir. Generalmente, en las consultas de optometría se valora la agudeza visual central, es decir, la que se obtiene en la zona más sensible de la retina, que es la última que se ve afectada; de ahí su problemática, ya que puede pasar inadvertida.

¿Qué otros factores predisponen a padecer glaucoma?

Además de la hipertensión intraocular, la edad es otro factor importante; entre el 1 y el 3% de la población mayor de 40 años padece glaucoma, llegando a multiplicarse por 6 por encima de los 70 años.

La diabetes, la hipertensión arterial, la miopía e hiperme-

tropía alta, las enfermedades cardiovasculares y los antecedentes familiares, figuran como factores predisponentes.

¿Cuáles son las medidas más importantes para detectar precozmente el glaucoma?

La realización de un fondo de ojo es la forma tradicional para detectar el glaucoma, siempre realizada bajo dilatación pupilar por un especialista en oftalmología. Actualmente, los avances tecnológicos permiten también realizar pruebas con instrumentos de alta precisión, para la detección de la mayoría de las enfermedades oculares en fases muy incipientes y sin necesidad de utilizar fármacos, siendo esto lo que ha permitido la creación de UP Retina-Multiópticas Monreal.

UP Retina es una de las primeras plataformas formada por optometristas y oftalmólogos, de la que Multiópticas Monreal forma parte, con el objetivo de descubrir precozmente las enfermedades de la retina más invalidantes que derivan en ceguera, entre ellas el glaucoma, que derivan en ceguera, entre ellas el glaucoma.



ALBERTO REY

AMY SCHUMER OTRA 'GORDA TRAICIONERA' QUE DESMIENTE EL 'BODY POSITIVE'

El cantante Jason Bradley DeFord, más conocido como Jelly Roll, ha expuesto públicamente su proceso de pérdida de peso. De mucho peso. DeFord, muy popular en EEUU, en principio no ha recurrido a ningún medicamento adelgazante para conseguirlo. Ni el Ozempic ni ninguna otra versión de la semaglutida han tenido nada que ver. A Jelly Roll le preocupaba que el revolucionario fármaco afectase a su voz, un efecto secundario que se ha descrito con cierta frecuencia, así que decidió no inyectárselo. Tampoco ha vendido su increíble transformación física con esas tres palabras en el titular. Nada de paparruchas de superación personal, epifanías en la sala de pesas del gimnasio (hola, Chris Pratt) ni *six-pack* como sinónimo de triunfar en la vida.

Jelly Roll es crudo y sincero: su vida corría peligro. Se abre así el melón más duro del movimiento *body positive*: todos los cuerpos son válidos, sí, pero no todos están sanos. Debemos respetar a la gente pese lo que pese, pero es ridículo vitorear a los que, desde posiciones cerriles y *delulu*, aseguran que estar gordo es estar sano y viva la gordura.

El 'body positive' fue una buenísima idea que se nos fue de las manos

En las fotos en bikini se ve a Amy encantada y orgullosa

Jelly Roll sabe que eso no es verdad. Y Kelly Osbourne. Y Amy Schumer. Y James Corden. Y Lizzo. Y yo. Menos el primero y el último, todos han reconocido haber utilizado Ozempic u otros agonistas del receptor GLP-1 para quitarse (muchos) kilos de encima. Casi nadie ha habla-

do en profundidad de sus efectos secundarios. Tampoco de sus intentos previos (e infructuosos) de perder peso, algo a lo que seguramente nadie del listado anterior es ajeno. Porque eso, al contrario que una "increíble transformación física", es un fracaso. Y quién quiere hablar de fracaso, cuanto más en Hollywood.

Por otro lado, lo de adelgazar ha sido siempre fuente de historias, unas oficiales y otras apócrifas, de lo más graciosas: Oprah Winfrey contratando a un vigilante de seguridad que le impidiese el acceso a su propia despensa (apócrifa), Karl Lagerfeld sometiendo a una dieta absurda para caber en los trajes que diseñaba Hedi Slimane para Dior (oficial) o las salvajadas de los actores (hola, Christian Bale) para cambiar de cuerpo radicalmente de una película a otra. Menos tirón han tenido declaraciones como las de Zac Efron, que definió como un infierno el mantenimiento del hiper-musculado físico que lucía en *Los vigilantes de la playa*, una película espantosa en la que hasta la abuela marca abdominales.

Una de las derivadas más perversas del *body positive* es esa que convierte en reivindicación lo que debería ser una advertencia: ¡estar gordo es lo más! Confundiendo el respeto a las personas con la negación de la realidad, bajo el paraguas del *body positive* se dicen estas barbaridades y, sobre todo, se niega la evidencia. La paradoja del gordo metabólicamente sano y las pruebas de que el índice de masa corporal (el famoso IMC) a veces no significa nada se han sacado de quicio, como si fuesen la norma y no excepciones. Yo mismo, que puedo hablar en primera persona de ambas cosas, jamás me atrevería a decirle a alguien que confíe ciegamente en que su sobrepeso no sea peligroso. Eso, por cierto, no tiene nada que ver con denigrar a alguien por su talla. Una cosa es gritar "¡gorda!" por la calle y otra cosa es decir "claro que sí, guapi, tú sí que sabes", cuando esa gorda te asegura estar en su mejor momento.



Amy Schumer antes y después de adelgazar. GTRES/IG

Hay que intentar no ser esa gorda. También hay que tener cuidado con no caer en eso que la genial (y también muy paradójica) Esty Quesada definió como "gorda traicionera". A grandes rasgos: entrar en el *body positive* hasta que encuentras tu manera de adelgazar y no necesitarlo como escudo. Algunos adelgazados célebres responden a ese perfil. En vez de celebrar el Ozempic o abrazar sus propias contradicciones, retuercen el discurso para poder tenerlo todo: ser gordo es lo mejor, adelgazo por salud, quiero ponerme un vestido de la talla 36, quíete como eres,

cámbiate si puedes, ama a quien no adelgaza pero aplaude (que es más que amar, no nos engañemos) a quien sí lo hace.

En una de sus últimas publicaciones en Instagram, Amy Schumer luce trajes de baño de Eres, una marca de lujo que no suele ofrecer sus productos en tallas grandes. Ozempic mediante, Schumer ahora no sólo tiene el dinero para comprar bikinis de Eres, sino también un cuerpo que cabe en ellos. En las fotos se la ve encantada y orgullosa.

Me resulta facilísimo identificarme con ella, con su alegría y

con su exhibicionismo, ahora no cómico, sino aspiracional.

Amy Schumer sí ha hablado de los efectos secundarios de su tratamiento con semaglutida. Porque estos existen, aunque todavía no haya pasado suficiente tiempo para parametrizarlos con precisión. Los efectos secundarios, a corto, medio y largo plazo, que sí están muy estudiados, son los de la obesidad. Y exceden muy de largo a los que podemos asegurar del Ozempic y similares.

Es hora de admitir que lo del *body positive* fue una buenísima idea que se nos fue de las manos. Como a mí los hidratos en las cenas.

CÓMO SOBREVIVIR AL SUICIDIO DE TU HIJA: "TE LEVANTAS Y LO PRIMERO QUE PIENSAS ES QUÉ ES LO QUE NO VI"

Encuentros impares. Carlos Soto perdió a Ariadna en 2015 cuando esta tenía 18 años. Mercedes Navío es médico psiquiatra y responsable de la Oficina de Salud Mental de Madrid. En un país con 11 suicidios al día, aquí hablan del estigma, de la prevención y de la esperanza. "La culpa no se nos va a quitar nunca"

Por Pedro Simón. Fotografías de Sergio González Valero

Ariadna Soto Ramos le gustaba tocar instrumentos musicales, ir al cine, leer, dibujar, salir al campo y sonreír, claro. Sonreír era algo que hacía con facilidad y que vemos en aquellas fotos donde también saca la lengua. Cada vez que lo hacía en casa, la alegría funcionaba como un ruidoso arcabuz. Acababa de estrenar su mayoría de edad, tenía unos hermosos ojos de color azul claro y le encantaba estudiar. ¿Qué más se puede decir? Que el 24 de enero de 2015 se suicidó —se puede decir—, que se apagó la luz en el salón familiar y que también se hizo un poco el silencio.

Y aquí estamos, tanto tiempo después, haciendo ruido, surco y recuento: hoy es día 11. Once años han pasado de su muerte. Once personas se suicidan cada día en España.

Mercedes Navío es médico psiquiatra y responsable de la Oficina de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid desde 2018.

Carlos Soto es el padre de Ariadna. Junto a su mujer, Olga, dirige grupos de autoayuda con supervivientes del suicidio en los que hablan y hablan y hablan y hablan y hablan y hablan para que lo que le pasó a su hija única prevenga lo innombrable.

Hay una siembra generosa ahí. Una cosecha indecible. Una tierra que remover y que abonar.

Parafraseando al escritor Gueorgui Gospodínov en su libro *El jardinero y la muerte*, Carlos también podría decir con un orgullo conmovedor: «Mi hija era jardinera. Ahora es jardín». Pregunta. ¿Qué le ocurrió a tu hija?

Carlos Soto. Se suicidó el 24 de enero de 2015. Ariadna era muy buena estudiante. Un día llegó y dijo: «No sé qué me pasa que no puedo estudiar». Aquello fue un drama porque a ella le gustaba mucho

"Hemos vivido décadas con el silencio: la cultura del tabú en torno al suicidio y la salud mental destroza vidas. Lo que no se habla produce dolor"



14 | SOCIEDAD

➔ aprender... Ahora intuimos que fue una forma de pedir ayuda, pero vete tú a saber. El caso es que, en ese momento, le preguntamos que si le podía ayudar un psicólogo. Nos dijo que sí. No sabíamos que no se estudiaba el suicidio en la carrera.

P. ¿No se estudiaba el suicidio en la carrera?

C. S. Ni ahora... Lo tienen que hacer por su cuenta... Entonces buscamos un profesional especializado. Se estableció un vínculo buenísimo entre los dos. Tenía 17 años. Era nuestra única hija. Al acabar las sesiones, el psicólogo hablaba con nosotros. Ariadna debió de pensar: «Si lo que yo le cuento al psicólogo se lo cuenta luego a mis padres, mejor no le cuento nada». Todo pasó en tres meses. Cumplió los 18. Siempre hablábamos mucho los tres. Seguramente, hasta le dijimos todo lo que no había que decir...

P. ¿Y qué no hay que decir en estos casos?

C. S. «No te preocupes». «Esto pasará». Recuerdo el último día que fue al psicólogo. Al volver, empecé a preguntarle: «¿No habrás pensado en hacerte daño, hija? ¿No habrás pensado en quitarte la vida? Porque a nosotros lo que nos importa es que seas feliz, si hay un problema de género, identidad, sexual, a nosotros eso nos da igual, lo que queremos es que estés bien... Si hay que buscar otro centro o cambiar de psicólogo, se hace». Ella me contestó: «Qué cosas tienes, se te ocurre cada cosa...». Pero ocurrió.

P. ¿Cómo está la salud mental de nuestros jóvenes?

Mercedes Navío. Los trastornos de la conducta alimentaria son de las patologías que más han crecido; también las conductas autolesivas. La pandemia supuso un cambio: puso la levadura en un fenómeno que ya estábamos advirtiendo. Tiene que ver con una generación que ha afrontado incertidumbres máximas en un momento clave como es la adolescencia, que es cuando estás empezando a construir tu propia identidad y eres especialmente dependiente de la mirada de los otros. La pandemia impuso la digitalización. Y esa digitalización intensifica determinados factores de riesgo: el acoso entre iguales, el ciberacoso, las conductas imitativas y los efectos contagio de lo que llamamos comunidades extremas (eso se ve en el trastorno de conducta alimentaria, donde hay quienes te enseñan, por ejemplo, cómo hacer restricciones mayores o lograr una purga)... Pues lo mismo sucede con las conductas imitativas con la autolesión. El fenómeno contagio se puede producir.

C. S. En el caso de mi hija, algo de lo que nos dimos cuenta con el tiempo estaba en sus fotos... Estaba más delgada y más triste. Pero, por entonces, al convivir con ella y verla a diario, no nos dimos cuenta... No dormía. Quisimos comprarle Dormidina. Ella dijo de ir al médico de cabecera. Seguramente fue otra petición de ayuda «A ver si el médico se da cuenta de lo que a mí me pasa, pero no». Le mandó directamente antidepresivos y ansiolíticos. Incluso le dijo: «Cuando te encuentres con un bajón, te tomas un Lorazepam». A mí me pareció bien. Porque era el médico. Y el médico es Dios. Hoy tengo mis dudas. Hace 11 años, el 90% de la población no sabía nada del suicidio. Del suicidio se ha empezado a hablar y a dar formación hace muy poco.

M. N. Hemos vivido décadas con el silencio. La cultura del tabú en torno al suicidio y la salud mental destrozaba vidas, porque de lo que no se habla termina provocando mucho dolor. Ahora bien, cuando se habla de una manera inadecuada, amarillista o ensalzadora en términos románticos del suicidio también se puede hacer mucho daño...

P. ¿En qué crees que falló el sistema?

C. S. El sistema médico no sé si falló, honestamente. Lo que sí falló es la esfera social. ¿Por qué la población no sabe lo que es de verdad una depresión? ¿Cómo ayudar a quien la sufre? Hoy se sigue diciendo: «Lo que tienes que hacer es irte con los amigos de cañas». «Échale un par de huevos y sal de la cama». Eso se lo siguen

“El suicidio es multifactorial, hablar de una sola causa es una simplificación. Eso solo facilita la búsqueda de un chivo expiatorio”



“A los supervivientes nos desaparecen algunos amigos y familia. Son esos que te dicen: ‘Me duele tanto tu dolor, que no puedo estar contigo’”

diciendo a la gente. Y los ves destrozados en sus casas sin que la gente tenga herramientas para ayudarlos. Deberíamos tenerlas todos y estar a su lado. Porque son nuestros vecinos. O nuestros sobrinos. O nuestros hijos.

M. N. El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. Atribuir un suicidio a una sola causa es una simplificación enorme. Y eso no ayuda a resolver los problemas, sino que facilita la búsqueda del chivo expiatorio. El problema de buscar ese chivo expiatorio es que no resuelve el problema y aumenta la culpa. Y la culpa no es la responsabilidad. Porque la corresponsabilidad es lo que nos permite mejorar... En salud mental las personas se nos mueren mayoritariamente de suicidio. Es la primera causa de mortalidad específica en salud mental. Con lo cual, hay que intentar que esto no se produzca. Y para ello hay que ganar tiempo. Por eso, el acceso tiene que ser rápido y el tratamiento, intensivo. Todo esto suena prosaico, pero son actuaciones concretas que pretenden aliviar el sufrimiento.

P. ¿Cómo es el después del suicidio?
C. S. Complicado. Nosotros somos los grandes olvidados. Porque ya ha pasado y se supone que no hay nada que hacer: ir al médico de cabecera, al psiquiatra, al psicólogo... O no. Pero es algo en lo que te tienes que mover tú solo. Afortunadamente, mi mujer y yo, en un momento dado, encontramos un grupo de ayuda mutua. No sabíamos que eso existía. Y nos vino muy bien. Ahora ella y yo dirigimos grupos de ayuda para supervivientes de suicidio. Esto ha sido lo que más nos ha ayudado. Eso, y una psiquiatra de la Sanidad pública, Isabel, que nos ha medicado correctamente, que nos ha cuidado, que nos ha mantenido.

P. ¿Hay estigma?

C. S. Claro.

P. ¿De qué manera?

C. S. A todos los supervivientes nos desaparecen familia y amigos. Ahora lo digo con humor: eso de escuchar «me duele tanto tu dolor, que no puedo», y te acaban dando por saco... Eso nos pasó: gente que desapareció por completo porque nuestro dolor les molestaba... A estos habría que decirles que no hay que hacer nada especial, que basta con escuchar, con quedar con nosotros a tomar un café, solo eso... Esa red no existe. La vamos trabajando nosotros de la manera que podemos... En una ciudad como Madrid es fácil encontrar gente, pero imagina en una ciudad pequeña o en un pueblo donde ves una mirada de pena que te cae encima, que te enjuicia... Un familiar nuestro iba diciendo por ahí: «Algo pasaría en esa casa para que la niña se suicidara». Escuchar eso es horrible... Por contra, he de decir que también tuvimos a vecinos que nos alimentaron, porque no podíamos, amigos que nos sacaron de viaje o a comer, porque estábamos inútiles absolutos. M. N. El testimonio de duelo elaborado que Carlos cuenta con tanta generosidad es muy importante para nosotros. Carlos forma parte de los cursos de formación que se dan a compañeros de salud mental, de atención primaria, del SUMMA 112... En los que no solo se habla de los factores de riesgo e intervención, sino donde también se incorpora un conocimiento que no tiene precio: el de los supervivientes.

P. ¿A qué achacáis que los chicos y las chicas estén cada vez peor?

C. S. Les llega todo muy pronto. Información que antes recibías con 18 años, ahora la tienen con ocho. Porque tienen un teléfono. Siempre expuestos a la mentira, a la violencia... Pero ellos se fían de lo que les llega. Todo eso distorsiona su realidad y les plantea un futuro mucho más terrible del que será. De todo se puede salir, pero a los jóvenes no les estamos dando herramientas para hacerlo.

M. N. Se han amplificado mucho la autoexigencia y los espejos irreales de perfección. Pero creo que hoy también es más fácil decir que no te encuentras bien que hace 20 años. No quiero trasladar una visión catastrofista. Hay fragilidades, pero también hay fortalezas. Los jóvenes son más libres que nosotros, adquieren el

compromiso de otra forma. Hay factores que hacen más daño, pero también tienen más posibilidad de expresar ese dolor.

P. Carlos, de todas las historias que has conocido en los grupos de ayuda, ¿cuáles son las que te han conmovido más?

C. S. Hay personas que vienen después de un hecho traumático que ocurrió hace 20 años, porque en su día no hicieron bien el duelo y les estaba destrozando la vida. Porque vivían en un pueblo, porque no sabían cómo hacer ese proceso... Hay familias que dicen: «En esta casa está prohibido hablar del hermano suicidado», pongamos. Y se retiran todas las fotos del muerto... Ahora tenemos un grupo de ayuda en el que todos han perdido a sus hijos, de varias edades: de treinta y tantos años, de 15, de menos...

P. ¿Hay un sentimiento común en todos ellos?

C. S. La culpa. La culpa no se nos va a quitar nunca. P. ¿Tú te sigues sintiendo culpable 11 años después?
C. S. Claro... Nosotros un día avanzamos tres pasos y otro, retrocedemos dos. Hay días en que me levanto y la primera idea es qué es lo que no vi, qué es lo que no hice, qué es lo que no escuché... Es inevitable. Porque has perdido lo que más quieres en tu vida. Algo en lo que insistimos mucho es en que nos hablen de la gente que hemos perdido. Porque de repente se callan, ya no te hablan nunca de tu ser querido... Tenemos que contar las cosas que hemos vivido juntos, lo necesitamos. Todos los días nos acordamos de Ariadna muchas veces. Y queremos que la gente nos hable de ella, de ese día en que la recuerdan por esto o por aquello. Esa manera de mantenerlos vivos.

P. ¿Qué más os preguntan en los grupos de ayuda?

C. S. Nos preguntan mucho que cómo es que Olga y yo seguimos juntos después de la muerte de nuestra hija... Un psicólogo nos lo explicó inmediatamente. Nos dijo: «Tenéis que poner un papel en el espejo donde ponga que cada uno lleva su duelo». Y nos lo hizo ver: «Cada uno vais a llevar un duelo diferente, pero los dos echáis de menos». Lo entendimos. Era muy fácil echarnos la culpa el uno al otro, porque siempre hay uno más permisivo o más duro. Necesitas un culpable. A mí, en parte, me salvó la carta que nos dejó Ariadna. Dije: esto ha sido una depresión.

M. N. Tenemos que trasladar que no puede haber una tortura en torno a esta repetición de preguntas.

¿Por qué hice esto? ¿Por qué no hice esto otro?

¿Cómo es que no me di cuenta? Esa parte de inefabilidad devuelve dos ideas: que no hay riesgo cero y que jamás se tiene el control sobre un asunto tan complejo, nadie. Por eso, cuando trabajamos en esto, decimos que no hay culpables, pero todos somos corresponsables. Obviamente, con asimetrías. No todo el mundo tiene el mismo grado de responsabilidad. En ese fenómeno inasible, hay que pensar que la persona que se

suicida no es solo ese último acto que realizó. Hay mucho que rescatar y que recordar en lo que fue su vida. El suicidio, al ser un tabú, silencio y cierra a cal y canto. Y de ese modo invisibiliza lo que ha sido una vida más allá de cómo finalizó.

P. ¿Cómo se sobrevive, Carlos? ¿Se puede llegar a ser feliz?

C. S. Feliz me suena a palabra demasiado... Yo este año he podido empezar a viajar dos semanas sin estar con agorafobia. Había muchas cosas a las que no iba. Cuesta mucho aceptar muchas cosas. Pero cada uno somos un mundo. Mi mujer pudo empezar a trabajar al año y medio y, sin embargo, hay otras cosas para las que necesita ver a nuestra psiquiatra.

P. ¿Uno siente culpa por sonreír, por tomarse una caña?

C. S. Tardamos mucho tiempo en poder salir con amigos. Tardas mucho en reír cuando sales, en

disfrutar... Luego, cuando lo logras, llegas a casa y te dices: cómo me he podido reír si he perdido a lo que más quiero. Y viene el machaque del tiempo que sea... Hice mucho trabajo en el sentido opuesto. No quería buscar satisfacción en el dolor. Primero, porque mi hija no quería verme con dolor.

P. ¿Qué hacer en la red sanitaria?

C. S. Para empezar, a mí me gustaría que en los centros de salud, igual que hay matronas, hubiera grupos de ayuda mutua para supervivientes. M. N. Estamos trabajando en algo llamado la posvención [cómo ayudar a afrontar la angustia emocional tras el suicidio de un ser querido]. En cómo cuidamos de las personas después de perder a su familiar. Hemos hecho actuaciones en el ámbito de salud mental. Y cojo el testigo, Carlos, para plantear esto entre los compañeros de atención primaria, que me consta que están muy implicados. C. S. Porque en todos los barrios van a necesitarse este tipo de grupos de ayuda mutua. Igual que hay una pedagogía durante el embarazo, que la haya en esta situación... Nosotros hablamos de lo que nos pasó. Doy mi testimonio. Los profesionales dicen que les sirve de mucho. A mí eso me alimenta. Eso y toda esa gente que hace años nos llamó porque un familiar suyo estaba mal entonces y ahora ya está bien. Ese es el legado de Ariadna. Que su muerte sirva para algo.

M. N. Es como poner la herida al servicio de la prevención. En lugar de someterse a aquella herida, el poder orientarla a la reparación. Eso nos ayuda a todos. Václav Havel hablaba de la esperanza. Decía que es la certeza de que algo tiene sentido. Para mí esas son las fuerzas motrices en la actuación profesional: reparar y sembrar esperanza.

P. España es un país con fama de calidad de vida.

Pero las estadísticas dicen que somos el mayor consumidor de ansiolíticos del mundo.

C. S. Hay cosas que van por caminos equivocados: leer que un padre ha pegado a un profesor a la salida del colegio; ver cómo se ponen los padres en los partidos de fútbol en los que juegan sus hijos... Toda esa violencia la ven los chicos. Cómo les va a sentar esa violencia.

M. N. Lo que le pasa a la población infanto-juvenil en España no es algo exclusivo, sino del mundo occidental. En la comparativa internacional, creo que no saldríamos mal parados. Creo que somos una sociedad globalmente bien articulada. Conocemos

los factores de riesgo del suicidio, sabemos que la predicción del suicidio individual es limitada. Pero sí sabemos cómo se previene. Y para eso hacen falta los vínculos bien cohesionados y el apoyo socio-familiar efectivo. Esa es la vacuna en la salud mental. Todo lo que reduzca esa vacuna o rompa esos puentes va a facilitar que nos sintamos más solos o más desconectados.

P. ¿Qué hacemos mal cuando los periodistas escribimos sobre el suicidio?

C. S. Contar el cómo. Dar

datos de la familia. Poner

imágenes... La regla es: trátalo como si fuera tu padre. ¿A ti te gustaría que se detallara todo eso?

Pues a los familiares, tampoco. Nos revuelve. No tiene sentido periodístico dar detalles escabrosos. No tiene sentido contar la enfermedad que tenía (si es que había alguna). Creo que los periodistas tenéis que hacer vuestro trabajo: decir lo que nadie quiere oír todas las veces necesarias para que el mundo cambie... Eso es lo que yo pensaba que era un periodista. En un país donde mueren 11 personas al día no creo que haya nada que os libre de vuestra parte de responsabilidad si no lo habláis. No hay libertad más importante que el derecho a la vida... O potenciamos la solidaridad con los demás o no hay nada que hacer. Si los vecinos donde vivimos nos conociéramos y nos tratáramos, yo creo que estaríamos un poco mejor. Decir buenos días, preguntarle al otro. Hablar salva.



Ariadna, con su padre en una foto cedida por la familia.

18 | SALUD

EL FIN DE LA DICTADURA DEL IMC: POR QUÉ NO DICE TODA LA VERDAD SOBRE TU SALUD

Más allá de la talla y el peso. Los expertos advierten de que el índice de masa corporal (IMC) ya no es suficiente para diagnosticar la obesidad. Este cálculo matemático del siglo XIX no tiene en cuenta "la distribución de la grasa corporal culpable de enfermedades"

Por Pilar Pérez. Infografía de Isabel González y Álvaro Matilla

Pasadas las festividades, caracterizadas en gran parte por sus reuniones alrededor de una mesa, existe cierto temor a subirse a una báscula. Las cifras que allí aparezcan suponen enfrentarse al reto de darnos cuenta de que hemos comido de más. También es un choque de realidad abrocharse un pantalón o darse cuenta de que el cinturón ahora estrena un agujero porque el anterior aprieta. Que esto se quede en una anécdota no supone un peligro, pero que cada año esto se repita sin que haya una vuelta atrás sí lo es. «Sólo pensamos en los kilos cuando nos los queremos quitar», explica Diego Bellido, jefe de la sección de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF).

Y no son los kilos, «sino el efecto en la salud, lo que debe preocuparnos», subraya el también presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Seedo). Para definir el grado de impacto en nuestro organismo hay diferentes parámetros: el índice de masa corporal, el perímetro de la cintura, la medición de la masa grasa y su presencia junto a órganos vitales. «El obeso sano no existe», sentencia Bellido, quien como clínico defiende que «si no se ven las consecuencias de inmediato, es porque no se han buscado a fondo». Detrás de un exceso de grasa hay predisposición a diabetes, a colesterol y a una tensión arterial alta, entre otras enfermedades que conducen a eventos que ponen a prueba nuestro organismo: infartos e ictus.

Por ello, el abordaje de la obesidad no son esos kilos de más o una definición simple de la misma a través solo del índice de masa corporal (IMC), que divide el peso entre la altura en metros al cuadrado. «Es insuficiente», insiste Bellido. «Esta relación sólo da información sobre el tamaño corporal, pero no su composición», afirma Andreea Ciudin Mihai, coordinadora de la Unidad de Tratamiento de la Obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Esta experta ilustra este hecho con un ejemplo: un culturista puede tener un IMC de 45. «Tiene un 80% de músculo, no tiene grasa, pero a pesar de ello su IMC le catalogaría como obeso mórbido e incluso tendría indicación hasta de cirugía bariátrica». De un extremo a otro, Ciudin también describe el caso de una

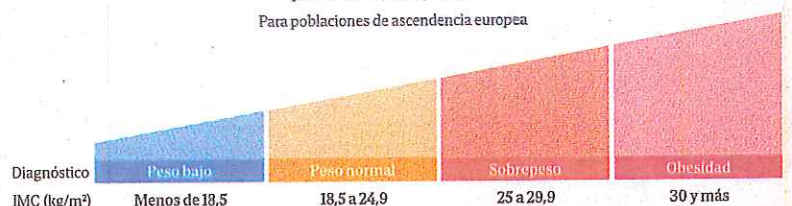
MÉTODOS TRADICIONALES PARA MEDIR LA OBESIDAD

Actualmente, la obesidad se define únicamente por el índice de masa corporal (IMC), pero además de kilos y la altura, también importa la circunferencia abdominal, la grasa escondida y la pegada en los órganos vitales.

CRITERIO TRADICIONAL

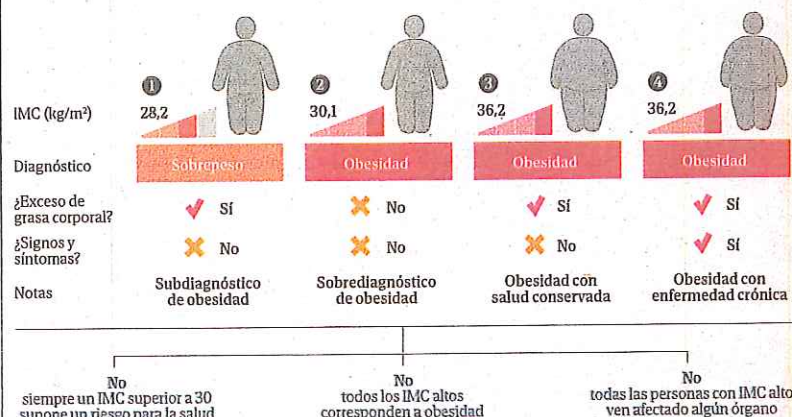
Se basa en la medición del índice de masa corporal (IMC) que establece patrones entre kilos y altura.

Para poblaciones de ascendencia europea



No es una medida directa de grasa
No establece la distribución de la grasa
No establece cuándo la grasa afecta a la salud

MÉTODO TRADICIONAL DE DIAGNÓSTICO



FUENTE: The Lancet y JAMA.

persona aparentemente sana, porque tiene un IMC de 25, pero con un volumen de grasa corporal superior al 40%. «En este caso, sí que tiene obesidad», afirma.

Como comenta Irene Bretón, coordinadora del área de obesidad de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), «la obesidad se define por exceso y/o disfunción de grasa corporal que impactan de forma negativa en la salud». De forma unánime los especialistas reiteran que «haber incorporado el IMC para clasificar a las personas, y luego usarlo como criterio principal en la toma de decisiones en salud, ha sido un gran error». La revista *The Lancet* le dedicó un número justo hace un año que proponía un cambio de narrativa que se ajustase a «una enfermedad metabólica crónica y se entienda su fisiopatología».

¿Quién inventó el parámetro de la discordia? Fue creado por un matemático belga, Adolphe Quetelet, que buscaba las características de los hombres normales. «Lo hizo basándose en datos de soldados: todos varones blancos procedentes de Francia y Escocia», recuerda Ciudin. Por ser algo simple de calcular, «la OMS adoptó el IMC para clasificar a las personas, pero sin ninguna validación en otras poblaciones», recuerda Bellido. Los especialistas apuntan que hay deficiencias en las razas asiática y

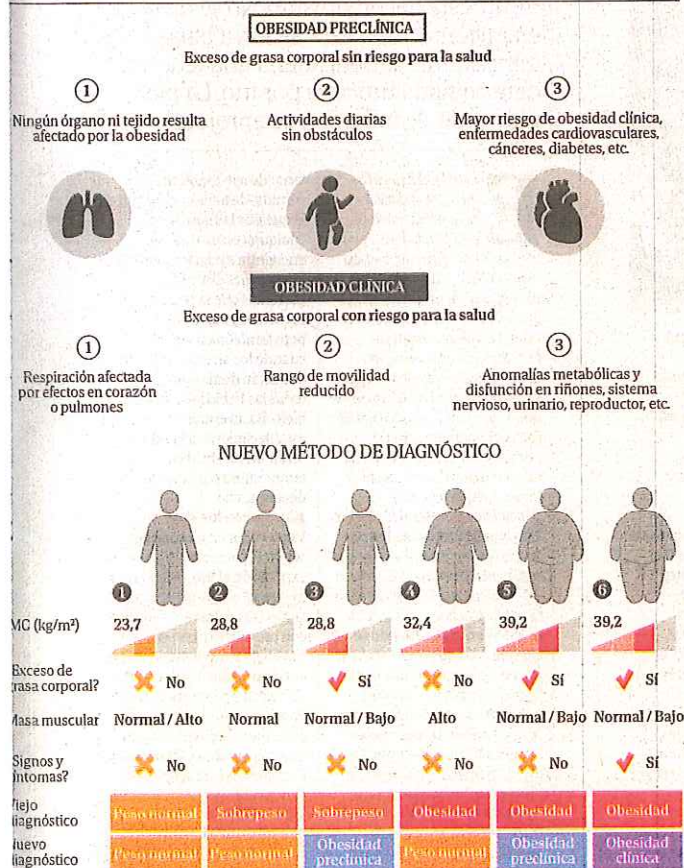
afroamericana donde el IMC debe ajustarse. «Pero a pesar de ello se sigue usando como parámetro principal para tomar decisiones en salud». Durante décadas se ha generado evidencia científica en torno al IMC. «Ahora vemos que no siempre es cierta y no define bien la obesidad y sus complicaciones. Nos va a costar mucho darle la vuelta y corregir esta evidencia con los parámetros correctos», reconoce la endocrina del Vall d'Hebron.

Esta foto incompleta del paciente se observa en reciente estudio global publicado en *JAMA Network Open* que revelaba que más de uno de cada cinco adultos con un IMC normal padecen obesidad abdominal, que se asociaba de forma sistemática a riesgos cardiometabólicos. Los investigadores analizaron los datos de una encuesta de la OMS recopilados entre 2000 y 2020 de más de 470.000 participantes de entre 15 y 69 años en 91 países. La obesidad abdominal se definió como una circunferencia de cintura de al menos 80 cm en las mujeres y 94 cm en los hombres.

¿Qué herramientas cubren las limitaciones del IMC? Los parámetros, peso, talla, circunferencia de la cintura y su relación con la estatura no son «medidas sencillas que nos permiten conocer con detalle las

NUEVO ENFOQUE MÁS PRECISO PARA MEDIR LA OBESIDAD

Se centra en otras medidas de grasa corporal y en los signos objetivos de mala salud. La Comisión de expertos de Lancet también introduce dos nuevas categorías de obesidad: preclínica y clínica



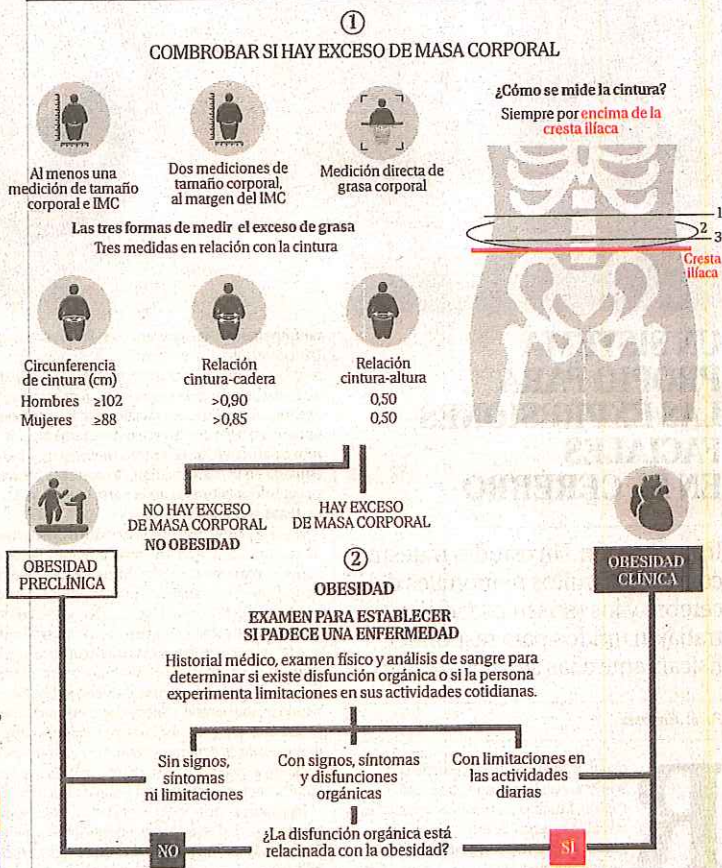
características clínicas y los riesgos individuales de cada persona con obesidad», detalla Bretón. Esta endocrina apuesta por una incorporación progresiva de recursos que permitan el estudio de la composición corporal. «Técnicas como la bioimpedancia, que permite estimar la cantidad de grasa y de masa muscular, o la DXA –que evalúa la densidad mineral ósea (DMO) y la composición corporal (grasa y músculo)–, que ofrece una valoración más precisa, son muy interesantes».

Desde Seedo y SEEN subrayan la utilidad de una herramienta *made in Spain* desarrollada por la Clínica Universidad de Navarra, por el equipo de Gema Frühbeck y Javier Gómez-Ambrosi. Se trata de CUN-BAE, una herramienta predictora que estima la grasa corporal, que vio la luz en la comunidad científica hace más de una década a través del *International Journal of Obesity*, del grupo editorial de *Nature*. «Esta herramienta que incluye, además del peso y la altura, el sexo y la edad, nos parecía podía ser un poquito más precisa», dice Gómez-Ambrosi.

El desarrollo de esta «ecuación matemática compleja» se puso a punto a partir de los datos de 6.000 personas, «la mayoría sedentarias». El investigador reconoce que esto hace que tengan que

CÓMO SE DIAGNOSTICA LA OBESIDAD PRECLÍNICA Y CLÍNICA

El primer paso es comprobar el tamaño corporal mediante varios criterios de medición ajustados y al margen del IMC, confirmar el exceso de grasa, analizar si afecta o no a la salud y vida cotidiana de la persona



A. MATILLA, ISABEL G. / EL MUNDO

«afinar un poco los resultados, porque en deportistas, los valores de volumen de grasa no se ajustan». Si bien, para el uso en consulta de una persona con una actividad física normal o escasa sí es realista. La calculadora es accesible a través de la web de la SEEN.

Para el profesor Marwan El Ghoch, del departamento de Ciencias Biomédicas, Metabólicas y Neuronales en la Universidad de Módena y Reggio Emilia (Italia), no debe olvidarse la edad en la ecuación. Con el paso de los años, «se producen cambios en los componentes del cuerpo, independientemente de los cambios significativos en el peso, como el aumento de la grasa y la disminución de la masa muscular».

Durante el último congreso de obesidad de la sociedad médica europea, El Ghoch presentó un trabajo en el que revelaba cómo las personas con obesidad y un IMC similar presentan diferencias significativas en la composición corporal en diferentes compartimentos del cuerpo según su grupo de edad. «Un mayor porcentaje de grasa corporal, especialmente en las regiones centrales –tronco–, y una menor masa muscular en brazos y piernas», explicó.

El Ghoch subraya la necesidad de evaluar a los pacientes de forma multidimensional. Por ejemplo, «el IMC se puede combinar con la relación cintura-

estatura para mejorar su rendimiento diagnóstico». Junto a ellos, el médico italiano suma las pruebas de laboratorio para determinar el perfil cardiometabólico y las enfermedades relacionadas, «así como pruebas psicosociales para determinar el bienestar psicológico y la calidad de vida, así como sus discapacidades». Sin duda, una buena forma de tener una foto completa, añade Bellido. Y todo esto con un fin: no hay una única obesidad. «Hay diversas obesidades y para cada una, un tratamiento», inciden.

No todas se corrigen con los fármacos de la familia Ozempic. «Hay que estudiar bien a cada paciente para ver si requerirá una intervención farmacológica o quirúrgica, tener en cuenta la esfera psicológica y siempre dejando claro que los hábitos de dieta y actividad física deben ser siempre el primer recurso. Lo demás lo complementa», sostiene Bellido.

Quizá, cuando nos subamos la próxima vez a la báscula o nos cifamos el cinturón nos daremos cuenta de que lo que sobra no son kilos, es grasa. «Es la que nos enferma», apunta Bellido.

El reto, concluyen todos los expertos, es convertir ese «exceso de volumen en músculo» que es el que huye del sedentarismo. Y concluyen: «Así se convierte en un escudo saludable».

Pequeñas
infamias

por Carmen Posadas

Longevidad, divino tesoro

hace un par de meses escribí un artículo sobre este mismo tema. En él, y bajo el título *Longevidad, nuestra nueva religión*, me asombraba de cómo todo el mundo toma como buenísima noticia el saber que, según la ciencia, pronto podremos llegar a vivir 120 años. Y es verdad: suena esperanzador, pero a poco que uno reflexione se da cuenta de que con esto lo que se alarga es la senectud, y al menos yo, que ahora tengo 72 añazos, no le veo el punto a ser una viejita encantadora otros 40 y tantos años más. Me alegra, por tanto, comprobar que los que más saben de longevidad abogan, simplemente, por que vivamos los años que nos toque con la mejor calidad de vida. Nada de tacatata y dodotis, ustedes ya me entienden. El doctor José Viña, catedrático de Fisiología de la Universidad de Valencia, que lleva años estudiando estos procesos y ha publicado más de 350 estudios en las revistas científicas más importantes del mundo como *Nature* o *Journal of the American Medical Association*, además de ser director de la cátedra de Gerociencia de la UCAM, es uno de los que apuestan por esta fórmula. En su libro *La ciencia de la longevidad* comienza por explicar que, para hablar de este concepto, hay que saber primero a qué llamamos envejecer. Un proceso natural e irreversible que no es otra cosa que «los cambios progresivos que ocurren en el cuerpo con el paso del tiempo y que aumentan la probabilidad de enfermar y de morir». En ese sentido, me ha interesado enterarme de que, según recuerda el doctor Viña, la base para una vida larga y sana se establece antes de los 40 años. Por ejemplo, una persona de 20 años que fuma, bebe o lleva una vida desordenada no va a

notar las consecuencias ni a los 30 ni a los 40, posiblemente tampoco a los 50, pero sí más adelante, porque existe una «memoria de envejecimiento» que hace que, tarde o temprano, los errores de años anteriores pasen factura. ¿Puede alargarse la juventud? Si ustedes se fijan, desde mediados del siglo pasado hasta el presente, la vejez se ha retrasado considerablemente. Puede decirse que hemos ganado cerca de 20 años de juventud; el aspecto de una persona de 30 años de entonces equivale (al menos en el aspecto externo) al de una 50 de ahora, mientras que los 40 de antaño son ahora los 60. Las razones son varias, pero una de las más importantes, aparte de que nos cuidamos más, es la medicina preventiva. Los chequeos y cribados que se realizan periódicamente —mamografías, colonoscopias, etc.— son fundamentales, porque detectar a tiempo una enfermedad es curarla o, al menos, retrasarla o cronificarla. ¿Pero se puede realmente revertir el proceso que lleva a envejecer? Según

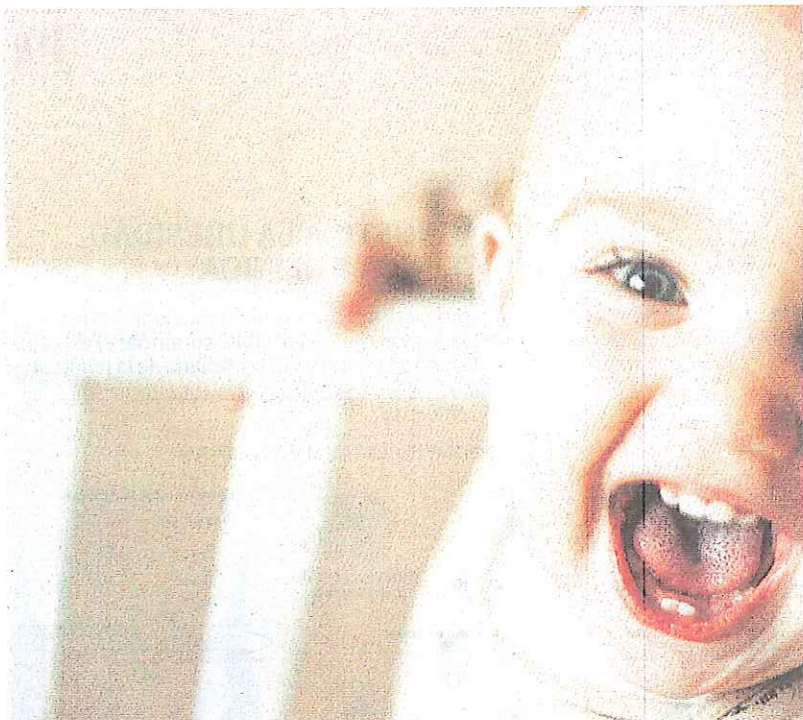
Tradicionalmente, los pueblos más longevos (aquellos que habitan zonas como Cerdeña, Okinawa o partes de Galicia) son los que cumplen las antes mencionadas tres premisas, que se resumen en una: mejor calidad de vida. Son gente que vive cerca de la naturaleza, sin estrés, que come sano, duerme bien y «mantiene una actividad física, incluso en el trabajo». ¿Pueden replicarse estas condiciones en las grandes ciudades? Casi todas sí, salvo el estrés. El doctor Viña llama al estrés «el gran asesino» y explica por qué. Dos grandes eminencias del siglo XX desarrollaron el concepto de estrés y lo asociaban al 'síndrome de lucha o huida', que son las dos reacciones que tenían nuestros antepasados ante una amenaza, un ataque por parte de un depredador o un enemigo. En ambas situaciones (luchar o huir), el cuerpo, para protegerse, desencadenaba una serie de fenómenos físicos, como aumentar el nivel de glucosa en sangre y otros procesos para hacer frente a una situación límite. Pero las situaciones límite de ahora son de otra índole y no se resuelven como cuando éramos cazadores y recolectores, de modo que estas secreciones que antaño eran útiles y ayudaban a sobrevivir, ahora

¿Se puede revertir el proceso de envejecer? Según un estudio de Cambridge, sí

un estudio de la Universidad de Cambridge, sí, prestando atención a ciertos cambios en nuestro estilo de vida. El estudio antes mencionado hace recomendaciones tan simples como no fumar, comer frutas y hortalizas, hacer deporte moderado y beber un vaso de vino al día si está usted sano. O, dicho de otro modo, vivir más y mejor tiene que ver con la nutrición, el ejercicio y el control del estrés, incluyendo en este apartado el hecho de descansar y dormir bien. A estas recomendaciones se une la de tomar suplementos, pero vamos a concentrarnos en las otras tres, que son las fundamentales.

solo sirven para producir estrés. Y combatirlo es una necesidad primordial si uno aspira a tener una vida larga y sana. El libro *La ciencia de la longevidad* tiene un subtítulo aún más explícito: *Cómo vivir para envejecer mejor*. Y sus recomendaciones y enseñanzas son las de alguien que ha dedicado más de cuarenta años de su vida al estudio de la longevidad. No las de un *influencer*, un *coach* o un divulgador. Hemos normalizado tanto que cualquiera hable de cualquier tema sentando cátedra que olvidamos que no es lo mismo la opinión de un científico que la de uno —o una— que pasaba por ahí. ■

SALUD



UN SISTEMA PROPIO PARA LAS EXPRESIONES FACIALES EN EL CEREBRO

Investigación. Un estudio muestra cómo los circuitos neuronales del cerebro y los músculos faciales trabajan unidos para responder físicamente a las señales sociales

Por P. Jiménez

Resulta imposible no devolverle la sonrisa a un bebé cuando se está riendo. Muchas de nuestras relaciones sociales carecen de intercambio de palabras, porque es nuestro rostro el que responde a los gestos del otro. Esta reacción espontánea a una expresión facial forma parte de la interacción que nos permite comprender las emociones y los estados mentales de los demás.

Los rostros son tan importantes para la comunicación social que hay células cerebrales especializadas solo para reconocerlos, como ha descubierto Winrich Freiwald, de la Universidad Rockefeller. Este hallazgo forma parte de las investigaciones que el científico ha realizado en la última década y que han supuesto un gran avance en la neurociencia de la percepción facial.

A partir de los patrones de luz que reciben los ojos, el cerebro construye nuestra percepción de un mundo tridimensional, habitado por objetos con forma, color y movimiento. Para comprender los mecanismos que hacen que suceda este fenómeno, el neurocientífico estudia la atención y una categoría particular de objetos: los rostros. Dado que hay un circuito específico para procesarlos, las caras son una oportunidad para estudiar el reconocimiento de objetos.

Freiwald y su equipo del Laboratorio de Sistemas Neuronales han centrado su atención en la respuesta de la percepción de la expresión facial. Hasta ahora se desconocía en gran medida cómo funcionan conjuntamente los circuitos neuronales del cerebro y los músculos faciales para, por ejemplo, formar una sonrisa. Ahora, como publica *Science*, estos científicos han hallado una red motora facial y los mecanismos

neuronales que la mantienen en funcionamiento. Para determinarlo emplearon un escáner de resonancia magnética funcional que visualizaba la actividad cerebral de monos macacos mientras producían expresiones faciales. Así localizaron tres áreas corticales que acceden directamente a la musculatura facial: la corteza motora cingulada (situada en la parte medial), las cortezas primaria y premotora (situadas en la parte lateral) y las cortezas somatosensoriales.

En este primer estudio sistemático descubrieron que las regiones cerebrales de nivel inferior y las de nivel superior participan en la codificación de diferentes tipos de gestos faciales, contrariamente a lo que se había supuesto durante mucho tiempo. Antes se pensaba que estas actividades estaban separadas, y que las expresiones emocionales (como devolver una sonrisa) se originaban en el lóbulo frontal medial y las acciones voluntarias (como comer o hablar) en el lóbulo frontal lateral. «Sabíamos cómo se reciben los gestos faciales, pero ahora comprendemos mucho mejor cómo se generan», comenta Freiwald en una nota, cuya investigación cuenta con el apoyo del Price Family Center for the Social Brain de Rockefeller.

La coautora principal Geena Ianni, ex miembro del laboratorio de Freiwald y residente de Neurología en el Hospital de la Universidad de Pensilvania, explica que hallaron que todas las regiones participaban en todos los tipos de gestos faciales. «Pero funcionaban en sus propios intervalos de tiempo, lo que apunta que cada una es única para la tarea que realiza», afirma.

¿De dónde proceden las expresiones faciales? La necesidad de comunicarnos a través de expresiones faciales es muy profunda: de hecho, llega hasta el tronco cerebral. Allí está el llamado núcleo facial, que alberga las motoneuronas que controlan los músculos faciales. Estas neuronas también se proyectan en múltiples regiones corticales, incluidas diferentes áreas de la corteza frontal, lo que contribuye tanto a la función motora como al pensamiento complejo.

Los estudios neuroanatómicos muestran las múltiples regiones en la corteza ligadas a los músculos de la expresión facial, una característica única de los primates, pero se desconoce su contribución específica. Las investigaciones en personas con lesiones cerebrales sugieren que diferentes regiones pueden codificar diferentes movimientos faciales.

Cuando existen daños en la corteza frontal lateral, por ejemplo, pierden la capacidad de realizar movimientos voluntarios, como hablar o comer, mientras que las lesiones en la corteza frontal medial incapacitan la expresión espontánea de una emoción, como devolver una sonrisa. «No pierden la capacidad muscular, solo la de hacerlo en un contexto concreto», afirma Freiwald.

ENFERMERA SATURADA

TENER ALERGIA AL FRÍO NO ES UN MITO: CÓMO DESCUBRIR SI SE SUFRE

Respuesta del organismo. No se da solo en invierno, toda exposición a bajas temperatura desencadena una reacción denominada urticaria por frío. La piel pica, arde, se inflama y se enrojece

Existe la alergia a los frutos secos, a los ácaros del polvo, al polen del olivo... y sí, al frío también. Pero esto es algo que va mucho más allá de ser friolero o friolera, de que no les guste el invierno y prefieran el calor del verano, estamos hablando de una reacción alérgica que se puede ver, medir y diagnosticar. Si usted es de los que lo pasa mal cuando baja el mercurio y quiere saber si podría tener este problema de salud tan poco conocido, le invito a seguir leyendo.

¿Es posible ser alérgico al frío? Exponerse al frío y a la humedad no es una sensación muy agradable, pero más allá de eso existe un pequeño porcentaje de la población que sufre una reacción en la piel cuando se expone. Más que una alergia al frío en realidad se trata de una forma de urticaria conocida también como urticaria por frío. Al igual que en las reacciones alérgicas también se trata de una respuesta mediada por la histamina, una molécula que libera nuestro cuerpo, pudiendo llegar a producir un shock anafiláctico al paciente en los casos más graves.

¿Se produce solo en invierno? No se trata de una alergia a una estación del año, se trata de una alergia al frío, a todo lo que esté demasiado frío. Hablamos por

tanto de aire ambiente, de comida, de bebida, del agua en la que nos bañamos, de cualquier objeto que se encuentre a baja temperatura... Por razones obvias los pacientes que la padecen lo pasan muy mal en invierno, pero también en verano cuando los aires acondicionados están demasiado bajos o todas las bebidas se sirven con hielo. Basta entrar o salir de un establecimiento a la calle y sentir un cambio brusco de temperatura para que se desencadene.

¿Cuáles son los síntomas? Van a variar en intensidad según el paciente y el grado de exposición al frío, pero lo más frecuente es que aparezcan en la piel tras entrar en contacto con ese objeto o con el aire a muy baja temperatura y duren entre 30 minutos y dos horas. -Ronchas, en la piel expuesta aparecen unos habones de color rojo y aspecto elevado. -Enrojecimiento e inflamación. Esta zona puede extenderse varios centímetros más allá de la parte expuesta al frío. -Picaazón o ardor. Esta reacción suele ser más habitual cuando la parte expuesta al frío es el rostro y las manos. -Los síntomas más graves son dificultad respiratoria, mareos, hinchazón de lengua y garganta o bajada de la tensión





**"ME
LLAMO
ROQUE
Y
NACÍ
MUERTO"**

TEXTO Y
FOTOS: DANIEL
MÉNDEZ /

TIENE 18 AÑOS
Y SIGUE VIVO
CONTRA TODO
PRONÓSTICO. LO
HAN OPERADO
MÁS DE 50 VECES.
SU CABEZA ESTÁ
MARCADA POR
CICATRICES.
TIENE PARÁLISIS
CEREBRAL Y UN
COEFICIENTE
INTELLECTUAL DE
SUPERDOTADO.
PERO LO MÁS
INCREÍBLE ES
SU CONTAGIOSA
VITALIDAD. LEER
ESTA ENTREVISTA
TE CAMBIARÁ
EL ENFOQUE DE
TUS PRIORIDADES.
SEGURO. TE
PRESENTAMOS
A ROQUESTAR.

MI CEREBRO

«Tengo cicatrices en las piernas, la tripa... pero las más visibles son las de la cabeza. Mi cerebro ha ido creciendo y necesitaba sitio. Por eso tantas ampliaciones craneales». Roque llama a su andador Harley: «Soy un friki de la velocidad, aunque vaya más lento que el caballo del malo».



M

LLAMO ROQUE. Y nací muerto, prematuro, ciego... el *pack* completo», dice. Tiene 18 años y la cabeza marcada por cicatrices que cuentan una biografía a base de quirófanos. Con cuatro días de vida llegó la primera operación; después vinieron más de cincuenta. Lo relata con una familiaridad sorprendente: cuando habla del hospital no enumera médicos y enfermeras, sino al tío Vicente o la tía Ana. «Mi vida fue golpe tras golpe, pero eso nunca me frenó. Ahora mismo estoy mejor que nunca», suelta, con una mezcla de humor y convicción. Ese «mejor que nunca» tiene un punto de inflexión reciente. Hace casi dos años le retiraron la válvula de derivación ventrículo-peritoneal de la que dependía su vida, el dispositivo que durante años drenó el exceso de líquido cefalorraquídeo provocado por la hidrocefalia. La guarda enmarcada en su habitación. Está vivo contra todo pronóstico, y lo cuenta con una vitalidad que contagia.

XL Semanal. Para situarnos:

¿qué tiene exactamente y qué le pasó al nacer?

Roque. Tengo parálisis cerebral. Y es importante que la gente lo sepa: no es una enfermedad, es una lesión, como una lesión en un brazo o en una pierna, pero en el cerebro. En mi caso me afectó al hemisferio izquierdo. Nací prematuro, de 29 semanas. Nací ciego. Y nací muerto: sin vida. He pasado por más de cincuenta operaciones. Mi vida fue golpe tras golpe, pero eso nunca me frenó.

XL. ¿Qué ocurrió aquella noche, en la semana 29 del embarazo?

R. Yo estaba en la barriga de mi madre, con mi hermana también. ¡Muy apretados los dos! Mi madre se despertó de golpe, notaba pinchazos. Mi padre dijo: «Vámonos corriendo al hospital». Se estaba desangrando por dentro y no lo sabía. Fue un desprendimiento de placenta. Eso me provocó una hemorragia cerebral. La hemorragia derivó en una hidrocefalia. Y de ahí vino la parálisis cerebral.

XL. Lo explica con una imagen muy concreta: «Me falta el 80 por ciento del cerebro».

R. Me falta el 80 por ciento del cerebro: tengo un 20 por ciento en funcionamiento y el resto quedó esponjado, porque con el tiempo he ido reconectando neuronas.

XL. Pese a todo, tiene un cociente intelectual por encima de la media.

R. Me hicieron la prueba cuando empezaba a ir al colegio, para ver si tenía que ir a uno de necesidades especiales... ¡Y salió 131! No se lo creían, así que la repitieron, con el mismo resultado. Por encima de la media. Tiene que ver con esa neuroplasticidad que ha permitido que se conecten las neuronas. Superdotado, dice el test. Yo no me lo creo así, pero bueno: no me considero ningún genio. Eso sí, me ha pasado de todo. Incluso he estado dos veces muerto.

XL. ¿Dos veces muerto?

R. Nací muerto y me tuvieron que reanimar. Con la operación número 28 estuve clínicamente muerto por segunda vez. Recuerdo cerrar los ojos y, en mi mente, abrirlos y verlo todo blanco. Pensé: «¿Qué está pasando? No me estoy enterando de la película». Hasta que aparecieron dos personas y reconocí a una de ellas: mi bisabuela. Y dije: «Dios mío, que estoy muerto», porque ellos fallecieron antes de que yo naciera. Luego me dijeron: «Tienes que volver». Cerré los ojos, los abrí... y estaba en la UCI otra vez. No tuve valor de contárselo a mi madre hasta hace un año y medio. Toda la familia alucinó.

XL. ¿Qué le dejó esa experiencia?

R. En el momento, mi sensación fue de completa paz. Y me hizo valorar más la vida, claro. Nunca sabes cuándo se va a acabar. Se te puede acabar en

"ME FALTA EL 80 POR CIENTO DEL CEREBRO, PERO HE RECONECTADO NEURONAS. ME HICIERON UN TEST POR SI TENÍA QUE IR A UN COLEGIO DE NECESIDADES ESPECIALES... ¡Y SALÍ POR ENCIMA DE LA MEDIA!"

AMOR SIN COMPASIÓN

La familia ha hecho de Roque un luchador. «Vi una entrevista en que [el músico y actor] el Langui agradecía a sus padres que pusieran el colacao en la balda más alta porque así tenía que esforzarse», cuenta su madre, María. Y aplicó la misma norma. Roque ha crecido con todo el apoyo, pero sin compasión.



un segundo, en un parpadeo, en un suspiro.

XL. En su caso dependía de una válvula implantada en su cabeza.

R. Yo tenía una válvula que me mantenía con vida. La primera me la pusieron con dos meses de vida. Y cuando tocaba cambiarla venían las peores cirugías, de vida o muerte. Si me fallaba la válvula, había que correr. Tenía 35 minutos de vida, no te exagero. Desde que pudieron retirarla, estoy mejor que nunca.

XL. Volvamos a la ceguera. Dice que empezó a ver con 3 años. ¿Cómo fue?

R. Y lo primero que vi no fue un museo ni mi casa ni una cara: fue un

contenedor de obra en Santiago de Compostela, con frío y lluvia. A los 4 años empecé a gatear. Y a los 5, a andar con un andador. Así fue mi vida: aventura tras aventura.

XL. ¿Por qué un contenedor?

R. Mis padres se enteraron de un tratamiento experimental en Santiago y fuimos para allá. Llamamos a la puerta: «¿Podemos empezar?».

«No». Al día siguiente: «No». Al día siguiente: «No». Hasta que un día dijeron: «Pasa ya».

XL. ¿Y en qué consistía?

R. Combinaba hormonas de crecimiento, por un lado, y terapia intensiva, por otro. Pero dependes de que unas neuronas aisladas se

reconecten. Muchas veces nos dicen: «Esa operación que te hicieron». No. Fue hormona de crecimiento y mucha terapia. No sabemos qué se reconectó, porque el nervio óptico está muerto. Y, aun así, veo. Cuando voy al oftalmólogo, siempre hay un residente nuevo que no entiende cómo puedo ver.

XL. ¿Y las cicatrices que vemos?

R. Tengo cicatrices en las piernas, la tripa... pero las más visibles son las de la cabeza, porque ahí es donde más operaciones me han hecho. Mi cerebro ha ido creciendo y necesitaba sitio. Por eso tantas ampliaciones craneales. Y esas dos que parecen como dos antenas son cambios →

de válvula. En esa cirugía te abren la piel como un libro. Yo tengo la piel dura porque desde siempre tuve cirugías y cirugías.

XL. Pero el optimismo no lo abandona.

R. Yo digo que soy un vividor y mucha gente lo confunde con otra cosa. Para mí, 'vividor' es algo bueno: alguien que disfruta de la vida y vive cada segundo como si fuese el último. Porque puede ser así. La vida es un regalo. Un regalo de verdad.

XL. ¿Cómo es un día normal para usted?

R. Me despierto y, antes de frotarme los ojos, enciendo la radio: siempre Rock FM. Hago ejercicios matinales todos los días. Lunes, miércoles y viernes entreno en el gimnasio. A ver: no lo puedo hacer todo solo. Tengo alguien que me echa una mano. Si me pongo de pie... puedo abrazar el suelo. Y también me gusta el humor, porque si te ríes de ti mismo...

XL. ¿Y rehabilitación?

R. Entreno en casa, hago de todo. También hago hipnosis para el equilibrio. Tengo terapia cada miércoles con un chico húngaro muy buen amigo mío. Y los miércoles y los viernes, más. Tengo muchísimas terapias, pero ahí es cuando me pudieron sacar adelante. Y tocar la batería para mí es otra terapia: imagínate coordinar brazos y piernas. Solo me falta coordinar la cabeza.

XL. En el colegio, ¿cómo fue la convivencia?

R. Bastante buena. Al principio, a veces alguien piensa: «Buf, este tío... ¿qué tiene?, ¿qué puede hacer?». Y notas que no saben cómo hablarte: si te hablan bien, si te hablan más lento... Hay veces que me hablan despacio: «Hola, bonito, ¿cómo estás?». Y yo [con la voz ralentizada]: «Muy bien, ¿y tú?». No para meterme con nadie, sino para dejar claro que puedo hablar



UNA VIDA EN QUIRÓFANO

Un desprendimiento de placenta en la semana 29 del embarazo provocó el nacimiento prematuro de Roque y su hermana. Ella, sin secuelas. Él tuvo la primera cirugía a los cuatro días de nacer.

AC/DC

Lleva más de 50 operaciones. Antes de que lo metan en el quirófano escucha rock: AC/DC casi siempre. Conocer a Brian Johnson, el vocalista de la banda, fue una de sus grandes alegrías.

"CON LA OPERACIÓN 28 ME VOLVIERON A DECLARAR MUERTO. CERRÉ LOS OJOS Y LO VI TODO BLANCO. MIS BISABUELA, FALLECIDA, ME DIJO QUE TENÍA QUE VOLVER... ABRÍ LOS OJOS Y ESTABA DE NUEVO EN LA UCI"

normal. Y otras veces me gritan y digo: «Tranquilo, no estoy sordo. Te oigo perfectamente».

XL. ¿Qué no soporta?

R. La cara de pena o que me digan «pobrecito». Eso no. Normalidad. ¿Sabes cuánta pena le doy a mis padres y ellos a mí? Ninguna.

XL. Lo reconocen por la calle, incluso fuera.

R. ¡Hace poco incluso en Nueva York! Me gusta que me paren, porque me cuentan historias de por qué me vieron y todo eso. Pero también me gusta que me dejen tranquilo un poquito.



DISCIPLINA

Roque sigue una rehabilitación concienzuda, que incluye entrenar, mucha terapia y tocar la batería: «Me exige coordinar brazos y piernas, no es nada fácil».

EL ABUELO

A mediodía llega su abuelo a buscarlo. Comen juntos todos los días. «Es la persona a quien más quiero —dice Roque—. Es como un enchufe que me carga de energía».



"SOY UN VIVIDOR, QUE PARA MÍ ES ALGO BUENO: ALGUIEN QUE VIVE CADA SEGUNDO COMO SI FUESE EL ÚLTIMO. LA VIDA ES UN REGALO, UN REGALO DE VERDAD"

Y si algo puedo brindar es motivar: que digan «si este tío puede pelear, yo también». Y ayudar a relativizar.

XL. En lo clínico, ¿qué le decían que iba a pasar con usted?

R. Lo que se esperaba de mí era que fuese, como mínimo, un vegetal. El mayor logro al que aspiraba mi padre era que yo viese sombras. Y fíjate cómo veo. Y el objetivo de mi madre era que juntase tres sílabas... y fíjate: no paro de hablar.

XL. ¿Su objetivo personal?

R. Andar solo, aunque sea tambaleándome como un flan. Si lo consigo, bien. Y si no... lo tengo todo en la vida. ¿Qué más se puede pedir? Hay que vivir con lo que te tocó.

XL. Tiene 18 años. ¿Qué va a hacer ahora?

R. Estoy con mi marca personal. Me pueden seguir en Instagram y TikTok [*@soyroquestar*, en ambos casos] para que vean que también se puede. Y mi plan es seguir con eso, ayudar a la gente y ser útil. Lo más importante es saber qué es lo más importante: estar bien, disfrutar, trabajar y tener equilibrio. ■

La peligrosa manía de trabajar enfermos vuelve a contagiarnos

Tras el paréntesis de concienciación de la pandemia, el presentismo vuelve a ganar terreno pese que los expertos alertan de sus malos efectos

Por **Ángel Peña**
Ilustración **Sean Mackaoui**

La fiebre, los mocos y la tos acechan... El frío, el mayor aliado de gripes y resfriados varios, nos ha invadido sin piedad esta semana. Justo, además, cuando se han acabado las vacaciones de Navidad. La tormenta perfecta: después de hartarnos de mantecados, cava y vagancia, no vamos ahora a encadenar una baja. Y menos si nuestro trasero no está aún lo suficientemente seguro en la silla de la oficina: según la investigación de la consultora SD Worx, el 41% de los jóvenes españoles se sienten presionados para trabajar enfermos. Un error de libro. Porque productividad y enfermedad no mezclan bien, al contrario. Así que quédese en casa, por favor, no se haga el mártir.

Además, ya no se lleva. A mediados del siglo pasado era otra cosa. El académico estadounidense Auren Uris acuñó en 1955 el concepto de "presentismo" como algo positivo: frente al absentismo, era mejor calentar silla como fuera. A finales de los 90, con el capitalismo ya en modo demasiado turbo, un psicólogo británico pero con nom-

El presentismo era visto por la Academia como una alternativa positiva al absentismo, pero cambió la tendencia a finales de siglo

41%

De los jóvenes españoles se sienten presionados para trabajar enfermos, según la investigación internacional realizada por SD Worx.

75%

De los trabajadores admite ocultar enfermedades, según un estudio de la Universidad de Michigan, incluido un 61% de empleados del sector sanitario.

150.000

Millones de dólares al año le cuesta a la economía estadounidense el presentismo, según la American Productivity Audit.

bre de bueno de western, Cary Cooper, popularizó el término pero con una connotación negativa. Siempre desde el punto de vista de la empresa, ojo: los trabajadores enfermos, descubrió, crean estrés, contagian y, en general, dan mal rollo.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo se une a esta tendencia en la definición en su Tesauruso de presentismo, que se basa en el modelo conceptual de Gary Johns. Americano ganado para el bien (a la espera de algún giro trumpiano...), Johns ha demostrado que es más prevalente que el absentismo y se relaciona directamente con la pérdida de productividad. Además, señala factores como la salud mental y la cultura organizacional como esbirros de un fenómeno con efectos negativos a largo plazo para el trabajador y la empresa, aunque admite que puede tener matices positivos en ciertos casos.

Un informe de Korn Ferry señalaba ya el año pasado por estas fechas "un cambio importante con respecto a la ideología de bienestar que imperó durante la pandemia, cuando los empleados enfermos se quedaban en casa y sus compañeros de trabajo se encargaban de sus tareas, a veces durante semanas". Detectaba dos grupos bastante obvios de trabajadores proclives al presentismo: los que cobran por hora o por encargo (esos sufridos autónomos...) y los que tienen clientes o pacientes que dependen de ellos. Pero también mencionaba la escasez de trabajo y los "crecientes problemas de confianza: según un estudio reciente, una cuarta parte de los directivos cree que los trabajadores que llaman para decir que están enfermos fingen; un tercio ha comenzado a pedirles que traigan un certificado médico".

Eva Rimbaud, profesora de la Universitat Oberta de Catalunya, reparte las culpas. Por un lado, el problema puede venir de la organización, cuando "hay una cultura de trabajar muchas horas", como "deriva de los fundadores/as de la empresa y la alta dirección, que están 'enamorados' del proyecto y piden la misma dedicación a los trabajadores/as", aunque a veces "hay realmente mucha carga de trabajo porque la empresa no





SI VA A LA OFICINA, CONSULTE A SU FARMACÉUTICO

La farmacia Casado Aldariz da estos consejos para la temporada alta de resfriados: refuerza higiene de manos, cubre boca y nariz al toser o estornudar, ventila espacios, limpia superficies compartidas, fortalece sistema inmunológico con descanso y dieta equilibrada... y quédate en casa si estás enfermo.

contrata a las personas necesarias o no pone los medios adecuados para hacer el trabajo". Los directivos aportan su granito de arena si "organizan mal el trabajo del equipo" o "tienen adicción al trabajo y quieren tener a su dis-

posición a sus colaboradores en cualquier momento de su larga jornada". Finalmente, los trabajadores contribuyen cuando "no se organizan bien el trabajo: gestionan mal el tiempo, necesitan formación sobre sus tareas o las herramientas...", y por "adicción al trabajo".

Para ella, el individuo atrapado en un entorno que

favorece el presentismo puede hacer "lamentablemente, muy poco. Difícilmente cambiará una mala cultura organizativa o una baja calidad directiva", y "seguramente se verá en la obligación de calentar la silla" en cierta medida, para

cumplir con las expectativas de presencias prolongadas". Aunque matiza que "una agrupación de trabajadores/as, recurriendo a sus representantes, podrían presionar para cambiar esa mala praxis. Además, la nueva regulación que obliga a registrar la jornada en todas las empresas proporcionaría los datos sobre los que basar esa solicitud". Y, por supuesto, "si la persona percibe que el problema radica en sus propias capacidades, entonces sí que estaría en sus manos aprender a gestionar mejor su tiempo y pedir la formación y los recursos que necesite".

El informe "*¿Deberías ir al trabajo con fiebre y gripe?*", de la consultora Alba, recuerda que, "en España, los empleados que padecen gripe tienen derecho a solicitar una baja médica si la enfermedad les impide realizar sus tareas laborales. Esta baja debe ser emitida por un médico de Atención Primaria, quien evaluará la incapacidad del trabajador tras un reconocimiento médico". La duración habitual de la baja por gripe "suele ser de siete días, aunque puede extenderse hasta 20 en casos de complicaciones, o riesgos asociados". ■

CRONICA



José María Fernández pasó casi un año encamado hasta ingresar en un hospital. A. LOZANO



Tuvo que ser evacuado con la ayuda de 17 bomberos de Cádiz. ROMÁN RÍOS / EFE

José María ha perdido 200 kilos para poder caminar de nuevo

PESABA 360 KILOS HACE MENOS DE DOS AÑOS, HASTA QUE SE SOMETIÓ A UNA REDUCCIÓN DE ESTÓMAGO

Este gaditano de 51 años ha vuelto a caminar gracias a una dieta hipocalórica y a que ahora su estómago es un 80% más pequeño que en junio de 2025, cuando pasó por quirófano tras estar meses encamado

ANDROS LOZANO

«Necesito cambiar mi día a día. Estoy ante mi última oportunidad, creo. Ya veo el final del camino, aunque no está siendo nada fácil». A principios de octubre de 2024, el gaditano José María Fernández era consciente de que su salud estaba al límite. Si no conseguía reducir su peso de manera drástica para poder pasar por quirófano, moriría postrado en una cama. Por aquel tiempo pesaba 360 kilos y pasaba el día tumbado sobre un colchón las 24 horas.

José María vivía recluso entre cuatro paredes de una habitación de su casa. En aquellos 12 metros cuadrados sólo le acompañaban sus gatos. Cocinaba en un microondas que tenía a un lado de la cama, a modo de mesilla de noche, y usaba un orinal para hacer sus ne-

cesidades porque le era imposible ir caminando al cuarto de baño. También tenía cerca una pequeña nevera y una freidora de aire. Su vida se reducía a esa realidad. Hasta que decidió cambiarla.

Para conseguirlo, José María ha pasado 361 días ingresado en el hospital Puerta del Mar de Cádiz. Tras estar 11 meses allí sometido a una estricta dieta hipocalórica —no superaba las 1.000 calorías diarias—, el 24 de junio de 2025 se sometió a una reducción de estómago. Los médicos se lo redujeron a un 20% de su tamaño anterior. Ahora, siete meses después de pasar por quirófano, este gaditano de 51 años pesa 166 kilos. O eso era lo que le marcó la báscula hace unos días.

«Calculo que son cerca de 200 kilos menos de cuando viniste a mi

casa por primera vez», le dice al reportero de EL MUNDO, en referencia a la ocasión que este periódico contó por primera vez la historia de este hombre, el 17 de abril de 2024. Como ahora, vivía solo. Su madre había muerto hacía 10 años. Su padre falleció cuando él era un crío. Aunque tiene tres hermanos que residen en El Puerto de Santa María, lugar de origen de su familia, a 20 minutos por carretera de San Fernando, donde él vive de alquiler, no guarda relación con ninguno de ellos.

Aquella vez, José María llevaba ya tres meses sin salir de la cama. Las únicas personas que le visitaban cuando estaba en su casa eran los asistentes de la ayuda a domicilio que cada día (una hora y media por la mañana, y casi dos por la tarde, de lunes a sábado) se pasaban por allí: le hacían la compra, le aseaban, le limpiaban el inmueble. Pero nada más: no podían moverlo de lugar ni ayudarle a caminar.

«Ahora soy otro. Estoy bastante animado. Hace año y medio, antes de ingresar en el hospital, no podía incorporarme ni cinco segundos porque me ahogaba. Andar era un sueño para mí. Por ese tiempo alcancé los 360 kilos, seguro, aunque hubo un momento en que dejé de pesarme. Ahora camino sin andador por mi casa. Puedo hacer cosas que ni recordaba, como ir al baño solo», le cuenta por teléfono al periodista durante la mañana de este pasado lunes.

TRASLADO CON LA AYUDA DE BOMBEROS

La llegada de José María al hospital no fue sencilla. 17 bomberos—diez

de ellos, voluntarios—tuvieron que sacarlo por una ventana de su habitación con la ayuda de una grúa y una plataforma cedida por una empresa de montaje de escenarios. Fue a mediados de julio de 2024. Las imágenes de la evacuación dieron la vuelta al mundo. Salieron en in-

formativos de México, Colombia, Brasil... A José María se le vio bajando a la calle encima de una camilla que soportaba hasta 1.000 kilos de peso. El proceso de evacuación duró dos horas y media. Era la única forma de trasladar a este hombre con obesidad mórbida y una visible elefantiasis en la perna izquierda.

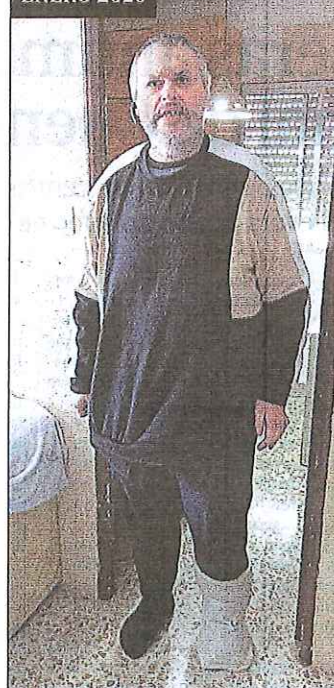
«Fue muy emocionante», le confesó a este periódico. «Cuando me intentaron levantar de la cama, me falló el pie derecho y casi me calgo. Luego, cuando salí por la ventana, estaba cagado, aunque pensaba que lo iba a pasar peor. Ver a tanta gente esperando que todo saliera bien, como acabó ocurriendo, casi me hace llorar. Estaba muy nervioso, lo reconozco. Pero como para no estarlo».

OTRA OPERACIÓN PARA LA PIEL FLÁCIDA

José María cuenta que todavía ha de perder más peso. Dice que sus médicos se contentan si baja hasta los 120 kilos. Aunque todavía no sale solo de casa porque teme caerse, explica que una vez a la semana recibe la visita de un fisioterapeuta y que éste, a su vez, le ha indicado una tabla de ejercicio físico que ha de realizar a diario.

«Dentro de un año, si todo va bien, entraré de nuevo en quirófano para que me quiten los pellejos. Tengo mucha carne flácida colgando que es imposible perderla si no te la cortan», afirma. «Me han dicho que mi peso ideal son 86 kilos, pero veo casi imposible alcanzarlo. Con no volver a engordar y mantener una salud aceptable, me conformo. He dejado atrás un infierno al que no quiero volver», sentencia José María.

ENERO 2026



José María, en una imagen reciente. CEDIDA

«He dejado atrás un infierno al que no quiero volver», dice este gaditano

La revista diaria de EL MUNDO. Lunes, 12 de enero 2026

PAPÉL

LAS PERSONAS
SORDAS
ENCUENTRAN
SU VOZ

"NO SOMOS
UNA MODA. TENEMOS
SENTIMIENTOS
Y NECESIDADES"

Una mujer sorda encuentra su voz a través de la artesanía. Su mundo se abre al mundo exterior a través de la creatividad y la expresión artística.

Por: [Nombre del autor]



Miriam García
en una escena
de la película
'Sorda'

NEXUS CREA FILMS

PAPEL EN PORTADA

Por Pablo R. Rocas (Madrid)

En el quirófano, mientras se intensifican las contracciones, Héctor le explica a Ángela, lengua de signos mediante, todas las indicaciones que los médicos dan de viva voz para llevar el parto a buen puerto. Y la escena, que es ficción, también es honda realidad. Porque lo que Eva Libertad filma y Miriam Garlo interpreta en *Sorda* sucede en hospitales españoles. Y en comercios, en salas de cine, en transportes, en el arte... Un muro comunicativo para las personas sordas que, a pico y pala, algunos llevan años intentando demoler.

La cinta, estrenada el pasado abril y una de las que aspira a triunfar en los Goya, es una bola de demolición para ese muro. Por lo que muestra sobre afrontar la maternidad con sordera y sobre las barreras del colectivo, por su repercusión internacional tras estrenarse con gran acogida en el Festival de Berlín y por ser ejemplo para otros proyectos al contar con la primera actriz sorda, Miriam Garlo, en ser protagonista de una película en España.

Ese efecto parece haber empezado a calar. Hace apenas unas semanas, María Valverde estrenó su

lengua, se garantiza que las próximas generaciones de artistas sordos no tengan que empezar desde cero, se afianzan trayectorias y se promueve la profesionalización de un colectivo artístico».

Según datos de 2022 del Instituto Nacional de Estadística, en España hay más de 1,2 millones de personas con alguna discapacidad auditiva y solo 27.300 usan la lengua de signos (2%). En las pantallas o los escenarios apenas se han podido ver porque las historias y los personajes del colectivo son escasos. De hecho, aún hoy, la mayoría de salas de cine ni siquiera ofrecen el servicio de subtítulos para estos ciudadanos. Y en los teatros, salvo contadas ocasiones, ni hay intérpretes en lengua de signos ni tampoco subtítulos. «Nunca hemos tenido referentes, hemos estado invisibilizadas y eso es violencia identitaria porque nos impide creer en que vayamos a poder participar en la construcción de la cultura. Yo llevo toda mi vida buscando esos referentes, consumiendo obras de

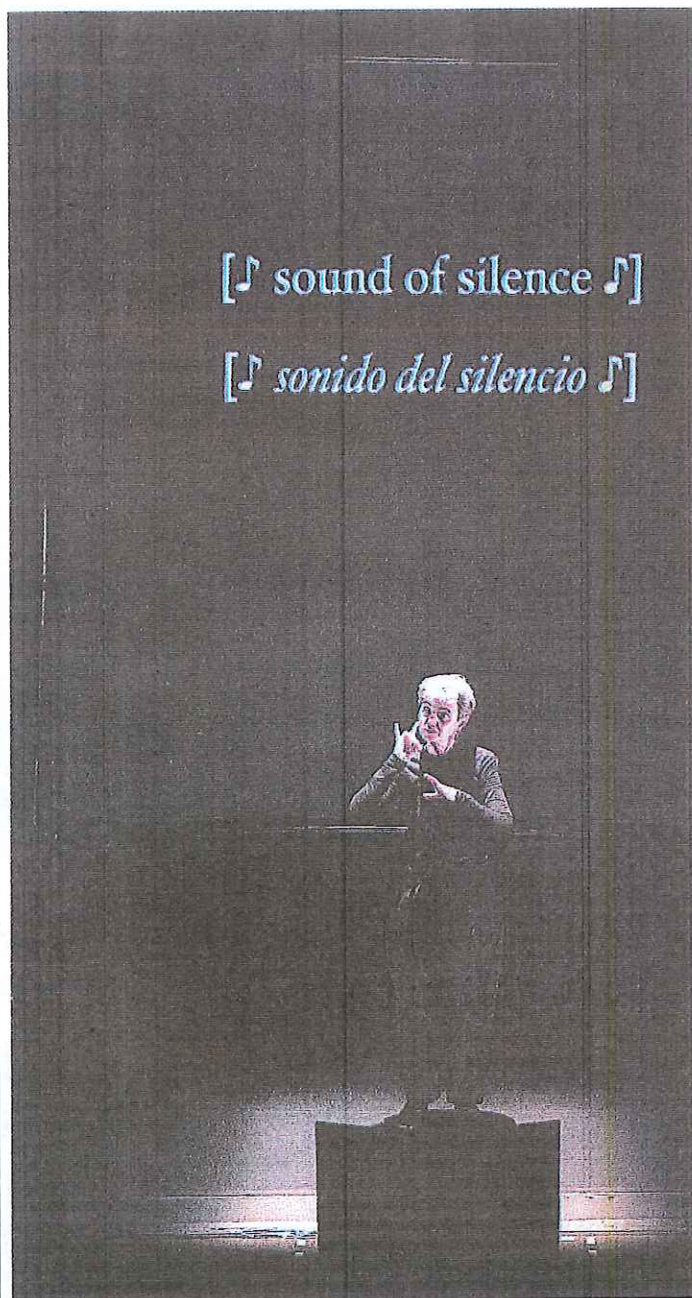


primer documental, *El canto de las manos*, sobre el proceso para montar un *Fidelio* de Beethoven con el Coro de Manos Blancas, compuesto por personas sordas en Venezuela. Desde el viernes, el Teatre Lliure de Barcelona acoge *Treballs forçats*, una pieza de la compañía Ça Marche, que cuestiona las dinámicas del lenguaje con la performer sorda Pepita Cedillo como una de sus protagonistas. Y el próximo 23 de enero, el Teatro Valle-Inclán de Madrid subirá al escenario *Grito, boda y sangre*, una versión de *Bodas de sangre* de Lorca que mezcla danza, títeres, texto, música y lengua de signos. Protagonizada por Mari López y Emma Vallejo, ambas con esta discapacidad, y dirigida por Ángela Ibáñez Castaño, la primera mujer sorda al frente de un montaje del Centro Dramático Nacional.

«Estamos en un momento en el que la comunidad sorda empieza, por fin, a sacar a la luz su existencia, su mirada y su manera propia de expresarse. Ese momento nos permite también exigir que se nos brinde un espacio que no sea puntual ni excepcional, sino estable y continuo, donde podamos crear y desarrollarnos», apunta la directora de *Grito, boda y sangre*, que, desde hace una década, trabaja en el CDN. Y sigue: «No se trata de que se nos dé una oportunidad, sino de construir una estructura estable. Con espacios continuos no solo se crean obras, se crean referentes, se fortalece la

arte y no me he visto ni desde la condescendencia. Nunca me he podido identificar», asegura Miriam Garlo en una conversación de Zoom con un intérprete que traduce las preguntas a lengua de signos.

Su personaje en *Sorda* aspira a convertirse, precisamente, en ese referente, y a hacerlo desde esa perspectiva compleja, alejada de la condescendencia de presentar a una persona sorda solo desde su discapacidad y de un carácter afable o angelical. Su Ángela estalla, llora, se enfada con y sin motivo una y otra vez. Como haría cualquier personaje interpretado por una actriz oyente. «Mostrar a las personas sordas con esos valores ni es actual ni es necesario, son valores de solidaridad del pasado. Ahora las personas sordas necesitamos que se nos facilite la autonomía y la libertad para poder llevar nuestra vida en igualdad de



condiciones. Ahí es donde tiene sentido de que vayamos como sociedad y también como cultura», incide Miriam Garlo.

El discurso lo comparten también sus compañeras de profesión con idéntica discapacidad. «Hay personas sordas diferentes, como las oyentes. Es verdad que nuestra comunidad y nuestra lengua son más visibles ahora, pero falta mejorar nuestros personajes. ¿Por ser sorda no puedo ser la que vende fruta, tu vecina o tu amante? ¿Tenemos que ser simplemente el personaje de la sorda?», se pregunta Mari López, una de las protagonistas de la obra *Grito, boda y sangre* que desde su nacimiento ha convivido con la sordera y cuya forma de comunicarse siempre ha

Mari López y Emma Vallejo, en un ensayo de 'Grito, boda y sangre'.
BÁRBARA S. PALOMERO

Pepita Cedillo, en el montaje de 'Treballs forçats'.
ROC PONT

El Coro de Manos Blancas que aparece en 'El canto de las manos'. E. M.

sido la lengua de signos. Esta conversación se está manteniendo en el local de ensayo del CDN en Madrid gracias a la participación de dos intérpretes. Una que traslada en palabras orales los signos de Mari y otra que hace lo mismo con los de Emma Vallejo, la otra actriz sorda que sostiene el montaje. Es ella quien, ahora, complementa a su colega: «Estamos teniendo más trabajo y yo eso lo agradezco, pero no puedo ocultar lo que tenemos que mejorar. Sé que vamos paso a paso, pero tenemos que seguir avanzando y no estancarnos. No podemos decir: 'Este es el año de las personas sordas', tiene que seguir habiendo más, que la gente sepa que somos parte de la sociedad. La mejora es abrir las mentes

SALUD | PAPEL

y que no se nos tenga miedo, porque ni echamos la bronca ni gruñimos».

Y ahora, la mirada gira. Porque la comunidad sorda también está participada por personas oyentes. La directora de *Sorda* y hermana de su protagonista, Eva Libertad, lo es. También quienes dirigen *El canto de las manos* y *Treballs forçats*, María Valverde y Nico Jongen, y quien firma la dramaturgia de *Grito, boda y sangre*, Iker Azcoitia. Las preguntas para ellos son: ¿cómo cambia la forma de trabajar con actores sordos u oyentes?, y ¿por qué adentrarse en las histo-

Iker Azcoitia se quedó fascinado por una interpretación de Ángela Ibáñez en el CDN, pensó en escribirle un papel y así arrancó una relación profesional y de amistad que ahora se ha consumado en la dramaturgia de *Grito, boda y sangre*. Lo que Ángela dirige es el texto de Iker surgido de las obras de Lorca, especialmente de *Bodas de sangre*. El dramaturgo lleva desde 2018 documentándose sobre la comunidad sorda para conocer su cultura, y los últimos cuatro años los ha pasado estudiando lengua de signos. «Nuestra esperanza es que colectivos históricamente oprimidos, como este o el LGTBI, al que pertenezco, tengan los referentes que les faltaron y que aún hoy siguen faltando. En *Bodas de sangre*, la madre le dice a la novia: 'Lloro, pero en la puerta'. Y eso representa bien a la comunidad sorda que ha tenido que llorar, gritar y dejarse la piel, siempre en la puerta», asevera Azcoitia.



rias de esta comunidad? «Lo que yo no entiendo es por qué no lo hemos hecho antes, y creo que es importante que las personas oyentes seamos conscientes de lo que hacemos y hemos hecho mal. También es una forma de exigir a las administraciones que cumplan con su función y aborden una realidad que llevan sin atender como deben desde hace demasiado tiempo», afirma María Valverde al otro lado del teléfono.

La compañía catalana Ça Marche, durante sus 10 años de vida, se ha dedicado a trabajar con actores no profesionales, a cuestionarse y colarse por las rendijas culturales a las que no se suele acceder para llegar a otros colectivos. Así, hasta la comunidad sorda que atraviesa *Treballs forçats*, surgida del proyecto europeo Future Labs. «Yo no tenía ninguna relación previa con ninguna persona ni con la comunidad sorda, pero me fijaba por la calle o en el súper, sentía que había algo ahí interesante para explorar», arranca Nico Jongen, la mitad de esta compañía. Y sigue: «Al principio tuve miedo y reparo al acercarme porque no conocía el terreno y leía que era una comunidad muy cerrada. Lo que yo me encontré fueron todo tipo de facilidades y gente con necesidad de comunicarse. Me parece interesante hacer una obra donde nuestro privilegio como oyente se invierta y generemos un diálogo».

Porque esa creación de nuevos referentes para niños sordos que quieran dedicarse al arte se está dando, pero, ¿será duradera o se recordará como algo pasajero que se desvanezca con el tiempo? «Para mí ha merecido la pena ya solo después de siglos de retraso abrir solo un espacio para la reflexión. Puede que esto también sea una moda, a mí también me da un poco esa impresión, pero no voy a bloquearme por ello y seguiré, junto a mis compañeros, empujando para seguir avanzando», señala Miriam Garlo.

La misma línea sigue Berta Frigola, activista y artista sorda que ha colaborado asesorando en *Treballs forçats*. «Comparto esa preocupación, pero, incluso si es una moda, no todo el impacto es negativo. Esta exposición puede abrir conversaciones, generar referentes y romper silencios de mucho tiempo. La clave está en el después: si estas propuestas se quedan como algo puntual o si sirven para ampliar el imaginario cultural y dar espacio a narrativas más diversas, creadas y lideradas por personas sordas».

Ángela Ibáñez rehúye esa opción de que las historias de su colectivo puedan ser «una moda» porque «cada vez hay más conciencia» sobre la lengua de signos y la realidad en la que viven las personas sordas. Como ejemplos, cita que la compañía teatral Chêvere, con la que ha colaborado, se ha comprometido a incluir la lengua de signos en todas sus futuras producciones, o que la Compañía Nacional de Teatro Clásico, donde ella tradujo *La dama boba* de Lope de Vega, se abren a una mayor inclusión de esta lengua.

Pero el cierre lo ponen las actrices Emma Vallejo y Mari López: «Somos personas, tenemos sentimientos, necesidades y derechos que tienen que ser cubiertos, no podemos ser una moda. Hablamos de sentirnos seguros, de vivir nuestro día a día sin barreras y de formar parte de equipos. Porque lo peligroso de ser una moda es que nosotras, humanas, vamos a seguir viviendo aquí y las modas se olvidan. Pero las barreras las vamos a seguir encontrando. Así que no somos ninguna moda».

LA GRIPE AL ALZA A LAS PUERTAS DE NAVIDAD: "YA SE COLAPSAN LOS HOSPITALES"

Epidemia. El incremento de los contagios se está traduciendo en una mayor presión hospitalaria. "Lo peor todavía no ha llegado", advierten los sanitarios

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

La gripe sigue al alza. Según el último informe del Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SIVIRA), que recoge los datos de gripe hasta el 14 de diciembre, la tasa de síndrome gripal ha subido a 195,9 casos por 100.000 habitantes desde la semana anterior, cuando se registraron 166 casos por 100.000 habitantes. Y ese incremento se está traduciendo en una mayor presión hospitalaria. En algunas comunidades autónomas, los ingresos hospitalarios han aumentado más de un 50% en una sola semana, advierte la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

«Los informes autonómicos confirman una tendencia claramente ascendente, con incidencias muy elevadas de infecciones respiratorias agudas (IRAs) y un impacto creciente en los servicios de urgencias y hospitalización, especialmente en población pediátrica, bebés menores de un año y personas mayores de 75-80 años», señala el organismo en un comunicado en el que aclara que en algunos territorios, el número de casos diagnosticados ha aumentado más de un 8% respecto a la semana anterior. Paralelamente, los ingresos hospitalarios se han incrementado por encima del 50%, superando ya los máximos registrados en toda la temporada pasada.

Javier Millán, vicepresidente de SEMES, subraya que el aumento de las hospitalizaciones se centra especialmente en personas vulnerables: «Cada vez más pacientes requieren ingreso hospitalario por complicaciones, sobre todo mayores de 65 años con comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, procesos oncohematológicos o situaciones de inmunodepresión».

También los profesionales sanitarios denuncian que la gripe está colapsando las urgencias de hospitales de toda España. «Lo peor de la epidemia de la gripe no ha llegado y el Sistema Nacional de Salud ya muestra un panorama desolador en toda España», advierte indica Darío Carrasquilla, portavoz nacional de Sanidad de CSIF. Al tiempo, describe lo que significa esta presión asistencial: «Casi 800 pacientes atendidos en un día en algunos hospitales. Enfermos en sillas o butacas porque no hay camillas y cuatro días de espera para lograr una cama. La situación es igual de dantesca con la Atención Primaria, con las agendas saturadas y demoras de 15 días».

Para Gema Fernández Rivas, portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), aún no estamos ante el pico de la ola epidémica. «Se estima que los casos todavía seguirán subiendo un poco más», señala. Sobre cuál será la evolución de cara a las fiestas, advierte: «Es difícil hacer previsiones debido a las características del virus de este año».

> SALAMANCA

La vulnerabilidad del cáncer de pulmón

El Centro de Investigación del Cáncer identifica alteraciones en la proteína Capicúa que permiten anticipar la aparición de resistencias a tratamientos dirigidos a determinados cánceres. Por **María Bausela**

El mundo oncológico ha ido avanzando a grandes pasos durante las últimas décadas con el desarrollo de nuevos y mejores tratamientos, sin embargo, también han surgido nuevos retos debido a las resistencias a estos que presentan miles de pacientes con todo tipo de tumores. En concreto en el contexto del cáncer de pulmón estas resistencias contra los tratamientos dirigidos se sitúan como uno de los grandes retos a los que se enfrentan los profesionales.

Durante los últimos 40 años investigadores de todo el mundo se han dedicado a buscar formas de bloquear específicamente el KRAS mutado, un gen que activa vías de señalización que permiten a las células tumorales sobrevivir e invadir otros tejidos, sin embargo, no dieron con ningún tratamiento que fuera mejor que la quimioterapia y/o radioterapia.

«Sabendo que la eficacia de estos tratamientos está limitada y que causan frecuentemente efectos secundarios importantes, la búsqueda de nuevos fármacos era prioritario», apunta Matthias Drosten, científico principal del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca.

Por ello, los profesionales de la salud han continuado tratando de avanzar en este aspecto y durante los últimos tres años han conseguido por primera vez la aprobación de dos fármacos que pue-

den bloquear el KRAS mutado, pero no mejoran la supervivencia de los pacientes a largo plazo dado que un gran número de pacientes no responde a esta inhibición o desarrollan resistencia relativamente rápida.

Partiendo de esta base, el centro salmantino ha tratado de aportar su gambito de arena para «estudiar porque es así y que podemos hacer para que los fármacos funcionen mejor». Un trabajo que les ha llevado a identificar la proteína Capicúa como clave en la resistencia y progresión de tumores pulmonares con mutaciones en KRAS y TP53. El laboratorio liderado por Drosten ha podido probar que esta proteína actúa como una barrera natural para la formación de tumores pulmonares al frenar la transformación maligna causada por alteraciones genéticas.

«En nuestro laboratorio, especializado en mejorar la comprensión de la biología del cáncer de pulmón, investigamos principalmente el papel de las mutaciones en el oncogén KRAS, el cual es la principal causa del 25% de los cánceres de pulmón, pero también del 90% de los cánceres de páncreas y el 45% de los colorrectales; con el fin de encontrar tratamientos mejores».

«Estos cánceres están entre los que tienen el peor pronóstico, ya que todavía no tienen tratamientos eficaces», es por ello que vieron relevante poner en marcha

este proyecto de investigación por el cual han estudiado el papel de Capicúa en los cánceres de pulmón causados por mutaciones en el gen KRAS.

«La forma más eficaz de prevenir el cáncer de pulmón es abstenerse de fumar, se estima que así se podrían reducir hasta el 80% de los casos. Y, en el caso de la mayoría de las mutaciones en el gen KRAS que provocan el cáncer de pulmón, estas están causadas directamente por los carcinógenos en el tabaco. Hay una relación causa/consecuencia muy clara», remarca.

«Sin embargo, vemos que estas mutaciones también existen en pacientes no fumadores, por lo cual nuestra investigación abre la puerta a que todos los pacientes con mutaciones en el KRAS puedan beneficiarse».

«Dado que un amplio número de pacientes con cáncer de pulmón tiene también mutaciones que crean una variante defectuosa de esta proteína, planteamos la hipótesis que podría actuar como freno que bloquea el crecimiento tumoral. Además, como está también implicada en otros tipos de cáncer donde su ausencia causa resistencia a ciertos fármacos, empezamos a estudiar si lo mismo ocurre en el cáncer de pulmón, y si es así, que se puede hacer en estos casos», remarca el científico.

De esta manera, el objetivo principal del estudio paso de in-



Matthias Drosten junto a otra investigadora. ENRIQUE CARRASCAL

vestigar el papel de Capicúa en el cáncer de pulmón a, tras ver que actúa como una barrera natural para la formación de tumores, tra-

tar de encontrar nuevas formas de tratar estos tumores cuando pierden la proteína, «algo que ocurre en ciertos pacientes que demues-

BLOG OPINIÓN

IA aliada o facilitadora de violencias?

MARINA ALAMO TORMO

Entre la realidad y el algoritmo hay siempre una traducción. Cuando aplicamos inteligencia artificial a las violencias contra las mujeres, convertimos experiencias en variables procesables por un sistema. Esta operación no es neutra: decide qué cuenta y qué no, qué es visible para el algoritmo y qué queda fuera de su alcance.

Es innegable que la IA abre diversas posibilidades: puede ayudar a identificar patrones de desigualdad a gran escala, evaluar el impacto de políticas públicas, agilizar la gestión de recursos o fa-

cilitar una primera orientación a mujeres que no saben dónde acudir para pedir ayuda.

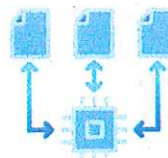
En el caso de las violencias digitales, permite detectar y rastrear contenido íntimo difundido sin consentimiento, un fenómeno en auge cuya persecución manual resulta prácticamente inabarcable.

Sin embargo, estas potencialidades no deberían hacernos perder de vista sus límites. Los algoritmos necesitan datos limpios, clasificables. En contraposición, la violencia de género es una realidad com-

pleja.

En un contexto donde delegamos decisiones al algoritmo, lo que no se traduce al dato deja de existir. Como en el resto de ámbitos de la vida: nombrar es otorgar importancia. Y quienes hoy tienen el poder de nombrar son pocos, y no garantizan una mirada sensible a las múltiples formas que adopta esta violencia.

En esta reflexión sobre los datos, conviene no perder de vista uno: en 2024, la Asociación Stop Violencia de Género Digital atendió a 92 mujeres víctimas en Castilla y León (ASVGD y Observatorio de Violencia Digital, 2025), una cifra que apenas araña la superficie de una realidad sobre la que existen escasos datos desagregados por comunidades autónomas. Frente a esto, la tecnología debe ser un apoyo, nunca una coartada para escatimar en recursos humanos y servicios.



El proyecto Mapa Stop Vio- gen, impulsado por la Fundación Santa María la Real y financiado por el Ministerio de Igualdad, aborda en su edición de este año precisamente esta cuestión: explorar el potencial de la IA para actuar frente a las violencias machistas sin perder de vista el contexto social en el que se desarrolla. Los beneficios de esta tecnología, que sin duda son prometedores, no pueden evaluarse en el vacío. La historia del conocimiento nos ha enseñado que las herramientas presentadas como objetivas han servido demasiadas veces para legitimar dinámicas de desigualdad. Que la IA no sea una más dependerá de nuestra capacidad para resistir la tentación de confundir el mapa con el territorio.

Marina Álamo Tormo es técnica de investigación social en la Fundación Santa María la Real.

MATTHIAS DROSTEN, INVESTIGADOR PRINCIPAL DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER DE SALAMANCA

«Este estudio podría ser un primer paso para mejorar la supervivencia de los pacientes»

«Con nuestra investigación hemos observado cuatro resultados principales. En primer lugar, que la proteína Capicua actúa como barrera natural contra el cáncer de pulmón y que hay dos principales formas de superar esta barrera, la pérdida directa de Capicua o el aumento del KRAS mutado. De tal manera que cuanto más KRAS mutado hay en un tumor, es más fácil de superar esta barrera» explica Matthias Drosten, el investigador principal del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca que dirige desde hace 4 años un laboratorio dedicado a la investigación sobre el oncogén KRAS en el cáncer de pulmón.

«Por otro lado, hemos visto que la reactivación de la proteína reverte todos los efectos negativos.

Esto sería difícil de conseguir en pacientes, pero nos ha servido como prueba de concepto».

Además, han observado que la inhibición de otras dos proteínas controladas por Capicua, llamadas ETV4 y ETV5, «tiene los mismos efectos positivos que su reactivación, algo que podría ser otra manera de revertir la resistencia. Aunque no fue parte de la investigación publicada en EMBO Molecular Medicine, actualmente estamos testando posibilidades de inhibir las dos proteínas».

Y, finalmente, «hemos descubierto que células tumorales que han perdido a Capicua adquieren sensibilidad a otro tipo de fármacos, los cuales bloquean el metabolismo alterado de estas células y demuestran resultados muy

prometedores».

Así, continúan trabajando en este estudio con el que buscan tratar de «alargar la vida de los pacientes. Este estudio podría ser un primer paso en conseguir que haya menos resistencia, ayudando a mejorar la baja supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón».

«En el futuro, cada nuevo tratamiento podría suponer una nueva herramienta contra el cáncer, contribuyendo a que los pacientes puedan sobrevivir más. El futuro de los tratamientos contra el cáncer serán tratamientos altamente personalizados, adaptados a las necesidades de cada paciente. Nuestra investigación podría ser un paso importante en esa dirección», asegura el investigador del centro salmantino.

que en una segunda fase investigaron qué consecuencias tiene la pérdida de la proteína para la progresión de los tumores.

En estos análisis ha sido fundamental la realización de experimentos con modelos animales, empleando ratones genéticamente modificados para replicar las mutaciones observadas en cánceres humanos. Gracias a ellos han podido estudiar de manera controlada el impacto de la pérdida funcional de Capicua y la amplificación de KRAS en el desarrollo tumoral.

Actualmente, se encuentran en la tercera etapa del estudio, buscando formas de bloquear las múltiples consecuencias de la pérdida de Capicua. «Ya disponemos de varias posibles formas de tratamiento para bloquear las consecuencias de la pérdida de la pro-

teína, entre los cuales muchos de ellos han demostrado resultados muy prometedores. Lo que falta todavía es verificar cuál es el más eficaz y verificar los descubrimientos al máximo», explica el científico.

Una vez que esta última fase termine y cuenten con un tratamiento que demuestre un claro efecto antitumoral contra los tumores resistentes, el siguiente paso sería la consolidación de este nuevo tratamiento en un amplio espectro de modelos preclínicos mediante la prueba del mismo en pacientes afectados. «Pero hasta llegar a ese punto tenemos un camino largo que recorrer. En primer lugar, tenemos que estar seguros de que funcione y asegurar los recursos para avanzar nuestro proyecto», incide Drosten.

Los resultados que han conse-

guido hasta ahora ya suponen un gran avance, puesto que han conseguido identificar múltiples aspectos fundamentales de la proteína acerca de su papel como barrera natural.

Así, sus descubrimientos «abren la puerta a nuevos tratamientos», ya que la identificación de mutaciones o alteraciones funcionales en Capicua les ha permitido anticipar la aparición de resistencias, algo que les podría llevar al diseño de tratamientos personalizados basados en el perfil molecular de cada tumor.

«Esto podría mejorar rotundamente los efectos antitumorales de los fármacos contra el KRAS mutado, y, en consecuencia, prevenir o retrasar significativamente la aparición de la resistencia, y alargar la vida de los pacientes», concluye.

tran resistencia a los tratamientos específicos contra KRAS».

Por ello, la primera fase del estudio pasó por analizar la relevan-

cia de Capicua en estos cánceres, «anticipando que este descubrimiento podría abrir la puerta a nuevos tratamientos», mientras

BLOG OPINIÓN

Luz en la noche paleolítica

MARCOS TERRADILLOS BERNAL

Pocas cosas han cambiado tanto la vida humana como el fuego. A veces damos por hecha su existencia, pero si miramos nuestro pasado vemos hasta qué punto esta innovación marcó un antes y un después para nuestros antepasados. En pleno Paleolítico, cuando la supervivencia dependía del control del entorno, dominar el fuego implicaba disponer de una herramienta que nos ofrecía calor, luz, seguridad, la posibilidad de modificar las cualidades de los alimentos y de favorecer las relaciones sociales.

Sabemos que desde hace centenares de miles de años los homínidos usaban el fuego, pero no conocíamos cómo desarrollaban el encendido. En estos días, un artículo publicado en la prestigiosa revista Nature ha vuelto a poner el tema en el centro del debate. El estudio propone que, en el yacimiento de Barnham (Reino Unido), grupos humanos habrían producido fuego intencionalmente hace unos 400.000 años. Lo novedoso no es tanto la antigüedad, ya que conocemos yacimientos en Europa con hogares de esta cronología, sino que

se hayan localizado fragmentos de piritita, un mineral que, al golpearlo con pedernal, genera chispas. Alguien llevó allí esa piritita y lo utilizó para encender el fuego.

Este tipo de evidencias adelanta el momento en que comenzamos a dominar el fuego y nos invita a revisar las interpretaciones que hacíamos de los seres humanos del Pleistoceno medio. Producir fuego requiere conocer el paisaje, saber dónde afloran las pirititas, el pedernal y la yesca; practicar una serie de gestos de golpeo muy concretos y tener mucha paciencia y suerte. Todo ello sitúa a estos grupos (probablemente antepasados de los neandertales) en un desarrollo social, cultural, tecnológico y cognitivo más complejo de lo que pensábamos.

A lo largo de la Prehistoria, el fuego acompañó las grandes transformaciones humanas: el dominio del paisaje, la ocupación del norte de Europa, la posibilidad de explorar las cavidades, cocinar, conservar los alimentos, alargar las horas del

día, ahuyentar a los depredadores, etc. Al igual que nosotros, los seres humanos del pasado se relacionaban y comunicaban con sus semejantes alrededor del fuego. El entorno del hogar pasó a ser el punto central de la vida humana. Este generaba protección y comunidad, convirtiéndose en un espacio afectivo y social. Así, 400.000 años después asociamos el calor del fuego con nuestro hogar, la luz, el refugio y la convivencia con nuestros seres queridos. El nuevo trabajo publicado en Nature es una invitación a seguir investigando, a integrar análisis arqueológicos, geoquímicos y experimentales, y a reconocer que nuestros antepasados fueron bastante más ingeniosos de lo que nos creíamos. El fuego no fue un simple recurso, fue un compañero esencial en el largo viaje que nos convirtió en seres humanos.

Marcos Terradillos Bernal es director y profesor de la Universidad Isabel I

> LEÓN

La clave contra las infecciones pulmonares

Un estudio internacional en el que participa la ULE descubre un mecanismo inmunológico que explica por qué ciertas personas desarrollan neumonía bacteriana grave tras sufrir una infección por gripe. Por **María Bausela**

Con el repunte de casos durante la temporada de la gripe es frecuente ver que ciertos pacientes pueden llegar a tener una complicación grave en forma de neumonía bacteriana tras sufrir una infección por el virus de la gripe A. Esta situación, que se da en un contexto de creciente resistencia antimicrobiana, causa que desde el mundo de la investigación se intenta fortalecer la defensa inmunitaria de los pacientes para así reducir la dependencia de los antibióticos y mejorar su pronóstico.

En este marco se centra un estudio internacional publicado en la revista 'Journal of Clinical Investigation', en el cual han participado María Luisa del Río-González y José-Ignacio Rodríguez-Barbosa, profesores de la Universidad de León (ULE) y responsables de su Laboratorio de Inmunobiología e Inmunoterapia.

Bajo el liderazgo del Hospital Universitario de Giessen de Alemania han trabajado en este estudio con el cual han descubierto un mecanismo inmunológico que explica por qué algunas personas desarrollan esta neumonía bacteriana grave, abriendo nuevas posibilidades terapéuticas para pre-

venir complicaciones respiratorias graves.

«Las infecciones respiratorias virales, como la gripe o la COVID-19, son una de las principales causas de complicaciones graves y la mortalidad. Entender cómo se desencadenan las neumonías secundarias es clave para mejorar la prevención y reducir la dependencia a los antibióticos», apunta del Río-González.

Por ello, su objetivo ha sido identificar los mecanismos inmunológicos que explican «la transición de una infección viral a una neumonía bacteriana grave» y, a partir de ahí, diseñar estrategias terapéuticas que fortalezcan la defensa del paciente.

El proyecto aborda esa complicación frecuente y grave de la gripe, la neumonía bacteriana secundaria, mediante la identificación de un mecanismo inmunológico que explica por qué los pacientes se vuelven vulnerables tras la infección viral, explorando estrategias terapéuticas para prevenirla.

Así, han observado que tras la infección por el virus de la gripe A, se produce la pérdida de los macrófagos alveolares residen-

tes, células esenciales para mantener la defensa pulmonar.

«Descubrimos que la molécula TNFSF14 activa una vía que provoca la muerte de estos macrófagos, dejando el pulmón desprotegido frente a bacterias como *Streptococcus pneumoniae*».

La investigación partió en primer lugar de la identificación del mecanismo inmunológico mediante modelos animales y análisis celulares, para poder pasar después al desarrollo y validación de un anticuerpo monoclonal anti-LIGHT capaz de bloquear la interacción con sus receptores.

Posteriormente, procedieron a la evaluación preclínica de la eficacia del anticuerpo en modelos experimentales. Para demostrar este mecanismo utilizaron ratones y macrófagos alveolares residentes (TR-AMs) manipulados genéticamente, y anticuerpos diseñados para bloquear ciertos componentes de la vía inmunitaria.

La contribución del equipo de la Universidad de León ha pasado por el desarrollo de un anticuerpo monoclonal, que permitió reducir significativamente la gravedad de la enfermedad en los modelos experimentales. Ade-

más, del Río-González y Rodríguez-Barbosa han participado en el diseño de modelos experimentales y el análisis funcional de los mecanismos inmunitarios implicados.

«Aportamos nuestra experiencia en inmunología traslacional y el desarrollo de anticuerpos, lo cual permitió validar el mecanismo y proponer una vía terapéutica innovadora», incide.

Actualmente, continúan trabajando en el estudio adelantándose en la fase preclínica, «con resultados muy prometedores que abren la puerta a futuros ensayos clínicos». Y el siguiente paso del proyecto internacional será trasladar estos hallazgos a estudios clínicos en pacientes, evaluando la seguridad y eficacia de bloquear la vía TNFSF14 en contextos de infección viral grave.

Por ahora han podido demostrar que la pérdida durante las fases tempranas de la infección viral por la gripe de un tipo de célula inmunitaria clave en los pulmones, los TR-AMs, que son los encargados de mantener la limpieza y defensa del tejido pulmonar, produce un contexto en el que se facilita el desarrollo de la neumonía bacteriana secundaria,

así como se agrava el daño pulmonar que sufren los enfermos.

Por el contrario, vieron que cuando bloquean la interacción de LIGHT con sus receptores esto preserva los macrófagos alveolares y reduce significativamente la gravedad de la neumonía secundaria en modelos experimentales. «Esto confirma que TNFSF14 es un factor clave en el daño pulmonar post-viral».

Estos descubrimientos a los que ha llegado el equipo en el que se integran los investigadores de la ULE, abre la puerta al desarrollo de una nueva vía terapéutica para prevenir complicaciones graves tras infecciones respiratorias. «En lugar de depender exclusivamente de antibióticos, podemos restaurar la inmunidad del paciente».

«Con el trabajo que hemos realizado como parte de este proyecto, queremos que la investigación tenga un impacto real en la vida de los pacientes. Nuestro objetivo es que los avances en inmunología se traduzcan en tratamientos más eficaces y en una mejor calidad de vida para quienes sufren infecciones respiratorias graves», asegura María Luisa del Río-González.



Los investigadores responsables del estudio Raquel Garcimartín-Ballón, María Luisa del Río-González, José-Ignacio Rodríguez-Barbosa y María Santiago Carretero. ULE

> SALAMANCA

Adelantarse a la leucemia infantil

Un proyecto del Centro de Investigación del Cáncer avanza para llegar a prevenir la leucemia linfoblástica aguda en niños, y así evitar las secuelas a largo plazo y la posibilidad de recaídas. Por **María Bausela**

Cuando hablamos de cáncer infantil es la leucemia el tipo que representa el mayor porcentaje de casos, sumando un tercio de todos los niños afectados por esta enfermedad. A su vez, dentro de este cáncer existen diferentes subtipos, entre los cuales la leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA-B) se sitúa como el más prevalente. A lo largo de los últimos años los tratamientos de este cáncer han avanzado significativamente, sin embargo, muchos niños que sobreviven tienen que enfrentarse a multitud de secuelas a largo plazo que merman su calidad de vida, así como se encuentran ante la posibilidad de sufrir recaídas, lo cual reduce significativamente sus expectativas de vida.

Desde el Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca el científico Isidro Sánchez García ha realizado junto con su grupo de trabajo diferentes investigaciones recientes en las cuales han demostrado que un 5% de niños considerados sanos nace con una predisposición genética a desarrollar leucemia. Estos infantes portan células B pre-leucémicas que pueden llegar a permanecer inactivas durante años, pero existen ciertos factores ambientales que pueden activarlas y promover su transformación en leucemia agresiva.

Fruto de estos descubrimientos han lanzado una nueva línea de investigación con la que buscan poder prevenir por completo la leucemia linfoblástica aguda infantil. El proyecto pretende identificar y frenar esa transformación de las células pre-leucémicas para pasar de depender del diagnóstico a poder frenar la leucemia antes de que empiece a estar presente.

«Durante décadas nos hemos centrado en tratar la leucemia cuando se manifiesta, pero con este proyecto queremos cambiar ese paradigma, pasar de curar a prevenir. Si conseguimos detectar la leucemia antes de su aparición, estaremos dando un paso decisivo hacia una nueva forma de abordar el cáncer infantil, abriendo la puerta a intervenciones tempranas y personalizadas», explica Sánchez.

Así, trabajan para identificar a los niños que van a tener leucemia antes de que esta surja desde un contexto de predisposición genética y así poder conocer cuándo una célula normal se va a volver cancerígena antes de que lo haga para poder intervenir.

«Tener o no tener predisposición genética no significa nada,



Isidro Sánchez García junto a algunas investigadoras de su equipo del Centro de Investigación del Cáncer. ENRIQUE CARRASCAL

no es un riesgo, la mayoría de esos niños estarán siempre sanos; el factor determinante según hemos visto en nuestros estudios previos es el estrés inmunológico que normalmente vendrá dado en muchísimos casos como puede ser la exposición a infecciones comunes, el tratamiento con antibióticos, haber nacido con un peso elevado, etc. Hay muchos mecanismos ambientales que pueden hacer que, cuando tienes predisposición genética, una célula se transforme».

Por ello quieren saber cuáles son los factores ambientales determinantes que afectan a los niños. «Los estudios epidemiológicos hasta ahora han sido incapaces de identificarlos de manera efectiva, pero es necesario realizar estudios epidemiológicos individuales de seguimiento para identificar en cada caso, digamos, ese factor modificable para luego dar el salto a la prevención».

El siguiente paso es demostrar en modelos preclínicos que este desarrollo de la leucemia se puede prevenir con intervenciones

no quimioterápicas ni tóxicas. Para ello han hecho uso de modelos animales en los que introdujeron la misma predisposición genética que tienen los niños para que reaccionen como ellos, de tal manera que solo un porcentaje cree leucemia y hasta ahora, todos los hallazgos que han obtenido con estos modelos los han podido confirmar en niños.

De esta manera investigan para alcanzar algo que «se consideraba imposible hasta hace unos años. No digo que estemos muy cerca, pero se ha visto que es posible prevenir la leucemia».

Su planteamiento pasa por realizar un test genético a todos los niños al nacer para identificar la susceptibilidad a la leucemia. Una vez que se conozca a aquellos que tienen esa condición genética la siguiente medida que plantean es aplicar un segundo test a los niños afectados para saber cuáles van a desarrollar leucemia, una prueba en la que están trabajando actualmente.

«Tras identificar a aquellos que

tienen riesgo de tener leucemia se podrá realizar una intervención médica no tóxica, no quimioterápica, que no va a afectar para nada al niño, con la cual frenar ese desarrollo», incide.

Para la realización de este trabajo cuentan con la financiación de la Fundación 'La Caixa', que les ha otorgado 1 millón de euros para el proyecto denominado 'Detección precoz del riesgo en niños con predisposición genética a la leucemia cuya ejecución será de tres años. Además del equipo de Sánchez en Salamanca colaboran profesionales del Hospital Universitario Niño Jesús de Madrid, el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, la Fundación Unoentrecienmi, el Instituto Portugués de Oncología de Lisboa Francisco Genti y el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona que trabajan bajo la coordinación del centro salmantino.

Juntos buscan llegar a entender mejor los eventos epigenéticos, entendidos como modificaciones químicas que regulan la actividad de los genes sin alterar

la secuencia del ADN, que impulsan esta transición hacia la leucemia. Gracias a la identificación de estos 'marcadores' podrán llegar a ese objetivo de desarrollar estrategias para detectar tempranamente a los niños con riesgo y prevenir el desarrollo de la enfermedad.

Mediante el uso de metodologías avanzadas de análisis genómico y epigenético a nivel de células individuales esperan poder llegar a «favorecer a la vida de las personas», el cual incide que es un mayor objetivo. «La sonrisa de un niño o sus padres y familias cuando les curas no tiene precio. Eso es lo que nos motiva a trabajar, a seguir investigando, a adentrarnos en este nuevo proyecto con el cual creemos que vamos a influir no solo en la leucemia infantil, sino en el cáncer en general, ya que estos van a ser los pasos que se van a dar a otros tipos de cáncer debido a que la predisposición genética no solo existe en la leucemia infantil, también existe en la leucemia del adulto».

> PERSONAJES ÚNICOS / OLGA ISABEL FERNÁNDEZ



Esta doctora en Salud, Discapacidad, Dependencia y Bienestar trabaja desde su grupo de investigación en la UEMC para poder ver las dificultades a las que se enfrentan las personas en su día a día, como la soledad en los jóvenes, e identificar sus causas y consecuencias. Por **María Bausela**

La terapeuta de la soledad

Investigar cómo mejorar las dificultades a las que se enfrentan las personas, esa es la motivación que mueve el trabajo de Olga Isabel Fernández Rodríguez, profesora e investigadora de la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC) de Valladolid. «Desde pequeña siempre he querido ayudar a la gente, eso era algo que tenía claro y sabía que me gustaba la parte sanitaria. Con el paso de los años descubrí lo que era la terapia ocupacional, me llamó mucho la atención y durante los 15 años que llevo dedicada a esta profesión lo que he hecho ha sido reafirmarme en esa motivación por ayudar a quienes lo necesitan», apunta la terapeuta.

Doctora Cum Laude en Salud, Discapacidad, Dependencia y Bienestar por la Universidad de Salamanca, se graduó en Terapia Ocupacional por la Universidad de Castilla-La Mancha y cuenta con un máster en Neurocontrol Motor y Experta en Terapia de Mano por la Universidad Rey Juan Carlos. Adicionalmente, es Experta Universitaria en Ortopedia y Ayudas Técnicas por la Universidad Complutense de Madrid.

Esta formación la ha compaginado con su trabajo en el área clínica, fundamentalmente en geriatría y en neurología. «Geriatría es una especialidad muy versátil porque las personas mayores no solo tienen la problemática de las cuestiones asociadas a la edad, sino que además tenemos personas con problemas de neurología, reumatología, traumatología, salud mental, etc. Por ello, veía una necesidad ética de formarme en diferentes campos para poder dar la mejor atención posible».

Fue tras finalizar su doctorado cuando se incorporó al equipo de la UEMC, donde actualmente es Coordinadora Académica del Grado en Terapia Ocupacional y directora del Grupo de Investigación en Participación y Rendimiento Ocupacional (INPRO), un trabajo que compagina con su rol como socia numeraria de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y delegada provincial del Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla y León (COPTOCYL).

Este trabajo se ve enriquecido por las labores de investigación que realiza con su equipo de trabajo multiprofesional, desde el cual hacen «investigación aplicada a la pro-



Olga Isabel Fernández, profesora de Terapia Ocupacional en la UEMC. PHOTOGENIC

blematika que tienen las personas reales, orientado a que pueda servir para un mayor refinamiento en cuanto a políticas y protocolos de intervención y atención», incide.

«Me dedico fundamentalmente a investigar sobre la participación y el desempeño ocupacional, es decir, ver el porqué y cómo se pueden frenar esas dificultades que tienen las personas para hacer aquello que quieren y da significado a su vida. O cuáles son las dificultades que se encuentran durante la ejecución de sus objetivos».

«Hasta ahora, los campos en los que he realizado esta investigación han sido principalmente en salud mental, accesibilidad y estamos adentrándonos a otros campos como neurología y en geriatría, pero siempre orientado a hacer una investigación que pueda tener un impacto real en la vida de las personas».

Su grupo, que lleva pocos años de trayectoria, ha lanzado una guía de buenas prácticas en accesibilidad no solo física, sino también

cognitiva, social, interacción social y comunicativa. Esta «es una revisión profunda de la legislación para detectar los vacíos normativos y poder proponer soluciones a esos vacíos para que, cuando diseñen los edificios o realicen reformas en edificios que ya existen, se tenga en cuenta no solo la aplicación de la ley, sino que sean útiles para las personas para las que deben estar diseñados. Ese fue el primer trabajo que lanzamos».

Más recientemente han trabajado en una investigación centrada en la relación entre la soledad, los adolescentes y los videojuegos, que se sitúan como una de sus formas de ocio más habituales. Con este proyecto buscaban ver su impacto sobre la salud mental, y qué ocurre cuando los adolescentes juegan en espacios comunitarios donde se fomenta el juego compartido y se limita el aislamiento.

«La mayor parte de la investigación previa había analizado el videojuego como una actividad individual, doméstica o exclusivamente online,

y que normalmente se asociaba al aislamiento. Los que nosotros nos preguntamos fue qué ocurría cuando el videojuego se integra en un contexto social presencial donde hay interacción y normas compartidas, así como aparece el sentimiento de pertenencia que sabemos que es tan importante en el ser humano», explica la investigadora.

«Lo que intentamos fue abordar esa falta de estudios en esta rama, preguntarnos cómo el contexto social del juego puede influir en esa percepción de soledad de los adolescentes, y ver bajo qué condiciones se pueden asociar a experiencias más positivas. Se tiende a relacionar el uso de los videojuegos con un hecho negativo en los adolescentes, vinculado con el aislamiento o incluso la adicción. Partiendo de la base de que esta actividad social es importante para muchos jóvenes, queríamos saber si esto era cierto o no».

Para ello realizaron un estudio a 112 adolescentes de 14 a 20 años usuarios de centros juveniles con

acceso gratuito a videojuegos y analizaron, mediante cuestionarios socio demográficos, sus hábitos de juego y su relación con la Escala de Soledad Adolescente. Sus resultados mostraron que aquellos jóvenes que juegan solos cuentan de forma general con peores indicadores de bienestar que quienes juegan exclusivamente acompañados, ya que el último grupo presenta una percepción más positiva de sus amistades, familia y sí mismos. Es decir, no es el videojuego en sí lo que marca la diferencia, sino el contexto en el que se practica».

«Estos datos pueden servir para acercarnos a los intereses de los jóvenes, y no rechazarlos, sino comprenderlos y acompañarlos. La gente piensa que el problema de la soledad se da en otros grupos de edad, en personas mayores, pero no es la realidad. Son los jóvenes los que más solos se sienten en muchas ocasiones y lo que vimos es que cuando se hace uso de esos espacios comunitarios esto ayudaba a con su salud mental», remarca.

CASTILLA Y LEÓN

Llegan los helicópteros medicalizados a El Bierzo, Soria y Ávila y ya son siete

Mañueco anuncia que llegarán a diez a final de año para «mejorar el sistema» y «atender de forma más rápida y segura» / El Hospital de El Bierzo estrenará el viernes Unidad de Ictus

LEÓN

Castilla y León contará este mismo año con 10 helicópteros medicalizados, uno por cada provincia más otro para la comarca del Bierzo, y 204 ambulancias de emergencias, dos tercios de ellas en el ámbito rural. Son algunos de los datos ofrecidos hoy por el presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, en Ponferrada, donde ofreció detalles de las mejoras en el transporte sanitario de la comunidad, con una inversión de más de 95 millones de euros.

Ahora entran en funcionamiento tres helicópteros, uno en el área de Salud del Bierzo, otro en Soria y uno más en Ávila se suman, que se suman a los que ya hay en León, Burgos, Salamanca y Valladolid. «Y habrá tres más en las provincias restantes a lo largo de los próximos meses. En total 10 helicópteros medicalizados, uno por provincia más el del Bierzo», dijo el presidente en declaraciones que recogió Ical.

Las mejoras en este ámbito no acaban ahí, ya que también comenzarán a funcionar 14 ambulancias, nueve de soporte vital básico y cinco de soporte vital avanzado. Tres de ellas son para la provincia de León, que contará con dos de soporte vital avanzado en la capital de la provincia y en Ponferrada y unas de soporte vital básico para el municipio de Toreno.

«Queremos mejorar el sistema con una dotación en todas las provincias para atender de forma rápida y segura y llegar a las poblaciones más pequeñas. Estamos aupando a nuestra tierra al liderazgo nacional de atención a las personas», señaló Mañueco, quien recordó que cuando entró de presidente solo había tres helicópteros y 157 ambulancias, que este año serán 204, lo que supone «un 30 por ciento más». A estas ambulancias hay que sumar las que se destinan a servicios no urgentes, lo que completa un mapa de 720 vehículos.

«Hemos logrado tener el segundo mejor sistema sanitario de España y hoy vivimos un momento histórico», remarcó. «El gobierno de Castilla y León funciona. Ofrece estabilidad a la sociedad y permite avances en servicios públicos, especialmente en sanidad», añadió.

MEJORAS

El presidente aprovechó su visita a Ponferrada para repasar las inversiones que se han hecho en el área de salud del Bierzo y Laciana y hacer nuevos anuncios, como que este mismo viernes entrará en funcionamiento la Unidad de Ictus del Hospital del Bierzo y a lo largo del 2026 llegará un nuevo robot de cirugía traumatológica.

Recordó que se ha construido el nuevo Centro de Salud de Bembibre,



Mañueco saluda a los pilotos de un helicóptero junto al consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, ayer. Ical

se reformó el de Picotuerto, en Ponferrada, y se está avanzando en los trámites para construir el nuevo Centro de Salud Ponferrada I. Además el centro de Cuatrovientos cuenta con la Unidad de Dolor Crónico, que se extenderá a Bembibre y Fabero.

En el Hospital del Bierzo, se ha contratado a 84 nuevos profesionales, cubriendo cuatro de las seis plazas de Oncología. También se finalizó la reforma del área de Rehabilitación y Fisioterapia, quedando espacio libre para

la Unidad Satélite de Radioterapia, cuyo proyecto está en ejecución. Y no se olvidó el Robot Da Vinci o los nuevos equipos de alta resolución, como TAC o resonancias magnéticas.

«Hemos hecho grandes mejoras en el Bierzo y en toda la comunidad y seguiremos cumpliendo compromisos», afirmó. «Desde el gobierno y gracias a los profesionales, gestionamos con eficacia, somos la comunidad que mejor gestiona los servicios públicos de toda España y no queremos que

nos quiten los recursos», concluyó.

Por su parte el gerente de Asistencia Sanitaria del Bierzo, Juan Ortiz de Saracho, agradeció todos los avances que se han dado en la sanidad berciana. «Se refuerza la equidad de nuestro sistema sanitario. Se ordenan las prioridades y cada inversión tiene impacto en la atención a los ciudadanos».

La cita contó también con la presencia del consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, y el de Medio Ambiente, Juan Carlos Suárez-Quíñones.

El convenio entre Junta y Consejo Comarcal moviliza 48 M€ en los próximos 4 años

LEÓN

El presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, y el presidente del Consejo Comarcal del Bierzo, Olegario Ramón, rubricaron ayer el nuevo convenio marco entre ambas instituciones para la labor del Consejo en los próximos cuatro años, concretamente hasta 2029, que movilizará recursos por valor de 48 millones de euros.

Fernández Mañueco señaló que con el acuerdo se busca reforzar los servicios, impulsar la economía, generar oportunidades y proteger a los más vulnerables. La dotación es de 11 millones de euros, lo que supone un incremento anual de 400.000 euros, respecto al dinero que aportaba el Go-

bierno autonómico en el anterior acuerdo. A ello la Junta suma otros casi 38 en inversiones sectoriales en distintas áreas para la comarca, hasta un total de 48 millones.

Mañueco aseguró: «Hoy es un día muy importante» en el que se sella mucho más que un convenio. «Reafirmamos nuestro compromiso histórico con el Bierzo», dijo en el Monasterio de San Miguel de las Dueñas, en el municipio de Congosto.

«Son recursos para cuidar a las personas, activar sectores clave como el turismo, medio ambiente, atención social o inserción laboral. Es apostar por el empleo rural, reactivar la cuenca minera con los fondos de transición justa. Poner a las personas en el



Fernández Mañueco y Olegario Ramón ayer, tras la firma. Ical

centro de la acción política, proteger la infancia y la juventud o reforzar la atención a los mayores», señaló.

Mañueco indicó que este acuerdo es fruto de la cooperación «real, con una política útil, que hace que lleguemos más lejos. Y es que con ello se podrán cubrir las necesidades de

«LA JUNTA VIENE A HACERSE LA FOTO», CRITICA EL PSOE

«El Hospital del Bierzo está a la cola de Castilla y León en listas de espera mientras la Junta viene a hacerse la foto». Es la crítica que lanzó ayer la Comisión Ejecutiva Municipal del PSOE de Ponferrada tras la visita del presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, al centro asistencial «para anunciar supuestas mejoras sanitarias», según los socialistas, que quieren «afear ese discurso con la realidad de los datos oficiales y la experiencia diaria de pacientes y profesionales».

La realidad, señalan en un comunicado que recogió Ical, es que el Hospital del Bierzo «sigue entre los centros con peores tiempos de espera sanitaria de toda Castilla y León, muy lejos de lo que la Junta pretende vender como avances». Según los balances trimestrales oficiales, «la demora media estructural para ser intervenido quirúrgicamente en la Comunidad se situaba en torno a 81 días, la cifra más baja en años, con diez de los catorce hospitales por debajo de ese umbral».

Sin embargo, en El Bierzo, a 30 de junio de 2025 «la demora media quirúrgica era de 117 días, la más alta de la Comunidad, y al cierre del tercer trimestre de 2025, el Hospital del Bierzo todavía registraba 112 días de espera para operaciones en más de 2.000 pacientes», apunta el PSOE. En consultas externas, subraya el partido, «más de 22.000 personas estaban en lista de espera en septiembre de 2025 con un tiempo medio de demora de 164 días, uno de los más altos de la Comunidad».

los vecinos de la comarca», precisó.

Por otro lado Fernández Mañueco, anunció que las obras del Aula Arqueológica del Espacio Cultural y Natural de Las Médulas (León), arrasada por los incendios, comenzarán en los próximos días y concluirán previsiblemente antes del verano.

OPINIÓN

HUBU: un 'error inhumano' y un intento indecente de ocultarlo

LO PRIMERO que hay que significar es la indecencia del Hospital de Burgos (HUBU) calificando de «error humano» la causa de la muerte de dos enfermos de cáncer tras suministrarles un fármaco que no correspondía. Servirse de la retórica para escurrir el bulto en un asunto de esta gravedad ya dice mucho de la determinación que tiene el centro hospitalario para esclarecer lo ocurrido y poner a los responsables a recaudo de la justicia. Es un error inhumano. Una negligencia en toda regla que tiene responsables entre el personal implicado en la administración de medicación a enfermos de cáncer.

Con lo del «error humano», el complejo sanitario que dirige Carlos Cartón, recién llegado al cargo hace menos de un mes, lo único que transmite es la premeditación de tapar el asunto despreciando a los dos pacientes fallecidos y a los otros tres afectados. Por desdoblamiento hay que significar también que se percataron del «error humano» cuando los paciente empeoraron y la situación era irreversible para dos de ellos. Y por supuesto, trataron de ocultarlo. No han dicho ni pío hasta que fue destapado por informaciones periodísticas.

Estos asuntos requieren de empatía, pero también de enorme transparencia y determinación. Y eso es algo que no se resuelve

con un comunicado para esconder la cabeza como avestruces. La forma de proceder de la gerencia hospitalaria apunta más al maldito encubrimiento, que está detrás de tanta infamia en otras situaciones, como en el caso de la pederastia en la Iglesia. El gerente, que tiene la cara como su apellido, de cartón rígido, sabía el asunto desde el mismo día que llegó al cargo. Y ha tratado de ocultarlo deliberadamente hasta que los familiares de los afectados lo han destapado. Lo mejor que podría hacer, tras esta actuación, que deja claras sus intenciones, es dimitir lo antes posible. Será Cartón El Breve, pero al menos mantendrá la mínima dignidad.

Este tipo de negligencias fatales con resultado de muerte se zanjaban primero apartando del servicio a la responsable o responsables la pócima. Una farmacéutica no se dedica a hacer batidos de proteínas. Y menos para enfermos de cáncer. Pero para que no se produzcan estos errores inhumanos existen, o debieran existir, rigurosos protocolos de control. Algo ha fallado. Han fallado los profesionales sanitarios responsables de seguramente más de un departamento. Y si el HUBU, a la vista de que sólo ha salido a dar la cara cuando se ha visto acorralado por la información, no actúa, tiene que intervenir la Consejería. El primer paso es cesar al gerente por tratar de ocultar esta infamia.

CASTILLA Y LEÓN

Mueren dos enfermos de cáncer en el HUBU tras recibir una dosis de fármaco 6 veces superior

Otros tres pacientes resultan afectados por lo que el Hospital de Burgos califica de «error humano»

VALLADOLID
«Error humano». Así es como califica el gerente del Hospital de Burgos (HUBU), Carlos Cartón, el hecho de que dos enfer-

mos de cáncer fallecieron tras recibir una dosis de fármaco seis veces superior. Otros tres pacientes, uno de ellos en la UCI, también resultaron afectados. Pág. 12

OPINIÓN

El hermetismo y el oscurantismo no aplacan el escándalo mortal del HUBU

TARDE O TEMPRANO la Junta se dará cuenta que el hermetismo no es la solución en los tiempos que corren para apagar el escándalo de la muerte de dos enfermos de cáncer en Burgos por una sobredosis desmedida e impensable de quimio. Y de otros tres que se debaten con la vida colgado de un hilo. Más temprano que tarde. Los errores ajenos sirven para corregir los propios. Sólo hay que recordar el escándalo de las mamografías de Andalucía, que empezó con negaciones y desmentidos, y acabó con ceses fulminantes. Esperamos los ceses en el HUBU cuanto antes.

La comparecencia del gerente del Hospital de Burgos (HUBU) además de espeluznante resultó esperpéntica. El cargo le queda grande por todas partes. Lo menos indicado era hablar de indemnizaciones y poner precio a los muertos. Lo cual, entre otras cosas, evidencia el interés de la gerencia en tapar y ocultar un caso de una gravedad desconocida en la historia de la sanidad de Castilla y León. No parece enterarse de mucho el gerente del HUBU si piensa que el hermetismo y la ocultación es el camino. Ya se lo explicará la Fiscalía y el juez cuando tenga que desfilarse por sede judicial a dar las explicaciones que está negando a la sociedad a la que se debe y la que paga su salario. O no se ha enterado tampoco de eso todavía. Por muchas instrucciones y órdenes que reciba, nadie es-

tá obligado a cumplir instrucciones injustas o ilegítimas. Nadie. Ni el gerente del HUBU, que además se hizo acompañar en su puesta en escena, tras la fallida y ridícula nota de prensa matutina, del jefe de Oncología. Este no es el departamento implicando directamente en la negligencia. Es el de Farmacia, pero en la comparecencia no estuvo la jefa del Servicio. Seguramente para no tener que mentir ni decir sandeces. Se les ven las costuras a leguas en una estrategia comunicativa tan desastrosa como la que están siguiendo, que se limita a callar para que el escándalo se evapore entre el vigor de la actualidad. El silencio sólo acareará mayor escándalo. Sin ir más lejos, las mamografías de Andalucía. Lo más ruin es mercadear en una rueda de prensa con el precio de los muertos y las reclamaciones patrimoniales, que ya las tenía calculadas el gerente, pese a no ser quién. Repugnante. Pero deja claro una cosa, el único interés no son los muertos, es enterar el asunto. Eso sí, a costa del dinero del contribuyente, no de la responsabilidad de los negligentes. Y la negligencia con resultado de muerte va a llevar a la Fiscalía al departamento de Farmacia. El gerente sabía el asunto cuando tomó posesión y no abrió una investigación, aunque sugirió que salió de él, hasta que se lo ordenaron. Estos son los hechos y son irrefutables.

CASTILLA Y LEÓN

Dos muertos en Burgos al sextuplicar la dosis de un fármaco contra el cáncer

El HUBU lo achaca a un «error humano» en cadena originado en Farmacia / Los fallecidos, mayores de 60 años, acudieron a Urgencias y enseguida se constató que había otros tres afectados

L. BRIONES/D. SANTAMARÍA

BURGOS El pasado 18 de diciembre, dos pacientes oncológicos acudieron al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Burgos (HUBU). Al cabo de unas horas, se confirmaba la muerte de uno de ellos. El otro, por desgracia, correría la misma suerte «a los pocos días». Ambos fallecidos tenían más de 60 años.

Después de comprobar que estas dos personas bajo tratamiento presentaban «efectos adversos hematológicos», se llegó a la conclusión del «error humano» a la hora de preparar los medicamentos que desató tan fatal desenlace. Fue entonces cuando se avisó por teléfono a otros tres pacientes, también mayores de 60, que fueron inmediatamente trasladados al HUBU para ser monitorizados. En los cinco casos, según reconocía ayer el director del complejo asistencial, Carlos Cartón, la dosis prescrita se había sextuplicado.

La versión oficial del centro es que se produjo un fallo en cadena. Primero en Farmacia, con un «problema de la dilución» al preparar la medicación quimioterápica que posteriormente se administraría a estos cinco pacientes. Según fuentes de la Consejería, fue una profesional de dicho servicio que se equivocó en la dosificación de los medicamentos. No en vano, Cartón aseveró que también hubo un «error numérico» en la ficha de elaboración del fármaco que resultó letal para los dos fallecidos.

A raíz de lo ocurrido, la dirección del HUBU se puso en contacto con los familiares de los pacientes. De los tres que han sobrevivido, uno permanece en la UCI con «pronóstico reservado», otro en planta y el tercero fue dado de alta tras constatar su «estabilidad clínica» y permanece bajo vigilancia médica en su domicilio. Pese a haber mantenido varios encuentros, Cartón dijo desconocer si tienen intención de denunciar los hechos por la vía penal. Queda pendiente, en cualquier caso, que la Gerencia de Salud aborde la cuestión de las indemnizaciones a los afectados en materia de responsabilidad patrimonial.



El director del HUBU, Carlos Cartón, y el jefe de Oncología, Enrique Lastra, ayer, en rueda de prensa. SANTI OTERO

Con los pacientes y sus familias sobre aviso, y con un protocolo de seguimiento en marcha para cada caso, también se trasladó el incidente a la Consejería. Así las cosas, desde el HUBU inciden en que se trata de un episodio puntual, sin riesgo para el resto de enfermos oncológico porque los tratamientos de estos tratamientos se preparan de manera altamente personalizada. De hecho, la medicación se distribuye en una bolsa similar a las de plasma, de distintos tamaños en función del peso y el tratamiento prescrito en Oncología, e incluso tienen diferentes colores en un extremo.

Una vez conocida la noticia, el HUBU defiende la «absoluta transparencia» del proceso sin señalar a responsables concretos. No se aclara, por lo tanto, si se prevé depurar responsabilidades a raíz de la in-

vestigación que permitió determinar cómo y cuándo se produjo el fallo. «Nos hacemos cargo del error del hospital», replicó Cartón mientras hacía hincapié en que se han comprobado todas las fichas y «reforzado» los protocolos sanitarios para evitar que esta «situación inédita» vuelva a repetirse a pesar de que ya existen de por sí «mecanismos de control en todas las fases».

Entretanto, las pacientes están recibiendo un «tratamiento de soporte» y no se tiene constancia de que se hayan detectado más problemas con la elaboración de las fichas. Por otro lado, el director del complejo asistencial descartó que el error se debiese a la falta de personal.

ASUMIR RESPONSABILIDADES

Tanto la portavoz de la Asociación Defensor del Paciente, Carmen Flores, como otras fuentes del ámbito

sanitario consultadas por este periódico apuntan a la carga de trabajo y la presión asistencial como un factor clave para entender lo ocurrido. Flores recalca que el incidente se produjo en pleno periodo navideño, cuando muchos hospitales funcionan con plantillas mínimas. Algo que «puede llevar a que se cometan errores graves», advierte convencida de que será una investigación ajena al Hospital Universitario de la capital burgalesa la que debiera llegar hasta el fondo del asunto aclarar si, efectivamente, el personal que intervino en la preparación del tratamiento estaba debidamente capacitado o si por el contrario asumió esa función ante la falta de efectivos.

Fuentes conocedoras del proceso aseguran que la preparación y administración de tratamientos oncológicos está altamente proto-

colizada, con múltiples controles técnicos y humanos y con una trazabilidad completa. Reconocen, sin embargo, que ni los sistemas informáticos ni los profesionales, como ocurre en cualquier ámbito, están libres de error. Aparte, los fármacos con los que se trabaja son muy eficaces pero también muy tóxicos, lo que añade responsabilidad y presión a quienes se encargan de su manejo.

Todas las voces coinciden en destacar que, afortunadamente, estos sucesos son excepcionales. No obstante, Flores sentencia que cuando se producen «hay que asumir las responsabilidades que correspondan».

Desde el punto de vista jurídico, el abogado Santiago Díez, del bufete que gestiona los casos del Defensor del Paciente en Castilla y León, se muestra especialmente contundente al valorar el alcance del caso. Hasta el punto de considerar que podría tratarse de un «homicidio por imprudencia».

Díez subraya, en la misma línea que Carmen Flores, que el hecho de que el hospital haya reconocido el error y haya colaborado no impide la actuación judicial. Recuerda, además, que la apertura de diligencias puede producirse tanto por iniciativa del Ministerio Fiscal como a raíz de una denuncia de las propias familias. Y no solo eso, pues no se puede descartar pese al relato del complejo asistencial burgalés - que aparezcan más afectados.

Dejando a un lado las hipótesis de lo que pueda suceder de aquí en adelante, el letrado pone en tela de juicio la decisión del HUBU de no señalar a ningún responsable concreto. «Si se habla de error humano, así se han referido a ello, hay un humano detrás del error. Puede ser en la preparación, en la prescripción o incluso un fallo técnico, pero alguien tendrá que responder», advierte no sin antes diferenciar entre las responsabilidades civiles que pueda asumir la institución y las penales que correspondan a personas concretas.

Independientemente de lo que pueda suceder en los tribunales si las familias deciden dar ese paso, el presidente de la Asociación Contra el Cáncer (AECC) en Burgos, Eduardo González, lamentó «profundamente» las muertes de los pacientes. Asimismo, no dudó en poner a disposición de sus seres queridos, así como del resto de los afectados, todos los recursos de la organización.

EL DEFENSOR DEL PACIENTE IRÁ A LA FISCALÍA: «NO VALE CON UNA INVESTIGACIÓN INTERNA»

Aparte de considerar «gravísimo» que dos pacientes oncológicos de Burgos hayan fallecido, la presidenta del Defensor del Paciente, Carmen

Flores, aseveró ayer que la reacción del HUBU resulta claramente «insuficiente». «No vale con que el hospital diga que abre una investiga-

ción interna. Quien tiene que investigar de oficio es la Fiscalía», afirmó.

Así las cosas, Flores anunció que la asociación presentará un escrito formal ante la Fiscalía de Burgos para instar la apertura de diligencias. A su juicio, la asunción genérica de responsabilidades por parte del centro

hospitalario no puede sustituir una investigación externa e independiente. «Las familias tienen derecho a saber quién, cómo y por qué», señaló.

Para Flores, hay un aspecto que resulta especialmente llamativo: «Si el protocolo era correcto y el personal era

el adecuado, ¿por qué hay que reforzarlo tras el incidente? Es sospechoso».

Por su parte, la secretaria autonómica del sector sanitario de UGT, Rosa López Frías, demanda una «investigación rigurosa, dependiente y técnica» para esclarecer con precisión lo ocurrido.

Siempre y cuando, eso sí, se excluya «cualquier intento de personalizar las responsabilidades o culpabilizar individualmente a los profesionales».

Respecto al HUBU, el sindicato sostiene que su «falta de transparencia» es «inaceptable» y «debe corregirse de inmediato».

SORIA



Soria Ya pide a la Junta estar presente en la Mesa del Mirón. MONTESEGUROFOTO

Soria Ya quiere estar en la Mesa del Mirón para aportar

Exige a la Junta que diga «claramente» su plan para el hospital

MILAGROS HERVADA SORIA
Soria Ya quiere estar en la Mesa del Hospital Virgen del Mirón para aportar sobre el futuro del centro hospitalario. Ayer registró en la Delegación Territorial de la Junta en Soria una petición para que sea parte integrante de este órgano que ha quedado envuelto en polémica tras su celebración exclusivamente entre Junta y Ayuntamiento de Soria, y con la iniciativa municipal de convocar, por su cuenta, a colectivos sanitarios erigiéndose en interlocutor

ante el Gobierno autonómico. «Todos los ciudadanos de la provincia de Soria tenemos una inquietud, ¿qué va a pasar con el Hospital Virgen del Mirón? Una supuesta Mesa del Mirón, que se supone que es un órgano entre el Ayuntamiento de Soria y la Junta para decidir el futuro del hospital, es insuficiente, porque ha de ser más amplia. No entiendo por qué no han llamado a Soria Ya, que tenemos en las Cortes la mayor representación de la provincia», cuestionó el procurador Ángel Ce-

ña, que junto a Juan Antonio Palomar registró la petición en la Delegación. «Estamos perfectamente legitimados para dar nuestra opinión sobre el futuro del hospital», recalcó.

Este futuro, añadió, es claro, «no se puede cerrar». Apesar de que, sostiene Soria Ya, «estamos asistiendo al desmantelamiento encubierto, no se ejecutan las reformas necesarias, requiere fuertes inversiones», añadió Ceña.

En ese sentido, reclamaron a la

Junta que diga «claramente» qué servicios se van a mantener y previsión de nuevas carteras, así como cuándo se acometerán obras para mejorar el centro hospitalario.

Sobre la confrontación entre Junta y Ayuntamiento, una vez que este último quiere elaborar un documento base, con colectivos sanitarios, para remitirlo a Sanidad, y las declaraciones de la delegada territorial, Yolanda de Gregorio, pidiendo al alcalde, Carlos Martínez, que «no enrede» en esta materia de competencia autonómica, Ceña señaló que «enredan los dos». Por eso Soria Ya afirmó que «hay que sentarse» y decidir si será un centro socio-sanitario, para largas estancias o para la recuperación de pacientes convalecientes. Exige a la Junta «que diga cuál es el plan», destacó el procurador.

Desde Soria Ya advierten de que la ausencia de información oficial y el hermetismo de la Junta solo alimentan una preocupación creciente, que no es otra que el riesgo de un cierre encubierto del hospital mediante el vaciamiento progresivo de servicios y la falta de inversión. Una estrategia que, de confirmarse, supondría un nuevo recorte de la sanidad pública en una provincia ya castigada por la pérdida de recursos y de profesionales, avisan desde la formación.

Ceña señaló que el Hospital Virgen del Mirón «no puede ser tratado como una instalación secundaria ni como un problema administrativo», y recordó que este centro sanitario presta atención a miles de personas, especialmente a población mayor y pacientes crónicos, y cumple una función clave «que no puede diluirse sin consecuencias graves para la calidad asistencial en Soria». Reclama que cualquier decisión sobre el Mirón se adopte con luz y taquígrafos, con participación real de la sociedad soriana y escuchando a quienes llevan años defendiendo una sanidad pública digna para la provincia.

LA JUNTA DEBE OÍR AL PROCURADOR DEL COMÚN

El Procurador del Común instó a la Junta de Castilla y León a reabrir la farmacia de Villar del Río y Soria Ya pide a su vez al Ejecutivo regional que atienda la petición, según indicó Juan Antonio Palomar, quien recordó que el Procurador da la razón a los vecinos de la comarca y a Soria Ya que ha presentado numerosas iniciativas en este sentido. «Esta farmacia lleva cerrada desde 2018 y en 2020 la delegada de la Junta y el diputado del PP Tomás Cabezón ya hicieron un anuncio de que se iba a abrir en semanas, y vemos que siguen engañando a los ciudadanos, sobre todo a los del Valle del Cidacos». «No hay más excusas y tiene que reabrirse esta farmacia porque lo que no puede ser es que los vecinos tengan que desplazarse hasta San Pedro Manrique para recibir sus medicamentos», reiteró Palomar, una situación especialmente grave para personas mayores y población vulnerable, recriminando a la Junta que «se les llena la boca con tanto hablar de la despoblación y luego no tenemos servicios básicos como es una farmacia en este Valle del Cidacos».

Para Soria Ya, esta sucesión de «promesas incumplidas, negativas parlamentarias y retrasos injustificados» demuestra una falta de voluntad política clara por parte de la Junta para garantizar un servicio farmacéutico básico en el medio rural.

La soriana Cristina Urgel nominada a los Premios Goya por su documental

El título, 'La conversación que nunca tuvimos'

SORIA
La cineasta soriana Cristina Urgel ha sido nominada en la 40 edición de los Premios Goya, que se celebrarán el 28 de febrero en Barcelona. Urgel firma el documental 'La conversación que nunca tuvimos', propuesta que ha sido nominada a Mejor cortometraje documental, informa Europa Press.

La también actriz y presentadora produce y dirige este corto que aborda la historia de su abuela como madre soltera en un pequeño pueblo de Soria, una pieza en la que con la voz de la protagonista se relata la dura experiencia de una mujer señalada por una sociedad que

la apartaba.

Urgel ganó en el Certamen de Cortos Ciudad de Soria el premio al Mejor documental nacional y Mejor cortometraje de Castilla y León. Cristina Urgel es actriz, presentadora, guionista y directora española de Soria, conocida por interpretar a 'La Teniente' en La Reina del Sur, pero que ha evolucionado hacia la dirección y producción, fundando su propia compañía, Not Alone Productions.

Saltó a la fama con series como La que se avecina y La Reina del Sur, además de presentar programas como Sé lo que hicisteis y El Grand Prix del verano.



La cineasta soriana Cristina Urgel. MONTESEGUROFOTO

PAPEL CIENCIA



EL ASTRONAUTA ENFERMO VUELVE A LA TIERRA: "ES GRAVE PERO ESTÁ ESTABLE"

Crisis médica. La NASA completó ayer con éxito la primera evacuación de la Estación Espacial Internacional por un problema de salud. Hasta ahora, sólo los rusos habían acortado sus misiones espaciales por este motivo, en 1985 y 1987

Por Teresa Guerrero (Madrid)

El astronauta de la NASA aquejado por un problema de salud no especificado ya se encuentra en la Tierra. Ha regresado de forma anticipada desde la Estación Espacial Internacional (ISS), una semana después de que la agencia espacial de EEUU informara de que uno de sus tripulantes padecía un problema médico. Por razones de privacidad no han revelado si el afectado es Mike Fincke o Zena Cardman, pues son los dos únicos astronautas de la NASA de la misión *Crew 11*, de la que también forman parte el japonés Kimiya Yui, de la agencia JAXA, y el ruso Oleg Platonov, de Roscosmos.

Llegaron a la ISS el pasado 2 de agosto y, de no haber surgido este problema médico, habrían vuelto a la Tierra dentro de un mes aproximadamente. En total, han permanecido en el espacio 167 días. «Obviamente, si hemos tomado esta decisión es porque se trata de una condición médica grave, pero el astronauta afectado se encuentra bien ahora y con buen ánimo», aseguró el director de la NASA, Jared Isaacman, durante la rueda de prensa que ofreció ayer tras el exitoso amerizaje de la nave *Crew Dragon* de SpaceX frente a la costa de San Diego.

Los cuatro tripulantes se mostraron sonrientes al salir de la nave, y sin problemas de salud visibles.

Como es habitual, los técnicos de la NASA les ayudaron a salir de la cápsula, pues tras vivir varios meses en ausencia de gravedad sus piernas están debilitadas. Posteriormente, los cuatro fueron trasladados a un hospital de San Diego, donde pasaron el día, tal y como se había planeado previamente. Todos los astronautas que regresan del espacio son sometidos a un reconocimiento médico, pero no van a un hospital tras llegar a la Tierra. Llevar a los cuatro al centro hospitalario permitirá a la NASA mantener en secreto la identidad del astronauta afectado por este problema de salud.

Hoy viernes serán trasladados a Houston, donde se reunirán con sus familias y se someterán a las evaluaciones y al programa de recuperación post-vuelo habitual tras el final de cualquier misión.

Todos los tripulantes se encuentran en buen estado, según Isaacman, que se mostró agradecido y orgulloso de sus astronautas por la exitosa operación de evacuación del tripulante, que «se encuentra estable». Como ya dijo en una comparecencia anterior, el director de la NASA reiteró que no se trataba de una emergencia, y afirmó que, en el caso de haber sido necesario, hubiera sido posible traer a un tripulante a la Tierra en cuestión de horas, pero la situación no lo requería.

«Quiero dejar claro que ha sido una misión extremadamente exitosa», afirmó el máximo responsable de la NASA, remarcando que se habían completado más de 140 experimentos. Hubo que cancelar, sin embargo, las caminatas espaciales previstas para el 8 y el 15 de enero.

«Por supuesto que los astronautas están tristes [por el final anticipado de la misión], pero son profesionales y comprenden lo que ha pasado», señaló por su parte Joel Montalbano, director adjunto de operaciones espaciales de la NASA.

Desde que el cosmonauta Yuri Gagarin inauguró la era de la exploración espacial el 12 de abril de 1961, ha habido algunos problemas de salud que han afectado a astronautas, pero hasta ahora sólo en un par de casos se ha acortado una misión por esta razón. En las dos ocasiones la decisión fue de Roscosmos, la agencia rusa, pues hasta ahora, la NASA no había tenido que evacuar a ninguno de sus astronautas por ese motivo.

En 1985, el cosmonauta Vladimir Vasyutin y sus colegas tuvieron que volver de urgencia a la Tierra cuatro meses antes de lo previsto por un problema

Los astronautas de la NASA de la misión, Zena Cardman y Mike Fincke, son ayudados a salir de la nave. Se desconoce cuál de los dos sufre un problema médico. NASA

urológico relacionado con una infección en la próstata, y dos años después, Aleksandr Laveykin abandonó la estación espacial Mir cinco meses antes de lo programado por una arritmia cardíaca. En 1997 otro cosmonauta que estaba en la estación Mir, Vasili Tsibliev, fue tratado de una arritmia con fármacos antiarrítmicos y con benzodiazepinas.

Además del requerimiento de que los astronautas gocen de un muy buen estado de salud y una excelente forma física, otra medida que ha evitado muchos quebraderos de cabeza es la cuarentena obligatoria que deben guardar antes de volar para evitar que desarrollen un posible resfriado o gripe en el espacio, y que contagien a sus compañeros de tripulación. Ya ocurrió en 1968, durante la misión Apollo 7.

En 2020 salió a la luz el caso del

Ha habido crisis médicas previas en el espacio por arritmias, trombos y una infección de próstata

primer astronauta tratado con éxito en el espacio de un trombo en la yugular. Su identidad no fue revelada y si se conoció el episodio fue por el estudio científico que detalló el tratamiento con fármacos anticoagulantes que se le administró durante 90 días. Tampoco se especificó cuál de los tres astronautas de la NASA de la misión *Crew 8* fue ingresado brevemente en 2024 tras volver de la ISS por un problema médico que no fue grave.

HERALDO-DIARIO DE SORIA

EL MUNDO

DECAÑO DE LA PRENSA SORIANA

Jueves 15 de Enero de 2026. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA

AÑO CXIII. Número: 19486

La Junta financiará íntegramente con 8,5 M€ las instalaciones del Campus

● La consejera Rocío Lucas desvela que la administración regional asumirá el coste del nuevo polideportivo y la sala de simulación para Ciencias de la Salud, con lo que se abre el camino para la doble titulación en Fisioterapia y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte

VÍCTOR F. MORENO SORIA
El Campus de Soria de la Universidad de Valladolid (Uva) recibirá una inversión de la Junta de Castilla y León de 8,5 millones de euros, que servirán pa-

ra financiar íntegramente los anhelados proyectos del nuevo polideportivo y la sala de simulación para Ciencias de la Salud. El dinero forma parte del acuerdo firmado la semana pa-

sada por el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, y las universidades públicas, en el que se destinan 43 millones para la Uva. La consejera de Educación, Rocío Lucas, des-

veló ayer el importe que va al campus soriano, con el que se cubren dos proyectos importantes pendientes de financiación, con los que se refuerzan dos áreas de estudio actuales pero que

además sirven para abrir camino a la doble titulación en Fisioterapia y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, las dos titulaciones más exitosas del Campus de Soria. **Pág. 3**



MARIO TEJEDOR

LA DECORACIÓN NAVIDEÑA SE DESPIDE DE SORIA

La iluminación navideña se apagó hace una semana con el fin de las celebraciones pero todavía quedaban presentes los elementos

decorativos, como el gran árbol de luces instalado en Mariano Granados. Los trabajos de desmontaje comenzaron ayer y los

operarios de la empresa adjudicataria, Ximenez Group, tienen previsto acabar todo el proceso el viernes por la tarde. **Pág. 6**

Las nuevas plazas de policía local no se cubrirán hasta 2027

SORIA
Las nueve plazas para incrementar la policía local del Ayuntamiento de Soria no se podrán cubrir hasta septiembre de 2027, según explicó ayer el sindicato USO. El motivo es que, según la central sindical, al no haberse iniciado el proceso en plazo, los agentes tienen que retrasar su incorporación a la academia. **Pág. 5**

FÚTBOL



El Numancia ficha al portero Iván Martínez

Pág. 14

CASTILLA Y LEÓN

La Fiscalía investigará la quimioterapia que mató a dos pacientes en el HUBU como un homicidio por negligencia profesional

El Ministerio Público reacciona a la petición del Defensor del Paciente e inicia las diligencias, mientras el hospital se cierra en banda y no hablará más del suceso

BURGOS
El caso de los dos pacientes de cáncer muertos en el Hospital de Burgos por el fallo en el tratamiento llega al Fiscal. El Ministerio Público investigará la quimioterapia

que causó dos muertes el pasado mes de diciembre y mantiene a otros tres pacientes oncológicos bajo vigilancia clínica como un homicidio por negligencia profesional. El fiscal iniciará las oportunas «di-

ligencias preprocesales» a instancias de la petición de la Asociación del Defensor del Paciente, que presentaba ayer formalmente la solicitud para que el Ministerio Público actuara de oficio. **Pág. 12**

REBAJAS

MULTIÓPTICAS

Valido hasta el 1/3/2026

CASTILLA Y LEÓN

La Fiscalía investigará si hubo imprudencia profesional en la quimio que mató a dos personas

Inicia las diligencias para esclarecer lo ocurrido, mientras el HUBU se cierra en banda y no hablará más del suceso / El Defensor del Paciente urge ceses o dimisiones y acusa al hospital de «querer comprar a las familias de los fallecidos»

L. BRIONES BURGOS
La Fiscalía de Burgos investigará la quimioterapia que causó dos muertes el pasado mes de diciembre y mantiene a otros tres pacientes oncológicos bajo vigilancia clínica. Iniciarán las oportunas «diligencias preprocesales» a instancias de la petición remitida por la Asociación del Defensor del Paciente, que presentaba ayer formalmente la solicitud para que el Ministerio Público actuara de oficio. A juicio de la presidenta de la agrupación, Carmen Flores, esta vía es imprescindible en un caso con resultado de muerte y no puede ser sustituida por actuaciones internas del propio hospital: «Es claramente una causa penal».

Más concreto es aún el abogado Santiago Díez, del bufete que canaliza los casos de la agrupación en Castilla y León. Un día después de «saltar» el suceso a los titulares, y con los pocos detalles que se conocen sobre la mesa, lo ve todavía más claro: «Se trata sin lugar a dudas de un homicidio por imprudencia profesional» que, a su juicio, el HUBU trata de ocultar, quizá para proteger al responsable material, «sin éxito, pues la Fiscalía recabará toda la información oportuna» y, afirma con rotundidad, el caso prosperará. «Es arquetípico», concluye.

Cabe indicar que el homicidio por imprudencia profesional es un delito regulado en el artículo 142 del Código Penal, que ocurre cuando un profesional causa la muerte de alguien por una grave negligencia o falta al deber de cuidado exigible en su oficio. Se castiga, como cualquier otro homicidio imprudente, con prisión de 1 a 4 años y, en el caso concreto de producirse por un error de carácter profesional, se acompaña de inhabilitación especial para su puesto por 3 a 6 años.

Y es que mientras el complejo asistencial y, por extensión, la Consejería de Sanidad dan por explicado el error en la elaboración de una quimioterapia, la Asociación del Defensor del Paciente no se conforma con las aclaraciones efectuadas por el gerente del complejo, Carlos Cartón, en la rueda de prensa ofrecida solo tras dispararse la presión mediática, dada la relevancia del asunto.

De hecho, la presidenta de la agrupación nacional bregada en el apoyo a víctimas de negligencias sanitarias a lo largo y ancho del país, Carmen Flores, reaccionaba con dureza a las escasas explicaciones ofrecidas tras el suceso, pues considera que la versión defendida ante los micrófonos no solo no aclara



El gerente del Hospital Universitario de Burgos, Carlos Cartón. SANTI OTERO

SONIA SAINZ-MAZA Y LIDIA BAYONA, DOS MUERTES POR «ERRORES QUE CUESTAN VIDAS»

La Fiscalía de Burgos ya examinó dos casos denunciados por el Defensor del Paciente en la creencia de que se había producido mala praxis durante la pandemia y en ambos las actuaciones no derivaron en ninguna repercusión legal. El caso de mayor

repercusión ya que motivó una recogida de firmas en la que participaron miles de personas, fue el de Sonia Sainz-Maza, quien durante el Covid estuvo tres meses siendo atendida de forma recurrente por teléfono, sin que fuera visitada ni explorada

ni una sola vez por su médico de Atención Primaria y sin que se le realizase ninguna analítica. Sonia murió de cáncer de colon a los 48 años en agosto de 2020. En ese mismo año se produjo el fallecimiento en circunstancias muy similares de Lidia Bayona, víctima de dos tumores mortales cuyo diagnóstico se detectó meses después de los primeros síntomas al

no recibir atención médica presencial en su centro de salud. En ambos casos, la Fiscalía Superior de Castilla y León remitió a la Fiscalía Provincial de Burgos la solicitud para investigar las muertes de las dos mujeres burgalesas presentada por el Defensor del Paciente resulta «intolerable», quien ya entonces criticó que se cometan «errores graves que cuestan vidas».

ra lo sucedido, sino que genera aún más dudas. «Cada vez que hablan, lo empeoran», sentenciaba.

Otro de los aspectos más cuestionados es la referencia del gerente del HUBU a la apertura de reclamaciones patrimoniales. Para Flores, esta vía no responde a la gravedad de los hechos ni a la necesidad de esclarecer responsabilidades. «Eso significa, sencillamente, que quiere com-

prar con cuatro reales a las familias de los pacientes que han muerto, porque la reclamación patrimonial es solo para eso, no para dilucidar responsabilidades», señalaba.

Desde el Defensor del Paciente critican también que, pese a las explicaciones ofrecidas, siga sin conocerse en qué punto exacto del proceso se produjo el error fatal. «¿Ha ocurrido en Farmacia o tiene

otro origen? ¿A las profesionales del servicio les han dado los datos correctamente? ¿Ha sido el médico que ha dicho que tenían que hacer el preparado? No queda claro», considera, para incidir en la carga de trabajo como posible factor clave.

Al hilo, Flores ponía especial énfasis en el carácter individualizado de los tratamientos oncológicos, subrayando que las explica-

ciones del complejo asistencial burgalés generan inquietud sobre cómo se gestionaron las dosis de quimioterapia, por más que sus responsables se esfuercen en catalogar lo ocurrido de caso aislado. «Cada paciente es un mundo, cada paciente necesita una cantidad de quimioterapia», ha recordado, añadiendo que la falta de claridad al respecto transmite una sensación preocupante.

El gerente de hospital burgalés, Carlos Cartón, en su única comparecencia tras conocerse este fatal error en el tratamiento oncológico sobre cinco pacientes aseguró que «se ha iniciado una investigación a nivel interno y se han reforzado los protocolos para que esto no vuelva a ocurrir». Sin embargo, ni el hospital ni Sanidad confirman si hay algún profesional apartado del servicio por este fallo o cuáles son los pasos de la cadena que se han afinado para evitar nuevos errores sobre las decenas de personas que diariamente pasan por quimioterapia en el HUBU.

En ese sentido, Carmen Flores también ha cuestionado el anuncio de que el hospital haya modificado o reforzado los protocolos tras lo ocurrido sin explicar de qué manera o qué punto crítico se detectaba. En el mismo sentido, lamenta que, pese a la investigación interna que se reconoce haber realizado, no se hayan tomado medidas concretas respecto a los posibles responsables de esa supuesta cadena de errores. «Aquí ha habido dos fallecimientos y no se habla de apartar a nadie del proceso», denunciaba, para reclamar decisiones firmes más allá de gestos simbólicos o declaraciones de pesar.

La presidenta del Defensor del Paciente va más allá y mira a la propia dirección del centro, incluso a la administración autonómica. «El responsable del HUBU debería poner su cargo a disposición de la Junta de Castilla y León», afirmaba. Lamentaba además que, hasta el momento, el ejecutivo regional «y en particular el consejero de Sanidad, no se haya pronunciado en ningún momento».

De hecho, ninguna de estas partes, consultadas por este periódico, consideraba necesario retomar las explicaciones sobre el suceso, ni para responder a los interrogantes aún en el aire que enumera Flores, ni para ofrecer más detalles sobre la investigación que han llevado a cabo. Corresponderá, pues, a la Fiscalía esclarecer los hechos, determinar responsabilidades y ofrecer garantías de transparencia reales a las familias afectadas.

CASTILLA Y LEÓN

El gerente del HUBU ya conocía las muertes al tomar posesión y Sanidad le obligó a abrir una investigación

Los fallecidos tenían 71 y 73 años, mientras el ingresado en la UCI del hospital de Burgos 67, 62 el dado de alta y 74 el que permanece en planta / Los cinco pacientes tienen diagnosticado cáncer de próstata metastático

FELIPE RAMOS VALLADOLID

Nuevo capítulo en el caso de la muerte de dos enfermos de cáncer en el Hospital de Burgos (HUBU) tras recibir una dosis de tratamiento seis veces superior a la pautada. Dos muertes que el gerente del HUBU, Carlos Cartón, ya conocía el día que tomaba posesión, el 19 de diciembre, y al que se le obligaba a abrir una investigación interna por el fallecimiento de los dos enfermos oncológicos de 71 y 73 años, por un fallo en el tratamiento que también afectaba a otros tres, uno de 67 años ingresado en la UCI, otro de 74 años que permanece en planta, y un quinto de 62 años ya dado de alta. Todos ellos con cáncer de próstata metastático en la última línea de tratamiento.

Los enfermos ingresaban en Urgencias del HUBU y fallecían el 18 de diciembre, un día antes de la toma de posesión de Cartón como gerente, algo que recordaba el portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo. «Tomó posesión un día después de que se detectaran estas circunstancias», respondía Carriedo en la rueda de prensa tras el último Consejo de Gobierno a las peticiones de dimisión.

Lo que omite el portavoz de la Junta es que Carlos Cartón era el director médico del hospital burgalés. Es decir, no se encontraba con el problema al llegar a la Gerencia, a la que accedía tras el vacío que quedaba por la jubilación de la anterior gerente y tras esperar por vacaciones y bajas paternales. Él era el director médico del HUBU. Quien también estaba recién nombrado cuando se produjeron las muertes de los pacientes de cáncer era la jefa de Farmacia del hospital.

El gerente, pese a que ya sabía de los fallecidos y los otros enfermos afectados por el fallo en el tratamiento oncológico, lo cuenta cuando toma posesión. Y es, en ese momento, cuando desde la Consejería se le ordena abrir una investigación interna, según detallan las fuentes consultadas por este periódico. No salió de él, ni del hospital el iniciar la investigación.

La única preocupación del gerente Carlos Cartón era ocultarlo. Y la mejor muestra es el silencio y el hermetismo instalado en el hospital, después de la rueda de prensa de la tarde del martes 13, en la que Cartón demostraba poco tacto y determinación poniendo precio a las muertes, con indemnizaciones que «por responsabilidad patrimonial» estimaba en 50.000 euros para cada una de ellas.

Es insólito que el máximo responsable de la Gerencia del hospital de Burgos esté negociando el precio de las muertes, lo que por otra parte viene a significar que lo que hay es una negligencia, si están asumiendo ya



El gerente del HUBU, Carlos Cartón, en la rueda de prensa del pasado martes. ICAL

que van a pagar. De hecho, Carlos Fernández Carriedo confirmaba este jueves que desde el Hospital de Burgos y desde la Junta «se asumirá de oficio la responsabilidad que pudiera corresponder», en lo que se refiere a las indemnizaciones a los pacientes afectados y a las familias de los fallecidos.

Negligencia que es justo lo que está investigando ya la Fiscalía de Burgos. Un caso de homicidio por negligencia profesional, es lo que investiga el Ministerio Público. Precisamente, que el caso se encuentre ya en manos de la Fiscalía frena la investigación interna, ordenada por la Consejería de Sanidad, que no por el gerente, sino que se haya concluido nada aún.

Ahora todo está en manos del fiscal, quien podrá solicitar todos los datos que Sanidad tenga hasta ahora de la investigación que se ordenaba desde la Consejería, para así determinar lo sucedido y si es o no un caso de homicidio por negligencia profesional, que es lo que se está investigado. Porque desde la Gerencia del HUBU no se ha dicho aún dónde está el problema y se limitan al «error humano», del que hablaba Cartón.

El hermetismo con el que se está moviendo la Gerencia del HUBU genera, además, malestar entre los farmacéuticos hospitalarios. Según señalan las fuentes consultadas por este periódico, critican que no se haya compartido la información por si pue-

diera haber sucedido otra vez y para evitar que vuelva a producirse.

La realidad es que no han aclarado dónde está el problema y se limitan sólo al «error humano». Y eso que la Fiscalía ya lo está investigando como una negligencia. Conviene recordar, además, que el fallo en la pauta de medicación sólo lo detectan cuando los pacientes acuden a urgencias.

ESTADO DE LOS PACIENTES

Los dos fallecidos y los otros tres pacientes que recibieron la sobredosis tan elevada del tratamiento del fármaco Cabazitaxel, indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de próstata me-

tastático como era el caso.

El enfermo ingresado en la UCI, según detallan las fuentes consultadas por este periódico, se encuentra grave, al igual que los otros, en que permanece en planta y el dado de alta. Hasta tal punto, a decir de las mismas fuentes, que no se les va a poder dar el tratamiento y se está planteando una terapia sobre médula ósea. Todo, por lo que ha causado la dosis tan alta de tratamiento recibida, seis veces más que la pautada.

Sobre los pacientes, Carlos Fernández Carriedo mostraba las condolencias del Ejecutivo autonómico por las dos personas fallecidas y deseaba una pronta recuperación de los otros tres enfermos, sobre todo del que se encuentra en la UCI. «Es un suceso que aunque se deba a un error humano, causa un tremendo dolor a las familias y a las víctimas», afirmaba, para acto seguido asegurar: «El hospital ha pedido disculpas que nosotros asumimos y hacemos extensivas».

Por su parte, el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, pide disculpas a los familiares de los fallecidos y a los pacientes, para remarcar que se trata de un «error profesional, que ha conllevado unas consecuencias drásticas e importantes». «Se cometen errores en cualquier época del año y en todas las profesiones. Son ustedes conscientes de que aproximadamente entre un 10 o un 15% de pacientes sufren incidentes de seguridad dentro de los centros sanitarios de Castilla y León, de España y Europa», explica Vázquez, quien recalca que los profesionales «eran suficientes y no se trató, en ningún caso, de que faltara personal en el HUBU», concluye el consejero de Sanidad.

Las familias de los afectados buscan apoyo en el Defensor del Paciente y la AECC

LAURA BRIONES BURGOS

Tras hacerse públicas las dos muertes por un error en la elaboración de la quimioterapia, las familias de los afectados buscan apoyos para afrontar lo que resta de un duro camino que comenzó el 18 de diciembre. Según ha podido saber este periódico, allegados de las víctimas han contactado tanto con el Defensor del Paciente, formación nacional dedicada a combatir las negligencias sanitarias, que reaccionó al caso con rapidez y, nada más conocer la tibia versión oficial, instó por escrito a la Fiscalía de Burgos a abrir las oportunas diligencias, como con la delegación provincial de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC),

que procura asistencia psicológica gratuita tanto a personas con esta enfermedad como a familiares. En ambos casos, pusieron de inmediato sus medios a disposición de los interesados, bien para defender los derechos de los afectados como para ayudar a sobrellevar el trance. Cabe recordar que más allá de impulsar la investigación iniciada por la Fiscalía, el Defensor del Paciente sostiene que se trata de un «claro caso penal» y un más que posible homicidio por imprudencia profesional, según su abogado en Castilla y León, Santiago Díaz.

El contexto es importante. Y en este caso cabe situar el cacareado error humano en el marco de un proceso complejo para la implantación de la

aplicación informática Oncocyl, idea, en teoría, según los anuncios de la propia Consejería de Sanidad, para «mejorar la calidad, la trazabilidad, la preparación y la seguridad clínica de la prestación de la medicación oncohematológica». Si bien el mutismo reina en el complejo asistencial, el impulso de este nuevo sistema pudo coincidir en el tiempo, y a pesar de lo descontado que la Fiscalía comprobará si el programa aportó la protección necesaria en este caso y que todo funcionaba como debía en el momento en el que tuvo lugar el error que el propio HUBU ubica en la Farmacia.

Este sistema lleva en funcionamiento desde 2024 en varios centros de la comunidad y aunque hay

quien señala carencias notables compartidas por otros programas informáticos del ámbito sanitario, también cuenta con defensores firmes, que apuntan precisamente a la provisión de nuevos mecanismos de seguridad como su razón de ser.

Antes de la implantación del nuevo software, el círculo de trabajo incluía una doble verificación muy estricta. La prescripción se realizaba en un formulario autocopiable donde constaban todos los datos del paciente, el diagnóstico, el tratamiento, las dosis, la vía y el tiempo de administración, así como la comedicación y las observaciones del personal de Enfermería. Una copia llegaba a Farmacia, donde no solo se revisaba la prescripción, sino también los análisis clínicos del paciente. Cualquier duda sobre dosis, ajustes o parámetros analíticos se consultaba directamente con el especialista de Oncología antes de preparar el fármaco.

CASTILLA Y LEÓN

Récord de trasplantes de órganos en el año del estreno de la unidad pulmonar

● Castilla y León alcanza las 261 intervenciones en 2025, con Salamanca (34) y Valladolid (29) a la cabeza, y 23 trasplantes en el nuevo servicio salmantino de pulmón ● Las donaciones crecen y generan 434 órganos

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

La solidaridad de Castilla y León en cuanto a la donación de órganos no tiene límites, con líneas ascendentes en las gráficas que no hacen más que significar un récord tras otro. Al menos, así queda reflejado en lo referido a los trasplantes, con 261 realizados en el año 2025 y que se impone como la marca a batir en el próximo curso sanitario entre los hospitales de Castilla y León.

Balance tras balance de la Consejería de Sanidad ya parece normal hablar de un nuevo hito en los quirófanos regionales, cuyas puertas siempre están abiertas a la solidaridad de los ciudadanos dispuestos a donar alguno de sus órganos. Exactamente, el año pasado fueron 130 los donantes que ayudaron a salvar vidas, manejándose cerca de las cifras del ejercicio anterior, cuando hubo 137.

Por hospitales, el número de donantes de órganos a lo largo de 2025 situó a Salamanca en cabeza, con 34, seguida de Valladolid, con 29 (13 en el Hospital Universitario Río Hortega y 16 en el Hospital Clínico Universitario); León, con 23; Burgos, con 21; El Bierzo, con 5; Segovia, con 4; y Palencia, con 1, al igual que Soria.

En el desglose trasplantador, la mayor actividad vuelve a relacionarse con la actividad renal, con 174 operaciones realizadas de enero a diciembre del año pasado, también un récord entre los complejos hospitalarios de Castilla y León. De esa cifra, 85 correspondieron al Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y 89 al Clínico de Valladolid, que son los dos centros autorizados por la Consejería de Sanidad para acometer los trasplantes de riñón.

Además, el centro salmantino realizó 11 trasplantes renales de vivo de donante vivo, y otros 7 trasplantes de páncreas/riñón, lo que consolidó el centenar de intervenciones desde que se habilitó su realización. «El trasplante de páncreas, por su complejidad y característi-



Trasplante de intestino tras donación en asistolia en una imagen de archivo. E.M.

cas, es muy importante fomentar lo porque no es un trasplante que se haga de manera tan habitual como el trasplante renal. De todas formas, Castilla y León tiene como orgullo también el hecho de que en trasplante pancreático es también centro de referencia nacional», explicó María Eugenia Perea, coordinadora de Trasplantes de Castilla y León, cuando se celebró ambos hitos en el Hospital de Salamanca.

ÉXITO PULMONAR

El hospital charro hace repuntar su liderazgo entre los otros centros gracias al estreno de su Programa de Trasplante Pulmonar puesto en marcha en marzo como servicio de referencia autonómica. Así, en sólo diez meses de actividad han logrado que 23 pacientes hayan recibido un órgano de este tipo —o dos, en caso de tratarse de un trasplante bipulmonar—, acallando así alguna de las voces críticas que duda-

ban del éxito del proyecto, lo que convierte plenamente al centro salmantino en uno de los nueve hospitales de España habilitados para desarrollar ese tipo de trasplantes.

«(...) Que alguien dude de que la Comunidad está preparada para realizar este tipo programas realmente es que tiene muy poca confianza en la valía de los profesionales y de nuestro sistema sanitario, que no tiene nada que envidiar a ningún otro del territorio español», explicó en declaraciones a este periódico el director del programa, Marcelo Jiménez, cuando llevaba siete meses de andadura. Y cinco después, el éxito ya no se mide en palabras, sino también en datos, con las 23 operaciones realizadas de enero a diciembre.

Uno de los primeros pacientes en pasar por un trasplante bipulmonar en el Hospital de Salamanca, José Martín, explicó recientemente su experiencia tras el estreno del programa. «Es muy grato

poder empezar a revivir en esta vida», manifestó, emocionado, al explicar su situación previa al trasplante y cómo esta intervención ha mejorado de forma significativa y con carácter inmediato su calidad de vida.

Por su parte, Primitivo Valderrey confesó que su trasplante de pulmón ha sido la tercera experiencia más importante de la vida, después del nacimiento de sus hijos y sus nietos, de quienes podrá «seguir disfrutando lo que queda de vida» gracias al «personal humano y profesional» del complejo hospitalario salmantino.

«Desde hace un año para acá no podía disfrutar de ellos, no valía para nada. Un día vine a consulta y cuando me fui, me iba al pueblo, y cuál es mi sorpresa cuando me llaman para que viniera volando. Les dije: no llego sin oxígeno. Lo cogí y me presenté aquí. Y las cosas han salido muy bien. Agradecido, espero poder disfrutar de to-

dos lo que me quede de vida», dijo entre aplausos.

Por otra parte, el balance de la Coordinación de Trasplantes de la Junta de Castilla y León refleja también la realización de 38 injertos hepáticos en el Río Hortega de Valladolid; mientras que el Clínico de la misma capital vallisoletana llevó a cabo 19 trasplantes cardíacos, aspecto que se circunscribe exclusivamente a este complejo hasta el momento, pese a que la Consejería de Sanidad decidió hace dos años trasladar a Salamanca este programa de trasplantes para que estuviese activo en 2025, pero se mantiene totalmente en stand by.

En otro bloque de actividad, el último balance anual incluye un apartado específico a las córneas implantadas, que sumaron un total 184 entre enero y diciembre del pasado año, si bien no se detalló su reparto entre los centros autorizados, como son el Complejo Asistencial Universitario de Burgos, el de León, el de Salamanca, el Hospital El Bierzo, el Clínico de Valladolid, además del Instituto Universitario de Oftalmología Aplicada-IOBA, la Clínica oftalmológica Las Claras, el Centro Médico Recoletas Paracelso y el Hospital General de la Santísima Trinidad.

La donación de órganos tampoco se entendería sin su respectiva generación, de forma que durante 2025 se consiguieron un total de 434 tejidos sólidos producidos en la Comunidad, dando lugar a 241 riñones, 97 hígados, 62 pulmones, 25 corazones y 9 páncreas.

Y todo ello no sería posible sin sus debidos protocolos, con un delicado proceso de estudio de las fases del proceso de la donación, desde que un paciente es valorado como posible donante, hasta la extracción de los órganos y tejidos, incluyendo la entrevista familiar para el consentimiento. Se evalúan los fallos de aviso, las no detecciones de los donantes, las contraindicaciones médicas, hasta los problemas organizativos de los propios complejos hospitalarios.

esRadio
Castilla y León

SI LO BUSCAS
LO ENCUENTRAS

SORIA 88.1 FM ÁGREDÁ 93.2 FM EL BURGO 105.9 FM

www.esradiocastillayleon.es/soria
@soriaesradio

SORIA



El consejero de Sanidad visita el aeródromo de Garray donde tiene su base el nuevo helicóptero sanitario. MARIO TEJEDOR

Las obras del Hospital Santa Bárbara finalizan «este mes»

● El nuevo helicóptero sanitario realiza una media de un servicio cada dos días y «da seguridad a los pacientes» al reducir los tiempos de respuesta, según el consejero

MILAGROS HERVADA SORIA
Las obras del Hospital de Santa Bárbara estarán finalizadas «justo cuando finalice este mes», anunció ayer el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, sobre una fecha que se ha ido alargando—finales de 2025 o principios de 2026 era la consigna—, después de que la reforma y ampliación de la denominada segunda fase se iniciara hace ahora siete años, en febrero de 2019.

Vázquez matizó que si bien toda la zona asistencial es ya útil, siguen trabajando en culminar las zonas comunes de circulación de los pacientes, concretamente el hall central, que queda ubicado en planta baja, justo donde los sorianos recuerdan la elevada rampa. «Quedan simplemente las zonas de tránsito de los usuarios, concretamente el hall y algunos pasillos», detalló el consejero, que no habló de inauguraciones pero sí que «habrá que enseñar a la sociedad soriana esta obra tan anhelada por la población, cuando esté ya cumplimentada».

El responsable de Sanidad, que presentó en Soria el V Plan de Salud de Castilla y León 2032, visitó también, en el aeródromo de Garray, el nuevo helicóptero sanitario, que lleva en activo desde principios de año. «Llevamos siete activaciones del helicóptero», indicó el consejero, por lo tanto a una media de un servicio cada dos días. Recalcó el consejero que «supone una mejora importante a la hora de la

asistencia de las emergencias en una provincia grande y dispersa como Soria. Yo creo que da seguridad a los pacientes, a los sorianos que viven en el medio rural, de que pueden acceder mucho más fácil al magnífico Hospital Santa Bárbara en un tiempo más corto si es así necesario, y creo que es un beneficio muy importante».

El presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, en el debate del Estado de la Comunidad el pasado mes de marzo, anunció la instalación de seis nuevos helicópteros sanitarios, tres de los cuales se han pue-

to en marcha ya—Soria, Ávila y El Bierzo—, que se unen a los cuatro que había, y en el mes de julio habrá otros tres, en Segovia, Zamora y Palencia.

Un fleco todavía por cerrar es el vuelo nocturno del aparato por cuanto para que la helisuperficie pueda ser utilizada por la noche, quien tiene que dar el permiso es AESA, organismo dependiente del Ministerio de Transportes. «Llevamos más de tres años pendientes de los permisos de AESA para el vuelo nocturno, no solo en Soria, sino en el resto de helisuperficies de la Comunidad». Sobre la previsión de

solución, Vázquez indicó: «Si es difícil tener las previsiones en casa propia, mucho más en casa ajena y cuando la casa ajena es la del Gobierno de España es prácticamente imposible».

Respecto al V Plan de Salud de Castilla y León 2032, instrumento estratégico que marcará la hoja de ruta del sistema sanitario de la Comunidad en la próxima década, pretende proteger y promover la salud como derecho fundamental y motor de bienestar, cohesión social y desarrollo económico, señaló la Consejería de Sanidad, quien matizó que pone la salud en todas las

EL PSOE CRITICA: «SIN HUECO PARA EL MIRÓN»

El PSOE lamenta que la visita del consejero de Sanidad se ajuste a la «agenda electoral pero ninguna de las necesidades de la ciudadanía». Afirma que debería explicar «cómo no encuentra un hueco en su agenda para trabajar por el futuro del Hospital Virgen del Mirón ni para dar respuesta a las preocupaciones reales de los profesionales de la sanidad y de la ciudadanía», denunciando esperas de más de un año para una consulta, una prueba o una revisión.

El portavoz de la Junta, Carlos Fernández Carriedo, apuntó a que lo importante es «el futuro» del Mirón y que la Junta no solo no va a cerrar el centro sino que el planteamiento es ubicar la Unidad de afrontamiento del Dolor Crónico. «Es nuestro plan y a ese efecto se constituyó la mesa de trabajo, presidida por la Delegada Territorial», sentenció.

políticas, y moviliza alianzas para que cada persona, resida donde resida, disponga de servicios sanitarios accesibles, equitativos, de alta calidad, seguros y humanos. Se articula en tres ejes, sanitario, social y económico.

El Plan, que fue presentado en sociedad en el Aula Magna Tirso de Molina, también incorpora la alianza con ayuntamientos y diputaciones para desplegar una acción de proximidad, especialmente en el medio rural. Y con el tejido empresarial y las organizaciones del tercer sector, para multiplicar el impacto y convertir la salud en motor de valor social y económico.

PREVENCIÓN

Las principales líneas de acción se centran en mejorar la salud y prevenir enfermedades a lo largo de toda la vida. Para ello, Sanidad indicó que se reforzarán los programas de vacunación universal, los cribados oncológicos y las estrategias de salud mental. También se impulsará una atención sanitaria centrada en la persona, con más recursos para la Atención Primaria, la continuidad asistencial y los cuidados paliativos. Un objetivo clave es garantizar la equidad territorial, acercando la atención al medio rural mediante telemedicina, teleasistencia y telemonitorización. Y se avanzará en la accesibilidad del transporte público, en la mejora de infraestructuras y en la atención a zonas de difícil cobertura, para asegurar que ninguna persona queda atrás por vivir lejos de un gran núcleo.

Por otro lado, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria ha incorporado esta semana la cirugía robótica al Servicio de Traumatología. Se puso ayer en servicio con el desarrollo de una intervención quirúrgica—artroplastia de rodilla—. Se estima que se implantarán anualmente un centenar de prótesis de rodilla.



Presentación del V Plan de Salud de Castilla y León en el aula magna Tirso de Molina. M.T.

CASTILLA Y LEÓN

Castilla y León reduce en ocho días la lista de espera para ser operado en el último año

La demora quirúrgica pasa de 95 a 87 días en un año, que se reduce en 57 desde el comienzo de la 'era Vázquez' / Salamanca mejora en 52 días, Burgos se dispara con 24 más y El Bierzo se mantiene con la mayor espera

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Nunca es tarde para celebrar si el motivo entraña una menor espera para someterse a una cirugía. Y es que, en apenas un año, la espera quirúrgica en Castilla y León mejora ostensiblemente tras reducirse la demora en 8 días, que pasa de 95 a 87. Siete hospitales se sitúan por debajo o igual de la media regional, con un destacado despunte del Hospital Clínico Universitario de Valladolid al registrar 38 jornadas de espera; mientras otros siete se encuentran por debajo, con el Complejo Asistencial Universitario de Burgos y el Hospital del Bierzo desligados del resto de complejos, con 115 y 121 días cada uno de ellos.

Si uno retrocede unos cuantos trimestres más, concretamente al que supuso el estreno de Alejandro Vázquez al frente de la Consejería de Sanidad, las noticias son aún más halagüeñas debido a que el descenso a 57 días menos que los 144 registrados en aquel mes de diciembre del año 2021, según refleja el último balance trimestral de listas de espera en los hospitales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl).

En lo que respecta a la variación anual, la espera quirúrgica vuelve a dejar al Clínico de Valladolid con la mejor posición, no sólo ya entre los grandes hospitales de la Comunidad, sino entre todo el conjunto sanitario. Y es que, si ya ostentaba en su historial el mejor cierre de año en 2024, con 40 días de espera para acceder a sus quirófanos, en 2025 repite 'título' con una mejora de sus datos al sumar 38 jornadas.

Como reflejo de la magnitud que suponen las estadísticas registradas en el hospital vallisoletano ubicado en la calle Ramón y Cajal basta hacer una comparación con su 'colega' en la capital, el Río Hortega, del que el Clínico se distancia holgadamente con casi el triple de espera para realizar una intervención quirúrgica. De esta forma, el complejo ubicado en la calle Dulzaina llega a los 85 días de demora tras el último trimestre del año pasado, añadiendo cuatro días más a las cifras registradas en el mismo periodo de 2024.

Entre el Clínico y el Río Hortega, la provincia de Valladolid se posiciona a la cabeza entre el resto de territorios en cuanto a la demora quirúrgica se refiere ya que, dentro del top-5 de centros hospitalarios de Castilla y León, ambos presentan las cifras más reducidas. Tras ambos aparece el Complejo Asistencial Universitario de

Pacientes en lista de espera quirúrgica					
■ Por hospitales			■ Por especialidades		
(A 31 de diciembre de 2025)					
	Pacientes	Días		Pacientes	Días
■ Avila	693	67	■ Angiología/cirugía vascular	476	64
■ Burgos	4.204	115	■ Cirugía cardíaca	114	80
■ Miranda de Ebro	512	101	■ C. general y aparato digestivo	4.304	74
■ Aranda de Duero	523	87	■ Cirugía maxilofacial	225	82
■ León	4.410	91	■ Cirugía pediátrica	297	53
■ Bierzo	1.999	121	■ Cirugía plástica	901	112
■ Palencia	563	34	■ Cirugía torácica	78	104
■ Salamanca	3.957	90	■ Dermatología	144	32
■ Segovia	1.239	55	■ Ginecología	961	57
■ Soria	597	73	■ Neurocirugía	461	71
■ Río Hortega Valladolid	2.797	85	■ Oftalmología	3.759	48
■ Medina del Campo	466	54	■ Otorrinolaringología	3.148	93
■ Clínico Valladolid	1.403	38	■ Traumatología	7.647	112
■ Zamora	1.423	66	■ Urología	2.271	107
■ Total	24.786	87	■ Total	24.786	87

FUENTE: Consejería de Sanidad

ICAL

Salamanca, que alcanza los 90 días de demora para que un paciente se someta a una cirugía entre sus quirófanos que, no obstante, supone la mayor rebaja que se puede visualizar en el balance de la Consejería de Sanidad respecto a un año, cuando registraba 142 días de espera, lo que supone una mejoría de 52 jornadas. Y también evoluciona positivamente el Complejo Asistencial de León, que se coloca en el cuarto puesto del 'mini' ranking tras los 91 días de espera que se calculan para operarse allí, que son 19 menos que hace un año.

La favorable dinámica que adopta Castilla y León alcanza mayor trascendencia si uno atiende a los 'baches' que ha tenido que afrontar del 1 de octubre al 31 de diciembre, fechas en las que el Complejo Asistencial de Burgos sufrió un importante incremento en sus listas de espera quirúrgica, sin poder ascender posiciones frente a los hospitales de Valladolid, Salamanca y León. Así, el año lo cerró con una demora media de 115 días para realizar una operación quirúrgica, que se traduce en 24 jornadas más en comparación al final de 2024.

En el resto de complejos hospitalarios, por debajo de los 87 días de demora media en Castilla y León se encuentra el Complejo Asistencial Universitario de Palencia, donde se rompe la barrera del mes de espera entre los últimos trimestres de 2024 y 2025, pasando de 29 a 34 días. Una cifra que, en la perspectiva conjunta de los hospitales regionales, se impone como la más baja de la Comunidad.

Tras Palencia—sin contar el Clínico de Valladolid—aparece el Hos-

pital de Medina del Campo, en la provincia de Valladolid, pese a que la espera quirúrgica aumenta en 5 días respecto al último diciembre del pasado curso sanitario. De esta forma, el año 2025 lo cierra con 54 jornadas de demora. Le sigue, con sólo 24 horas de diferencia, el Complejo Asistencial de Segovia, con un intercambio de posiciones propiciado por el aumento de cinco días para someterse a una cirugía en el centro segoviano frente a un año atrás.

Los complejos de Zamora y Ávila son los siguientes centros que aparecen en el último balance trimestral de listas de espera quirúrgica, prácticamente con las mismas cifras al cierre de 2025. De esta manera, el hospital zamorano acaba el año con 66 días de demora, sólo un día menos que en el abuelense. No obstante, su diferencia reside en la dimensión de sus disminuciones, ya que en Zamora la demora mejora en diez jornadas, mientras que en Ávila lo hace en un total de 18.

Respecto al Complejo Asistencial de Soria, el último trimestre de 2025 lo cerró con 74 días de espera para hacer una cirugía. Pero pese a situarse por debajo de la media regional de 87 jornadas, este centro sufre una de las peores evoluciones si la comparativa se realiza con el año pasado, con 20 días sumados a sus listas.

A pesar del incremento en Ávila, el hospital Aranda de Duero (Santos Reyes) no consigue acercarse a esa cifra incluso con una mejora de 11 días, situándose por encima del promedio de los hospitales de la Comunidad al al terminar el mes de diciembre con 98

jornadas de demora. Una situación totalmente diferente es la que se atisba en Miranda de Ebro, cuyo Hospital de Santiago Apóstol sufre una subida de 25 días, lo que eleva a 115 días el cómputo final con fecha de 31 de diciembre.

Con todo ello, el número de pacientes en lista de espera quirúrgica estructural en Castilla y León se sitúa a finales del año 2025 en 24.786, frente a los 27.525 de diciembre de 2024 y los 42.107 de diciembre de 2021, con un descenso global en esta legislatura con Vázquez al frente de un 41,1 %.

EVOLUCIÓN TRIMESTRAL

En cuanto a la evolución trimestral, la demora para someterse a una operación no varía al mantenerse en 87 días. Más al detalle, son seis los hospitales que logran reducir su demora después de tres meses transcurridos, con la mayor rebaja registrada en el Complejo Asistencial de León, donde se reducen las estadísticas hasta en 12 jornadas; seguido del Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, con 8 menos, al igual que el Hospital de Medina del Campo; el Clínico de Valladolid, con una reducción de tres jornadas; y el Complejo Asistencial de Burgos, con dos menos; y el de Salamanca, con uno menos.

En el revés, y lo que propicia que la Comunidad no haya podido mejorar sus cifras de espera quirúrgica del tercer al cuarto trimestre, hay ocho complejos con una evolución negativa. Entre ellos se encuentran, con amplia diferencia, el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro y el del Bierzo, donde sube la demora para ser operado en 10 y 9 días, respectivamen-

te; situándose por delante del Complejo Asistencial de Ávila, con cinco días más; el de Zamora, con cuatro más; el de Segovia, que suma tres jornadas; los de Soria y Palencia, con dos más; y el Río Hortega de Valladolid, con uno más.

En lo referido al número de pacientes si que se precisa una relevante mejoría, tras pasar de 27.179 personas en espera estructural en el último trimestre de 2024 a 24.786 en el mismo periodo de 2025.

CONSULTAS Y PRUEBAS

Por diagnósticos, los cuatro procesos con mayor número de pacientes en espera de intervención a 31 de diciembre de 2025 son los siguientes: cataratas (2.709 pacientes), hernia inguinal (1.116), artrosis de rodilla (1.044), y deformidades adquiridas de los dedos (930).

En cuanto al criterio de prioridad para ser intervenido—uno de los parámetros más importante a la hora de analizar las listas de espera—, en el nivel 1, es decir, con indicación clínica de ser operados antes de 30 días dada su patología, hay registrados 738 pacientes, con una demora media de 12 días, y ningún paciente ha superado los 30 días en la fecha de corte.

En prioridad 2 (máximo idóneo de 90 días para pasar por quirófano) había en el plazo analizado un total de 4.057 pacientes, con una demora media de 74 días. En prioridad 3—plazo hasta 180 días—se han registrado en diciembre un total de 19.991 pacientes, con una demora media de 93 días.

En cuanto a los datos referidos a demoras para una consulta externa hospitalaria, el balance a final de diciembre de 2025 indica que la espera media estructural se ha situado en 89 días.

El registro de listas de espera en los hospitales de Sacyl refleja un total de 185.367 consultas externas en espera estructural a finales de año, frente a las 211.862 de finales de 2022.

El número total de pruebas pendientes en técnicas diagnósticas en los hospitales de Sacyl, en el periodo considerado, se ha situado así: el TAC suma 2.948 pruebas pendientes; la resonancia magnética 4.115 pruebas; las ecografías 10.479; y las mamografías pendientes suman 464.

La espera media estructural de los pacientes pendientes de pruebas diagnósticas a 31 de diciembre queda de la siguiente manera: el TAC 49 días de demora media; la resonancia magnética, 80; la ecografía, 118 días; y las mamografías, 42.

OPINIÓN

Las listas de espera de la 'era Vázquez', un síntoma de salud de la sanidad

MÁS ALLÁ de puntuales casos de tropelías de determinados y contados profesionales sanitarios, como el de la negligencia con resultado de dos muertos de Burgos, las listas de espera reflejan la buena salud de la sanidad de Castilla y León. Mal que les pese a los profetas del apocalipsis. Esos a los que los datos y la realidad de Castilla y León dejan desnudos del relato cansino, victimista y lastimero. La espera quirúrgica se sitúa en una media 87 días, ocho menos que hace un año. A muchos les resultara un descenso escaso, pero en cualquier caso es un descenso y un descenso que ha sido una constante en la era Vázquez. Desde que el consejero burgalés cogió las riendas de una consejería al borde de la esquizofrenia, allá por los primeros días de 2022, es decir, un mandato con la prórroga que supuso el adelanto, el tiempo de espera en Castilla y León de media a descendido un 40%. Que algunos también les pareciera poco. Sobre todo a los insaciables del apocalipsis.

Pero sea como sea, y el apocalipsis sin llegar a Castilla y León, el caso es que Castilla y León contabiliza uno de los mejores registros de tiempos de espera del país, sólo superado notablemente por el Madrid de Ayuso, donde también la tesis del apocalipsis sucumbe a la realidad de los datos, como los profetas sucumben al veredicto de las urnas.

Pero también es verdad que sigue habiendo importantes diferencias entre hospitales, algo que urge corregir y debe ser, sin duda, el caballo de batalla sanitario del próximo mandato. Es decir, no puede haber el triple de espera dependiendo si el paciente es del Bierzo o está adscrito al Clínico de Valladolid, este último con datos absolutamente deslumbrantes de 38 días de media. Porque sean pacientes de una latitud o de otra, también son ciudadanos y tienen derecho al ejercicio de esa igualdad, que por ejemplo se pregonaba con motivos y razón desde el PP en materia de financiación autonómica. Igualdad sí. Pero para todos, para todos los territorios y dentro de todos los territorios. Y la sanidad es un elemento de igualdad. Bien es cierto que en este recorrido de cuatro años con Alejandro Vázquez y bajo el mandato y control de la presidencia de Alfonso Fernández Mañueco todos los hospitales han recortado sus tiempos de espera quirúrgica de manera espectacular. Incluso lo que más espera registran, como el Bierzo, Salamanca o Burgos lo han hecho de una forma más intensa y aguda. Eso es gestión y determinación política. Lo demás son viejos sermones alejados de la realidad social, que tendrán su respuesta y su consecuencia en las urnas. No es malo hablar bien de las cosas que funcionan en Castilla y León, aunque algunos no lo entiendan.

La revista diaria de EL MUNDO. Viernes, 19 de diciembre 2025

43

SALUD PAPEL

CONSUMO LIMITA LOS PROCESADOS EN TODOS LOS CENTROS PÚBLICOS

Marco legal. Pablo Bustinduy, en un acto presidido por la Reina Letizia, anuncia la ampliación de espacios del real decreto para una alimentación sana y saludable

Por Pilar Pérez (Madrid)

Ayer se puso a disposición de la población una de las normas con las que Pablo Bustinduy, ministro de Consumo, busca dejar huella en la alimentación de los españoles: el real decreto por el que se establecen criterios para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de titularidad pública y centros privados para personas dependientes o con necesidades especiales.

A lo largo de este año, el Ministerio ha ido desvelando sus intenciones sobre cómo deben ser los menús escolares, en hospitales y en residencias, siempre desde la premisa de una alimentación más saludable y respetuosa con el medio ambiente. «Resulta incomprensible que la Administración permita que primen las ofertas



Pablo Bustinduy y la Reina Letizia, ayer en un acto. F. VILLAR / EFE

alimentarias insanas, ya sea en colegios públicos, hospitales, residencias o cualquier otro espacio [museos, bibliotecas...],» recalcó Bustinduy, durante su intervención en el marco de la XVI Convención NAOS, en un acto donde se entregaron los XVIII Premios Estrategia NAOS y que fue presidido por la Reina Letizia.

La norma se ajusta así a las reclamaciones de la comunidad científica, que alerta frecuentemente sobre la enorme presencia de los ultraprocesados en las dietas actuales y sus repercusiones para la salud. La última advertencia la lanzó un grupo internacional de expertos desde la revista *The Lancet*.

Durante el acto, la Reina Letizia denunció que la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil es el doble

entre los niños de familias con rentas bajas que entre aquellos con una mejor situación económica, haciendo alusión al estudio Aladino. Al tiempo, destacó el «gran esfuerzo» que están llevando a cabo las Administraciones para revertir una «realidad tozuda».

El ministro Bustinduy dejó claro que «la alimentación saludable debe ser una prioridad para los poderes públicos». Por eso, también anunció el siguiente paso: regular la publicidad de alimentos no saludables destinada a niños y adolescentes. «En este país, el 80% de niños y adolescentes consumen alimentos y bebidas no saludables. Pero son aquellos que están más expuestos a estos mensajes publicitarios quienes los consumen en mayor proporción».

La Reina Letizia, durante su intervención, también recordó que «el consumo creciente de ultraprocesados representa una amenaza sistémica para la salud pública». «En esa realidad tozuda hay muchos factores muy complejos de naturaleza diaria», remachó.

¿Cómo van a poner coto a los ultraprocesados? La norma, que está en fase de información y consulta pública, limitará la cantidad máxima de ultraprocesados y frituras que se puedan servir en los menús. En aquellos centros con un régimen residencial o pensión completa, habrá como máximo dos raciones semanales. En el caso de los desayunos y meriendas, el límite será de máximo uno a la semana. En el caso de los menores, sus menús no tendrán excepciones. La medida, además, garantizará que al menos un 80% de los productos de las máquinas vending sean saludables, regulando la presencia de estos productos poco saludables, ya que no podrán situarse en las filas centrales o con mayor visibilidad.

CASTILLA Y LEÓN

La farmacias de los hospitales estrechan su coordinación tras el caso del HUBU

Los equipos de farmacia hospitalarios buscan conocer las causas que provocaban las muertes de Burgos / Un aviso oficial en 2012 alertó del riesgo de confusión al dosificar el medicamento

F. RAMOS | R. G. URETA

VALLADOLID | BURGOS

Coordinarse y conocer a detalle lo sucedido en el Hospital de Burgos (HUBU). Eso es lo que buscan los departamentos de farmacia de todos los hospitales de Castilla en la reunión que mantendrán, de forma telemática, para coordinar los protocolos que llevan a cabo, según señalan las fuentes sanitarias a este periódico.

Pero, sobre todo, para saber y que desde el HUBU se les den todas las explicaciones sobre la sobredosis, seis veces más de lo pautado, del tratamiento oncológico con el fármaco Cabazitaxel, que provocaba la muerte de dos pacientes de cáncer el 18 de diciembre del pasado año y afectaba a otros tres enfermos, uno de ellos sigue en la UCI, otro ingresado en planta y el tercero ya está en su casa, todos ello con cáncer de próstata metastático.

Explicaciones que, a decir de las mismas fuentes, siguen sin recibir, ante el hermetismo que mantiene el gerente del HUBU, Carlos Cartón. Continúa sin aclarar qué fallaba para que se le administrara seis veces por encima de la pauta y se limitara al «error humano». Un error por el que se siguen sin asumir responsabilidad alguna, tampoco en el departamento de farmacia.

Eso es lo que se busca en este encuentro, articular una coordinación entre los distintos departamentos de farmacia de los hospitales y, en segundo lugar, conocer al detalle lo sucedido en el hospital burgalés con el fallo en la quimioterapia.

Un fallo en el tratamiento pautado a los cinco pacientes, que provoca que se estén revisando todas las fichas de todo este tipo de tratamientos oncológicos, los conocidos como oncofármacos, para evitar nuevos errores, en palabras de las fuentes a las que ha tenido acceso este periódico.

Hasta el momento, según indican las mismas fuentes, no se reportaba incidencia alguna en los más de 400 tratamientos de este tipo que se tienen pautados en los diferentes hospitales de la Comunidad.

FÁRMACO EN ALERTA

En ese sentido, cobra total validez la advertencia oficial emitida en 2012 sobre el riesgo de errores en la preparación de cabazitaxel, el medicamento que se les inculó a los pacientes fallecidos en el hospital burgalés en una concentración seis veces mayor a la prescrita. El documento, emitido por un organismo dependiente del Ministerio de Sanidad y dirigido a profesionales sanitarios, destacaba precisamente el riesgo de sobredosificación catorce años antes del caso que ha costado dos vidas y ha afectado grave-



Accesos del hospital universitario de Burgos. TOMÁS ALONSO

mente a otros tres pacientes

Fue el el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP España) el que puso en alerta a los profesionales sanitarios de que antes de administrarse, el medicamento cabazitaxel debe diluirse en dos pasos. Primero, hay que mezclar todo el contenido del vial de disolvente con el concentrado, a sabiendas de que en ambos recipientes hay más cantidad de la que indica. Este exceso no se mencionaba claramente en la ficha técnica ni en el etiquetado cuando el ISMP levantó la voz de alarma, lo que derivó en errores.

Es decir, que hay precedentes en otros hospitales de una sobredosificación con el cabazitaxel. Así ocurrió en un hospital, según cita el ISMP, donde el personal asumió que debía añadir solo 4,5 mL de disolvente. El resultado fue una mezcla más concentrada de lo debido y el paciente recibió un 15,6% más de la dosis que le correspondía. En el caso del hospital de Burgos, la dosis que recibieron los cinco pacientes a los que se les inyectó este lote fue un 600% mayor de la adecuada. Otros países en Europa replicaron estos avisos y sus respectivas agencias del medicamento instaron a revisar sistemas automatizados y hojas de trabajo para asegurar el uso completo del disolvente a la hora de preparar las dosis de cabazitaxel.

Este fármaco es de uso común en el tratamiento del cáncer de próstata, dolencia que sufren todas las víctimas de este error sanitario, por lo que en el centro hospitalario burgalés se debía ser consciente de que se habían

producido casos con anterioridad en otros hospitales en los que un error de dosificación había superado las barreras de control y se había trasladado a los pacientes.

Pese a la polémica en torno a la ocultación de este caso de sobredosificación en pacientes oncológicos, el gerente del hospital universitario de Burgos, Carlos Cartón, mantiene la confianza de la Gerencia Regional de Salud, como ayer reafirmó de nuevo en Roa de Duero Alejandro Vázquez. El consejero de Sanidad dio por buenas las actuaciones seguidas desde el centro hospitalario burgalés una vez detectado el error en la administración del medicamento y recaló que «en primer lugar, se informó a las familias y a los afectados y a los pacientes» y a continuación «se abrió una investigación por parte de la Inspección Sanitaria de la Gerencia de Área, investigación que ha quedado en suspenso en el momento que la Fiscalía ha decidido entrar a investigar». A mayores, Vázquez resalta que «se ha puesto en marcha de oficio el expediente de responsabilidad patrimonial por parte de la Gerencia Regional, para compensar, en lo posible, las consecuencias del incidente». Argumenta que este trámite «no viene a sustituir ninguna otra cosa, sino simplemente es poner en marcha de oficio y antes de que se den otros trámites este procedimiento de reclamación patrimonial».

REPROCHES A VÁZQUEZ

Quien ha expresado su falta de confianza en el consejero de Sanidad ha-

sido el secretario autonómico del PSOE, Carlos Martínez, quien le reclama responsabilidades políticas por la falta de información durante un mes sobre fallecimiento de dos pacientes oncológicos en el HUBU. El candidato del PSOE a la Presidencia de la Junta trasladó ayer su pesadumbre y condolencias a las familias de los fallecidos y deseó la pronta recuperación de los afectados al tiempo que criticó que el consejero «no dio la cara» hasta más de un mes después de conocer este hecho, lo que supone que «hay algo que falla». «Si lo sabía y lo ocultó, mal, y si no lo sabía, también mal, porque un responsable debe tener conocimiento exhaustivo de lo que gestiona», dijo.

En este sentido, apeló a la necesidad de «transparencia para generar certidumbre y confianza en la sanidad pública y en los sanitarios». «Se debe poner esa dosis de transparencia y rendición de cuentas desde el punto de vista de la responsabilidad política», razonó, como recoge lcal.

El líder socialista sentenció que es preciso «luz y taquígrafo con todo» en este suceso, para «esclarecer» qué sucedió a través de la investigación abierta y se produzca la asunción de responsabilidades. Martínez explicó que ningún profesional está libre de cometer un error, quitando la «infalibilidad» de Alfonso Fernández Mañueco y su consejero Juan Carlos Suárez-Quirfóñez, pero agregó que eso no es compatible «con la falta de datos y la ocultación de un hecho gravísimo durante un mes», ~~no es compatible~~ ~~está por debajo del 17%~~, añadió.

Martínez acusa a Mañueco de «mercadear» con la Sanidad

VALLADOLID

El secretario general del PSCL, Carlos Martínez, acusó ayer al presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, de «mercadear» con la «salud de las personas» y apuntó a que su «desmantelamiento progresivo» es una cuestión de «negocio para cuatro amigos».

«Es una estrategia de desmantelamiento progresivo de la sanidad de nuestra comunidad bajo una perspectiva económica. Al señor Mañueco y a la derecha le importa poco la sanidad pública, le importa el negocio que en torno a la sanidad existe. Y ese desmantelamiento progresivo se ve por la falta de inversiones, de dotación de infraestructuras y profesionales que en Castilla y León no ha tenido mayor ritmo como en otras comunidades autónomas gobernadas por la derecha, porque aquí hay menos volumen de negocio por la dispersión poblacional, el envejecimiento y la superficie tan amplia que tiene», argumentó.

Después de reunirse con integrantes de las plataformas en defensa de la Sanidad Pública de la Comunidad, el máximo responsable de los socialistas de Castilla y León hizo referencia a que el V Plan de Salud que el jueves presentó el consejero del ramo en Soria llega «cinco años tarde» y sin un plan de infraestructuras, informa Europa Press.

De hecho, recordó que el último es de 2002-10 y que en él ya se contemplaba muchos proyectos que hoy están «sin ejecutar o paralizados» y que ahora vuelven a «comprometer». «Llegan 25 años tarde», lamentó para enumerar casos como los del Centro de Salud de Arevalo (Ávila), el de Villavieja (León), las obras en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid o los módulos del Río Carrón de Palencia.

«25 años esperando la dotación de infraestructuras, 25 años comprometiendo las mismas obras, 25 años comprometiendo las mismas reformas. Y la careta se les cae cuando ya, ni tan siquiera, en este Plan de Salud incorporan esta cartera de infraestructuras. Han aprendido al menos que si no lo ponen por escrito es más fácil no tener que rendir cuentas y más difícil para la ciudadanía exigirselo», reflexionó.

En este punto, apostó por «poner encima de la mesa» que el gasto sanitario en Atención Primaria llegue, «al menos», al «25%», al contrario de lo que sucede ahora donde «las cifras más optimistas aportadas por el consejero indican que está por debajo del 17%», añadió.

La revista diaria de EL MUNDO. Miércoles, 17 de diciembre 2025

EL USO DE BOLSAS DE NICOTINA SE DISPARA ENTRE LOS JÓVENES DE REINO UNIDO

Los datos del 'snus'. Un estudio alerta sobre el uso combinado con tabaco o vapeo de estas bolsas que cada vez más personas utilizan para dejar los cigarrillos

Por Pilar Pérez (Madrid)

El consumo de bolsas de nicotina se ha multiplicado por diez en el Reino Unido en los últimos cinco años: del 0,1 % al 1 % de la población. Es decir, más de medio millón de personas ya las utilizan, según un artículo que publica hoy la revista *The Lancet Public Health*. El estudio revela que las bolsas de nicotina, también conocidas como *snus*, suelen emplearse como una ayuda para las personas que quieren dejar de fumar o reducir el consumo. Así fue, al menos, en un 6,5% de los intentos este año, aunque los autores afirman que aún no está claro si las bolsas realmente contribuyen a una menor tasa de tabaquismo.

Entre los nuevos consumidores destacan los jóvenes entre 16 y 24 años, el grupo en el que su uso ha aumentado con mayor intensidad. Según los datos de los tres últimos años, el consumo ha pasado del 0,7% (enero de 2022) al 4% (marzo de 2025). Mientras, la popularidad de este producto se ha mantenido casi sin cambios entre los mayores de 35 años. «Desde una perspectiva de salud pública, la cuestión clave no es simplemente que los jóvenes usen bolsas de nicotina, sino si las usan en lugar de cigarrillos o vapeadores o de forma adicional a ellos», explica uno de los autores principales, Harry Tattan-Birch, del Departamento de Salud y Ciencias del Comportamiento en el University College de Londres.

Por ello, los autores del artículo subrayan su opinión de que es necesario prohibir la venta de bolsas de nicotina a menores de 18 años. También piden más investigaciones para comprender si realmente ayudan a las personas a dejar de fumar.

Para Alejandro Frino, neumólogo y miembro del Grupo de trabajo de Tabaquismo de Socap (Sociedad Catalana de Neumología), la cuestión está en alejar la nicotina de los menores. «Es la droga más potente causante de fuertes adicciones», subraya el experto. «Las bolsitas blancas no deben suponer la entrada a este tipo de adicción en los menores. La absorción de la nicotina es más rápida e intensa que un parche para dejar de fumar».

Tattan-Birch también incide en que «el reto para los reguladores» es reducir la iniciación en la nicotina entre los jóvenes «sin consolidar inadvertidamente el hábito de fumar cigarrillos». Sobre todo por existe un 16% de usuarios que se inicia en este producto tabáquico sin haber fumado regularmente antes.

El estudio analizó datos del Smoking Toolkit Study, una amplia encuesta mensual a nivel nacional, realizada entre octubre de 2020 y marzo de 2025. Los expertos también señalan que existe un uso combinado: la mayoría de los usuarios (69%) también consumen otros productos con nicotina (el 56% fuma y el 39% vapea). «Esto es un riesgo por el alto contenido de nicotina que genera una elevada adicción en las personas», remacha Frino.

ESPAÑA SUPERA POR SEGUNDO AÑO LOS 6.300 TRASPLANTES

Medicina. La ONT no bate nuevos récords en 2025 pero mantiene cifras «de excelencia» y sigue ostentando el liderazgo mundial en donación e intervenciones, con un aumento de la actividad del 50% en la última década

Por Cristina G. Lucio (Madrid)

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) no batió en 2025 un nuevo récord de cifras de donación y trasplante de órganos, un hito que llevaba décadas cumpliendo. Sin embargo, sigue manteniendo datos «de excelencia» tras volver a superar, por segundo año, los 6.300 trasplantes de órganos el año pasado. Así lo aseguró ayer en rueda de prensa la ministra de Sanidad, Mónica García, que presentó el balance de actividad del organismo acompañada de la directora de la ONT, Beatriz Domínguez-Gil.

Por segundo año consecutivo, se han llevado a cabo en España los 6.300 trasplantes, subrayaron Domínguez-Gil y Mónica García. Según los datos del balance, por tipo de órgano, se realizaron 3.999 trasplantes renales, 1.276 hepáticos, 556 pulmonares, 390 cardíacos, 103 pancreáticos y 11 intestinales.

Las cifras muestran un descenso en la actividad de trasplante pulmonar (-11%) y hepático (-5%). Este último descenso, explicó Beatriz Domínguez-Gil, se debe principalmente a que la lista de espera de pacientes pendientes de recibir un hígado es muy reducida.

trasplantes cardíacos (+12%), de páncreas (+6%) y de intestino (+175%). En el caso del trasplante de corazón, el pasado año se registró el mayor número de procedimientos de la historia.

Tal y como indicaron García y Domínguez-Gil, estas altas cifras de trasplantes pudieron llevarse a cabo gracias a las 2.547 personas que donaron sus órganos tras fallecer, lo que supone una tasa de 51,9 p.m.p., una cifra similar a la del año previo, cuando se alcanzó el máximo histórico con 52,6 p.m.p. Además, 408 personas donaron un riñón (402) o parte de su hígado (6) en vida. La media de donantes diarios el pasado año fue de 8 y la media de trasplantes realizados cada día de 17.

«Esas tasas muestran un nivel de excelencia que nos llena de orgullo», subrayó Mónica García, que insistió durante la comparecencia de ayer en que las cifras son «difícilmente igualables».

La tasa de 51,9 donantes fallecidos por millón de población que alcanzó España en 2025 es muy superior a la del resto de países del mundo, según datos del Observatorio Global de Donación y Trasplante, que gestiona la ONT como Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud. En 2024, Estados Unidos, por

ejemplo, registró 49,7 donantes p.m.p., Italia 30,6, Francia 28,6, Canadá 22,9, Suecia 22,7, Reino Unido 20,4, Australia 19,7, Alemania 11,4 y la Unión Europea en su conjunto 24,2 donantes p.m.p.

«Solo Estados Unidos se aproxima un poco a las cifras de España, con un perfil de donante muy diferente al nuestro», añadió la ministra de Sanidad, que

hizo hincapié en la gran diferencia de nuestro país con la Unión Europea y con el resto de países de nuestro entorno.

En cuanto a las diferencias por comunidades autónomas, Cantabria volvió a liderar la tasa de donación, con una tasa de 103,4 donantes p.m.p., un hito que hasta ahora nunca se había alcanzado, señaló Beatriz Domínguez-Gil. A la comunidad cántabra le siguen Navarra (88,2), Asturias (64,4) y País Vasco (64,3).

La ministra de Sanidad, Mónica García, durante la presentación del balance de la ONT. CHEMA MOYA | EFE

En el año 2025 se realizaron 6.335 trasplantes de órganos, lo que supone una tasa de 129,0 por millón de población (p.m.p.), «una cifra difícilmente igualable», en palabras de la ministra, aunque sea ligeramente inferior a las cifras alcanzadas hace dos años, con 6.464 trasplantes y una tasa de 132,8 por millón de población (p.m.p.). En la última década, la actividad trasplantadora se ha incrementado en un 50%, subrayó.

«Se trata de una muy buena noticia que se debe al éxito de los programas para erradicar la hepatitis C» que se han llevado a cabo estos últimos años. «Es un buen ejemplo de cómo una buena estrategia de salud pública ha reducido las necesidades de trasplante hepático», remarcó.

La directora de la ONT también destacó la estabilización del trasplante renal con respecto a 2024 e incidió en el significativo aumento del número de



Sentencia por la ley ELA: «Hemos ganado al Gobierno»

Una jueza ordena que a un enfermo se le facilite asistencia domiciliaria «inmediata»

ANA MARÍA ORTIZ MADRID
Antonio Luque, enfermo de ELA de 70 años, y su esposa, Yolanda Delgado, han ganado la batalla judicial que emprendieron en mayo de 2025 por la paralización de la aplicación de ley ELA por parte del Gobierno. La norma, que había sido aprobada siete meses antes—octubre, 2024—y contemplaba una atención sociosanitaria integral y continuada para los enfermos, no se había hecho efectiva por falta de dotación económica.

Antonio Luque fue el primer afectado que interpuso una «demanda de protección de los derechos fundamentales en relación a los artículos 14 y 15 de la Constitución [los que reconocen la igualdad de todos los españoles ante la ley y el derecho a la vida y a la integridad física y moral]». En ella reclamaba asistencia domiciliaria durante las 24 horas, tal y como contemplaba la ley ELA.

Puesto que las competencias en Sanidad están transferidas y Antonio Luque reside en Sant Vicenç dels Horts (Barcelona), la acción legal se emprendió contra el Servicio Catalán de Salud (Catsalud). El pasado miércoles el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 1 de Barcelona se pronunció en una sentencia en la que ordena a la Administración que «proceda de forma urgente e inmediata a adoptar las medidas provisionales individualizadas que garanticen la atención domiciliaria suficiente para evitar riesgo vital al recurrente».

«Muy contenta, muy contenta», reacciona al fallo Yolanda Delgado, quien asumió la demanda en lugar de su marido por no saber en qué estado se encontraba él conforme avanzaba el proceso judicial. «Nada más enterarme envié un audio al grupo de WhatsApp que tenemos de DemandELA. La gente llorando, histéricos, diciendo: 'No me lo creo, hemos ganado al Gobierno'», dice citando al colectivo de enfermos y familiares—unos 50— que se han agrupado pa-

ra exigir el cumplimiento de la ley. «Estaba todo el mundo muy desmoralizado, porque ni ley ELA ni Decreto ni nada. Nos vamos muriendo y no llega ayuda ninguna», añade en referencia al Real Decreto 969/2025, de noviembre pasado, que establece los requisitos necesarios para acceder a las ayudas a los afectados de ELA y de otras enfermedades irreversibles, ayudas que, asegura Yolanda, aún no perciben los enfermos.

En este sentido, la sentencia, ante la que cabe recurso, establece que a Antonio se le atienda de inmediato hasta que se le apliquen «los cuidados sociales y sanitarios» previstos en el Real Decreto. Primero, el enfer-

mo debe realizar la solicitud formal para reclamar que se le reconozca como beneficiario de la ley.

«En el caso de enfermedades neurodegenerativas avanzadas, como la ELA, el riesgo vital no es hipotético ni remoto. Es inherente a la propia evolución de la enfermedad y se manifiesta de forma particularmente intensa en el ámbito domiciliario, donde la ausencia de atención profesional continuada puede traducirse en episodios de asfixia, aspiración o fallo respiratorio», argumenta la sentencia, muy crítica con la inactividad de los poderes públicos ante la situación de estos enfermos. «Cuando el Estado es ple-

namente consciente de ese riesgo, cuando ha reconocido normativamente la necesidad de una atención específica y cuando, pese a ello, no adopta ninguna medida eficaz para neutralizarlo, la omisión administrativa deja de ser constitucionalmente indiferente y se convierte en un factor determinante de la lesión del derecho fundamental», se pronuncia la magistrada Montserrat Fernández Cabezas, quien no considera posible justificar la omisión por la falta de presupuesto: «La alegación de limitaciones presupuestarias no puede erigirse en justificación suficiente de una inactividad absoluta».

Estima la magistrada que se vulnera el principio de igualdad: «En la práctica, el acceso a una atención domiciliaria continuada queda condicionado a la capacidad económica del paciente o de su entorno familiar. Quienes pueden costear asistencia privada ven protegido su derecho a la vida y a la integridad; quienes no pueden hacerlo quedan expuestos a un riesgo grave. Esta desigualdad no deriva de una decisión legislativa expresa, sino de la falta de intervención pública, lo que no la hace menos constitucionalmente reproachable».

Esteban Gómez Rovira, el abogado de Antonio Luque, califica la sentencia de «histórica». «A partir de hoy hay una medida cautelar por la cual se le tiene que proporcionar asistencia las 24 horas. Ya no es la familia del enfermo la que se tiene que buscar la vida, que es lo que pretende el desarrollo de la ley, realizado con un año de retraso. Espero que todos los enfermos de ELA hagan la misma reclamación hasta la definitiva puesta en marcha de la ley», dice.



Antonio Luque, enfermo de ELA, con su mujer, Yolanda Delgado, en su domicilio de Sant Vicenç dels Horts (Barcelona) el pasado mayo. V. R. / ARABA PRESS

Juan Carlos I, el único ausente real en el adiós a Irene de Grecia

Tampoco fue al velatorio de su cuñada: «Se niega a venir y no dormir en Zarzuela»

MARINA PINA MADRID
El Rey Juan Carlos será la ausencia más sonada durante el velatorio familiar de la princesa Irene de Grecia en el palacio de la Zarzuela. El marido de la Reina Sofía se niega a venir a la capital para despedirse de la

hermana de su mujer, con la que convivió desde 1981 hasta 2020, bajo el argumento de que quería pernoctar en el palacio de la Zarzuela. Don Juan Carlos no estará, asimismo, este sábado en el sepelio que se celebrará en la catedral ortodoxa de Madrid.

«El Rey se niega a venir y no dormir en Zarzuela», explican a ELMUNDO fuentes de su entorno. Según las mismas, Don Juan Carlos no quiere realizar un viaje exprés de ida y vuelta en el día, como hizo en noviembre para almorzar con la Reina Sofía el día que le concedieron el toisón. Entonces, como también realizó para asistir a la fiesta por la mayoría de edad de la Princesa Leonor, voló en el mismo día para apenas ver unas horas a su familia, lo que su médico desaconseja.

La determinación de Don Juan Carlos por pernoctar en Zarzuela ha impedido que acompañe a una aflagrada Doña Sofía en uno de los trances más duros de su vida: la pérdi-

da de su hermana. Pese a que el Emérito se deshace en halagos hacia su mujer en sus memorias, ha decidido no venir a Madrid y su ausencia será la más significativa este sábado durante el responso y velatorio en la iglesia ortodoxa.

«Los dos somos como hermanos. Le puedo decir lo que quiero, él me gusta bromas... Mi padre decía que

Juan Carlos tenía una sensibilidad muy especial en situaciones difíciles, una intuición muy fuerte», contó sobre él la princesa Irene en el libro de memorias que escribió la periodista Eva Celada. Pero esa unión y los recuerdos compartidos de casi 40 años de convivencia en Zarzuela y veranos en Marivent, no ha sido suficiente para animar a Juan Carlos I a estar en Madrid.

Además, cuando el padre de Felipe VI ha tenido voluntad, sí que ha dormido en Madrid. Por ejemplo, para asistir a la boda del alcalde, José Luis Martínez-Almeida, con Teresa Urquijo, Juan Carlos I se alojó en casa de un amigo del entorno de la ve-

La fallecida se refirió al marido de Doña Sofía como su «hermano»

El Día de Soria

Número 520



Fin de semana 17 y 18 de enero de 2026

ARTE ROMÁNICO



San Baudelio,
el gran
protagonista del
Museo del Prado

PÁG.24

TRAIL

EDGAR
VAL
CANTÓN
APUNTA
ALTO EN
2026

DEPORTES45

d

CINE

UNA SORIANA
EN LOS GOYA
El corto-
documental 'La
conversación
que nunca
tuvimos', en la
que Cristina
Urgel narra la
historia de su
abuela, logra
una
nominación a
los Goya.
PÁG.23

Venta anticipada desde el viernes | El Día de Soria + XL Semanal + Mía: 3 €

SANIDAD | PLANIFICACIÓN

El consejero presenta el V Plan de Salud basado en innovación e intersectorialidad

El helicóptero medicalizado ya está
operativo en la base de Garray PÁGS.16V17

Fin de semana 17 y 18 de enero de 2026 | El Día de Soria

SORIA | 17

SANIDAD | TRANSFORMACIÓN

El V Plan de Salud como hoja de ruta intersectorial por la calidad de vida

El consejero Alejandro Vázquez acerca a Soria la nueva planificación en torno a los ejes sanitario, económico y social con 169 medidas

REDACCIÓN/SORIA

El consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Alejandro Vázquez, presentó este jueves en Soria el V Plan de Salud de Castilla y León 2032, que marca la hoja de ruta del sistema sanitario con el objetivo de «proteger y promover la salud como derecho fundamental y motor de bienestar, cohesión social y desarrollo económico». Bajo el lema 'Castilla y León es salud', sitúa a la salud en todas las políticas y moviliza alianzas para que el lugar de residencia no

condicione en acceso a los servicios «equitativos, de alta calidad, seguros y humanos». La digitalización, la innovación y la investigación son las claves de la transformación del sistema sanitario, aseguró el consejero, quien defendió que «invertir en salud es invertir en futuro». Así, subrayó que este prometedor plan «permitirá que la ciudadanía viva más, viva mejor y con calidad de vida».

TRANSVERSALIDAD. El plan promueve la salud en una acción intersectorial y colaborativa que trasciende el ámbito estrictamente sanitario y establece alianzas con Economía y Hacienda y Presidencia para asegurar la inversión y evaluar el impacto; con Industria, Comercio y Empleo para promover la salud en el entorno laboral; con Medio Ambiente, Vivienda y Ordenación del Territorio para mejorar la calidad del aire y del agua y la idoneidad habitacional; con Mo-



La presentación del V Plan de Salud de la Consejería de Sanidad en Soria. / EUGENIO GUTIÉRREZ

vilidad y Transformación Digital, garantizando conectividad digital y la telemedicina; con Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, para mantener la seguridad alimentaria en la producción primaria; con Familia e Igualdad de Oportunidades, para la promoción del envejecimiento activo, la atención a la discapacidad o la

soledad no deseada; con Educación, para extender la iniciativa Red de Escuelas Saludables, la alfabetización en salud y la promoción de hábitos saludables desde edades tempranas; y con Cultura, Turismo y Deporte, para integrar entornos y hábitos saludables que conecten la identidad de la tierra con estilos de vida sanos. Así-

mismo, habrá alianzas con ayuntamientos y diputaciones, sobre todo en el medio rural, y con el tercer sector. El plan se articula en tres ejes (sanitario, social y económico) y fija siete objetivos generales, 40 objetivos estratégicos y 169 medidas con un riguroso sistema de evaluación, según detalló el consejero en Soria.

Un modelo de IA predice riesgos de diabetes

Un equipo internacional de investigadores ha desarrollado un sistema de inteligencia artificial, que han bautizado como *Glufor*, capaz de predecir el riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares (como infarto o ictus) o diabetes a partir de la monitorización continua de los datos de glucosa. El programa se entrenó con más de 10 millones de mediciones de adultos.



14

DÍAS COMO MÁXIMO. Ese es el tiempo de espera que oncólogos y pacientes reclaman para realizar una endoscopia ante la sospecha de cáncer gástrico. En España, se diagnostican anualmente más de 8.000 casos de cáncer gástrico y se registran unas 5.000 muertes.

LABORAL | LAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO CONDICIONAN EL BIENESTAR

SPC

Tras la pausa navideña, en la que gran parte de la población disfruta de unos días de descanso, llega el momento de retomar las obligaciones laborales. Esta reincorporación puede resultar más complicada si el desempeño de la actividad laboral requiere el uso de nuevas tecnologías, un factor que, según el VII Estudio CinfSalud: *Percepción y hábitos de la población española en torno al estrés*, aumenta el nivel de estrés en tres de cada diez personas trabajadoras (28,3%) de nuestro país.

Como explica el doctor Julio Maset, médico de Cinf, «en ese caso, estaríamos hablando de tecnostres, un fenómeno que surge de la dificultad de la persona trabajadora para gestionar de forma controlada y saludable el uso en el entorno laboral de dispositivos tecnológicos como los ordenadores portátiles, tabletas y móviles o las aplicaciones de correo electrónico y mensajería instantánea. Muchas veces, ello lleva a percibir un desajuste entre la necesidad de usar las tecnologías en el puesto laboral y los recursos, conocimiento o tiempo de los que se dispone para ello».

Esta percepción desencadena síntomas fisiológicos y emocionales típicos del estrés, pero también otros específicos de los distintos tipos de tecnostres laboral que, de acuerdo con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), existen. Por ejemplo, puede surgir *tecnostres*, que provoca altos niveles de activación fisiológica no placentera, tensión y malestar por el uso de las tecnologías, así como actitudes es-

TECNOESTRÉS A RAYA

Las dificultades para gestionar de forma saludable el uso de los dispositivos electrónicos en el entorno profesional condicionan la vida de tres de cada 10 personas en España



La ansiedad, la fatiga o la adicción son trastornos comunes que surgen a raíz del cuestionable uso de los aparatos.

cépticas y pensamientos negativos sobre la propia capacidad para manejarlos, por lo que, en ocasiones, se llega incluso a evitarlos.

También puede aparecer la *tec-*

nofatiga, que se caracteriza por el cansancio y agotamiento mental y cognitivo de la persona debido al empleo excesivo de las tecnologías, y la *tecnoadicción*, que puede sur-

gir cuando estas se usan de manera compulsiva incontrolable, en cualquier lugar y, a menudo, durante largos periodos de tiempo.

«Las nuevas tecnologías están

siempre renovándose y, al igual que en otros ámbitos de la vida, en el laboral podemos no sentirnos preparados para manejarlas. Por otra parte, se produce un uso continuado del móvil, ordenador, tableta, etc., y muchas personas siguen conectadas a sus trabajos a través de estos dispositivos incluso cuando ya han terminado su jornada laboral», apunta el experto.

De hecho, el no poder desconectar es la principal causa de tecnostres para siete de cada diez personas encuestadas (68%) en la investigación de Cinf, seguida de la necesidad de respuesta inmediata que implican (54,6%), y la adicción o dependencia que generan (33%). Como añade el propio doctor Maset, «a pesar de que la aparición de este tipo de estrés es relativamente reciente, está cada vez más extendido en la sociedad y, como hemos visto, puede agravar el malestar que algunas personas sienten al retomar nuestra rutina laboral en este inicio de año».

Para minimizar este riesgo, pueden tomarse precauciones como tratar de no sobrecargar con actividades la agenda laboral a la vuelta de las vacaciones, con el fin de gestionar de una manera más eficaz el trabajo acumulado, aprender a distinguir lo urgente de lo importante y no llevarse trabajo a casa para poder desconectar y disfrutar de un tiempo libre completamente pleno y satisfactorio. «Muchos asuntos pueden esperar a mañana sin que ello afecte a la productividad. Es necesario aprender a establecer límites para pasar a ver las nuevas tecnologías como nuestras aliadas en vez de nuestras enemigas», recalca el doctor.

CONSEJOS PARA AFRONTAR EL REGRESO A LA OFICINA

1. Organiza bien tu jornada laboral

Es probable que te encuentres con trabajo acumulado tras las vacaciones. Por ello, intenta planificar tu agenda sin sobrecargarla de actividades y gestionando los imprevistos con flexibilidad. En caso de falta de tiempo, prioriza tareas y delega.

2. No te lleves el trabajo a casa

Distánciate en todos los sentidos: procura no mantenerte pendiente del móvil o el portátil. Tampoco caigas en que las conversaciones se centren en los asuntos pendientes o posibles problemas. Tras la jornada laboral, intenta disfrutar de tu ocio.

3. Separa tu vida laboral de la personal, también en las tecnologías

Puedes emplear aparatos diferentes para ambas facetas de tu vida. Fuera de tu jornada laboral, apaga el móvil de trabajo. Si solo usas un teléfono, puedes desconectar la cuenta o sus notificaciones en tu tiempo libre.

4. La inmediatez no siempre te afecta

Es importante distinguir lo urgente de lo importante: si una cosa puede o no esperar a mañana sin afectar tu trabajo. Asegúrate de que existe una delegación clara para los asuntos urgentes cuando estás en tus horas de ocio, vacaciones o fines de semana.

5. Fórmate para ganar mayor confianza

Valora inscribirte en cursos que te capaciten para manejar los dispositivos. Así ganarás confianza y reducirás el nivel de ansiedad, además de saber cómo activar funciones que te ayudarán a desconectar, como la de *No molestar* para móvil.

6. Aprende técnicas de relajación

Practicar de manera regular actividades como relajación, meditación, mindfulness o yoga te ayudará a neutralizar la activación fisiológica del organismo que produce el estrés y te proporcionará un mayor control de los pensamientos y de las emociones.

7. Cuida tu dieta

Sigue una dieta saludable, variada y equilibrada, que incluya frutas y verduras. Mantén horarios regulares y tómate siempre tu tiempo para comer con calma. Evita las bebidas con cafeína o alcohol o, si las consumes, hazlo con moderación, de tal forma que no condicionen tu día a día.

8. Haz deporte de manera regular

El ejercicio físico reduce la intensidad del estrés y ayuda a que los episodios duren menos, además de fomentar una sensación de bienestar. Adapta tu edad y circunstancias y sigue los consejos de los expertos, que podrán establecer rutinas adecuadas para ti.

9. Respeta las horas de sueño

Afrontarás mejor cualquier conflicto o situación compleja en tu día a día laboral. Trata de ir a dormir siempre a la misma hora y descansa, como mínimo, siete u ocho horas cada noche. En el caso de encontrar dificultades para ello, consulta con especialistas.

10. Solicita ayuda profesional si es necesario

Si, tras aplicar las anteriores medidas, sigues sin ser capaz de afrontar la vuelta al trabajo, puedes recurrir a la ayuda profesional. Tu médico de cabecera podrá ayudarte a identificar el problema.

CASTILLA Y LEÓN

Fallece Urbano González a los 57 años, símbolo contra la ELA en León

El empresario, bombero y ex jugador de baloncesto, fundó la marca Miel Ecológica Urzapa «Has sido un ejemplo para todos, de pasión por la vida», recoge su mujer en redes sociales

LEÓN

El empresario, bombero y ex jugador de baloncesto Urbano González Escapa, cara visible en León de la lucha contra la ELA (esclerosis lateral amiotrófica), falleció ayer sábado, 17 de enero, según lo comunicó su esposa, la exconsejera de Empleo e Industria de la Junta, Ana Carlota Amigo, a través de sus redes sociales.

Urbano, de 57 años, fundador de la marca Miel Ecológica Urzapa, da nombre desde el pasado mes de mayo al Palacio Municipal de Deportes de León, al igual que el centro de ocio de Trabajo del Camino (San Andrés del Rabanedo), entre otros reconocimientos recibidos por un hombre cuya trayectoria desde su diagnóstico en 2022 se recoge en el libro 'La abeja que enfermó de ELA', obra de Diana Emperador, informa Ical. Otra de sus aportaciones a la sociedad leonesa trata sobre el comercio justo. El Ayuntamiento le concedió el premio a la Labor por el Comercio Justo al convertirse en el primer apicultor ecológico de toda la Comunidad.

Urbano se convirtió en el símbolo de la ELA en la provincia de León. Durante tres años reivindicó mejoras para aquellos pacientes que tenían su misma enfermedad y unos cuidados de calidad.

Antes de fallecer Urbano González decidió donar todos sus órganos, a excepción de los pulmones que están afectados por la grave enfermedad que padecía. Tal y como recoge el Diario de León, sus órganos irán destinados a los necesitados después de varias horas de intervención en la UCI del Hospital de León. El fallecido también se aseguró de que su cerebro se uti-



Urbano el día que pusieron su nombre al Palacio Municipal de Deportes. ICAL

lizará para investigar e irá destinado al Instituto de Neurociencias de Salamanca que mantiene un convenio con el hospital de la capital leonesa para recoger muestras cerebrales que se destinen al estudio de enfermedades neurológicas. El funeral, según recoge el citado medio, será mañana a las 16.00 horas en la Basílica de la Vir-

gen del Camino de la que era devoto.

Su mujer al comunicar la triste noticia en las redes sociales adjuntó una imagen de ambos cuando Urbano ya estaba afectado por la esclerosis lateral amiotrófica. «D.E.P. Urbano. Amor mío. Aunque hoy siento que me han arrancado el corazón. Quiero agradecerte amor, es-

tos 24 años junto a ti. Te mereces lo mejor, has sido un ejemplo para todos, de pasión por la vida, de superación de obstáculos y de lucha contra la ELA. Descansa en Paz».

Precisamente a través de las redes sociales llegaron numerosos mensajes en recuerdo a esta figura deportiva leonesa y en apoyo a su familia. A la citada publicación en X de su mujer, el presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, le contestó para madarle «mucha fuerza» y un «fuerte abrazo». De igual manera procedió el portavoz de Podemos y procurador en las Cortes Pablo Fernández: «Lo siento mucho. Te acompaño en el sentimiento. Mucho ánimo. Un abrazo enorme». Otro de los políticos que se sumó a las muestras de condolencia fue el alcalde de León, José Antonio Díez: «Hoy decimos adiós a Urbano González Escapa, un referente del deporte, la empresa y la lucha. Te echaremos de menos. Toda mi fuerza para su familia y amigos».

De esta similar manera, la Cultural y Deportiva Leonesa lamentó profundamente el fallecimiento del histórico jugador de baloncesto, embajador del club y «ejemplo de vida», informa Europa Press. La delegación en León de la Federación de Baloncesto de Castilla y León expresó sus condolencias a la familia de Urbano González, mientras que el Lionses Team Basketball destacó que fue una figura clave para el club y un referente del baloncesto en León.

«Urbano fue fundador y vicepresidente y siempre mostró un compromiso incondicional con el crecimiento y los valores de nuestro proyecto», subrayó el club deportivo.

Martínez pide un cambio para los «hijos abocados a la resignación de marcharse»

VALLADOLID

El secretario general del PSCyL y candidato socialista a las próximas elecciones autonómicas en Castilla y León, Carlos Martínez, llamó al cambio político en la Comunidad para alentar la esperanza de «esos hijos abocados a la resignación de tener que marcharse», según denunció, pro un futuro carente de oportunidades.

Así se expresó líder de los socialistas castellanos y leoneses, en declaraciones recogidas por Ical en Béjar, provincia de Salamanca, donde el PSCyL celebró este sábado una Conferencia Sectorial de Educación con la presencia de la ministra del ramo, Milagros Tolón. Martínez aprovechó su intervención para valorar la convocatoria «sólo si el próximo lunes de los comicios en la Comunidad, habida cuenta de la disolución de las Cortes y el período electoral que, una vez abierto, culminará con los votaciones el 15 de marzo».

«Yano se puede sacar más ases de la manga», ironizó Martínez acerca del presidente de la Junta de Castilla y León y candidato popular, Alfonso Fernández Mañueco, quien «ha movido mucho el avisero de sus consejeros» durante las últimas semanas, ante la proximidad de los comicios, y de cara a tratar de revalidar el apoyo de la ciudadanía tras la cita electoral.

El candidato socialista recordó que Castilla y León es una comunidad de pequeños y medianos municipios y, por tanto, de agricultores y ganaderos, por lo que afirmó que el mandatario autonómico solo se acuerde de ellos «cada cuatro años». «Ahora que se vuelven a movilizar, no vienen a decir que el campo no es ideología, pero claro que es ideología y es también es economía», matizó.

Por ello, apeló a las decisiones que los partidos políticos nacionales apoyan en el concierto europeo, clave en el sector primario. «Tenemos a los señoritos libertarios que gritan mucho contra Europa, pero inclinan la cabeza cuando Trump nos invade, y tenemos la hipocresía de Feijóo, diciendo una cosa en Castilla y León y haciendo lo contrario en Europa», manifestó.

Prente a ello, reclamó una apuesta por «alguien que defienda la base fundamental de los valores europeos», en referencia a su propio partido. «No van a engañarnos una vez más. Llevan 40 años haciéndonos trampas. Basta ya de engaños. El único partido que, hoy por hoy, ha defendido los intereses de los más pobres en Europa es el PSOE», afirmó.

Cae en Burgos una banda de estafadores por internet que explotaba a un anciano

BURGOS

La Guardia Civil ha detenido a 19 personas (8 en Bizkaia y una en Burgos) e investigado a otras tres por su presunta pertenencia a una organización criminal especializada en la comisión de estafas mediante la publicación de anuncios falsos de venta y adopción de mascotas a través de internet.

Tres miembros del grupo, pertenecientes a un clan familiar, mantenían bajo control a un octogenario al que explotaban tras haber logrado aislarle de su entorno familiar. Según se desprende de la operación Magna-Vallis, el anciano era obliga-

do ejercer mendicidad mientras se le abrían numerosas cuentas bancarias para cometer las estafas.

Hasta el momento, se ha identificado a 121 víctimas de estafa y diez de usurpación de identidad en 31 provincias además de Burgos. La investigación arrancó tras una denuncia recibida en la Guardia Civil en febrero de 2024 por una estafa tras abonar 280 euros por la supuesta adopción de un cachorro anunciado en internet sin llegar a recibir el animal ni recuperar el dinero.

Fruto de las investigaciones realizadas, se comprobó que detrás de

esta operación se encontraba un grupo criminal, asentado en Bizkaia, que publicaba anuncios de venta o adopción de animales. Una vez establecido el contacto e iniciada la venta, los estafadores exigían a sus víctimas desembolsos progresivos con diversos pretextos (vacunas, transporte, chip o jaula), mediante ingresos a través de Bizum o transferencias bancarias.

Con la investigación en marcha, los agentes detectaron 57 cuentas bancarias y 23 líneas telefónicas vinculadas a la organización, por lo que se procedió a bloquearlas ju-

dicialmente. Se calcula que la cantidad asociada a las estafas asciende a más de 36.000 euros. Asimismo, se ha constatado que los presuntos autores destinaron parte del dinero a criptomonedas y obtenían ingresos procedentes de la Renta de Garantía de Ingresos, el Ingreso Mínimo Vital u otras ayudas autonómicas que podrían ascender a más de 560.000 euros.

A los detenidos se les imputan los supuestos delitos de estafa continuada, blanqueo de capitales, usurpación de estado civil, pertenencia a grupo criminal, trata de seres humanos y malos tratos de obra sin lesión. En estos momentos, la investigación continúa abierta para localizar a más víctimas, identificar nuevas cuentas vinculadas y tratar de recuperar los fondos defraudados.

CASTILLA Y LEÓN

'Trauma' sigue con la espera quirúrgica más alta pese a bajar 24 días el último año

Cirugía Torácica lidera el aumento de la demora, con 34 días más para situarse en 104, que son ocho menos que en Plástica / Maxilofacial se apunta una rebaja de 28 jornadas

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID
Traumatología, la especialidad que suele presentar la demora más alta para una intervención quirúrgica, no se baja de ese escalón ni aunque sus cifras mejoren en casi un mes. Ya no son 136 días los que un paciente debe esperar para someterse a una cirugía que afecta desde huesos y músculos hasta tendones y ligamentos, sino 112 después de todo un año transcurrido. Sin bajarse de la barrera del centenar, sólo Cirugía Plástica se sitúa a la par, en su caso tras haber subido en cuatro jornadas el tiempo de espera.

Los últimos datos publicados por la Consejería de Sanidad permiten vislumbrar que la espera para ser operado en los hospitales de Castilla y León se sitúa de media en 87 días, que suponen ocho menos frente al cierre del último año. No obstante, como promedio que supone, hay ramas sanitarias que se encuentran por encima de esa cifra —en concreto, cuatro— y las hay que por debajo —diez—, afectando a un total de 24.786 pacientes que se encuentran en espera estructural.

Entre unas y otras variaciones, hay puestos que parecen estar designados de forma indefinida a ciertas especialidades, como ocurre en el caso de 'Trauma', siempre tendente a ocupar esa primera posición en la lista de demora quirúrgica. Por positivo que pueda parecer ocupar un primer puesto, en este caso no lo es ya que significa que es la rama sanitaria que más tarda en fijar una intervención quirúrgica a sus pacientes, de los que desprende también la mayor cantidad de personas pendientes de una cirugía. Así, un total de 12.693 personas tienen que sumar 112 días a sus calendarios para optar a una cirugía, que suponen 24 menos que tras finalizar el mes de diciembre del año pasado.

En lo que respecta al despliegue de Traumatología en los diferentes complejos de Castilla y León, la mayor demora se concentra en el Complejo Asistencial de Burgos, con 155 jornadas. Lo siguen el Complejo Asistencial de León, con 137; el Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro, con 133; el Hospital del Bierzo, con 132; el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, con 107; el Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, con 106; el Complejo Asistencial de Salamanca, con 95; el de Zamora, con 91; el de Ávila, con 83; el de Soria, con 82; el de Segovia, con 67; el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con 48; el Hospital de Me-



Imagen de una intervención quirúrgica en un hospital, en una imagen de archivo. E.M.

dina del Campo, con 56; y el Complejo Asistencial de Palencia, con 24.

En el comienzo del nuevo año, la realidad es que ese primer puesto de la mayor espera quirúrgica es compartido entre 'Trauma' y Cirugía Plástica, consecuencia de los cuatro días en los que se incrementa la demora media entre el conjunto de Castilla y León, que termina el año 1.061 pacientes en espera, que son sólo 13 más que tras acabar 2024. En el desglose por hospitales, el tiempo de espera más alto se registra en el Río Hortega de Valladolid, con 148 días, seguido del Complejo Asistencial de Salamanca (109), el de León (77) y el de Burgos (62).

También se supera la barrera del centenar de días que tiene que afrontar un paciente para someterse a una operación quirúrgica en Urología, que sube una semana con 107 personas más en citas, ascendiendo así hasta 2.953 el montante total. Y de nuevo, el reparto de la demora es dispar, con casos que llegan hasta las 218 jornadas, como en Burgos, mientras otros apenas superan el mes, como en León y Palencia, ambos con 32. Entre medias se encuentran el Hospital Santiago Apóstol (159), El Bierzo (130), Santos Reyes (113), Río Hortega (84), Soria (72), Salamanca (59), Ávila (57), Zamora (54), Medina del Campo (53), Segovia (49), y el Clínico de Valladolid (33).

Cerca de las estadísticas de Urología se encuentra Cirugía Torácica, que sufre el mayor aumento de la espera quirúrgica entre todas las

especialidades del 31 de diciembre de 2024 al del 2025, con 34 días más que se reparten entre 126 en Salamanca y 23 el Clínico de Valladolid. Además, son 24 pacientes más lo que tienen pendiente una intervención, aumentando así la cifra total a 88, que deberán esperar de media 108 jornadas para recibir su correspondiente cirugía.

Otorrinolaringología es la única rama sanitaria que se mantiene igual que hace un año, con 93 días de espera. Eso sí, los pacientes suben de 3.176 a 3.896. El reparto sitúa a El Bierzo con la mayor demora registrada tras el cierre del año, con 152 días, por delante de Salamanca (124), Soria (106), Santos Reyes (103), León (97), Burgos (89), Zamora (78), Ávila (69), Medina del Campo (66), Río Hortega (63), Palencia (61), Santiago Apóstol (48) y el Clínico de Valladolid (40).

En Cirugía Maxilofacial se apunta una de las mayores disminuciones tras un año, con 28 días menos, mientras que los pacientes también descienden, de 307 a 253. La demora se divide entre los 87 días que hay que esperar para una cirugía en el Río Hortega, 82 en el Complejo Asistencial de Salamanca, y los 42 en el de León. Además, no hay ningún paciente en espera tras el rechazo del centro alternativo.

Cirugía Cardíaca también se acerca a las mismas cifras que LAS del último trimestre del pasado año, pasando de 81 a 80 en el tiempo de espera y de 112 a 122 en número de pacientes. En esta especialidad, la

mayor demora se concentra en el Complejo Asistencial de Burgos, con 105 jornadas de demora, mientras el de León cuenta con 38 y el Clínico de Valladolid con 12.

En cuanto a Cirugía General y del Aparato Digestivo, sus 6.471 pacientes sufren tres días de espera más para ser operados, que se fija en 74 días. El desglose sitúa a El Bierzo con la mayor demora, con 199 días, hospital al que siguen el de Burgos (113), Salamanca (78), Ávila (68), Soria (67), Santiago Apóstol (66), Santos Reyes (54), Zamora (52), Segovia (50), Medina del Campo (42), Clínico de Valladolid (32), y Palencia (16).

Neurocirugía cierra el último año con 71 días y 615 pacientes en espera quirúrgica, bajando en 49 jornadas y 155 personas pendientes de una cirugía. En esta especialidad, la mayor lista de espera se encuentra en Burgos, con 86 días, y se sitúan por detrás León (74), Salamanca (64), el Clínico de Valladolid (38) y el Río Hortega (27).

Con 64 días se queda Angiología, que sube en su caso nueve respecto a diciembre del pasado año, aunque los pacientes en espera bajan en 254. Salamanca, con 89 días; Burgos, con 60; León, con 34; y el Clínico de Valladolid, con 15, se reparten la demora para realizar una intervención quirúrgica de esta rama.

El resto de especialidades ya se encuentran por debajo de las anteriores ramas, desde Ginecología, con 57 (+); Cirugía Pediátrica, con 53 (-3); Oftalmología, con 48 (+2); Dermatología, con 32 (+8).



FRAN SARDÓN

Teníamos razón con la asistencia personal

IMPULSA IGUALDAD lleva más de una década defendiendo la asistencia personal como herramienta clave para la autonomía y los proyectos de vida de las personas con discapacidad, basada en el empoderamiento y en el reconocimiento del asistente personal como figura central. Desde el inicio, la entidad apostó por un modelo que hiciera este empleo atractivo: reconocimiento profesional, condiciones laborales dignas, flexibilidad y participación de la propia persona con discapacidad en la formación.

Ante la ausencia de una regulación oficial, junto con CERMI se diseñó un manual de formación basado en el modelo de Vida Independiente, con una duración de 50 horas, complementado por la formación práctica que proporciona la propia persona usuaria. Este enfoque fue cuestionado por sindicatos y algunos ámbitos de la formación profesional, que alertaban sobre una posible devaluación salarial y competencial.

En este artículo quiero desmontar estos recelos con tres argumentos clave:

1. Sin asistentes personales no hay asistencia personal, por lo que las propias personas con discapacidad son las primeras interesadas en salarios dignos;

2. La calidad de la formación es esencial, dado el carácter íntimo del trabajo, y puede garantizarse con una formación teórica ajustada y específica;

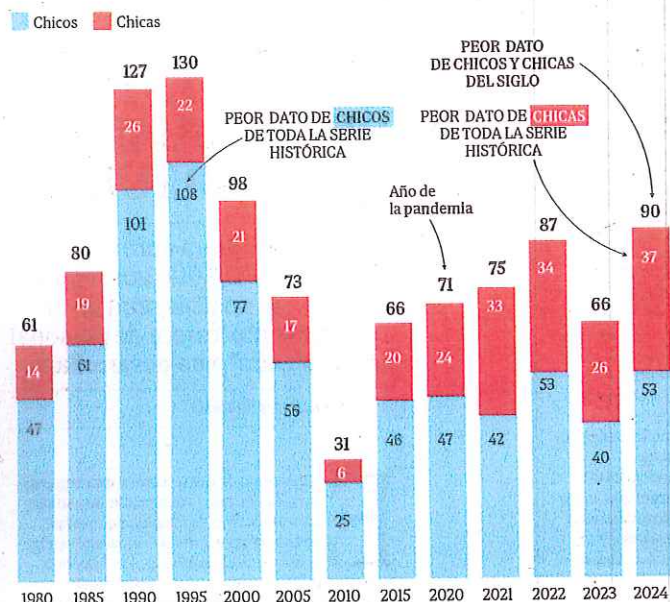
3. La asistencia personal es una oportunidad estratégica tanto para la vida independiente en el medio rural como para la generación de empleo local.

La reciente irrupción de las microcredenciales, impulsadas por universidades y la PP para cubrir nuevos perfiles laborales, confirma la validez de este planteamiento. Estas fórmulas de capacitación rápida encajan con el modelo defendido por Impulsa Igualdad desde hace años: formación breve, específica y centrada en la persona usuaria. La conclusión es clara: el tiempo ha dado la razón a este enfoque y el sistema formativo empieza, por fin, a alcanzarlo.

Fran Sardon es Presidente de Cermi Castilla y León

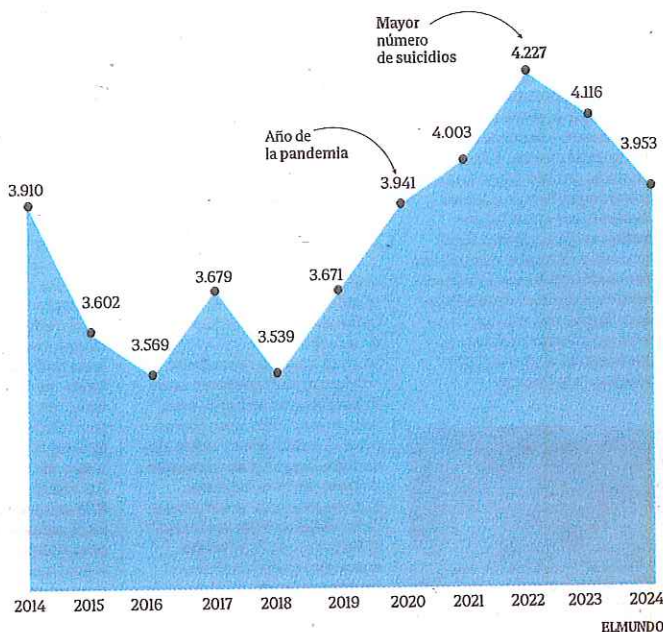
PAPEL | SALUD

NÚMERO DE SUICIDIOS DE MENORES DE 20 AÑOS EN ESPAÑA



Fuente: INE

NÚMERO DE SUICIDIOS EN TOTAL



EL MUNDO

AUMENTA EL SUICIDIO ENTRE ADOLESCENTES, CON RÉCORD DE LAS CHICAS: 37 EN 2024

Causas de mortalidad. El suicidio entre chicos de 10 a 19 años aumentó hasta los 90 casos, el peor dato de este siglo. Entre ellas alcanzó su máximo desde que hay registros. En total, 3.953 personas fallecieron por suicidio, la segunda causa externa de muerte

Por Santiago Satz (Madrid)

La consolidación de los datos de muertes por suicidio en nuestro país deja un sabor agriado. Frente al descenso global de fallecidos, se lamenta el registro récord de cifras en los adolescentes. Entre 10 y 19 años fueron 90, el peor dato desde el año 2000 (98). Entre las chicas, la

tendencia se consolida y el número de fallecidas sube de 36 a 37, el dato más elevado desde que en 1980 comenzó esta serie. El número de chicos fallecidos se sitúa en 53, 13 más que en 2023, una cifra similar a la de 2022.

El aumento de las muertes por suicidio entre adolescentes se correspondería así con el aumento, detectado por los profesionales, de pacientes de esta franja de

edad en las consultas de salud mental y en urgencias. Esta extensión de un malestar generacional de fondo plantea la necesidad de abordar con urgencia este problema en diferentes ámbitos y, especialmente, en los centros educativos y en casa.

Ese ascenso también lo dibujan las tasas de incidencia en el grupo de menores entre 10 y 19 años. Mientras en 1980 apenas era de 0,94, en 2024 casi se duplica, ya que llega al 1,75. El año con mayor impacto relativo fue 2000, con una tasa de 2,01 casos por cada 100 000 jóvenes. Aunque en 2024 hay casi la misma cantidad de casos (90 frente a 98), la tasa es menor porque ahora hay más población en ese rango de edad. Por otro lado, el año con menor impacto fue 2010, donde la tasa bajó a 0,71.

¿Qué hay detrás de estas cifras que parecen marcar una tendencia? Partiendo de que el suicidio es una realidad compleja en la que concurren muchos factores, el psiquiatra Francisco Javier Acosta Artilles, experto en prevención del suicidio del Servicio Canario de Salud, enumera elementos explicativos que a la vez dibujan posibles líneas de actuación para reducir esta dramática estadística.

A propósito de los adolescentes, este psiquiatra cita inicialmente la problemática familiar, «ya sea por educación con escaso o nulo control, o alta conflictividad e, incluso en casos extremos, maltrato o abuso». Se refiere luego al ámbito escolar. «El acoso o, aunque no lo haya, las dificultades de los menores para relacionarse con los iguales y la ausencia de amigos».

El psiquiatra menciona características de la sociedad actual como parte de ese cóctel tóxico del que beben las nuevas generaciones y que tiene resultados fatales.

«El uso excesivo de las pantallas y de las redes sociales, con subproblemas asociados como la dependencia psicológica de la valoración externa, el sentimiento de soledad porque hay poca conexión real, la facilidad para un acoso del que no pueden desconectar, y el acceso a contenidos potencialmente muy dañinos», enumera sobre los efectos de una crianza en la que se echa de menos una educación

también en los efectos de lo digital. Desde su punto de vista, también ha emergido «una dependencia de la tecnología que requiere un abordaje intenso y mantenido». Acosta Artilles también recalca un problema importante: «Hay comunidades donde se está haciendo una promoción del suicidio, lo cual es un delito».

A todo eso el psiquiatra añade, según le transmiten los profesores, «baja tolerancia a la frustración», y un rasgo típico de la adolescencia como es «la mayor impulsividad».

Por eso, la comunidad sociosanitaria apuesta por la prevención. Esa labor es la que se ha intensificado en los últimos años y que ha doblado el ascenso de los casos por segundo año consecutivo: 3.953 personas murieron por suicidio en España durante el año

“La baja tolerancia a la frustración y la impulsividad adolescente se agravan por los contenidos dañinos en redes”

“Más allá del trastorno mental: los contextos vitales y el sufrimiento mantenido son claves en la conducta”

pasado. En 2023 se lamentó la pérdida de la vida de 4.227 y en 2002 fueron 4.116. El suicidio se sitúa, por detrás de las caídas accidentales, como la segunda causa externa de muerte, con una tasa de 8,1 muertes por cada 100.000 habitantes.

«La prevención concierne a toda la sociedad», recuerda el doctor Acosta Artiles, quien aporta matices sobre la relación entre la salud mental y la conducta suicida. «Las personas con trastornos mentales tienen un mayor riesgo pero hay un porcentaje de personas que se suicidan sin tener ningún trastorno mental. Porque también hay mucha fuerza de los contextos vitales».

Desde su labor preventiva en el Servicio Canario de Salud hace un llamamiento a vencer las barreras que alejan de una consulta médica a personas en riesgo. Cita entre las más relevantes la vergüenza y la falta de conciencia de enfermedad «porque su desarrollo es lento y la propia persona puede no darse cuenta de que está cayendo en una depresión».

Agrega los prejuicios sobre tratamientos y medicamentos, y las creencias culturales. «En especial algunos hombres tienen patrones estereotipados de que tienen que ser fuertes y pedir ayuda sería un signo de fracaso».

Los datos del INE confirman la paradoja de género, habitual en España y en países de nuestro entorno. Se basa en la constatación de un mayor número de suicidios consumados entre los varones frente a un mayor número de intentos –aunque sobre este punto no hay datos globales y contrastados– entre las mujeres. Las muertes de hombres (2.902) representaron en España 2024 un 73% del total de suicidios consumados.

Este psiquiatra destaca la importancia de entender

La tasa en jóvenes de 10 a 19 años llegó al 1,75 por cada 100.000 habitantes en 2024, casi el doble que en 1980

La comunidad sociosanitaria apuesta por la prevención en centros educativos para frenar un malestar generacional

la conducta suicida. La caracteriza como una pirámide. En la base estarían los factores de riesgo individuales y del ámbito de cada persona. Sobre ellos se elevan aspectos comunes a casi todos los casos.

«Un sufrimiento psíquico intenso y sostenido; y una desesperanza: se ven incapaces de vislumbrar un futuro en que hayan mejorado, pueden pensar que nadie va a ayudarles, ni siquiera los profesionales sanitarios», describe el psiquiatra.

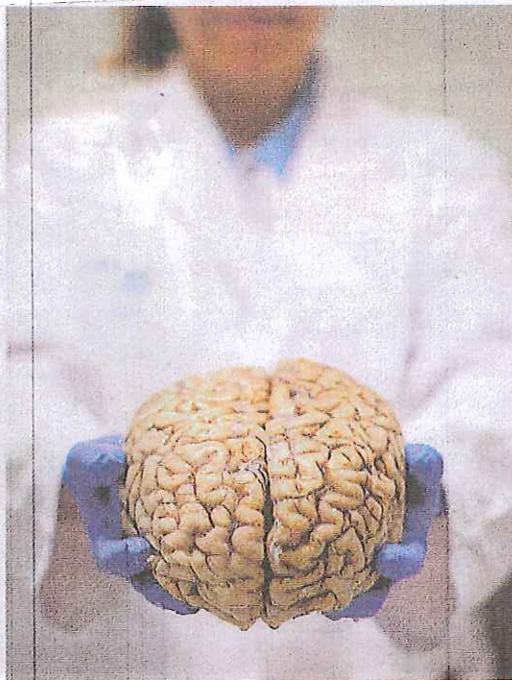
Y en la cúspide, un elemento precipitante; por ejemplo, la pérdida de un trabajo o una ruptura amorosa. «En una persona tan vulnerable [como ocurre en los más jóvenes], cuando esto ocurre, hay un alto riesgo de pasar al acto suicida».

Semejante concurrencia de factores motiva que la prevención global incluya, para este experto, claves y actores muy diferentes. «La sociedad puede resultar protectora», enfatiza. En primer lugar el psiquiatra reclama «aumentar la conciencia sobre los problemas de salud mental para que las personas con necesidad de ayuda la pidan». Propone luchar contra las adicciones, promover actividades saludables, fomentar los vínculos, formar a profesionales no sanitarios –agentes, profesores, periodistas– y limitar el acceso a los medios letales.

Pero el suicidio no se recoge sólo en estadísticas y medidas. Cada pérdida humana deja una huella en las personas cercanas, los llamados supervivientes, que se convierten a su vez en vulnerables y por ellos precisan una atención especial.

Francisco Javier Acosta Artiles concluye con una reflexión que saca al suicidio de la óptica de los sucesos y lo enmarca en un grave problema de salud sociosanitaria. «La persona que se suicida realmente no quiere morir, sino escapar de un sufrimiento muy intenso y muy continuado del que se siente incapaz de poder salir».

Un cerebro donado al Banco de órganos de la Fundación CIEN Reina Sofía para investigación.
ALBERTO DI LOLLU



UNA INYECCIÓN PARA REPARAR EL CEREBRO TRAS SUFRIR UN ICTUS

Prueba de concepto. Científicos de EEUU diseñan una terapia que atraviesa la barrera hematoencefálica para la recuperación de la plasticidad del órgano. Los primeros datos en modelos de ratón han sido positivos. «Podría ser útil en otras lesiones neuronales»

Por Raquel Serrano (Madrid)

Cuando se sufre un derrame cerebral, es necesario restablecer el flujo sanguíneo al cerebro lo antes posible para salvar la vida. Pero, irónicamente, ese torrente sanguíneo que salva vidas también puede desencadenar una segunda ola de daño: matando neuronas, alimentando la inflamación y aumentando las probabilidades de discapacidad a largo plazo. Precisamente, científicos de la Universidad Northwestern, en Illinois (EEUU), han desarrollado un nanomaterial regenerativo inyectable que ayuda a proteger el cerebro durante esta ventana vulnerable.

En un nuevo estudio preclínico, coordinado por Ayush Batra, especialista en cuidados neurocríticos y codirector del Laboratorio de Inflamación Neurovascular de

la citada universidad, el equipo administró una dosis intravenosa única, inmediatamente después de restablecer el flujo sanguíneo, en un modelo murino de accidente cerebrovascular isquémico, el tipo más común de accidente cerebrovascular. La terapia atravesó con éxito la barrera hematoencefálica –un desafío importante para la mayoría de los fármacos– para alcanzar y reparar el tejido cerebral. El material redujo significativamente el daño cerebral y no mostró signos de efectos secundarios ni toxicidad orgánica, según los datos que el equipo ha publicado en *Neurotherapeutics*.

Los hallazgos sugieren que «la nueva terapia podría eventualmente complementar los tratamientos existentes para los ictus cerebrovasculares al limitar la lesión cerebral secundaria y apoyar la recuperación», considera

el codirector del Laboratorio de la Universidad de Northwestern.

La terapia inyectable se basa en péptidos terapéuticos supramoleculares (STP), una plataforma desarrollada por Samuel I. Stupp, del citado centro docente y de la que ya hay antecedentes científicos en lesión medular grave. Por ejemplo, un estudio publicado en 2021 en *Science* demostró el uso de una tecnología STP, apodada «moléculas danzantes».

El secreto tras la innovadora terapia de Stupp reside en ajustar el movimiento colectivo de las moléculas para que encuentren y se conecten adecuadamente con receptores celulares en constante movimiento. El tratamiento envía señales que estimulan la autorreparación de las células nerviosas. Por ejemplo, puede ayudar a que las fibras nerviosas o axones vuelvan a crecer y se reconecten con otras células nerviosas, restaurando la comunicación perdida. Este proceso, denominado plasticidad, permite que el cerebro y la médula espinal puedan adaptarse y reconstruir conexiones tras una lesión.

El nuevo estudio insiste en que se pueden administrar moléculas similares por vía intravenosa, sin necesidad de cirugía ni una inyección invasiva cerebral. «Uno de los aspectos más prometedores es que pudimos demostrar que esta tecnología terapéutica, con casos de éxito en lesiones de médula espinal, ahora puede empezar a aplicarse en un modelo de infarto cerebral y que puede administrarse sistémicamente», ha afirmado Stupp, coautor y profesor del Consejo Directivo de Ciencia e Ingeniería de Materiales, Química, Medicina e Ingeniería Biomédica de Northwestern.

Los nuevos hallazgos son relevantes para futuras aplicaciones clínicas, ya que los científicos han probado que el enfoque en un modelo murino «imita fielmente el tratamiento del ictus isquémico en la vida real», explica Batra. En primer lugar, bloquearon el flujo sanguíneo para simular un infarto cerebral grave y luego lo restauraron, mediante reperfusión. Posteriormente, monitorearon a los ratones durante siete días y no observaron efectos secundarios significativos ni problemas de biocompatibilidad, como toxicidad o rechazo del sistema inmunitario.

«Este mecanismo de administración y la capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica representan un avance significativo que también podría ser útil en el tratamiento de traumatismos craneoencefálicos y enfermedades neurodegenerativas como la ELA», remacha Stupp. Los científicos insisten, no obstante, en que se necesitarán estudios adicionales para evaluar si este tratamiento puede favorecer una recuperación funcional a largo plazo.

CASTILLA Y LEÓN

Las muertes por suicidio duplican ya a las de accidentes de tráfico

● En Castilla y León se quitaron la vida 206 personas a lo largo de 2024, el 76% fueron hombres, frente a las 116 víctimas mortales de la carretera ● Valladolid, León y Burgos encabezan los fallecidos por suicidio

IRENE HERRERO VALLADOLID
En Castilla y León, las muertes por suicidio ya casi duplican a las provocadas por accidentes de tráfico. Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), 206 personas se quitaron la vida en la Comunidad durante el 2024, lo que representa el 5% de los casos a nivel nacional, frente a los 116 fallecimientos registrados en las carreteras castellanas y leonesas, que suponen el 10% del total de víctimas mortales en España. Esta tendencia se acentúa en el conjunto del país, donde se contabilizaron 3.953 muertes por suicidio frente a las 1.154 víctimas mortales en siniestros de tráfico. Más allá de las causas externas, el informe del INE refleja las patologías que lideran la mortalidad, consolidándose el cáncer como la principal causa de muerte en Castilla y León, con un total de 7.516 fallecimientos. A nivel nacional, esta enfermedad encabeza la estadística por segundo año consecutivo con 115.578 muertes, situándose por encima de las enfermedades del sistema circulatorio.

La tragedia del suicidio no cesa y supera a otra que tampoco se mitiga: la de la siniestralidad vial. En 2024, hubo 90 vidas perdidas más por las muertes autolíticas que por la carretera en Castilla y León. Las 206 muertes por lesiones autoinfligidas superan en un 77,9 % a los 116 fallecimientos registrados en carretera. Esta proporción es similar en casi toda la Comunidad, con la única excepción de Zamora, donde ambas realidades se igualan con 16 decesos cada una.

La brecha más pronunciada se localiza en Valladolid, con una diferencia de 35 fallecidos, donde los 49 suicidios registrados triplican a los 14 fallecidos en accidentes de

tráfico. En el resto de las provincias la tendencia es similar: León contabilizó 33 suicidios frente a 21 muertes viales, Burgos sumó 31 ante 23 y Salamanca registró 27 frente a 15 siniestros. Por su parte, la incidencia es menor en Segovia, con una proporción de 17 a 8; Palencia, con 14 casos ante 8; y Ávila, que anotó 11 suicidios por 7 decesos en carretera, dejando en evidencia que ambas causas son todavía una asignatura pendiente.

Por otro lado, destaca la marcada diferenciación de género en los casos de suicidio en Castilla y León, ya que dentro de las 206 personas que se quitaron la vida, 157 eran hombres frente a 49 mujeres. Este patrón de mayor incidencia masculina se repite en todas las provincias de la Comunidad. En la provincia de Valladolid se contabilizaron 32 hombres y 17 mujeres, seguida de León con 27 hombres y 6 mujeres, y Burgos con 22 y 9 respectivamente.

En Salamanca, se quitaron la vida 19 hombres frente a 8 mujeres, mientras que en Segovia se suicidaron 15 hombres y 2 mujeres. Por su parte, en Zamora fallecieron por esta causa 14 hombres y 2 mujeres, misma cifra masculina que en Palencia, donde destaca que ninguna mujer se quitó la vida durante este periodo. Finalmente, en Ávila la proporción fue de 9 hombres frente a 2 mujeres y, en Soria 5 y 3, respectivamente.

En el conjunto de la Comunidad, la incidencia del suicidio experimentó un crecimiento del 3% respecto al año anterior, pasando de los 200 casos registrados en 2023 a los 206 en 2024. Sin embargo, esta situación general oculta variacio-

MUERTES EN 2024

Por suicidio. En Castilla y León se registraron 206 casos, que se distribuyen de la siguiente manera: Ávila contabilizó 11 personas que se quitaron la vida, seguida de Burgos con 31, León con 33, Palencia con 14 y Salamanca con 27. La estadística se completa con los 17 decesos registrados en Segovia, 8 en Soria, 49 en Valladolid y 16 en la provincia de Zamora.

Por accidentes de tráfico. La Comunidad sumó un total de 116 muertes en carretera, que presentan el siguiente desglose: Ávila registró 7 víctimas mortales, Burgos 23 personas fallecidas, León 21, Palencia 8 y Salamanca 15. En el resto de provincias se contabilizaron 8 muertes en Segovia, mientras que en Soria hubo un total de 4. Por último, en Valladolid se registraron 14 y 16 en Zamora.

nes en los datos por provincias, con repuntes que alcanzan el 183,3% en Segovia, donde se pasó de 6 a 17 casos, o el 100% en Zamora, cuyas cifras se duplicaron de 8 a 16 decesos en un año. También se registraron incrementos más moderados en Burgos, de 28 a 31 suicidios; en Salamanca, de 25 a 27 casos; y en Ávila, que ascendió de 10 a 11 fallecimientos por suicidio.

En el lado opuesto, León registró el descenso más significativo con un -31,3%, al pasar de 48 a 33 casos, al igual que Valladolid, que mantuvo el medio centenar de víctimas por suicidio (de 51 a 49), y Soria, que descendió de 10 a 8. Por su parte, Palencia se mantuvo como la única provincia con una estadística invariable al contabilizar 14 personas que se quitaron la vida, tanto en 2023 como 2024.

Al margen de las muertes por causas externas, los fallecimientos por patologías revelan que los tumores lideran la mortalidad en Castilla y León con un total de 7.516 defunciones, cifra que representa el 6,50% de los casos registrados en todo el país. A continuación se sitúan las enfermedades del sistema circulatorio, responsables de 7.309 muertes en la autonomía (el 6,43% del total nacional), seguidas de las afecciones del sistema respiratorio, que sumaron 3.539 decesos en la Comunidad, el 7,06% de la estadística española.

Esto coincide con la tendencia observada en todo el país, donde los tumores se consolidan como la principal causa de muerte por segundo año consecutivo tras provocar 115.578 fallecimientos. Por detrás se ubican las enfermedades del sistema circulatorio, que afectaron a 113.620 personas, y las patologías del sistema respiratorio, que cerraron este balance nacional de 2024 con 50.132 muertes.

Dentro de las estadísticas de tumores, el INE destaca la incidencia de los cánceres, entre los que se encuentran los de bronquios y pulmón, colon, páncreas, mama y próstata. En Castilla y León, estas patologías sumaron un total de 7.506 fallecimientos, distribuidos de la siguiente manera: León encabeza la

estadística con 1.602 decesos, seguida de cerca por Valladolid, que registró 1.515. En Salamanca fallecieron 1.034 personas, y en Burgos 988. Con cifras similares se encuentran Zamora (655), Ávila (522) y Palencia (522). Las provincias con menor número de muertes por cáncer fueron Segovia, con 395, y Soria con 273 fallecidos.

Para las enfermedades del sistema circulatorio, que engloban patologías como las isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad hipertensiva, en la Comunidad perdieron la vida un total de 7.309 personas. Esta cifra sitúa a estas afecciones como la segunda causa de muerte en el territorio. Al igual que en los fallecimientos por tumores, responsables de 7.309 muertes en la autonomía (el 6,43% del total nacional), seguidas de las afecciones del sistema respiratorio, que sumaron 3.539 decesos en la Comunidad, el 7,06% de la estadística española.

En la tercera causa de muerte están las enfermedades del sistema respiratorio, las cuales engloban principalmente las afecciones crónicas de las vías respiratorias inferiores y la neumonía, patologías que en la Comunidad afectaron a un total de 3.539 personas. León encabeza nuevamente la lista con 782 fallecimientos, seguida de Valladolid con 596 y Burgos, que registró 498 decesos. A continuación se sitúan Salamanca con 438 muertes, Zamora con 303 y Palencia con 297. Completando el desglose con Ávila, que tuvo 231 casos, Segovia con

PASA A PÁGINA SIGUIENTE



Cruz Roja

TÚ TAMBIÉN
PUEDES ESTAR
DONDE TOCA.

HAZTE SOCIO/A
DE CRUZ ROJA



cruzroja.es
900 104 971

CASTILLA Y LEÓN

VIENE DE PÁGINA ANTERIOR

230 y Soria con 163 víctimas.

El balance de mortalidad de 2024 en Castilla y León revela una profunda crisis de salud mental en la que los suicidios (206 casos) ya casi duplican a las víctimas de tráfico (116 casos), con una incidencia notable en Valladolid y una marcada diferencia de género, siendo los hombres el 76% de los fallecidos. Mientras las muertes por patologías están lideradas por los tumores (7.516 casos), seguidas de las enfermedades circulatorias (7.309 casos) y de las enfermedades del sistema respiratorio con 3.539 fallecidos en la Comunidad.

AUMENTAN LAS MUERTES

Las defunciones en Castilla y León aumentaron un 1,53 % hasta noviembre, frente al incremento del 2,74 % de la media nacional, según la estimación del número de defunciones semanales publicada el miércoles, 17 de diciembre, por el Instituto Nacional de Estadística (INE) recogida por Europa Press. El pasado año las defunciones aumentaron un 8,63 % con un acumulado entonces de 27.750 defunciones.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) publicó el número de defunciones hasta la semana 48 del año 2025 —comienza el lunes 24 de noviembre y termina el domingo 30— que arroja estas cifras en Castilla y León, 560 defunciones en el periodo analizado (8.931 en España) con un acumulado de del año de 26.690 muertes.

Por provincias, las defunciones crecieron en todas las provincias de la Comunidad, excepto en Salamanca, Segovia y Soria. Así, en Ávila, en la semana 48 del año se registraron 42 defunciones y acumula 1.913 en todo el año, una subida del 2,8%; en Burgos, 81 fallecidos en la semana 48, con 4.000 defunciones acumuladas, un 9,9% más, y en León, 115 fallecidos, con un acumulado de 5.625 muertes, un 0,05% de incremento respecto al año anterior.

En Palencia, en la semana 48 fallecieron 44 personas, con un acumulado del año de 1.912 defunciones, un descenso del 1,2%; en Salamanca, 66 fallecidos, con un acumulado de 3.488 defunciones, un 3,55% menos, y en Segovia, en la semana 48 se contabilizaron 28 muertes, con un total en lo que va de año de 1.520, un 2,31% menos.

En Soria, en la semana 48 se contabilizaron 15 fallecidos, con un acumulado de 1.012 defunciones, un descenso del 3,96%; en Valladolid, 117 fallecidos, con un acumulado de 4.794 y un aumento del 1,75% mientras que en Zamora, 52 muertos, un acumulado de 2.427 defunciones, un aumento del 3,14% respecto al pasado año.

Unanimidad para incentivar con hasta 6.000€ las plazas de difícil cobertura

Todos los grupos de las Cortes apoyan la ley de PP y Vox que ofrecerá más remuneración y una jornada laboral de cuatro días en los puestos con menos atractivo profesional

VALLADOLID

El acuerdo unánime en torno a la Ley de Puestos de Dificil Cobertura con el fin de dar cobertura y garantizar la asistencia sanitaria en toda la Comunidad cerró ayer el último pleno ordinario de la XI legislatura en las Cortes de Castilla y León, un pacto parlamentario al que se llegó tras un amplio debate en comisión y la incorporación de numerosas enmiendas de la oposición a un texto presentado inicialmente por PP y Vox.

La iniciativa contó con el respaldo de todos los grupos, quienes defendieron ante el Pleno las enmiendas que llegaron vivas a la sesión. Así, el procurador del PP Jesús María Sánchez Martín enfatizó que esta norma establece un marco estable de incentivos económicos, profesionales, formativos y de conciliación para fijar sanitarios, entre ellos mejores retribuciones con un complemento de casi 6.000 euros anuales para los médicos y de 3.500 para las enfermeras y la posibilidad de fijar una jornada laboral de cuatro días en lugar de cinco, entre otras ventajas.

En su turno de defensa de la Ley como proponente, Sánchez insistió en que el objetivo final de la ley «no son solo los incentivos ni siquiera los profesionales, sino el paciente», por lo que se coloca a los habitantes de Castilla y León como «el vértice» de la norma para hacer efectivo su derecho a una asistencia sanitaria de calidad, sin renunciar a ningún pueblo «ni dejar atrás» a ningún ciudadano.

Para el procurador popular garantizar atención sanitaria en zonas rurales es un «deber moral y cívico» que trasciende colores políticos y, tras defender el diálogo y consenso en torno a la norma, ha subrayado que esta ley nace del respeto al territorio y el compromiso con las personas para garantizar «cohesión, igualdad y dignidad en los puestos de difícil cobertura».

Por su parte, la procuradora de Vox Rebeca Arroyo destacó la «voluntad de negociar inimaginable» de todos los grupos en esta norma, a la que se han incluido más de 20 enmiendas tras escuchar a médicos y enfermeros. Así, Arroyo señaló que la norma incluye beneficios en carrera profesional, concursos de traslados y formación para atraer profesionales a áreas remotas donde la falta de sanitarios compromete la prestación sanitaria.

En su intervención ante el Pleno, el procurador de Por Ávila, Pedro Pascual Muñoz, defendió sus tres enmiendas que llegaron vivas al Pleno y que finalmente no se incorporaron y, entre ellas, insistió en la «enmienda romántica» que propone me-



Alfonso Fernández Mañueco y Alejandro Vázquez se abrazan tras la aprobación de la ley. ICAL

didas sociales para parejas o unidades familiares de aspirantes contratados, como contratación combinada en centros próximos.

No obstante, el procurador expresó agrado por el acuerdo alcanzado en esta ley, pero lamentó profundamente que, tras cuatro años de legislación, no se haya logrado el Pacto por la Sanidad tan demandado.

En su intervención, el procurador Francisco Igea también defendió la voluntad de diálogo en torno a la norma y retiró las enmiendas que llegaron vivas al Pleno tras trasaccionarse una de ellas. «Yo sigo creyendo que era importante que hubiera un límite sobre la relación de tarjetas por habitante para proceder a la declaración de plazas de difícil cobertura, que es lo que es importante en la reordenación», zanjó, informa Europa Press.

Tras esta intervención, el procurador de Soria y el Juan Antonio Palomar Sicilia señaló su apoyo a la norma pese a criticar su «rechazo», al tiempo que reprochó incorrecciones como medir ratios de pacientes

por profesional sin considerar la baja densidad demográfica rural, la declaración de puestos de difícil cobertura «de oficio» sin automatismos que eviten discrecionalidad del PP, y la regulación exclusiva del complemento de atención continuada para médicos, excluyendo enfermería y técnicos.

Asimismo, el procurador alertó que la ley no blindará la actividad asistencial pese a la reciente Ley de Blindaje de Servicios Públicos, y defendió sus enmiendas parciales para subsanar «errores formales y de concepto», como incluir otros colectivos o criterios objetivos y negociación en productividad.

La procuradora de UPL Alicia Gallego, pese a apoyar la norma, reprochó a la Junta de Castilla y León haber esperado al último Pleno de la legislatura para aprobar una ley «tan necesaria» como la de medidas extraordinarias para puestos sanitarios de difícil cobertura, por lo que criticó que se utilice ahora esta proposición para fines electorales más

que para «atender ciudadanos».

Por último, el procurador socialista Jesús Puente defendió una Ley que identifica correctamente el fenómeno global de la «fuga de médicos» y advirtió de la necesidad de impulsar un Reglamento en dos años para que la norma alcance su pleno potencial.

Finalmente, Puente calificó el resultado como «positivo», fruto de un trabajo conjunto que significa la política cuando se centra en soluciones concretas para los ciudadanos.

La Ley de medidas extraordinarias para impulsar la provisión estable y permanente de puestos sanitarios de difícil cobertura y garantizar la asistencia sanitaria en el Servicio de Salud de Castilla y León, promovida por los grupos Popular y Vox, busca asegurar la atención en centros de salud, consultorios locales, pequeños hospitales y servicios de urgencias y emergencias, especialmente en áreas rurales alejadas de las capitales de provincia, donde persisten plazas vacantes por falta de atractivo profesional.

AVANZA EN LIBERTAD BUSCA LLENAR EL «VACÍO» ENTRE PARTIDOS Y CIUDADANÍA PERO SIN IR A LAS ELECCIONES

El presidente de Avanza en Libertad en Castilla y León, Javier Teira, aseguró ayer que su organización se ofrece a llenar el «vacío» y la «distancia» que existe entre los partidos políticos y los ciudadanos, pero aclaró que no concurrirán como formación

política a las próximas elecciones autonómicas, informa ICAL.

En los pasillos de las Cortes, Teira, procurador no adscrito, aprovechó el último pleno de esta undécima legislatura para informar del proyecto que desarrollará su



Javier Teira y Ana Rosa Hernando. ICAL

organización, que comparte con la también procuradora Ana Rosa Hernando. Indicó que tratarán de actuar de enlace entre los partidos y los

ciudadanos porque argumentó que en las calles les trasladan que no saben a quién votar, puesto que los partidos están «enredados» en sus luchas internas.

SORIA

LA CAPITAL

El alcalde de Soria resta valor al grupo de trabajo para el Hospital del Mirón

Critica que no asista al consejero de Sanidad, insiste en que el objetivo es «el desmantelamiento progresivo» y habla de una «planificación» para que él no asista

SORIA

El alcalde de Soria, Carlos Martínez Mínguez, señaló ayer en el curso del tradicional desayuno informativo con los medios de comunicación en el Ayuntamiento de Soria que el anunciado «grupo de trabajo» por parte de la Delegación Territorial para el Hospital del Mirón, que se celebra hoy, es «un trámite», y se quejó de que al mismo no acuda el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez. Para el regidor soriano, el objetivo de la Junta es «deteriorar y laminar» el centro hospitalario hasta «consegir el cierre».

«Para mantener una reunión con la delegación territorial y con el gerente de aquí, que hayamos tardado 2 años, pues al final es cubrir el expediente. Y desgraciadamente no es a lo que se comprometió el señor Fernández Mañueco con nosotros para poder generar en torno a una mesa de trabajo constituida formalmente con los profesionales de la sanidad, tanto del sindicato de enfermería como de los del Colegio médicos y los profesionales para poder desarrollar una hoja de ruta con el cual convertir el hospital del Virgen del Mirón en un hospital, en un centro sociosanitario de referencia», denunció.

En este sentido, el alcalde pidió una memoria económica para saber «qué es lo que queremos hacer ahí en el corto plazo, o qué es lo que vamos a hacer ahí en el medio y largo plazo. Lo que hacen es una reunión de trámite para cumplir, entre comillas, con esa palabra de que antes de finalizar el año». Del mismo mo-



Carlos Martínez Mínguez, alcalde de Soria. HDS

do, lamentó que la invitación se circunscriba al Ayuntamiento de Soria: «Dicen que van a mantener una reunión con nosotros en la que ni tan siquiera se invita otros colectivos, en la que ni tan siquiera viene el consejero de Sanidad y lo que viene a denotar es el escasísimo interés que existe por darle realmente seriedad al futuro del Hospital Virgen del Mirón».

Para el alcalde se trata de «un desmantelamiento progresivo por aban-

dono, un desmantelamiento sistemático por abandono de las instalaciones, un deterioro de las mismas que sufren un absoluto abandono durante tanto tiempo y el trabajo precario que se está desarrollando ahí por parte de los profesionales, que ya lo están poniendo encima de la mesa, que ese desmantelamiento es real, que ese desmantelamiento es cierto, que existe una hoja de ruta clara por parte de la Junta de Castilla y León para que esa de-

gradación progresiva culmine con un cierre».

Para Martínez Mínguez, los profesionales del Hospital del Mirón «lo están sufriendo, lo están viviendo y desgraciadamente los pacientes también. Y no estamos precisamente para que una provincia como Soria pierda la oportunidad de poder tener un hospital de referencia como tiene que ser el Mirón».

Martínez Mínguez, además, acusó a la Delegación Territorial de una

«planificación» para que no asista a este grupo de trabajo. «Han marcado la agenda y no sé si son conscientes de que es el último Pleno de las Cortes de Castilla y León y ya he confirmado mi presencia allí». El representante del Ayuntamiento será el portavoz del grupo, Javier Muñoz, y el alcalde insistió sobre este tema en reclamar «una hoja de ruta» para el Hospital.

DEJAR LA ALCALDÍA

Sobre su salida de la Alcaldía de Soria en los primeros meses de 2026, dado que concurrirá a las elecciones regionales como cabeza de lista del PSOE, el regidor soriano incidió en lo que lleva diciendo en sus comparecencias: «Paso y paso cuando sea obligatorio, es decir, la toma del acta de posesión» como procurador. Y en este sentido señaló que «calculo que va a ser el 15 de marzo (las elecciones) porque yo estoy convencido de que va a ir a aguantar al máximo (Mañueco), por mucho que le insistamos y apelemos al señor Feijóo. Por lo tanto a partir de ahí, pues a soportar los 50 días». Entonces, la pregunta fue «¿dejarías entonces la Alcaldía y la Diputación cuando tomes posesión?» Y su respuesta: «Claro, es lo que dije ya el primer día».

Y en cuanto a la candidatura de Soria Ya, que celebrará primarias entre Ángel Ceña y Jesús Ángel Alonso, Martínez Mínguez apuntó que «nosotros tenemos la idea muy clara de lo que queremos para Soria, no participamos desde luego de esos localismos, Soria Ya es, desde luego, un partido político que además ha tenido unas líneas ideológicas muy cercanas al Partido Popular durante todos estos años, y por tanto no es una alternativa de gobierno. A partir de ahí nosotros respetamos total y absolutamente las personas que puedan encabezar cada una de las candidaturas, los procesos internos que tengan que llevarse a cabo. Estamos ahora mismo en este proceso y a nosotros nos pillan con los deberes absolutamente hechos».

El Certamen Escolar de Villancicos reúne a más de 400 escolares

SORIA

Cerca de 400 alumnos de los centros de la capital, de quinto y sexto de Primaria, así como del Centro de Educación Especial Santa Isabel, participaron ayer en el XXIX Certamen Escolar de Villancicos, celebrado este miércoles en el Palacio de la Audiencia. En esta jornada se repartieron también los premios del concurso de dibujo de la tarjeta navideña de Caja Rural de Soria.

Un certamen previo a la Navidad y creado hace casi 30 años por Andrés Soto, con el objetivo de integrar a los escolares en estas fechas festivas. Al festival acudió la consejera de Educación, Rocío Lucas, quien defendió la apuesta por la tradición y las costum-

bres de los pueblos desde los colegios, así como la convivencia y la integración de los escolares. Lucas señaló que este certamen, en el que cada centro interpretó una canción, sirve «también crear comunidad» en la antesala de la Navidad «donde todos los centros se unen y trabajan de forma intensa para sacar adelante las actuaciones». En este sentido, agradeció el «especial esfuerzo» de los profesores de música «los que dedican también muchas horas de trabajo fuera de los horarios lectivos para preparar los certámenes» así como las familias que apoyan estas celebraciones. «La música suma y atrae a todas las personas, es una alegría ver el Palacio de la Audiencia lleno», reseñó.



Aspecto ayer del Palacio de la Audiencia en una de las actuaciones. MONTESEGUROFOTO

LAS 'APPS' BASADAS EN PSICOLOGÍA TRIPLICAN EL ÉXITO PARA DEJAR EL TABACO

Ayuda. Un estudio publicado en 'BMJ Evidence-Based Medicine' apunta que las herramientas digitales que trabajan emociones y la motivación son eficaces

Por Pilar Pérez

Nunca es tarde para dejarlo. Muchas personas llevan a cabo más de un intento frustrado para abandonar el hábito tabáquico. Hoy los móviles, que nos acompañan en cada una de nuestras actividades diarias, también son una oportunidad para aquellos que buscan alejarse de los efectos de la nicotina.

Las aplicaciones basadas en teorías psicológicas son tres veces más eficaces que la ausencia de apoyo o un apoyo mínimo a la hora de ayudar a las personas fumadoras a dejar el tabaco a largo plazo. A esta conclusión ha llegado un análisis conjunto de datos disponibles, publicado en la revista *BMJ Evidence-Based Medicine*.

Dejar de fumar es una decisión para recuperar la salud que mina el tabaco. En España, se estima que esta sustancia causa más de 50.000 muertes al año derivadas de problemas de salud como infartos de miocardio, ictus, aneurismas y cáncer de pulmón. Su consumo está relacionado con la aparición de diabetes, colesterol y otras afecciones.

Carlos Jiménez, uno de los fundadores del Área de Tabaquismo y expresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ), avala este tipo de ayuda, aunque queda un poco limitada a los países y personas con recursos para tener estos dispositivos. «Los resultados de la eficacia de estos estudios realizados en estos países están también reflejando la mayor utilización de los móviles».

En muchas ocasiones, los pacientes emplean solos la

deshabitación y no consultan con un médico. Para estos casos, las *apps* ofrecen un enfoque accesible y versátil para los esfuerzos de dejar de fumar, pero el conjunto actual de pruebas se ha visto obstaculizado por el reducido número de estudios y la obsolescencia de algunas herramientas, afirman los investigadores de la Universidad de Beijing.

Los móviles pueden proporcionar «un apoyo conductual intensivo, interactivo y en tiempo real, superando el efecto de un asesoramiento breve», esgrimen los autores. Existe una clara relación dosis-respuesta entre la intensidad del asesoramiento y el éxito en dejar de fumar, y las aplicaciones ayudan a satisfacer esta necesidad al tiempo que evitan obstáculos como la capacidad limitada de las clínicas, el tiempo del personal y el descenso en el uso de las líneas telefónicas de ayuda.

Los autores del análisis detallan que la mayoría de las aplicaciones disponibles en la actualidad adoptan marcos conductuales tradicionales o teorías psicológico-conductuales (PBT), dirigidas a la cognición, la regulación de las emociones y la motivación a través de técnicas como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de aceptación y compromiso y la atención plena. Los resultados de los análisis apuntaron que las aplicaciones basadas en teorías PBT aumentaron significativamente la abstinencia a corto plazo a los tres meses y a largo plazo a los seis meses (un 36% más) en comparación con las aplicaciones basadas en intervenciones conductuales tradicionales.

Sin embargo, los autores mencionan que la certeza de la evidencia es «baja» debido a tasas de abandono superiores al 30% y el uso de resultados autoinformados sin validación bioquímica. Si bien Jiménez apunta que «la mejor forma de evaluar la eficacia a largo plazo es evaluar eficacia a los 12 meses», sostiene que «las recaídas que se producen entre el mes sexto y el mes duodécimo no son demasiado elevadas». Otra de las carencias que señala el experto de la Separ es que no hay que quedarse solo en la abstinencia declarada por parte del fumador: «Es necesaria la validación fisiológica de dicha afirmación».

También es importante la medición del efecto «empujón» que suponen las *apps* junto a los fármacos. Jiménez deja claro que cuando un fumador hace «un serio esfuerzo», el tratamiento que ha demostrado ser eficaz en su propósito es «la combinación de asesoramiento psicológico más tratamiento farmacológico». Por eso, este neumólogo apuesta por la eficacia mayor del «combo» asesoramiento psicológico y farmacológico, porque, insiste, así «le damos mayores posibilidades para que deje de fumar».



SALUD



ENFERMERA SATURADA

ASHWAGANDHA, ESTO ES LO QUE DICE LA CIENCIA SOBRE LA HIERBA DE MODA

Manual de uso. Este suplemento está presente en muchos de los productos que se publicitan para «recargar las pilas». Sin embargo, no es inocuo. Puede provocar casos de daño hepático grave

La ashwagandha está de moda. Las revistas del corazón hablan de ella, la anuncian decenas de *influencers* en redes sociales, encontramos carteles publicitándola en parafarmacias... Y estoy seguro de que conoce a alguien que ha comprado un bote de pastillas a base de esta hierba y le ha dicho que le va de maravilla. Saquemos el microscopio y analicemos este popular complemento.

¿Qué es la ashwagandha?

Detrás de ese nombre impronunciable se encuentra un arbusto de hoja perenne también conocido como ginseng indio. Y es que aunque aquí nos suene a algo nuevo en el subcontinente asiático la medicina ayurvédica lleva utilizándola miles de años. Según la medicina tradicional la *Withania somnifera*, nombre científico de la ashwagandha, ayuda a quien la consume a reducir los niveles de estrés, a controlar la ansiedad y a dormir mejor; además de a mejorar «otros aspectos de la salud en general». No debemos olvidar, llegados a este punto, que el ayurveda no ha logrado mostrar ser eficaz en el tratamiento de enfermedades pero sí puede provocar efectos adversos para la salud.

¿Qué beneficios tendría?

Después de haber recorrido varias parafarmacias y haber visitado decenas de webs que la comercializan, le diría que se le atribuyen casi todas las propiedades que se pueda imaginar: más energía y vitalidad hasta efectos antioxidantes, pasando por el alivio de la ansiedad, mejora de la concentración y del rendimiento físico, aumento de la memoria, alivio de los síntomas de la menopausia, fortalecimiento del sistema inmune, aumento de la testosterona, mejora del estado de ánimo...

¿Qué dice la ciencia?

Hay más de cien estudios pero la mayoría son de tamaño pequeño y el periodo de seguimiento de sus posibles efectos positivos es bastante corto. Se están exagerando con fines puramente comerciales las posibles propiedades beneficiosas.

¿Hay riesgos?

Dinamarca ha prohibido su venta, Suecia y Finlandia están estudiando prohibirla. Países Bajos ha reportado seis casos de daño hepático. ¿Por qué? Se ha confirmado que la ashwagandha podría afectar al funcionamiento de la glándula tiroidea especialmente en personas con hipertiroidismo. Además, altera el efecto de los fármacos que se tomen.

EL EXTRAÑO SÍNDROME QUE ACOSA A CRISTINA: "SOY ALÉRGICA A LA VIDA"

Enfermedades raras. La paciente andaluza cuenta por "centenares" las veces que ha tenido que inyectarse adrenalina tras sufrir reacciones alérgicas. Todo por causas tan mundanas como el frío, el dolor o el sudor. Nadie supo poner nombre a su extraordinario caso durante años... hasta que apareció el doctor Iván Pérez

Por Cristina G. Lucio. Fotografía de Martín Mesa

Dice Cristina Cosano que ella es «muy mala para las fechas». No recuerda exactamente cuándo fue la primera vez que ingresó muy grave en el hospital, ni tampoco el día en que tuvieron que colocarle un catéter para la medicación porque las venas de sus brazos ya no soportaban más pinchazos. «Mi madre siempre se acuerda de si se cumplen 10 años de esto, o cinco de aquello. La verdad, yo no tengo esos datos en la cabeza. Pero más que mala memoria, creo que es un mecanismo de autoprotección que me hace olvidarme un poco de lo malo y centrarme solo en lo bueno», asegura.

Dice también Cristina que lo que ella intenta es «llevar una vida lo más normativa posible». Pero ese anhelo, fácil de conseguir para la mayoría, se complica enormemente si, como ella, sufres una enfermedad extremadamente rara que te hace sufrir continuas reacciones alérgicas ante todo tipo de estímulos. Esta cordobesa afincada en Málaga ha padecido shocks anafilácticos por cuestiones tan a priori inofensivas como tener calor, sudar, el dolor que produce torcerse un tobillo o la molestia de un aire acondicionado demasiado fuerte. «Yo siempre digo que lo que tengo es una alergia a la vida porque

Y, si suma todos los días en los que ha estado ingresada a lo largo de su vida, le sale que ha pasado al menos tres de sus 39 años en la habitación de un hospital. «Un año tuve nueve ingresos. Estaba realmente mal, varias veces creí que me moría. Y lo peor es que durante mucho tiempo no tuve diagnóstico, no sabía lo que me pasaba», rememora.

Cristina recuerda una infancia feliz. Ya de muy pequeña desarrolló una alergia a la fruta, los frutos secos y algunos fármacos como la aspirina que le complicaba asistir a las fiestas de cumpleaños de los amigos o algunos eventos. «Pero en casa siempre me lo pusieron muy fácil y nunca sentí que tuviera un gran problema. Teniendo cuidado con lo que comía todo iba bien y nunca tuve una reacción grave, no necesité ponerme adrenalina», explica.

Tras la primera menstruación, el patrón empezó a cambiar y las reacciones empezaron a hacerse un poco más frecuentes y severas. La familia y los médicos siempre lo achacaron a una posible transgresión involuntaria con la alimentación: a que, sin que nadie se diera cuenta, se hubieran colado en la comida trazas de algún alérgeno.

Todo iba bien y Cristina dejó su Puente Genil natal para irse a estudiar Magisterio a Málaga. Y allí, tras unos años de reacciones

alérgicas progresivamente en aumento, el problema terminó de explotar. «Empecé a tener reacciones continuas. Al principio no muy graves. Pero no me explicaba por qué pasaban porque cada vez tenía más cuidado con lo que comía. Me despertaba

incluso ya llena de ronchas, sin haber comido nada desde muchas horas antes», recuerda. «La primera vez que sufrí un shock anafiláctico había comido sólo un yogur natural. En el hospital me decían que era imposible, que había sufrido una reacción muy fuerte y que algo más tenía que haber ingerido. Y yo sabía que no le había puesto ni azúcar a ese yogur pero no le encontraba explicación a lo que había pasado», continúa Cristina.

Ella aún no lo sabía, pero ese día empezaba un doble calvario. Primero, porque las crisis graves se volvieron constantes, un cuadro al que se sumó también un diagnóstico de epilepsia. Y, después, porque ante lo que estaba pasando, algunos profesionales sanitarios empezaron a mostrar incredulidad, duda e incluso sospecha.

«Me empezaron a sugerir si todo sería psicosomático o incluso que mi familia o yo provocábamos las crisis para llamar la atención», apunta Cristina, a la que, por primera vez en la conversación, se le apaga un poco la voz al recordarlo. «En esa época me vio una persona que se consideraba una eminencia en Málaga y en quien yo confiaba plenamente para dar con un diagnóstico. Su conclusión fue que probablemente todo tuviera un origen psiquiátrico. A mí, claro, aquello no me cuadraba para nada pero como no sabía ya que pensar dije que por supuesto, que me ponía en manos de un psiquiatra y que me hicieran las pruebas que me tuvieran que hacer», explica.

Los profesionales que la atendieron descartaron cualquier problema de salud mental y cuando Cristina estaba a punto de llevarle los resultados a la eminencia, su suerte cambió.

«Afortunadamente en ese momento sufrí una hemorragia gástrica —señala.

—¿Cómo que «afortunadamente»?

«Digo afortunadamente porque en el último momento decidimos cambiar de hospital y que me vieran en el Hospital Regional de Málaga. Y, después de muchos años, allí por fin me atendió el doctor que me dio un diagnóstico y me salvó.

Iván Pérez de Pedro, especialista en Medicina Interna en el centro andaluz, todavía estaba empezando su carrera cuando se encontró por primera vez con el curioso caso de Cristina, un cuadro con decenas de posibles diagnósticos fallidos para el que nadie parecía encontrar ni

“Algunas de sus células defensivas se activan ante motivos inofensivos, como un cambio de temperatura”, explica su médico

nombre ni solución. «Pacientes como ella son un verdadero reto, porque no sabes por dónde tirar», admite. «Muchas veces nos llegan a los internistas precisamente estos pacientes sin diagnóstico con los que al principio solo puedes intentar ir descartando cosas».

Pero entre todos los médicos que habían visto a Cristina, él fue el único que pensó en la posibilidad de un extraño síndrome, recientemente descrito, que podía cuadrar con los síntomas. La primera vez que en la consulta la andaluza escuchó el nombre del trastorno —síndrome de activación mastocitaria no clonal—, sacó un cuadernito de su bolso y lo apuntó, aunque sabía que ya nunca podría olvidarlo.

Según explica Iván Pérez de Pedro, este trastorno se produce por una sobreactivación de los mastocitos, una especie de vigilantes que forman parte de nuestras células defensivas y actúan para intentar protegernos de agresiones externas. «En estos pacientes estas células se activan ante motivos por los que no deberían activarse, como un cambio de temperatura, un mínimo traumatismo o un disgusto». Y esta activación provoca la liberación de sustancias que generan una reacción alérgica que

“Un año tuve que ingresar nueve veces en el hospital. Estaba realmente mal. Creí que me moría. Y encima sin diagnóstico”

cualquier cosa, sin aviso previo ni un patrón muy definido, puede desencadenar un brote», relata.

Algunos han sido muy graves. Cuenta por centenares las veces que ha tenido que inyectarse adrenalina, porque su vida corría realmente peligro.



puede ser desde leve a causar un shock anafiláctico y resultar mortal, aclara el especialista.

El trastorno es una entidad médica que lleva pocos años descrita y forma parte de las mastocitosis, que engloban distintas alteraciones de estas células. «Cristina no cumple los criterios clásicos del diagnóstico de mastocitosis, porque no presenta cambios ni en el número ni en el tamaño de sus mastocitos, pero sus características sí encajan con esta nueva entidad», explica.

Su caso, de cualquier manera, «es verdaderamente excepcional», continúa el médico, que no ha encontrado en la literatura científica un cuadro tan

Cristina Cosano muestra la medicación que toma habitualmente.

severo y tan refractario a los distintos tratamientos para paliar los síntomas que sufre.

Cristina toma varios tratamientos para controlar las reacciones alérgicas y mantener un poco aletargados a los mastocitos. Aunque las crisis no han desaparecido por completo, sí ha experimentado un cambio notable. «Lo que realmente hizo que apreciase una mejora en mi calidad de vida fue la decisión de extirparme los ovarios y las trompas», señala la paciente.

Los médicos habían observado que uno de los pocos patrones que presentaba su enfermedad es que muchas crisis se producían justo antes de la

Origen. Los mastocitos son células fundamentales del sistema inmunológico innato, implicadas en las respuestas inflamatorias y alérgicas del organismo. Se originan en la médula ósea

Características. Estas células contienen gránulos cargados de mediadores químicos, como la histamina, que se liberan durante procesos inflamatorios o en respuesta a estímulos alérgicos

Actividad. En pacientes que sufren síndrome de activación mastocitaria, como Cristina Cosano, estas células se activan ante estímulos que erróneamente interpretan como una amenaza

Estructura. Los mastocitos están presentes principalmente en la piel, los pulmones y el tracto gastrointestinal. Su sobreactivación provoca urticaria, prurito, diarrea, sibilancias o shock anafiláctico

menstruación, probablemente como reacción a la inflamación del proceso. Esa observación, junto a la constatación de que durante el embarazo de su hija Daniela, que hoy tiene 11 años, los síntomas mejoraron muchísimo, hicieron al equipo médico optar por ese abordaje. «Entré directamente en menopausia muy joven, porque no puedo tomar hormonas, pero fue un antes y un después. He pasado de estar largas temporadas en el hospital a no tener que volver a ingresar. A día de hoy, llevo dos años sin ingresos», dice, orgullosa.

Eso sí, las reacciones alérgicas no han desaparecido por completo y Cristina va con la adrenalina y sus tratamientos siempre encima. «Hasta cuando bajo a la tienda que está a tres minutos de casa», cuenta. «No me lo puedo olvidar nunca porque sé perfectamente que cualquier cosa, simplemente chocar con alguien por la calle, puede desencadenar un brote».

Afortunadamente, con los años de experiencia ha aprendido a distinguir los primeros signos de la reacción, para actuar de forma temprana. «Muchas veces me preguntan que si es fácil saber que te tienes que poner la adrenalina, pero es que llega un momento que no tienes ninguna duda. Porque la sensación es directamente que te vas a morir», relata.

Desde la operación de ovarios, su día a día es muy distinto a aquellas largas temporadas en el hospital, en las que pese a todo, logró añadir a su título de Magisterio dos grados superiores, uno en administración y otro en farmacia. Hoy, su vida ha cambiado tanto que incluso ha empezado a trabajar como dependiente, gracias al programa Incorpora de Fundación «la Caixa», que promueve la integración sociolaboral de colectivos vulnerables, como las personas con algún tipo de discapacidad.

«Llevo dos meses, a media jornada, y no puedo estar más contenta. A mí me emociona poder trabajar. Quizás haya gente que no lo entienda, porque llevan muchos años trabajando y lo que están es hartos, pero para mí es maravilloso poder trabajar y llevar una vida normativa», asegura.

En sus palabras se notan su alegría y sus ganas de vivir. «No sé si es porque he visto a la muerte llamando a la puerta muchas veces, pero intento ser siempre muy positiva y muy activa. Hay veces que me paso de rosca, pero creo que esa actitud también me ayuda a tirar para adelante. ¿De qué me sirve lamentarme por esto que me ha tocado».

49 PISTACHOS, 12 ARÁNDANOS Y SIETE NUECES: DEL AUTOCUIDADO A UN PROBLEMA DE SALUD MENTAL

Sociología. Cuidarse se ha convertido en una adicción: la vigorexia, la ortorexia y el uso compulsivo de 'apps' e 'influencers' de bienestar para transformar el cuerpo y la mente son trastornos en auge. Los expertos advierten: "Estamos en una sociedad que vive en torno a conductas obsesivas"

Por Ricardo F. Colmenero. Ilustraciones de Patricia Bolinches

Puede que a estas alturas usted ya sepa prepararse electrolitos caseros; y que por equilibrio hormonal, usted no termine el día sin haberse tomado 49 pistachos, doce arándanos y siete nueces. Quizá también una manzana para el hígado, un kiwi para el intestino, y un dátil para el cortisol. A estas alturas quizá piense que la sal se toma antes de las 10 de la mañana, que el agua fría bloquea las enzimas, y que el pescado azul es muy bueno en Omega-3 y muy malo en metales pesados. Puede que a estas alturas usted vaya al gimnasio en días simpáticos o parasimpáticos, que corra descalzo, y que lo suyo con las pesas sean las repeticiones lentísimas o las de un solo levantamiento. Puede que a estas alturas usted medite con contadores de minutos en blanco, respire con números sagrados 4-7-8, 5-5 o 6-2-6, o con sonidos para reparar el ADN a 528 Hz.

Puede que a estas alturas, usted se haya propuesto que este año irá menos a CrossFit, a los grupos de Vipassana, y se saltará el ayuno intermitente. Cuidarse se ha convertido en una adicción. La vigorexia, la ortorexia (comer sano), y el uso compulsivo de *apps* e *influencers* de bienestar para transformar el cuerpo y la mente se han convertido en los trastornos de moda. Y los expertos en salud mental empiezan a alertar del auge de estas adicciones sin sustancia.

Es cierto que las redes sociales se han convertido en un vehículo de transmisión de rutinas saludables, pero también de rutinas de comparación constante: retos, transformaciones físicas y discursos motiva-

cionales que generan en el usuario la sensación de que nunca hace o sabe lo suficiente. Quién no se siente seducido por un *reel* o un titular con listas de alimentos mágicos y secretos, o el alimento humilde que regula más cosas de las que imaginas, o el ingrediente común que actúa como un interruptor metabólico, y el que tu cuerpo reconoce como oro, y esa cosa que los nutricionistas nunca te dirán en Instagram.

«Nuestro cuerpo se convierte en un proyecto, la alimentación en prueba de fuerza de voluntad y el descanso en una muestra de debilidad», apunta la trabajadora social Lucía Fronteriz. «Las adicciones sin sustancia funcionan igual que las tradicionales: el cerebro asocia la conducta con placer, activa circuitos de recompensa y genera la necesidad de repetirla».

El inicio del año intensifica la presión social hacia la mejora personal, la sociedad la premia, y activamos los circuitos cerebrales de la adicción: obsesión por el control, el rendimiento y la perfección, que nos introduce en un ciclo de exigencia extrema y frustración.

«Detrás de muchos comportamientos aplaudidos por su disciplina hay una necesidad de validación o huida emocional. La persona no busca bienestar, sino aliviar la ansiedad que genera no cumplir con sus propios estándares», apunta Yuri Govigli, técnico en conductas adictivas.

Fabio tiene 62 años y trabaja en un despacho de abogados de Valencia. Poco después de la pandemia, empezó a interesarse por el *mindfulness*. Se apuntó a un centro de meditación y acude a retiros de fin de semana. De ahí llegó al Chi Kung, una práctica china que combina movimientos suaves, respiración profunda y concentración mental, según sus promotores, «para cultivar y equilibrar la energía vital». Según Fabio: «Me relaja, me ayuda a conectar con mi yo interior».

Su introducción en el mundo del autocuidado comenzó como la de cualquiera. Hace unos meses fue a su médico de cabecera, y resulta que tenía el colesterol alto. Le recetaron Estatina, pero no se tomó a bien la noticia y empezó a investigar por cuenta, al tiempo que se abrió una cuenta de Instagram. Allí encontró a su gurú, Jorge García Dihinx. Según su perfil: «Médico, pediatra. Inspiro hábitos saludables: sol, alimentación, lowcarb, colesterol, ejercicio, sueño, ritmos circadianos».

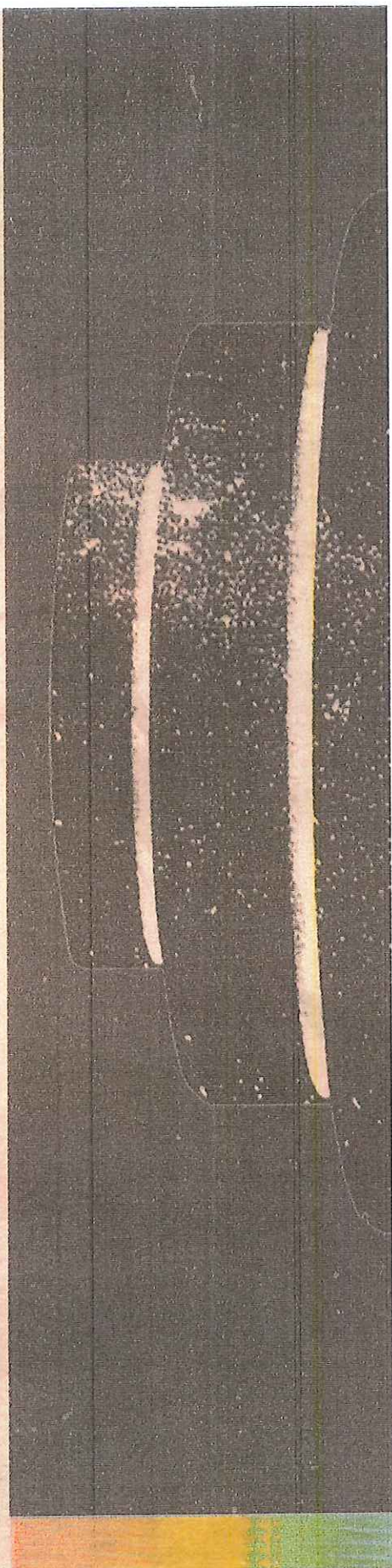
En su cuenta descubrió que «el colesterol no existe, que es una mentira», dice Fabio. Y empezó a nutrir sus mañanas de avena, de semillas de chía, de lino, de quinoa, de lecitina de soja, de nueces. Y sus noches de kéfir con arándanos. Tiró su Nespresso a la basura porque, al parecer, «al romperse la cápsula estás bebiendo microplásticos», y se compró otra máquina de café para hacerlo en cacitos.

"Nuestro cuerpo se convierte en un proyecto, la alimentación en prueba de fuerza de voluntad y el descanso en una muestra de debilidad"

"Detrás de comportamientos aplaudidos por su disciplina hay una huida emocional. La persona no busca bienestar, sino aliviar la ansiedad"

—¿Y el agua?
—Embotellada.
—¿Pero no es la que tiene más microplásticos?
—Ya, tengo que hacer algo.

Fabio también ha empezado a ir algún día más al gimnasio, y a aumentar los pesos. «Jorge García Dihinx dice que



➔ hay que llegar al límite para vaciar el glucógeno de los músculos». El problema es que Jorge García-Dihinx fue uno de los tres fallecidos del pasado 29 de enero tras un alud en Panticosa, en el Pirineo aragonés, y Fabio tiene que buscarse otro gurú, aunque dice que ya tiene a varios mirados. «Sus videos se me siguen apareciendo y los veo, es todo muy raro».

¿Qué está pasando? ¿Qué ahora tenemos más miedo a morir que hace 50 años? Preguntamos a Adrián Gallardo, técnico especialista en adicciones, máster en prevención e intervención de conductas adictivas, y director terapéutico de EsVidas, un grupo privado con centros de desintoxicación en toda España, que ha detectado un auge en la adicción de autocuidado. «No creo que haya más miedo a morir. Lo que hay es más obsesión. Vivimos en una sociedad que se caracteriza por vivir continuamente en torno a conductas obsesivas: las compras, el trabajo, el gimnasio. En realidad, se trata de escapar de lo que realmente me está pasando. Esa es una de las claves: escapar. Trabajo diez horas porque me gusta mi trabajo o porque no me siento cómodo con mi vida. Voy al gimnasio dos horas porque me siento bien o porque no me siento cómodo con cómo soy. ¿Miedo a morir? Pues seguramente ese miedo no está tan relacionado con lo que me va a ocurrir en el futuro, como con lo que me está ocurriendo en el presente que no me está gustando».

—¿Hasta qué punto se han disparado las adicciones sin sustancia?

—Lo que se ha disparado es el conocimiento de la sociedad con respecto a la adicción. Antes el adicto era el yonqui de aguja y el borracho del tetrabrick, y yo no tengo ningún problema porque lo mío es por salud. Ahora la gente empieza a darse cuenta de que a lo mejor no va al gimnasio por salud sino para tapar otra serie de carencias emocionales.

“Vivimos en una sociedad que se caracteriza por vivir continuamente en torno a conductas obsesivas: compras, trabajo, gimnasio...”

“La gente empieza a darse cuenta de que a lo mejor no va al gimnasio por salud, sino para tapar otra serie de carencias emocionales”

—¿Y cuál es el origen? ¿De dónde nace todo esto? Porque, quien más, quien menos, va al gimnasio, o tiene en casa algún complemento alimenticio.

—Las redes han hecho mucho daño, el compararse, el querer ser como otro. En lugar de hacer el trabajo personal que tengo que hacer para aceptarme tal y como soy, lo que hago es crear un personaje en base a lo que a mí me gusta de otras personas.

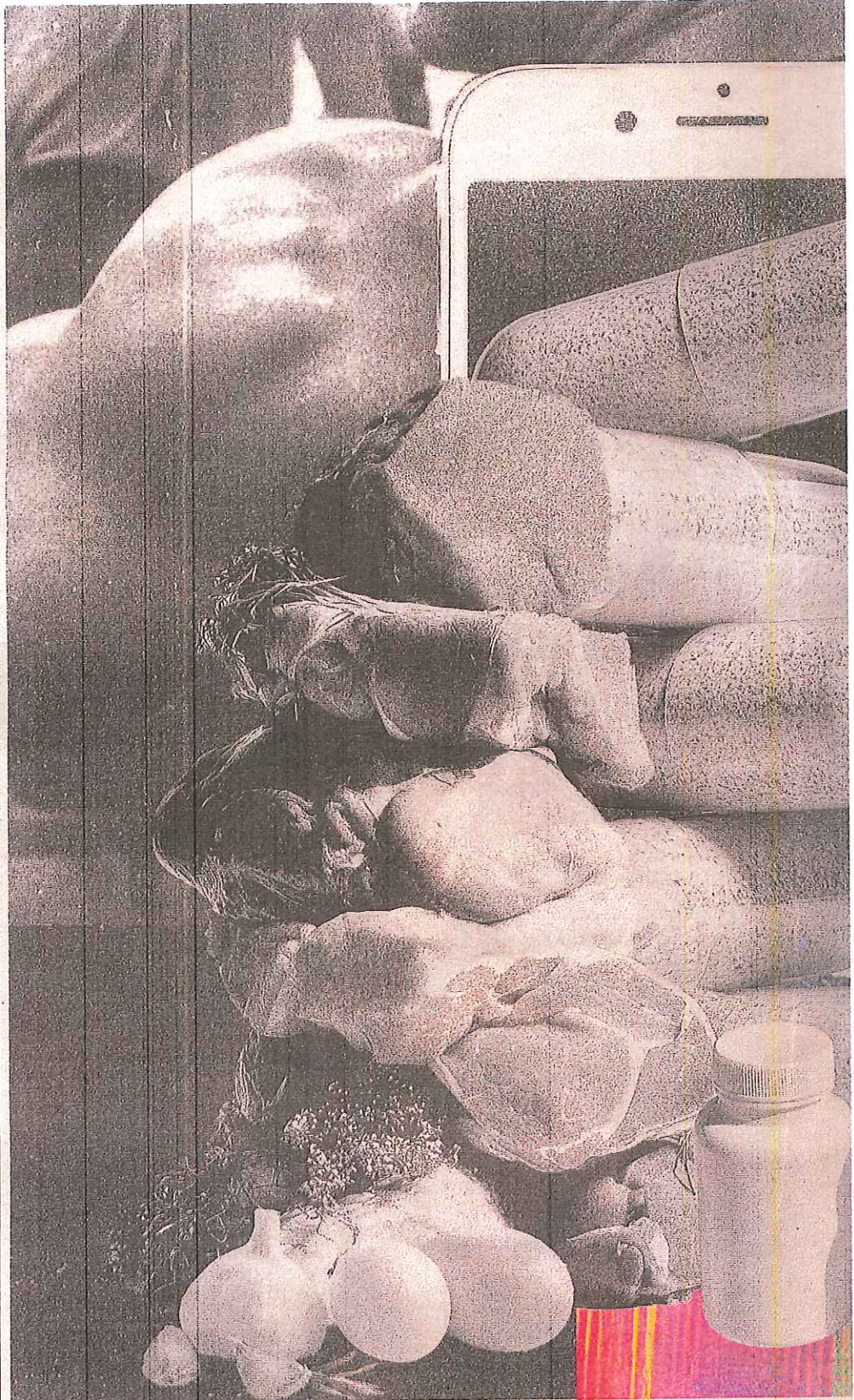
Enric tiene 42 años, es profesor en un instituto de Mallorca, y también seguía a García-Dihinx. «Es increíble, nadie se cuidaba más que él, estaba predestinado a vivir cien años, y mira...». Sin embargo, su nutricionista de cabecera es otro que vive en Barcelona y al que consulta por Skype. Así entró en su dieta el kéfir con yogurt de leche de cabra, las nueces, los batidos de proteína whey con frutos del bosque, la creatina y la caballa, el pescado de moda, que dice que tiene menos mercurio que el atún. Aunque lo que más le trae de cabeza es el pan elaborado con trigo sarraceno. «Claro, es que te vas con los amigos a una hamburguesería y tienes que pedir que te la pongan en un plato», explica.

Enric era aficionado a las carreras de larga distancia hasta que un día, en mitad de una media maratón, se paró de repente. Estaba sufriendo un ataque de

ansiedad, aunque en ese momento no lo sabía. Se convenció de que en cualquier momento le iba a dar un infarto. Pero no sólo en la carrera, sino en cualquier momento de su vida. Dejó de hacer deporte y se buscó un psicólogo. «Cada vez que tenía un rato, igual viendo la tele, o esperando en una cola, necesitaba entrar en Instagram y ponerme a ver dietas y listas de alimentos, o a escuchar a cardiólogos y ver electrocardiogramas», explica. Su favorito, el doctor

Rojas: «Mi plan es cuidar tu salud antes que lo haga el cardiólogo de guardia. Menos pastillas, más acción», dice su cuenta de Instagram. Al final, «me tuve que desinstalar Instagram del teléfono porque puedo entrar en bucle. Aunque es información valiosa, en mi caso se convierte en una obsesión y es muy contraproducente», reconoce Enric.

Poco más tarde empezó a meditar, pero también fue un problema por culpa de las apps. La suya,



16 | IDEAS

DENTRO DE LA CONSULTA DEL FILÓSOFO: "UNA CRISIS EXISTENCIAL NO ES UN TRASTORNO"

Ensayo. Hace una década que el granadino Omar Linares conversa y acompaña a personas que están viviendo situaciones críticas. Su terapia filosófica no aspira a quitar el sitio a la tradicional, sino que la complementa. Lo cuenta en su nuevo libro, 'La consulta del filósofo' (Ed. Temas de Hoy)

Por Rebeca Yanke. Fotografía de Araba Press

Son pocos pero bastantes y cada día son más. Desperdigados por el mundo, se convierten en consultores filosóficos tras un examen profundo de su vocación, que consiguen entrelazar con sus intenciones vitales. Los que acuden a ellos reciben el nombre de consultantes, pero no se llevan del encuentro recetas en forma de libro y mucho menos escuchan «usted lo que tiene que hacer es leer a Kant». Antes de continuar, trate de olvidar por un instante su propia relación con el pensamiento filosófico (especialmente si guarda mal recuerdo de las clases de filosofía del colegio): ir a la consulta del filósofo ni exige ni provoca erudición. En cambio, entraña lo más simple y, a la vez, más profundo: hallar la filosofía personal. El sentido de la vida, si quisiéramos –ejem– ponernos filosóficos.

Nadie le va a preguntar si leyó la *Crítica de la razón pura* ni la *Crítica de la razón práctica*. En la consulta del filósofo, como en la del terapeuta tradicional –cognitivo-conductual, psicoanálisis, EMDR, da igual– usted va a *hablar de su libro*, como le decía Francisco Umbral a Mercedes Milá en aquel programa de televisión de los 90. Cada encuentro es un tiempo preciado, cuesta esfuerzo pagarlo, a veces dolerá y, otras, le pondrá en órbita sideral pero, por encima de todas las cosas, le permitirá conocerse mejor, el porqué de lo que hace, el porqué de lo que no hace y cómo sentirse más cómodo consigo mismo.

O al menos mucho más a gusto con su crisis existencial. Ése es el objetivo del granadino Omar Linares, un hombre que desde niño tuvo un par de cosas claras: la dolorosa presencia del sinsentido y la



necesidad de que su vida se estructurara sobre la ayuda a los demás a través de la conversación. Por eso, al principio quiso ser psicólogo. Sólo que también amaba la Filosofía y pensó que un año de carrera no le vendría mal para el futuro. Luego conoció el *philosophical counseling* y ya no pudo parar hasta convertirse en doctor en la cuestión.

Esta semana ha publicado *La consulta del filósofo. Manual de instrucciones para crisis existenciales* (Temas de Hoy), un ensayo que empezó a escribir a los pocos días de que naciera su hija, Aurora, a la que se lo dedica, además de a la madre y a sus consultantes. Hace 10 años que Linares escucha lo más íntimo y también lo más problemático de personas que tienen «entre 20 y 70 años», que provienen de diversos lugares del mundo (España, Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Francia, Latinoamérica), que quizá ya hicieron terapia psicológica y, al descubrir el asesoramiento filosófico, creen que les puede ayudar.

«Es cierto que trabajo mucho las crisis existenciales, pero no es la única manera de entrar», advierte Linares en una videollamada de Zoom que continuará después en conversación a través de correo electrónico. «Uno puede llegar a la consulta filosófica por una razón más profana, pero sí que hay algo constante: el deseo de tomar conciencia de que algo falla en mi forma de comprender y el deseo de integrar ciertas experiencias», continúa. Para este doctor en Filosofía, lo que sucede entre consultante y consejero «no es un intento por edulcorar la vida sino el de afinar nuestra capacidad para percibirla y conectar con ella». Lo que se suele llamar vida plena.

De alguna manera, a este tipo de sesiones terapéuticas «hay que llegar maduro», consciente de que la propia Filosofía «es un acto existencial» y que «la reflexión sólo sirve si es capaz de impactar en nuestra vida y cambiarla». «Seamos capaces de captar y aceptar la realidad en un único acto», anima Linares en su ensayo. Más sencillo aún: hagámonos cargo. De quién somos, del papel del que jugamos y del que queremos jugar. Como Marco o Julia, dos de los consultantes cuyas batallas acompañan *La consulta del filósofo*. Cada uno de los capítulos —son muchos pero la narración es sencilla— termina con una historia en nombre propio: aquel que se atrevió a abrir la caja de pandora de su —diría un filósofo— unicidad. Personas que un día tocaron la puerta del despacho de Linares confiando en salir mejores de él pasado un tiempo. Un momento, un momento, rectifiquemos: mejores no, más conscientes sí, más alineados también. Más uno mismo que nunca.

“Hay una constante en aquellos que acuden al asesoramiento filosófico: el deseo de tomar conciencia de que algo falla en su manera de comprender”

“La tendencia a patologizar la vida cotidiana, cualquier síntoma de fricción o impedimento, dificulta la sensación de vivir la vida plenamente”

Así lo explica él: «Las personas que se acercan a este formato son maduras porque requiere madurez el darse cuenta de que uno puede estar enfrentando una cuestión filosófica o existencial, lo cual no significa que uno tenga que saber de Filosofía o haber leído mucha Filosofía porque no tiene nada que ver, porque al final todos estamos haciendo Filosofía en la medida en la que nos preguntamos por la vida y lanzamos una teoría cuando intentamos explicar qué es lo que nos está ocurriendo».

A lo que la consulta filosófica no aspira es a ocupar el sitio de la terapia tradicional. Dice Linares que él

DIALOGO.
Es a través de la palabra, la razón o el discurso que consigue darse la asesoría.

REFLEXIÓN.
Más que leer filósofos, el reto es emularlos: perder el miedo a ejercer el pensamiento.

CREACIÓN.
Como destino, la posibilidad de generar una verdadera filosofía personal.

nunca iría a terapia con alguien que no hace o no haya hecho terapia también. El mismo la ha conocido, tanto tradicional como filosófica, esta última con la filósofa Mónica Cavalle, pionera del asunto en España, fundadora de la Escuela de Filosofía Sapiential y autora de numerosos libros. El último, *El coraje de ser. La aventura del autoconocimiento filosófico* (Kairós, 2024).

«Es importante que la terapia tradicional y la filosófica no se mezclen», piensa Linares. «Y que no se considere que la presencia de la Filosofía en la consulta o en el ámbito del acompañamiento implica una crítica a la psicología porque no se deriva en absoluto. De hecho, mi experiencia es muy buena. Tengo psicólogos en consulta y he colaborado con psicólogos porque he tenido consultantes que estaban en un proceso terapéutico simultáneo y, cuando me planteaban ponerme en contacto, he hablado con esas personas para no pisarnos entre nosotros o establecer un maridaje y siempre me he encontrado con gente muy interesante y con mucha curiosidad por lo que estábamos haciendo, estableciendo buenas relaciones», amplía este autor.

Es más, muchos de los que le consultan sus culpas han hecho «un proceso psicoterapéutico —o varios— antes. «La mayoría viene muy contento, con la sensación de haber hecho un trabajo excelente y que les ayudó muchísimo, pero también de que les falta algo que no es criticable a la psicología sino que tiene que ver, sencillamente, con la complejidad del pensamiento humano». Linares dice haber encontrado toneladas de «honestidad» en los psicólogos que ha tenido como consultantes: «Son personas muy trabajadas que quieren asomarse a otra parte de sí mismos».

Además de alejarla de la terapia común, para Linares es importante también desmarcarse de la idea de que se precisa erudición, como si la consulta fuera «un lugar reservado para unos pocos intelectuales cuando se trata justo de lo contrario». «Uno no llega a la consulta filosófica por leer mucho sino por vivir y por querer hacerlo auténticamente», explica. Y aunque reconoce que «siempre están presentes las grandes preguntas de la existencia humana (el sentido o insentido de la vida, la muerte, el sufrimiento) es muy común que uno llegue a esos derroteros a través de experiencias cotidianas como la frustración laboral, las rupturas de pareja o los conflictos familiares, y que sean éstos los que los lleven en primer lugar a la consulta».

¿Dónde queda la Filosofía? Descansa en el propio «proceso de conversión» de quien acude a la consulta, que efectúa «un cambio de rumbo consciente, elegido voluntariamente, a través del cual el sujeto deja aflorar su propia esencia, capta todo aquello que pertenece a su ser y se aleja de eso con lo que no se identificaba y que nada tiene que ver con él».

¿Resultado? «El deseo de sabiduría convertido en un ejercicio cotidiano en busca de la *ataraxia* (la serenidad y la independencia de ánimo) y la *autarkeia* (la libertad interna)», asegura Linares en su libro. «Es el momento de mirar dentro de ti», dice también en sus páginas, «de que te detengas un momento y observes cómo funciona tu pensamiento, para que logres comprender justo eso, la forma en que comprendes todo». Será inevitable emplear, además de la reflexión, la introspección, aunque este recurso parezca más propio de otras terapias, como el psicoanálisis.

Según Linares, «en la actualidad existe la tendencia de etiquetar toda crisis personal como un trastorno psicológico». «Asistimos a un fenómeno de patologización de la vida cotidiana, que convierte en enfermedad cualquier síntoma de fricción, impedimento o resistencia ante las circunstancias y que hoy es ya uno de los principales obstáculos para la obtención de una comprensión profunda de la vida». Es decir, que entenderse a uno mismo se ha vuelto más difícil que nunca y, sumergidos en el escenario de la actualidad —tan incierto y hasta sobrecogedor, con sus guerras y sus conatos— cuesta incluso más que antes encontrar el sentido de la vida.

Porque tener «una crisis existencial no tiene nada de patológico» sino que supone una oportunidad para «extraer todo el significado para tu vida». Cree Linares que la consulta filosófica «se adapta a las necesidades existenciales del presente y que no hay mejor espacio

“Es importante que la terapia tradicional y la filosófica no se mezclen. Y que esta última no se considere una crítica a la primera también”

“Desde sus inicios, la filosofía se entendió a sí misma como un arte de la vida, y para ser considerada una teoría debía dar respuesta a las crisis vitales”

para el autoconocimiento que el de la terapia». Sin embargo, como apunta en su ensayo, esto no supone una novedad en sí misma sino un regreso a las primeras manifestaciones de la disciplina. «Desde sus inicios y durante los siglos posteriores la Filosofía se entendió a sí misma como un arte de la vida». Y se creía fuertemente en que, «para que una teoría se considerase realmente filosófica debía dar respuesta a las interrogantes existenciales y vitales a las que todo individuo se ve expuesto».

Las de siempre: el amor y el dolor, la muerte, Dios, el sexo, el sufrimiento, la soledad. A menudo desde lo más cotidiano, como decía Linares unas líneas atrás, como uno de sus consultantes, que tenía un *puetazo* en una multinacional pero se sentía rodeado de amoralidad, cuestión que le llevó a introducirse en el sindicato mayoritario de la empresa, donde volvió a verse rodeado de lo que consideraba actos maledicentes o poco éticos. Y necesitó ayuda para entender cuál era su lugar en el mundo, esto es, comprenderse a sí mismo, encontrar su propia filosofía de vida: cómo seguir caminando.

La historia personal del propio Linares también sirve para explicar en qué consiste esta aventura de la conversión a través de la Filosofía. «Si algo recuerdo de mi infancia es el peso de tristeza y angustia que sentí desde que tuve uso de razón», dice en su ensayo. Y cómo eso no cambió durante la adolescencia: «Aprendí a disimularlo e hice de la comedia una gran arma social». En una época en la que no se hablaba ni de depresión ni de ansiedad, Linares transitó estas experiencias «sin herramientas». «Para mí, lo que estaba mal no eran mis pensamientos o emociones, sino yo mismo», confiesa en su libro.

Hasta que, «fruto de la reflexión», empezó a notar que disfrutaba de «espacios de lucidez» que le permitían «ver las cosas tal y como eran». Empezó a leer a intelectuales que consideraba afines, como Friedrich Nietzsche, Albert Camus o los últimos estoicos: «Empapándome de sus formas de ver la vida. Y la renovada fuerza de mi pensamiento me caló en la autoestima hasta mostrarme el error de años de autocrítica y desprecio. Empecé a sentir mi valía, que quizá sí que podría tener un futuro».

Linares reconoce que siente una especial querencia por el estoicismo —siempre la ha sentido—. Al mismo tiempo, se muestra sumamente confundido con la deriva que este pensamiento ha ido tomando en las últimas décadas, especialmente a medida que se iba entrelazando con las redes sociales. «Al principio, empecé a ponerse de moda en tanto que filosofía para tiempos de crisis. Se hablaba de conceptos como la resiliencia, o la aceptación, tan importantes en terapia, y se valoraba el estoicismo como pionero de esas ideas. Después se fue tergiversando, y se confundía la fortaleza estoica (de ánimo, interna) con la fortaleza física, y se utilizaba mucho en videos y cuentas de *fitness*. Se desdibujó, pero solo hacía daño a la Filosofía. Sin embargo, ahora la corrupción es total, y es fácil encontrar videos de *influencers* con miles de seguidores que dicen ser estoicos cuando solo hablan de hacer dinero, estar musculados o tratar a las mujeres de forma machista».

Linares apuesta por vivir de forma consciente y coherente hasta llegar, de ser posible, a estar alegre.

El Clínico de Valladolid lidera una investigación para tratar el infarto

Con una inyección de 3,1 millones, evalúa junto al hospital La Fe de Valencia los balones farmacoactivos frente al tradicional uso de implantes 'stent' en un ensayo de tres países

VALLADOLID

Castilla y León continúa marcando hitos en el campo de la investigación cardiovascular, y ahora lo hace de la mano de un estudio europeo, que colidera con la Comunidad Valenciana, y que podría transformar el tratamiento del infarto agudo de miocardio, una de las principales causas de muerte en Europa y en el mundo. El trabajo, denominado COPENICAN, evalúa ya una estrategia innovadora basada en el uso de balones farmacoactivos frente al implante tradicional de stents, con el objetivo de tratar la arteria obstruida sin dejar una prótesis permanente en el corazón, es decir, implicaría, de forma simplificada, pasar de reparar la arteria coronaria a curarla.

El proyecto, que ha obtenido una financiación de 3,1 millones de euros de la convocatoria europea ERA4Health, dentro del programa Horizonte Europa, lo lideran Ignacio Amat-Santos, cardiólogo intervencionista de la Unidad de Hemodinámica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid e investigador del Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), y su homólogo Jorge Sanz Sánchez en el Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia.

Se trata de una convocatoria altamente competitiva, orientada a impulsar la investigación colaborativa transnacional en áreas prioritarias de salud pública, que les ha permitido pasar de contar con el apoyo de 14 centros españoles en un estudio nacional sin financiación, a sumar seis hospitales más y a ampliar el estudio a Francia e Italia, que participan con cinco centros en cada caso.

Con esta red de 30 centros, el en-



Ignacio Amat-Santos, cardiólogo de la Unidad de Hemodinámica del Hospital Clínico de Valladolid. ICAL

sayo clínico desea reclutar en sus cuatro años de duración a más de 1.400 pacientes y comparar los resultados entre el uso de balones farmacoactivos frente al implante de stent en pacientes que presentan infarto agudo de miocardio. El objetivo del ensayo es evaluar una alternativa al tratamiento estándar, la implantación de stents para mantener abiertas las arterias coronarias obstruidas, informa Ical.

EVITAR UNA PRÓTESIS

«Cuando un paciente sufre un infarto, es una situación grave, en la que puede fallecer», explica Amat, que

detalla que en esta situación el manejo se basa en un «cateterismo urgente, con el que se ve la arteria coronaria del paciente que se ha obstruido bruscamente causando el infarto agudo de miocardio, y para resolverlo, la desobstruimos». «En la práctica clínica habitual, ese procedimiento se completa con la implantación de un stent, como un muelle metálico que asegura que esa arteria no se vuelva a cerrar», señala a Ical, para precisar que ese abordaje, que ha salvado muchas vidas y ha mejorado mucho la supervivencia del infarto, implica dejar una «prótesis metálica dentro de una co-

ronaria», con algunas limitaciones a largo plazo.

«El stent, aunque ha mejorado el pronóstico de los infartos, tiene sus limitaciones: se puede volver a estrechar y se puede trombosar causando un infarto, porque es un cuerpo extraño que dejamos en el corazón». De hecho, precisa, diversos estudios arrojan una tasa anual del 13% de reestenosis intrastent, y de entre el uno y el cinco de trombosis. «El objetivo de este estudio es no dejar una prótesis, sino dilatar sólo con un balón que lleva un fármaco antiproliferativo que impide que esa arteria se vuelva a estrechar», ene en nuestra región».

Los convenios en la región: más horas de trabajo con menor subida salarial

VALLADOLID

La brecha salarial entre los trabajadores de Castilla y León y los del resto de España se ensanchó en 2025, si se atiende al alza retributiva media pactada en los convenios colectivos con efectos económicos el año pasado, registrados hasta diciembre, y eso con una mayor jornada laboral, informa Ical.

El Ministerio de Trabajo y Economía Social constata que la subida salarial media pactada en esos convenios colectivos se situó en Castilla y León en el 2,86% muy por debajo del 3,53% de la media nacional. Por el contrario, la jornada media pactada en la Comunidad, se situó en esos acuerdos en las 1.762,28

horas, cuando la media en el conjunto de las autonomías fue de 1.750,21. En total, había registrados 300 convenios, para 55.343 empresas y 327.153 trabajadores.

Por tipo de convenio, en los sectoriales (44 acuerdos para 309.137 empleados), las diferencias fueron aún mayores. El alza de la retribución media reflejada en los convenios con efectos el año pasado se situó en la Comunidad en el 2,84 por ciento, frente al 3,57 por ciento de la media en España; y la jornada, en las 1.764,92 horas, cuando para el conjunto nacional estaba en las 1.751,91.

En cuanto a los de empresa (156 para 18.016 trabajadores), el comportamiento fue el contrario, ya que la su-

bida salarial se situó en el 3,07 por ciento en la Comunidad, con una jornada de 1.716,98 horas, frente al 2,83 por ciento y 1.720,89 horas en España.

El secretario de Acción Sindical, Salud Laboral y Medioambiente, Fernando Fraile, y el vicesecretario de Política Sindical y Salud Laboral de UGT en Castilla y León, Alberto Miguel, arremetieron, en declaraciones a Ical, contra la patronal autonómica por bloquear la negociación colectiva en 2025, y denunciaron que no solo no se llegó a la recomendación de una subida salarial del 3% del V Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva (AENC), sino que aumentó la brecha salarial con España, cuando el compromiso era

reducir la grieta del 10% cuando se traspuso a la Comunidad el documento. Además, denunciaron que solo dos autonomías registraron subidas salariales medias más bajas que la Comunidad, Murcia (2,73 por ciento) y Andalucía (2,76 por ciento).

En este contexto, hicieron un llamamiento a los empresarios a empezar a repartir los beneficios récord de la bonanza económica para que los trabajadores de Castilla y León ganen poder adquisitivo y se aproximen a la media salarial en España, porque «si siguen siendo cicateros tendrán que recurrir a las movilizaciones». Y es que los asalariados de la Comunidad no avanzaron en poder adquisitivo en 2025, cuando el IPC cerró en un 2,8 en la Comunidad, cuando sí lo hizo la media nacional. Fernando Fraile denunció que en 2025 se produjo un «bloqueo importante» de las mesas de negociación colectiva.

SORIA

La AECC lucha contra el tabaco y ayuda a 20 fumadores a dejar el hábito en 2025

Las terapias de deshabituación recibieron el pasado año a 12 hombres y otras tantas mujeres con un éxito del 78% en el primer mes / El perfil es de 45 a 55 años

MILAGROS HERVADA SORIA

Con el nuevo año llegan los buenos propósitos. La estrella que no se apea del primer puesto es dejar de fumar. Razones hay muchas, desde motivos de salud, por deterioro físico o recomendación médica, pero también por no ser un mal referente para los hijos y también por cuestiones económicas, porque el precio del tabaco no deja de aumentar.

Muchos lo han intentado ya, sin éxito, cuando acuden a pedir ayuda a la Asociación Española contra el Cáncer, AECC, que durante años lleva liberando de esta esclavitud-placer a cientos de sorianos.

Han de llamar a su puerta convencidos de que quieren abandonar el hábito, y esa es la primera condición, que estén concienciados y no lleguen arrastrados por presiones externas, porque en ese caso, el grado de éxito es más dudoso.

A lo largo del pasado año, la AECC atendió a 24 personas, mitad mujeres y mitad hombres, que acudieron a terapia grupal para dejar de fumar en siete sesiones, una por semana, más otras dos de seguimiento, estas últimas ya telefónicas. En ese tiempo, deben aprender a vivir sin humo.

El 78% consigue su objetivo al mes después de haber pasado por las sesiones, con técnicas cognitivas-conductuales de deshabituación tabáquica totalmente demostradas, como indica una de las dos psicólogas de la delegación de AECC en Soria, Isabel Ciria. Eso supone que 19 personas lograron el año pasado abandonar el tabaco a la asociación. El seguimiento indica que a los seis meses, el porcentaje baja al 60%, pero eso son 14 de quienes acuden, lo que sigue siendo un buen resultado. «Estamos contentos», recalca la psicóloga, sobre el balance de 2025, que obtuvo cifras similares a otros años. La táctica consiste en ir disminu-



Los fumadores deben aprender a vivir sin el hábito. M.T.

yendo el número de cigarrillos, cada uno según su punto de partida, con el objetivo de que al final de la terapia la cifra sea cero, para evitar el efecto rebote. Se marca una línea base «y con negociación y diálogo son capaces de reducir», apuntan desde la asociación, porque no es lo mismo partir de 20 cigarrillos al día que de cinco.

«Llegan después de intentarlo por su cuenta y volver a recaer, y con la decisión muy asentada», señala la psicóloga. El perfil es el de un hombre o una mujer entre los 45 y los 55 años, algunos muy *enganchados* a la toxina, y otros sólo consumidores intermitentes, de fin de semana,

pero incapaces de deshacerse del hábito. Casuísticas hay múltiples pero todas susceptibles de realizar la terapia psicológica que les libere de la adicción física y mental.

La población joven todavía es un sector por captar, ya que no son habituales en las sesiones de la AECC, y eso que sus riesgos son igual de peligrosos incluso con la alternativa de los vapeadores, el cigarrillo electrónico, pero sus adictos todavía no son conscientes de ello, «no lo notan aún», matiza la psicóloga, quien confiesa que están esperando a que los jóvenes den ese paso porque «dejar de fumar es una decisión de salud».

La entrevista previa que realiza la AECC cuando los fumadores recurren a la asociación trata de determinar a través de esta valoración si llegan convencidos o por presiones externas, «si la decisión es consciente y libre», pues eso es básico para un final de éxito.

Ese paso suele darse en enero, por aquello de los buenos propósitos de año, por eso en el mes de febrero comienzan las sesiones, después de asumir el reto y meditar la decisión. «No recomendamos que se deje de fumar en diciembre, hay muchas fiestas y es mucho más difícil hacerlo», reconoce Ciria. Ahora es un momento idóneo.

BAJA EL CONSUMO, SUBE EL DESEMBOLSO

Los fumadores sorianos cada vez disminuyen más el número de cigarrillos que consumen, más inclinados hacia el tabaco de liar y de pipa; sin embargo, su desembolso en los estancos va en aumento por los precios del producto. El año pasado —hasta el mes de noviembre, último dato disponible—, el gasto de tabaco en la provincia se elevó un 1,7% llegando a los 21,7 millones. Un año antes habían sido 21,4 millones. Aumentó en todos los productos, desde cigarrillos (un 0,7% más) a cigarros (crece el gasto un 2,7%), picadura de liar (hasta un 8,7% más) y de pipa (un 23,7% superior).

El consumo por su parte muestra un comportamiento diferente. La cifra de cigarrillos que acabaron en humo fue un 5,5% menos que un año antes. En concreto, 3,4 millones de cajetillas de 20 unidades. En noviembre de 2024 habían sido 3,6 millones. El gusto por los cigarros apenas varió el ejercicio pasado. Se fumaron 4 millones de unidades, muy parecido a los 3,98 millones de un año antes. Apenas un 0,5% de incremento.

Algo similar ocurrió con el tabaco de liar, cuyo uso creció un 1%, hasta los 7.672 kilogramos, cerca de los 7.589 de la estadística previa. En el caso de la picadura de pipa, muy apreciada por los fumadores por ser un producto de menor coste que permite liar los propios cigarrillos, el consumo cayó en un 3,08%. Si hasta noviembre de 2024 se habían convertido en cenizas 973 kilogramos, en ese mismo periodo de 2025 se habían quedado en 943, según la información que facilita el Mercado de Tabacos, adscrito al Ministerio de Hacienda.

Llorente y Macipe cantan a 'La Estrella Azul'

SORIA

Tras el gran éxito de la película *La estrella azul*, su director, Javier Macipe, y su protagonista, Pepe Llorente, narran su viaje por Argentina a través de la música que descubrieron durante la realización de la película en un espectáculo único. Un concierto en el que se intercalan canciones con anécdotas, historias, leyendas y cuentos latinoamericanos y que llenó de espectadores el Espacio Cultural Santa Clara.



Pepe Llorente y Javier Macipe en concierto en el espacio cultural Santa Clara. M.T.

CASINO

CONFERENCIA DE TERRORISMO

El Círculo Amistad Numancia acoge el próximo viernes 23 de enero una nueva edición de su ciclo de conferencias Lecciones de Historia. El ponente será Santiago de Pablo Contreras, catedrático de Historia Contemporánea de la Universidad del País Vasco y la conferencia-colquio versará sobre *Los orígenes de ETA: el germen del terror*. La intervención está prevista para que comience a partir de las 20.00 horas en el Salón Gaya Nuño.

De Gregorio: «El Hospital Virgen del Mirón ni se cierra ni se desmantelará»

● El Ayuntamiento de Soria anuncia que convocará a los colectivos de la sanidad pues considera que han sido «excluidos» por la Junta del encuentro celebrado ayer para hablar del futuro del centro hospitalario

M.H./I.L.L.Y. SORIA
«El Hospital Virgen del Mirón no se cierra, ni se cerrará, ni se desmantelará», aseguró la delegada de la Junta de Castilla y León en Soria, Yolanda de Gregorio, tras la reunión de seguimiento del centro hospitalario, en la que únicamente estuvieron presentes además el gerente de Asistencia Sanitaria, José Luis Vicente, y por parte del Ayuntamiento de Soria, el concejal de Hacienda, Javier Muñoz.

De Gregorio, que calificó de «tensa» la reunión con el representante municipal, insistió en que el Virgen del Mirón está «integrado» en el complejo hospitalario de Soria, junto con el Santa Bárbara, y ofreció datos como que son más de 154 trabajadores con los que cuenta y en 2024 se pasaron 16.000 consultas.

Recordó que el edificio también alberga el centro de salud Soria Sur, además de otros servicios como geriatría, psiquiatría, rehabilitación psiquiátrica, paliativos, unidad de salud mental y laboral, y una nueva unidad de Afrontamiento Activo del Dolor Crónico, que precisamente fue presentado en ayer por el coordinador regional, Federico Montero.

La delegada explicó que «la apuesta del Gobierno regional es una cartera de servicios ampliada», en referencia a la nueva unidad. Del mismo modo, apuntó que una vez que concluyan las obras en el Hospital Santa Bárbara, se «planificará» al objeto de dar el mejor servicio a los pacientes.

Recalcó que el Virgen del Mirón es un centro «sociosanitario», haciendo mención a las asociaciones del tercer sector que utilizan sus instalaciones.

Insistió la delegada en que «la Junta tiene una ruta» para seguir trabajando en el Virgen del Mirón y habló de «mano tendida» para volver a mantener un encuentro con el Ayuntamiento. Recriminó que no acudiera el alcalde, Carlos Martínez, y apuntó que ella es la representante de la Junta en Soria. Una manifestación vinculada al hecho de que no acudiera el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, como solicitaba el Consistorio, así como el resto de colectivos vinculados al hospital, para celebrar la mesa de seguimiento. De Gregorio dijo estar «abierto al diálogo» y manifestó que en el seno de la Junta y la Gerencia se mantiene un contacto directo con dichos colectivos, y la reunión de ayer era «entre administraciones».

De la actitud municipal, la delegada recriminó que siguieran enrocados en sostener que existe un desmantelamiento. «Sólo han venido a leer su libro. No le hemos saca-



Vicente, De Gregorio y Muñoz, en la reunión sobre el futuro del Hospital Virgen del Mirón. MONTESEGUROFOTO

do de la pataleta de que se cierra», dijo De Gregorio, afirmando que el Ayuntamiento se queda en los «chascarrillos» y la «rumorología» del cierre, frente a los «datos» que ofrece la Junta.

Por su parte, el concejal del Ayuntamiento, Javier Muñoz, manifestó al término del encuentro que «la mesa del Mirón es una vez más un puro trampantojo de la Junta porque no ha convocado a ninguno de los

colectivos profesionales afectados, ni se han concretado partidas presupuestarias. Y lo peor es que tampoco garantiza los servicios para 2026 ni se desmiente el desmantelamiento del hospital», matizó sobre una reunión esperada «desde hace 603 días tras el compromiso del señor Mañueco con el alcalde de Soria, Carlos Martínez Mínguez».

Muñoz, que va a solicitar de manera urgente la reunión con todos

los grupos sanitarios, cree que lo que necesitan estos colectivos «es un servicio autonómico de referencia para que no se le quite contenido», ligado a las especialidades que hay en el hospital. «El problema es que eso lleva tiempo y sin inversiones en el Mirón, se vuelve imposible, claro».

De hecho, aseguró que de 2020 a 2023 la Junta ha inyectado un total de 42.975 euros, «según la respuesta oficial realizada en las Cortes de

Castilla y León», una partida «ridícula» para todo ese tiempo que confirma «la realidad del desmantelamiento del hospital», y pone como ejemplo que «sólo el cambio de una parte de las ventanas del edificio de este Ayuntamiento para la mejora energética va a costar 250.000 euros». A su juicio, «aunque el Gobierno autonómico plantea en sus cuentas de 2026 un presupuesto de 750.000 euros, no tiene nada previsto porque no ha sabido concretar las actuaciones ni si esa cantidad va a ser en una o varias anualidades».

Lamenta que en la reunión de la mesa del Mirón tanto Vicente como De Gregorio, «han mantenido la llamada como respuesta sobre si se garantizarán los servicios en 2026, y remiten a que cuando finalicen las obras del Santa Bárbara se reorganizará todo, ya que lo único que sí que aseguran es que el Mirón forma parte del Complejo Asistencial de Soria». Algo que, por otra parte, recordó que tenía que haber concluido en enero de 2023. Y eso «contando la adjudicación de 2019», porque «la obra se remonta a 2011».

Muñoz también preguntó sobre «si se mantendrán los servicios auxiliares del hospital, como cocina, al menos los primeros seis meses del año que viene y tampoco han contestado». Algo que, aseguró, se trata de «otra prueba más del desmantelamiento del Mirón, porque aunque la Junta diga que no va a echar la llave, todo apunta a que se mantendrá con el 112, la unidad del dolor que ahora se pone en marcha y poco más».

La nueva unidad de afrontamiento del dolor en atención primaria ayudará a 200 personas al año

M.H. SORIA
Más del 20% de la población en Castilla y León sufre dolor crónico, comenzó poniendo en situación la delegada territorial de la Junta, Yolanda de Gregorio, en la presentación de la nueva unidad de afrontamiento activo del dolor crónico que se ha puesto en marcha en el Hospital Virgen del Mirón. El objetivo es ayudar a mejorar la calidad de vida de un centenar de personas aquejadas de dolor, con el propósito de llegar a las 200 cuando se encuentre a pleno rendimiento.

Será el médico de familia, en atención primaria, quien se encargue de derivar a los pacientes con dolor crónico no oncológico para una atención interdisciplinar, que pasa por la asistencia de fisioterapeutas y

también psicológica. «Que el paciente recupere toda la funcionalidad», destacó como fin de esta nueva prestación el coordinador regional de las unidades de afrontamiento del dolor, Federico Montero.

El arranque será en la capital, en concreto en el centro de salud Soria Sur, ubicado en el edificio del Virgen del Mirón, siguiendo por Soria Norte y Soria Sur. El paso siguiente serán el resto de centros de salud de la provincia, lo que está previsto que suceda a mediados del año próximo.

Al tratarse de una unidad multidisciplinar, contará en su personal con médico, enfermera, fisioterapeutas, de salud mental y trabajadores sociales de atención primaria. No obstante, el equipo adscrito

a la unidad estará compuesto por dos fisioterapeutas y una enfermera con formación específica en el abordaje del dolor persistente. Habrá una coordinación con el médico de familia para supervisar y ajustar los tratamientos farmacológicos.

Montero explicó que son tres los niveles del programa, el primero centrado en educación y ejercicio, el segundo psicoeducativo y el tercero con fisioterapia y gestión de estrés. «Todo valorado y basado en la eficiencia», destacó Montero. La unidad de Soria es la sexta que se inaugura en Castilla y León y la novena en el conjunto del país.

La finalidad de este tipo de unidades es promover un abordaje integral y activo del paciente con do-

lor crónico no oncológico desde un modelo biopsicosocial. Dotan a los usuarios de herramientas educativas y de afrontamiento basadas en la neurociencia del dolor, el ejercicio terapéutico y la autogestión, favoreciendo su autonomía, la reducción de la discapacidad y la mejora de la calidad de vida.

Ubicada en la segunda planta del Virgen del Mirón, cuenta con tres consultas y una sala de cinesiterapia para tratamientos y educación sanitaria, dotados de recursos materiales y tecnológicos que permitirán desplegar la metodología que combinará sesiones grupales y ejercicio con seguimiento individualizado. Se establecerán indicadores de mejora funcional, reducción del dolor y satisfacción del paciente.

CASTILLA Y LEÓN

Los hospitales de Valladolid suman la mayor tasa de denuncias al Defensor del Paciente

Castilla y León registra un nuevo récord de reclamaciones, con 858 casos, de los que 45 corresponden a muertes de pacientes / El Clínico vallisoletano desbancó al Complejo Asistencial de León como el hospital más denunciado

DIEGO GONZÁLEZ VALLADOLID

Con cerca de una reclamación por día por mala praxis médica, los hospitales de Valladolid continúan un año más como los más denunciados ante el Defensor del Paciente. Con un 10,5% más de registros en la asociación, la cifra total de denuncias se elevó en el año pasado a las 306, de los cuales correspondieron por casos mortales.

La última memoria realizada por el Defensor del Paciente aporta una «visión global» del estado de la sanidad en el conjunto nacional, de la que se desprende que Castilla y León se mantiene como la quinta región más denunciada con 858 casos, que supone una subida del 8,3% respecto a los datos de 2024. Ese incremento provoca que, sólo un año después, la Comunidad vuelva a batir su propio récord en el número de reclamaciones realizadas por usuarios de hospitales, situándose por encima de la media de la última década que supone un total de 734 casos al año.

Por provincias, el desglose vuelve a dejar a los hospitales de la provincia vallisoletana como los más culpabilizados en presuntas negligencias médico-sanitarias, también debido a que, en conjunto entre el Hospital Clínico Universitario y el Río Hortega, son los más que tarjetas sanitarias concentran de toda la región con más de medio millar. A consecuencia de ello, el ubicado en la calle Ramón y Cajal se impone este año como el centro hospitalario más denunciado, relegando al Complejo Asistencial de León, que cae al segundo puesto. Completa el podio el Río Hortega, seguido del Hospital Universitario de Burgos —en mitad del error de tratamiento que causó la muerte de dos pacientes— y del Complejo Asistencial de Salamanca.

Dentro del tipo de reclamaciones, un total de 47 muertes en hospitales de Castilla y León se asociaron a presunta mala praxis médica, con los de Valladolid también a la cabeza, con 10, misma cifra que en los de León. El resto de casos se reparten por Burgos (8), Salamanca (5), Ávila y Palencia (4), y Segovia y Zamora (2).

En cuanto a las reclamaciones más repetidas, los pacientes volvieron a poner el foco en la Cirugía General, aunque Traumatología y Oftalmología fueron las otras dos especialidades que lideraron con mayor número de denunciantes. En segundo lugar, las listas de espera acopiaron un importante recuento de quejas, pese al «descenso balsámico» que comparte el De-



Entrada al servicio de Urgencias en el Hospital Clínico de Valladolid, en una imagen de archivo. PHOTOGENIC

fensor del Paciente entre 2024 y 2025 al reducirse en 4.931 pacientes pendientes de una intervención quirúrgica y en 20 días menos de demora, cerrando el pasado año con 87 jornadas de espera de media para someterse a una cirugía en uno de los hospitales de la Comunidad.

Por el contrario, desde la asociación afirman que la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León «sigue sin levantar cabeza por su paupérrima gestión a contrataciones de personal sanitario», con una falta de especialistas que consideran que es «su espada de Damocles».

Así lo constatan con la falta de otorrinos y radiólogos en el Hospital del Bierzo, de urólogos y anestesistas en el HUBU, o de ginecólogos en el Hospital Río Carrión, en Palencia.

En la línea deficitaria, el Defensor del Paciente recoge en su memoria que, al margen de los oncólogos y médicos de Familia, hay «una tremenda escasez de facultativos en general». Además, exponen que el sector de Enfermería se encuentra «totalmente desbordado», mientras su sindicato reclama 4.000 profesionales más. «Por esta razón muchos consultorios rurales están ce-

rrados», justifican al respecto.

«Quizás el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, en vez de lamentarse ante el Ministerio de Sanidad y achacar el tropiezo a una cuestión de planificación estatal tendría que preguntarse por qué los profesionales sanitarios se marchan o no quieren ir a trabajar a Castilla y León. ¿Las ofertas de empleo del Sacyl son lo suficientemente atractivas? En cambio, Castilla y León invierte más de 755 millones de euros al año en Atención Primaria. En síntesis, la sanidad castellano y leonesa está llena de luces y sombras», aportan desde el Defensor del Pa-

ciente como conclusión.

«ESCENARIO INQUIETANTE»

Por toda la perspectiva general que se extrae del total reclamaciones presentadas ante el Defensor del Paciente, desde la asociación consideran que la sanidad pública se ha convertido en «un escenario inquietante». «El sistema sanitario español es universal y excelente, pero no funciona como debería porque los responsables políticos no lo están cuidando. En verano por las vacaciones, en invierno por la gripe. El sistema es insuficiente todo el año», reseñan, explicando a su vez que la solución pasaría por una mejor reparto de los recursos, con inversión y gasto. «Pero no es así, ya que el negocio se está imponiendo a la salud».

En esta línea, desde el Defensor del Paciente detallan que en 2025 se han producido más derivaciones que nunca en la historia a grupos hospitalarios privados, lo que contribuye a prolongar, un año más, una facturación de 200.000 seguros privados médicos nuevos en España.

Y no es el único problema que se atisba desde el organismo, donde recuerdan el descontento profesional contra el Ministerio de Sanidad por el borrador del Estatuto Marco; los retrasos en el diagnóstico de cáncer que se destaparon en Andalucía, pero que afectan a nivel nacional; el «peligro» de la Inteligencia Artificial en la atención médica; el colapso de la Atención Primaria; la falta de especialistas sanitarios; la saturación de los servicios de Urgencias hospitalarias; y la «mentira» de las listas de espera quirúrgica, con «regiones que hacen el recuento a su libre albedrío».

UGT denuncia a la Junta por no adaptar las titulaciones a unos 20.000 trabajadores públicos

VALLADOLID

La Unión General de Trabajadores (UGT) denunció a la Junta, con una demanda ante el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (TSJCYL), por el incumplimiento, firmado en convenio colectivo de personal laboral, de no adaptar las titulaciones a entre 15.000 y 20.000 trabajadores públicos, a los que «exige más de lo que les pagan».

«La Junta lo reconoce, lo firma en sus acuerdos, pero no lo cumple. Exige una titulación para entrar y luego paga por debajo. Se va a atrasando y pasan los años y habrá gente que

se jubile habiendo trabajado toda la vida como técnico superior y cobrado como auxiliar. Pues nada, nos vamos a los juzgados y que decida un juez», sentenció el secretario general UGT Servicios Públicos en la Comunidad, Tomás Pérez, quien trasladó el pésame a los familiares del accidente ferroviario en Córdoba y deseó la pronta recuperación de los heridos.

A su juicio, el sindicato acusó a la Junta a «negarse a aplicar la reclasificación profesional que los técnicos reivindican desde hace décadas», y que afecta a técnicos de Educación

Infantil, agentes medioambientales y sanitarios, en general, en los que «se han ahorrado mucho dinero» en los últimos 20 años.

En este sentido, la secretaria del Sector de Sanidad UGT en la Comunidad, Rosa López, defendió, en declaraciones recogidas por Ical, que no se trata de una «subida salarial, sino un reconocimiento adaptado a la normativa vigente, que debería tener un reflejo en la reclasificación del personal estatutario».

López apuntó que en el acuerdo marco, firmado en 2022, «se obligaba a las administraciones autonómi-

cas a llevar a cabo esta reclasificación y compensar a profesionales que llevan años con un agravio retributivo e injustificado», algo que solo los representantes sindicales, dijo, «pueden negociar».

En la misma línea se posicionó la secretaria de IA y Transporte Sanitario del sindicato, Marta Vián, quien pidió a la Consejería de Sanidad que cree la plaza de técnicos de emergencias; mientras el vicesecretario de Administración Autonómica y Diálogo Social de UGT SP Castilla y León, Carlos Arenas, centró su intervención en el convenio del personal laboral.

> SALAMANCA

Tumores de mama menos resistentes

El Cáncer del Centro de Investigación del Cáncer identifica nuevos mecanismos implicados en la resistencia a las terapias hormonales en el cáncer de mama luminal. Por **María Bausela**

En España la incidencia de nuevos casos de cáncer de mama ronda los 35.875, según datos de 2024 del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer, lo cual representa casi el 29% del total de los cánceres diagnosticados en mujeres ese año. Por su parte, el número de muertes por este tipo de tumores fue de 6.604 personas, de las cuales 6.513 eran mujeres, un dato que sitúa al cáncer de mama como la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres al representar cerca del 15% de todos los fallecimientos por en el país.

Si se establece una clasificación molecular de esta patología, el cáncer de mama cuenta con tumores luminal A o B, triple negativo y HER2 positivo. De ellos los tumores luminales representan prácticamente el 75% de los casos diagnosticados, así como cuentan con uno de los tratamientos más complejos en la oncología actual, con un mejor pronóstico para los luminales A que los B.

Estos tumores se caracterizan por contar con una expresión de receptores hormonales. Sus células presentan en su superficie unas moléculas sensibles a la acción de las hormonas que tienen capacidad para influir en el desarrollo del tumor. En el caso del luminal A, este presenta expresión de receptores de estrógenos y progesterona, mientras que el luminal B expresa receptores de es-

trógenos, pero no tiene apenas receptores de progesterona.

De cara a tratar ambos tipos se emplean fármacos destinados a bloquear los receptores hormonales y, por tanto, evitar la división de la célula tumoral. Sin embargo, un gran porcentaje de pacientes no responde al tratamiento y quienes sí lo hacen pueden llegar a desarrollar resistencia durante los primeros años desde el diagnóstico. Un nuevo estudio del Centro de Investigación del Cáncer (CIC) de Salamanca ha identificado nuevos mecanismos que están implicados en esa resistencia a las terapias hormonales en el cáncer de mama luminal.

El equipo liderado por Antonio Hurtado y Sandra López, investigadores principales del Grupo de Genómica Funcional del CIC y del Grupo de Regulación del Ciclo Celular en el Instituto de Biología Funcional y Genómica, ha demostrado que la localización y la actividad de la proteína FOXA1 dependen del estado de acetilación, y su interacción con las vías HER2 y HER3, receptores conocidos por su presencia en la generación de resistencias a los tratamientos en terapias dirigidas contra el receptor de estrógenos.

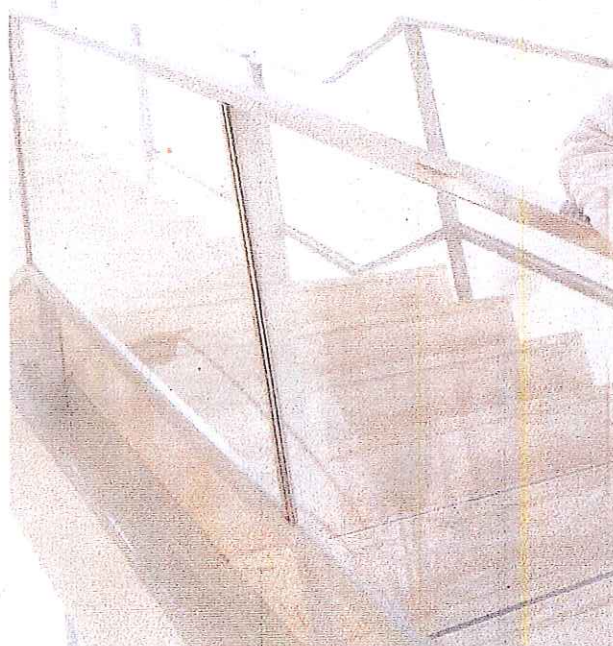
Mediante una colaboración con el Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer salmantino, el Institute of Biosciences de la Universidad de Oslo y el Institute for Cancer Research del Hospital Radium de Noruega han identi-

cado a esta proteína como un regulador central en la respuesta a las terapias hormonales en el cáncer de mama luminal, un hallazgo que abre las puertas a que se pueda superar esa resistencia al tratamiento.

«La investigación surge de una pregunta clínica muy clara: ¿por qué un número significativo de pacientes con cáncer de mama, inicialmente sensibles a la terapia hormonal, acaban desarrollando resistencias? Sabíamos que HER2 y HER3 estaban implicados, pero faltaba entender el mecanismo molecular exacto», apunta Hurtado, investigador en biomedicina especializado en estos mecanismos moleculares que regulan el cáncer de mama, en particular aquellos que explican por qué algunos tumores dejan de responder a los tratamientos.

La resistencia al tratamiento hormonal es «uno de los principales retos clínicos actuales en el cáncer de mama. Aunque estos tratamientos son muy eficaces, una parte significativa de las pacientes recaen con el tiempo. Entender cómo se produce esa resistencia es esencial para anticiparse y diseñar nuevas estrategias terapéuticas que prolonguen la eficacia de los tratamientos y mejoren la supervivencia».

Así, gracias a las colaboraciones internacionales y los resultados previos obtenidos en su laboratorio, decidieron abordar este problema «desde un punto de vis-



Antonio Hurtado, investigador del CIC y el IBFG. ENRIQUE CARRASCAL

ta mecanístico y traslacional» con este proyecto que estudia cómo las células del cáncer de mama logran escapar a los tratamientos

hormonales centrándose en FOXA1, que actúa como reguladora de la actividad genética.

Su objetivo principal fue identi-

BLOC OPINIÓN

¿Burbuja en la IA?

JORGE IZQUIERDO ZUBIATE

La IA parece el centro de todo. Es indudable que la irrupción de IA generativa está causando una auténtica revolución tecnológica, industrial, laboral, y geopolítica. No obstante, el desarrollo vertiginoso de la IA no oculta que podemos estar ante una burbuja de proporciones gigantescas. El presupuesto en infraestructuras de IA de las grandes tecnológicas americanas para los próximos 5 años supera los 3 billones \$ (infraestructuras sometidas a una alta depreciación), lo que equivale a veinte Planes Marshall a precio real, y los ingresos

sólo llegan al 2% de esta inversión.

Desde 2022, la IA ha supuesto el 90% de las inversiones y el 80% del crecimiento del índice S&P500, algo sin precedentes. La parte del león de este gasto es el despliegue acelerado de centros de datos para IA de todas las grandes Meta, Alphabet, Microsoft o Amazon, que buscan acumular capacidad de cómputo.

Estas inversiones se están financiando a través de la canalización de los beneficios y de la emisión de bonos, de forma que las tecnológicas han superado a los bancos

como primer actor global de deuda corporativa.

Se están empezando a generar esquemas que recuerdan a la burbuja de las puntocom o a la crisis de las subprime. Se construye una gran infraestructura, se alquila a una tecnológica y los ingresos futuros del alquiler se incluyen en bonos que compran grandes fondos de inversión.

La financiación de la IA se basa en la especulación sobre la rentabilidad de los centros de datos. Si la IA no cumple con los pronósticos de crecimiento, el ciclo estallará y el riesgo estará repartido por todo el sistema financiero mundial, que podría sufrir el mayor tsunami que se recuerde.

Hay factores que pueden reducir el riesgo, como el hecho de que estas corporaciones no son start-ups sino las mayores empresas del mundo. Hay otros que lo com-



plican, como que las inversiones siguen aumentando a un ritmo vertiginoso y son más sistémicas, o que la irrupción de nuevos actores reduzca el margen necesario para no explotar la burbuja.

Los pronósticos no suelen cumplirse al 100%, pero es probable que esta burbuja se desinfle de forma abrupta y deje muchas cicatrices en el sistema financiero mundial.

Esperemos que cuando llegue el momento, no seamos los ciudadanos los que asumamos toda esta deuda de forma conjunta y globalizada. Las últimas crisis financieras han dejado las herramientas financieras de los estados debilitadas, otro 'too big to fail' sería complicado de digerir en el momento actual.

Jorge Izquierdo Zubiate es gerente de la Fundación General de la Universidad de Burgos.



ANTONIO HURTADO, INVESTIGADOR DE GENÓMICA FUNCIONAL DEL CIC Y DE REGULACIÓN DEL CICLO CELULAR EN EL IBGFC

«El estudio abre la puerta a tratamientos más eficaces y personalizados en el cáncer de mama»

«Este trabajo, centrado en el estudio de los mecanismos implicados en la resistencia a las terapias hormonales en el cáncer de mama luminal, abre la puerta a tratamientos más eficaces y personalizados en el cáncer de mama, permitiendo anticipar qué pacientes van a beneficiarse de combinaciones terapéuticas y disminuir la tasa de recaídas tras usar tratamientos hormonales», apunta Antonio Hurtado, investigador principal del Grupo de Genómica Funcional del Centro de Investigación del Cáncer y del Grupo de Regulación del Ciclo Celular en el Instituto de Biología Funcional y Genómica de Salamanca.

«Los resultados que hemos obtenido nos ayudan a entender por qué algunos tumores no res-

ponden o dejan de responder a la terapia hormonal, y sugieren el uso de nuevas combinaciones de fármacos que podrían prevenir o revertir la resistencia. A largo plazo, esto puede traducirse en una mayor calidad de vida para los pacientes».

«A lo largo de mi trayectoria el objetivo de mi trabajo ha sido siempre contribuir a que el conocimiento básico se convierta en mejores opciones terapéuticas para las personas que lo necesitan», asegura. Por ello, incide que con esta investigación su objetivo personal es que «tenga un impacto real en la práctica clínica. Saber que el trabajo de laboratorio puede contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes es lo que más me motiva».

Para poder llegar a este pun-

to remarca que ha sido fundamental la participación del Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer salmantino, el Institute of Biosciences de la Universidad de Oslo y el Institute for Cancer Research del Hospital Radium de Noruega.

«Me interesa especialmente impulsar una investigación colaborativa e internacional, como la que ha hecho posible este proyecto. La cooperación entre centros de España y otros países europeos, que se ha situado como un factor crucial del éxito de nuestro trabajo. Es un ejemplo claro de cómo la ciencia básica, cuando se orienta a problemas clínicos reales, puede generar conocimiento con un alto potencial de impacto social», incide.

HER3, y cómo este proceso contribuye a la resistencia a terapias dirigidas contra el receptor de estrógenos.

Para ello, optaron en primer lugar por realizar una caracterización molecular, analizando cómo FOXA1 se une al ADN en distintos contextos tumorales. Tras esto pasaron a realizar estudios funcionales para entender cómo estos cambios afectan al crecimiento tumoral y a la respuesta a los tratamientos. Y, finalmente, realizaron la validación de la información obtenida en modelos animales, algo que les permitió «confirmar la relevancia biológica y terapéutica de los hallazgos».

Gracias a este trabajo, han demostrado que la activación de HER2 y HER3 provoca un cambio químico en FOXA1 conocido como 'desacetilación', el cual deter-

mina su localización en el genoma y su forma de actuar en función de las señales emitidas por los receptores, los cuales activan rutas moleculares que pueden favorecer la resistencia a tratamientos dirigidos a las terapias sobre los receptores de estrógeno.

Esta modificación de la proteína le permite activar genes asociados a un peor pronóstico para los pacientes y el desarrollo de la resistencia terapéutica. Dicho proceso causa que los tumores puedan seguir creciendo incluso cuando se bloquea el receptor de estrógenos.

Debido a esto han optado por la combinación de terapias dirigidas contra la señalización de HER2 y HER3, y del receptor de estrógenos, algo con lo que han mostrado su capacidad para revertir la resistencia en tumores HER2-low.

Asimismo, el uso de inhibidores selectivos ha restaurado el control hormonal del crecimiento de las células tumorales.

De forma adicional, han identificado a la enzima HDAC2 como un regulador clave de este proceso y mediadora de la señalización de HER2 y HER3, posicionándola como una potencial diana terapéutica. «El siguiente paso del proyecto es trasladar los resultados al ámbito clínico. Esto incluye identificar biomarcadores que nos permitan predecir qué pacientes desarrollarán resistencia y explorar nuevas combinaciones terapéuticas, por ejemplo combinando tratamientos hormonales con inhibidores de HER2 y HER3 o de enzimas como HDAC2. Así queremos llegar a nuestro objetivo final de diseñar ensayos clínicos más personalizados», remarca.

ficar aquellos mecanismos moleculares que permiten a los tumores de mama crecer de forma independiente de las hormonas. En

concreto, querían detallar cómo FOXA1 cambia su función y su localización en el ADN en respuesta a la activación de HER2 y

BLOG OPINIÓN

Innovación, colaboración e impacto

HÉCTOR JIMENO

El sector del hábitat está viviendo una de las mayores transformaciones de su historia reciente. Las presiones regulatorias, la urgencia climática, la descarbonización, la digitalización y la evolución de las demandas sociales están obligando a las empresas, especialmente a las pymes, a tomar decisiones que condicionan su competitividad a medio plazo.

Es tiempo de acción para posicionarse dentro de la cadena de valor.

A un mes de que finalicen el periodo de ejecución de los fondos Next Generation,

que sin duda han marcado este lustro, y con el contexto descrito de fondo, llega de la mano de la Agrupación Empresarial Innovadora del Clúster de Hábitat Eficiente, AEICE, la II edición de Hábitat de Vanguardia. Un congreso que se consolida como el foro estratégico de referencia nacional.

Bajo el subtítulo de los 'resultados construidos' abordará soluciones técnicas y servicios, entre otras cuestiones, que han hecho de la colaboración, la innovación o el impacto un valor empresarial y una pieza

clave para conseguir un modelo de negocio sólido y rentable.

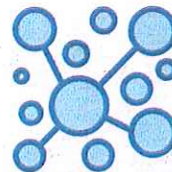
El congreso no abordará solo lo que hacen, sino cómo lo han conseguido, cual ha sido ese camino para llegar al punto de madurez en el que ahora se encuentran.

Queremos profundizar en sus aprendizajes, decisiones clave y resultados medibles de estos actores del sector hábitat para que sirvan de referencia a empresas que buscan competir mejor.

Porque la innovación es un motor de competitividad basado en la diferenciación y en la optimización del proceso productivo.

Un ejemplo de esto será el diálogo Bacterias constructoras: usos posibles para el sector, entre IDOM y METFILTER.

En un sector de alta fragmentación y atomización la colaboración es clave para poder crecer, y alcanzar ciertas economías



de escala.

Por ello conoceremos casos como la empresa ACTIA u HONEXT, que desde la colaboración de agentes de diferentes partes de la cadena de valor se han convertido en referencia para el sector.

Abordaremos también la economía basada en IMPACTO, cuya inversión que en España alcanza en 2023 los 3.257 millones de euros, con un crecimiento anual del 26%.

Hábitat de Vanguardia se configura así punto de encuentro para quienes buscan referencias contrastadas y alianzas estratégicas.

Desde el ecosistema AEICE, el hábitat del futuro ya se está construyendo..

Héctor Jimeno es el coordinador de Área técnica de Transformación Verde y Sostenibilidad de AEICE



Francisco Lorenzo-Martín, científico en el Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca, junto con uno de los miembros de su equipo de trabajo. ENRIQUE CARRASCAL

> SALAMANCA

Modelos para ver crecer tumores

Desde el Centro de Investigación del Cáncer establecen un protocolo que detalla cómo generar un modelo de 'mini-colon' en el que poder ver el desarrollo y crecimiento del cáncer desde el minuto uno. Por **María Bausela**

A día de hoy la iniciación tumoral se sitúa como uno de los procesos menos comprendidos del cáncer y, al mismo tiempo, uno de los más relevantes desde el punto de vista preventivo. La mayoría de terapias actúan cuando el tumor ya está establecido, por ello entender qué ocurre en los primeros pasos de la enfermedad, así como qué factores la favorecen o la frenan, puede abrir la puerta a nuevas estrategias de prevención y de intervención temprana. Debido a esto Francisco Lorenzo-Martín, científico en el Centro de Investigación del Cáncer (CIC) de Salamanca, y su equipo de trabajo pusieron en marcha una investigación con la que han podido establecer un protocolo experimental que detalla cómo generar, paso a paso, un modelo de 'mini-colon' en el que poder de iniciar tumores in vitro para ver su desarrollo desde el minuto uno.

Esta iniciativa surge durante la etapa postdoctoral en la Escuela Politécnica Federal de Lausana, Suiza, del Doctor en Biología y Clínica del Cáncer que lidera un grupo de investigación en el CIC centrado en modelos avanzados de cáncer y oncogenómica. «La idea vino a partir de una pregunta muy

básica, pero difícil de abordar con los modelos tradicionales, cómo se origina realmente un tumor en un tejido organizado. Los modelos animales y los cultivos celulares convencionales no permitían responder a esta cuestión con la precisión espacial y temporal necesaria. Por ello me planteé la posibilidad de crear un sistema híbrido, que funcionara como un tejido vivo pero en un entorno controlado y accesible experimentalmente».

Así, el proyecto tenía por objetivo principal proporcionar una plataforma experimental «robusta y reproducible» para estudiar la iniciación del cáncer colorrectal en un contexto lo más cercano posible al tejido humano real. Y, a largo plazo, su siguiente objetivo es llegar a utilizar este conocimiento para identificar mecanismos clave, dianas terapéuticas y factores ambientales o biológicos que influyen en el desarrollo del cáncer.

La investigación ha consistido en el desarrollo y estandarización de un modelo de 'mini-colon' bioartificial que reproduce la arquitectura y el comportamiento funcional del intestino grueso. Este sistema permite observar y controlar, en el laboratorio y fuera de un organismo vivo, cómo se inicia un tumor colorrectal, «desde las

primeras células transformadas hasta las fases iniciales de crecimiento tumoral». Este sistema único en el mundo ha sido descrito de forma detallada por los investigadores en la revista científica *Nature Protocols* para permitir que pueda ser reproducido y utilizado por otros laboratorios.

Así, dan a conocer su protocolo que combina técnicas de bioingeniería, cultivo de tejidos y control genético preciso. Las células del colon crecen sobre un «andamio» de hidrogel, que es una especie de gelatina, con una geometría definida mediante láser, de tal manera que imita la estructura del intestino. Esto favorece que el tejido se organice de forma muy similar a como lo hace en una persona. Además, incorporaron sistemas de control genético activables por luz, lo cual les permitió inducir de manera precisa la transformación tumoral en células concretas, en un lugar y momento determinados. «De este modo, podemos 'encender' el proceso tumoral y seguirlo paso a paso en tiempo real», remarca.

Entre sus principales ventajas el investigador destaca la reducción del uso de modelos animales, el alto grado de control experimental y la posibilidad de estudiar procesos

dinámicos con un nivel de detalle «sin precedentes». Además, al tratarse de un protocolo abierto y documentado, facilita que otros laboratorios adopten la tecnología, «acelerando el progreso en el campo y democratizando el acceso a modelos avanzados de cáncer».

Para llegar al desarrollo de este sistema el primer paso que dieron fue la creación y validación del prototipo del modelo bioartificial, demostrando que reproduce de forma fiel la organización del colon y permite iniciar tumores de manera controlada, lo que dio lugar a un trabajo publicado en 2024. Mientras que, la segunda fase ha sido la estandarización y descripción detallada del método en el artículo publicado recientemente.

De esta forma, han observado que es posible reproducir «con gran precisión» los primeros eventos de la transformación tumoral colorrectal en un tejido organizado. Su modelo permite seguir estos procesos en tiempo real y a resolución de célula única, «algo que hasta ahora no era posible». Además, han demostrado que el sistema es reproducible y sensible a cambios en el microambiente, «lo que lo convierte en una herramienta muy potente para investigación básica y aplicada».

«Actualmente, nos encontramos en una fase de implementación y adaptación del sistema en Salamanca, ampliándolo para estudiar interacciones con el microambiente tumoral, como la microbiota y el sistema inmune, y la respuesta a terapias». Sus siguientes objetivos, una vez finalicen esa implementación, pasan por aplicar esta plataforma a «preguntas más complejas y traslacionales».

Quieren estudiar cómo distintos perfiles genéticos, dietas, composiciones de la microbiota o tratamientos influyen en la iniciación y progresión tumoral. «A medio plazo, la idea es integrar este tipo de modelos en estrategias de medicina de precisión, utilizando tejidos derivados de pacientes para predecir respuestas terapéuticas o riesgos de progresión».

«Me gustaría que este proyecto contribuyera a cambiar la forma en la que estudiamos el cáncer, poniendo el foco en sus fases más tempranas y en modelos más relevantes desde el punto de vista fisiopatológico. Mi mayor motivación es crear herramientas que puedan ser útiles para otros investigadores y que tengan un impacto real, a largo plazo, en la prevención y el tratamiento del cáncer colorrectal», incide Lorenzo-Martín.