

ISSN 0304-4858 | e-ISSN 2173-2302

Gaceta Médica de Bilbao

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Información para profesionales sanitarios
Bilboko Medikuzientzien Akademiaren aldizkari ofiziala. Osasun langileentzako informazioa
Official Journal of the Bilbao Academy of Medical Sciences. Information for health professionals

Vol. 120, No. 1. Enero-Marzo 2023
120. Libur. 1. Zenb. 2023ko Urtarrila-Martxoa
Vol. 120, No. 1. January-March 2023

Publicación incluida en:
SCOPUS, Scimago Journal &
Country Rank (SJR), NLM
(NLMUID 7505493), Excerpta
Medica Data Base (EMBASE),
Google Scholar, DIALNET,
Latindex, Inguma

Euskaraz dagoen lehen
aldizkari zientifiko biomedikoa

Decana de las revistas
médicas de España.
Fundada en 1894



125 *urte / años*
1895-2020
BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

www.acmbilbao.org

www.gacetamedicabilbao.eus

COMPROMISOS IMQ

Compromiso #3 Ponértelo fácil con soluciones digitales



Vídeo consulta



Oficina online



Chat médico



Tarjeta IMQ en el móvil

y muchos más en la APP de IMQ.



> Queremos comprometernos contigo.
Descubre cómo.

Contrátalo en imq.es, en el 900 81 81 50 o en nuestra red de oficinas:

BIZKAIA

Máximo Aguirre, 18 bis, 48011
Bilbao

GIPUZKOA

Plaza de Euskadi, 1, 20002
Donostia

ARABA

Av. Gasteiz, 39, 01008
Vitoria-Gasteiz

Ver condiciones generales de la póliza. RPS 122/20.



Cuidamos de ti

GACETA MÉDICA DE BILBAO



125 *urte / años*
1895-2020
BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Director

Ricardo Franco Vicario

Jefe de redacción

María Elena Suárez González

Secretario de redacción

José Manuel Llamazares Medrano

Consejo de redacción

Carmelo Aguirre
Antonio del Barrio Linares
Ángel Barturen Barroso
Jacinto Bátiz Cantera
Francisco L. Dehesa Santisteban
Ana María García Arazosa
Carmen de la Hoz Torres
M.^a Carmen N. Espinosa Furlong

Juan I. Goiria Ormazabal
Fco. Javier Goldaracena
Adrian Aginagalde Llorente
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu
José Manuel Llamazares
Arsenio Martínez Álvarez
Gabriel Martínez Compadre
Agustín Martínez Ibarguen

Alberto Martínez Ruiz
Teresa Morera Herreras
Julen Ocharan Corcuera
Guillermo Quindós Andrés
Alfredo Rodríguez Antigüedad
Juan José Zarranz Imirizaldu
José Luis Neyro Bilbao

Junta de Gobierno (ACMB)

Presidente

Ricardo Franco Vicario

Vicepresidente Biología

M.^a Isabel Tejada Mínguez

Vicepresidente Farmacia

Juan Uriarte García-Borreguero

Vicepresidente Medicina

Agustín Martínez Ibarguen

Vicepresidente Odontología

Ana María García Arazosa

Vicepresidente Veterinaria

Ramón Juste Jordán

Secretario general

Agurtzane Ortíz Jauregui

Secretario de actas

Miguel Ángel Ulibarrena Sainz

Bibliotecario

Eduardo Areitio Cebrecos

Tesorero

Víctor Echenagusia Capelastegui

Jefe de redacción

Elena Suárez González

Secretaria de redacción

Elena Suárez González

Vocales

M.^a Luisa Arteagoitia González

Beatriz Astigarraga Aguirre

Eugenio Domínguez Zapatero

Lourdes Íscar Reina

Mikel Sánchez Fernández

Elixabete Undabeitia P. de Mezquia

Marcelo Calabozo Raluy

Alejandro de la Serna Rama

Arantza Fernández Rivas

Ana Gorroñogoitia Iturbe

Expresidentes

Juan Ignacio Goiria Ormazabal

Juan José Zarranz Imirizaldu

Contacto

© Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.
C/ Lersundi 9, 5.º. C. P. 48009 Bilbao. Bizkaia. España. Tel.: +(34) 94 423 37 68.
Web: www.acmbilbao.org. E-mail: academia@acmbilbao.org

Envío de artículos a Gaceta Médica de Bilbao: gacetamedicabilbao@acmbilbao.org
Web de la Gaceta Médica de Bilbao y normas de publicación: <http://www.gacetamedicabilbao.eus>

Comité editorial internacional

Anestesia y Reanimación

Juan Heberto Muñoz, D. F. México

Cardiología

Carlos Morillo, Canadá

Ciencias de la Alimentación

Flaminio Fidanza, Perugia, Italia

Cirugía Digestiva-Oncología

Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile

Cirugía Vascul y Angiología

Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.

Economía de la Salud

Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.

Farmacología Clínica

Patrick du Souich, Montreal, Canadá

Gastroenterología

Henry Cohen, Montevideo, Uruguay

Hematología

Alejandro Majlis, Santiago, Chile

Hipertensión

Antonio Méndez Durán, CDMX, México

Medicina Interna

Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.

Medicina del Trabajo

Pierre Brochard, Burdeos, Francia

Nefrología

Ricardo Correa-Rotter, D. F. México

Neurología

F. Barinagarrementeria, México

Odontología

Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.

Odontología Pediátrica

Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel

Psiquiatría

Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.

Radiodiagnóstico

Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

Virología

Luc Montaigner, París, Francia

Comité editorial (presidentes de las secciones)

Alergología

Pedro Gamboa Setién

Análisis Clínicos

Paloma Liendo Arenaza

Anestesia y Reanimación

Alberto Martínez Ruiz

Biología

Nieves Zabala Arriaga

Cardiología

Alain Laskibar Asua

Cirugía General-Laparoscopia

Carlos Pérez San José

Cirugía Plástica

Francisco J. García Bernal

Cirugía Vascul y Angiología

Ángel Barba Vélez

Cuidados Paliativos

Jacinto Bátiz Cantera

Dolor (Tratamiento del)

María Luisa Franco Gay

Economía de la Salud

Joseba Vidorreta Gómez

Educación Médica

Jesús Manuel Morán Barrios

Emergencias y Medicina Crítica

Gontzal Tamayo Medel

Endocrinología

Yolanda García Álvarez

Estudiantes de Medicina

Iñigo Arroyo Pérez

Euskera y plurilingüismo

Agurtzane Ortiz Jauregi

Farmacología

Monike de Miguel

Gastroenterología

Maite Bravo Rodríguez (Gastro. Viz.)

Geriatría

Naiara Fernández Guitiérrez

Gestión y Calidad Asistencial

María Luisa Arteagoitia

Ginecología y Obstetricia

Álvaro Gorostiaga Ruiz-Garma

Hematología

José Antonio Márquez Navarro

Historia ciencias de la salud

Enrique Aramburu Araluce

Jóvenes-Residentes

Iñigo Arroyo Pérez

Medicina del Trabajo

Alberto Ojanguren

Medicina Deportiva

José Antonio Lekue Gallano

Medicina Familiar

José Manuel Llamazares Domingo

Medicina Física y Rehab.

Eva Lomas Larrumbide

Medicina Interna

Ricardo Franco Vicario

Medicina Legal y Forense

Francisco Etxeberria Gabilondo

Nefrología-Hipertensión

Rosa Inés Muñoz González

Neumología

Isabel Urrutia Landa

Neurofisiología

Silvia Taramundi Argüeso

Neurología

José María Losada Domingo

Odontología

Alberto Anta Escuredo

Oftalmología

Nerea Martínez Alday

Oncología Médica

Guillermo López Vivanco

Otorrinolaringología

Arantza Ibargutxi Álvarez

Pediatría

Jesús Rodríguez Ortiz

Psicosomática

Isabel Usobiaga Sayés

Radiología/Diag. por la Imagen

Arsenio Martínez Álvarez

Relaciones con Hispanoamérica

José Luis Neyro Bilbao

Relaciones Internacionales

Julen Ocharan

Reumatología

Olaia Fernández Berrizbeitia

Salud Pública

Enrique Peiró Callizo (Socinorte)

Salud y Medio Ambiente

Enrique García Gómez

Salud Mental

José Andrés Martín

Toxicomanías

Javier Ogando Rodríguez

Traumatología

Eduardo Álvarez Irusteta

Urgencias

Patricia Martínez Olaizola

Urología

José Gregorio Pereira Arias

Vacunas y Antimicrobianos

Lucila Madariaga Torres

Valoración del daño corporal

Fernando Loidi Yurrita

Veterinaria

Medelin Ocejo Sianturu

SUMARIO

Gaceta Médica de Bilbao



125 urte / años
1895-2020
BILBOKO
MEDIKU ZIENTZIEN
AKADEMIA
ACADEMIA DE
CIENCIAS MÉDICAS
DE BILBAO

Vol. 120, No. 1. Enero-Marzo 2023
120. Libur. 1. Zenb. 2023ko Urtarrila-Martxoa
Vol. 120, No. 1. January-March 2022

Original / Originala / Original

- Seguimiento a cinco años de los Reservorios Venosos Subcutáneos implantados para tratamiento quimioterápico en pacientes oncológicos**
Paziente onkologikoen kimioterapia bidezko tratamendurako jarritako larruzalpeko erreserborio benosen jarraipena 5 urtera
Five-year follow-up of Totally Implantable Venous-Access Ports for chemotherapy treatment in cancer patients
Barba-Vélez Ángel.....01

Nota clínica / Ohar klinikoa / Clinical note

- Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in a young patient secondary to covid: a report of two cases**
Neumomediastino y enfisema subcutáneo en paciente joven, secundario a covid: a propósito de dos casos
Pneumomediastinoa eta larruzalpeko enfisema paziente gaztean, bigarren mailakoa covid egoeran: bi kasuri dagokienez
Gómez-Banuelos L.V, Loria-Castellanos J..... 11

Nota histórica / Ohar historikoa / Historical note

- Inicio de los colegios de dentistas en el País Vasco**
Dentisten Elkargoen Hasiera Euskal Autonomia Erkidegoan
Beginning of dental colleges in the Basque Country
Urberuaga-Erce Maitena, Izaguirre-Mendikute Iñaki..... 16
- Jon (Juan José, Jean) de Recondo, un gran neurólogo y activista vasco en el exilio**
Jon (Juan José, Jean) de Recondo, erbesteko euskal neurologo eta aktibista handia
Jon (Juan José, Jean) de Recondo, a great Basque neurologist and activist in exile
Zarranz-Imirizaldu Juan-J.....27
- José Luis Arenillas Ojinaga, médico y último jefe de la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil**
José Luis Arenillas Ojinaga, medikua eta Euzkadiko Osasun Militarreko azken burua Gerra Zibilean
José Luis Arenillas Ojinaga, doctor and de last chief of the Militar Health Service of Euzkadi during the Civil War
Ipiña-Bidaurreazaga Aritza.....34

Cuidar la dignidad de la persona para conservarla hasta el final Pertsonen duintasuna zaindu azkenera arte gordetzeko Take care of the dignity of people to preserve it until the end Bátiz-Cantera Jacinto.....	43
Lo masculino ¿en crisis? Maskulinoa, krisian? The masculine in crisis? Barandiaran Sofía Artaloytia Juan-Francisco, Erroteta José-Mari, Duña Elsa, Gutiérrez José-María, Marauri Elena, Marcilla Teresa.....	47
Revisores, año 2022 Begiratzaileak. 2022 2022 reviewers Redacción Gaceta Médica de Bilbao.....	56



Sala de Prensa online

inicio | quienes-somos | servicios | clientes | trabaja con nosotros | nota 2.0 | contacto



Especialistas

en comunicación sanitaria y
en la difusión de congresos
de ciencias de la salud
desde 1996

más información

Comunicación
Sanitaria

amplia especialización

Comunicación
en Congresos

más de 100 ponencias

Comunicación
de Crisis

planes de gestión

Formación
de Portavoces

expertos en comunicación

Gabinete
de Prensa

gestión de medios

Creación
de Líderes

de opinión / referentes

Consultoría
Estratégica

de comunicación

Oficinas centrales. Plaza de San José 3, 1.º dcha. 48009 Bilbao (Bizkaia). Tel.: (+34) 94 423 48 25.

E-mail: info@docorcomunicacion.com. Web: <http://www.docorcomunicacion.com>

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil



Seguimiento a cinco años de los Reservorios Venosos Subcutáneos implantados para tratamiento quimioterápico en pacientes oncológicos

Barba-Vélez Ángel^a

(a) Clínica IMQ Zorrotzaurre. Unidad de Angiología y Cirugía Vascul. Bilbao, España

Recibido el 19 de abril de 2022; aceptado el 16 de octubre de 2022

Resumen:

Material y método:

De forma retrospectiva se sigue la evolución de los Reservorios Venosos Subcutáneos (RVS) implantados en el año 2016 por un solo angiólogo y cirujano vascular. Se estudian las características demográficas, vías de acceso del RVS, complicaciones, explantes y sus causas, seguimiento y grado de satisfacción de los pacientes hasta diciembre de 2021.

Resultados:

Desde enero a diciembre de 2016 se implantó un RVS a 90 pacientes con una edad media de $60,7 \pm 10,1$ años, siendo 54 mujeres (60%). De los 90 RVS, 70 (77,8%) lo fueron por Disecación de Vena Cefálica (DVC) y 20 (22,2%) mediante Técnica de Seldinger por Vena Subclavia (SVS). Inicialmente se eligió el lado izquierdo siendo la DVC izquierda la más utilizada en el 64,4% de los casos. El diámetro medio de la Vena Cefálica fue de $3,6 \pm 0,8$ mm. No hubo mortalidad ni complicaciones intra/postoperatorias. Durante el seguimiento, se produjeron cinco complicaciones (5,6%) siendo la infección del sistema el 40% del total. Se explantaron 20 RVS (22,2%), el 75% por fin de tratamiento, el 15% por infección y el 10% por oclusión del sistema. Fallecieron 57 pacientes (63,3%), el 96,5% a causa de la neoplasia. Al final del estudio llegaron 33 pacientes (36,7%), el 45,5% con el RVS normofuncionante. La supervivencia acumulada fue mayor entre las mujeres, pero no de forma significativa. El grado de satisfacción de los pacientes fue bueno o muy bueno en el 96,9% de los casos.

Conclusión:

El implante de un RVS por DVC es una técnica sin complicaciones intra/postoperatorias que mejora la calidad de vida de los pacientes oncológicos durante su tratamiento quimioterápico intravenoso.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Reservorio Venoso Subcutáneo.
Complicaciones.
Seguimiento.
Grado de satisfacción.

GILTZA-HITZAK

Larruazalpeko
erreserborio benosoak.
Konplikazioak.
Jarraipena.
Gogobetetze-maila.

Paziente onkologikoen kimioterapia bidezko tratamendurako jarritako larruazalpeko erreserborio benosen jarraipena 5 urtera

Laburpena:

Materiala eta metodoa:

Atzera begirako eboluzioa egiten ari zaie angiologo eta kirurgialari baskular bakar batek 2016an jarri zituen larruazalpeko erreserborio benosoei (RVS, gaztelaniaz). Alde hauek aztertzen ari dira, 2021eko abendura arte: ezaugarri demografikoak, RVSen sarbideak, konplikazioak, esplanteak eta horien kausak, pazienteen jarraipena eta gogobetetze-maila.

Emaitzak:

2016ko urtarriletik abendura 90 pazienteri jarri zitzairen RVS bat, eta horien batez besteko adina $60,7 \pm 10,1$ urtekoa zen. Horien artean, 54 emakume ziren (%60). Jarritako 90 erreserborio haien artean 70 (%77,8) zain zefaliko disezio bidez (DVC, gaztelaniaz) jarri ziren, eta 20 (%22,2), zain subklabiotiko Seldinger teknika bidez (SVS, gaztelaniaz). Hasiera batean, ezkerreko aldea aukeratu zen, eta ezkerreko DVCa erabili zen gehien kasuen %64,4an. Zain zefalikoaren batez besteko diametroa $3,6 \pm 0,8$ mm-koa zen. Ez zen inor hil eta ez zen ebakuntza barneko edo osteko konplikaziorik egon. Jarraipenak iraun zuen bitartean, 5 konplikazio (%5,6) egon ziren, eta sistemaren infekzioa guztizkoaren %40,0 izan zen. 20 RVS (%22,2) esplantatu ziren: tratamendua bukatu zelako, %75,0; infekzioagatik, %15,0, eta sistemaren oklusioagatik, %10,0. 57 paziente (%63,3) hil ziren, %96,5, neoplasiagatik. Ikerlanaren amaierara 33 paziente (%36,7) iritsi ziren, eta horien %45,5en RVSa normal funtzionatzen zuen. Biziraupen metatua handiagoa izan zen emakumeengan, baina ez modu esanguratsuan. Pazienteen gogobetetze-maila ona edo oso ona izan zen kasuen %96,9an.

Ondorioa:

RVS bat DVC bidez jartzea ebakuntza barneko edo osteko konplikaziorik ez duen teknika da, eta paziente onkologikoen bizi-kalitatea hobetzen du zain barneko kimioterapia bidezko tratamendua hartzen ari direnean.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Totally Implantable
Venous Access Ports.
Complications.
Follow up.
Satisfaction rate.

Five-year follow-up of Totally Implantable Venous-Access Ports for chemotherapy treatment in cancer patients

Abstract:

Material and method:

This article is a retrospective study of the progress of Totally Implantable Venous-Access Ports (TIVAP), implanted in 2016 by one single Angiologist and Vascular Surgeon. It examines demographic characteristics, port access routes, complications, explants and their causes, follow-up and degree of patient satisfaction up to December 2021.

Results:

From January to December 2016, a TIVAP was implanted in 90 patients with an average age of 60.7 ± 10.1 years, 54 of whom were women (60.0%). Of the 90 TIVAPs, 70 (77.8%) were by Cephalic Vein Cutdown (CVC) and 20 (22.2%) using the Seldinger Technique via Subclavian Vein Puncture (SVP). Initially, the left side was chosen, with Left CVC being the most frequently used with 64.4% of cases. The average diameter of the Cephalic Vein was 3.6 ± 0.8 mm. There were no intra/postoperative complications or mortality. During follow-up, 5 complications (5.6%) occurred, with system infection making up 40.0% of the total. 20 TIVAPs (22.2%) were explanted, 75.0% due to end of treatment, 15.0% due to infection and 10.0% due to system occlusion. 57 patients (63.3%) died, 96.5% due to neoplasia. At the end of the study, there were 33 patients (36.7%), 45.5% with a normal functioning TIVAP. Cumulative survival was high.

her among women, but not significantly. The degree of patient satisfaction was good or very good in 96.9% of the cases.

Conclusion:

The insertion of a TIVAP by CVC is a technique without intra/postoperative complications, which improves the quality of life of cancer patients during their intravenous chemotherapy treatment.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

El tratamiento quimioterápico intravenoso en pacientes neoplásicos necesita de accesos venosos periféricos de buena calidad, situación que en muchos pacientes no sucede. Para solucionar esto, la implantación de catéteres venosos centrales¹ fueron la solución en su inicio, pero no estaban libres de numerosas complicaciones.

Posteriormente, en 1982, el cirujano Niederhuber² describió la técnica del implante de un Reservorio Venoso Subcutáneo (RVS) mediante Disección de la Vena cefálica (DVC).

Hacía una incisión en el pliegue delto-pectoral, disecaba la Vena cefálica (VC), introducía un catéter por dicha VC, alojaba su punta en el confluente Vena Cava Superior/Atrio Aurícula Derecha y, finalmente, lo conectaba a un reservorio o puerto (Figura 1) que se alojaba subcutáneamente y que serviría para poner

medicación o alimentación parenteral, extracción de sangre, etc.

En terminología inglesa, la definición de este sistema es el de TIVAP (*Total Implantable Venous Access Port*) o simplemente Port a Cath.

En la actualidad, estos RVS, además de cirujanos mediante DVC, los implantan diversos especialistas (radiólogos, intensivistas oncológicos, etc.) de forma percutánea ecoguiada o no y por diversas vías venosas (subclavia, yugular interna/externa, etc.). En este trabajo, la inicial vía de implante es la DVC izquierda.

El objetivo de este trabajo es presentar la evolución a cinco años de pacientes a los que se les implantó un RVS en el año 2016 en un centro privado y por un solo cirujano vascular, estudiando sus complicaciones, causas de explantes, seguimiento hasta su fallecimiento o fin del estudio (diciembre 2021) y grado de satisfacción de los pacientes supervivientes.



Figura 1. Composición de Reservorio Venoso Subcutáneo (catéter/puerto).

Material y método

De forma retrospectiva se estudian la evolución a cinco años de los RVS implantados a pacientes oncológicos durante el año 2016. Cuando los pacientes acudieron a la consulta de Angiología y Cirugía Vascular se les informó de la técnica quirúrgica a realizar, se les explicó el seguimiento a que iban a ser sometidos y, posteriormente, firmaron el correspondiente consentimiento informado.

A todos ellos se les realizó un eco-dópler del pliegue deltopectoral izquierdo con un Eco-Dópler MyLab50 (ESAOTE) para conocer el diámetro y trayecto de VC izquierda "excepto" a pacientes zurdos, con mastectomía con/sin linfadenectomía o implantes previos de RVS/marcapasos por lado izquierdo; en estos casos, se explora la VC Derecha, con diámetro de VC $\geq 3,2$ mm y trayecto permeable se indicaba implante por DVC.

Se tomó este diámetro de referencia porque el sistema de implante que se utilizó en todos los pacientes fue un NuPport HP* (PHS MEDICAL) con un puerto unicameral de titanio y un catéter centimetrado de silicona de 9,6F ($\approx 3,2$ mm de diámetro externo). En caso de diámetro menor, el implante se realizaba con Técnica de Seldinger por Vena Subclavia Infraclavicular (SVS).

Las dos técnicas, DVC y SVS, se realizaron en quirófano con anestesia local y moderada sedación, incisión única de 3-4 cm en el pliegue deltopectoral, DVC, venotomía longitudinal, introducción del catéter y comprobación radiológica mediante un equipo BV Pulsera (Philips) que la punta del mismo estaba en el confluente Vena Cava Superior/Atrio Aurícula Derecha.

Se conecta el catéter al puerto, y este se fija en cara anterior del músculo pectoral mayor y, finalmente, se deja perfundido el sistema con suero heparinizado. No se utiliza profilaxis antibiótica ni anticoagulante. El RVS se puede utilizar de forma inmediata, como es el caso de muchos de nuestros pacientes. Se consideran complicaciones intra/postoperatorias (<30 días), aquellas derivadas del implante (neumo/hemotórax, lesión arterial o nerviosa, hematomas que precisen drenaje, etc.) y en seguimiento (>30 días) las producidas posteriormente (oclusión o infección del sistema, fracturas/dislocaciones del catéter/puerto, Trombosis Venosa Profunda (TVP) ipsilateral al implante, etc.).

El seguimiento de los pacientes se realizó mediante revisión de la historia clínica hospitalaria o de enfermería, ya que estos RVS precisan de una limpieza con una solución antitrombótica (Fibrilin) cada tres meses para mantenerlos permeables, pero, en último caso, mediante llamada telefónica.

A los pacientes que finalizaron el estudio se les realizó una encuesta oral sobre el grado de satisfacción del Servicio de Oncología (médicos oncólogos, personal del hospital de día oncológico, etc.) y el bloque quirúrgico (enfermería, auxiliares, celadores, técnicas de superficies). Igualmente, se les preguntó

sobre la comodidad del sistema. La respuesta podía ser mala, regular, buena o muy buena.

Tanto el estudio ecográfico, intervención y encuesta fue realizado por un único cirujano vascular.

Para el análisis estadístico, la descripción de las variables se realizó mediante tablas de frecuencias, medias y desviaciones estándar (DE). Para la comparación de las variables cuantitativas según el sexo se utilizó la prueba t o la prueba no paramétrica, y para la comparación de las variables cualitativas, la prueba Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para analizar la función de supervivencia de la mortalidad tras la implantación.

Para la comparación de las funciones de supervivencia según el sexo, se utilizó el test de logrank. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos con una $p < 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico SAS para Windows, versión 9.4 (SAS Institute, Inc., Cary, NC) y R versión 4.0.4.

Resultados

Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, se exploraron 90 VC en 36 hombres (40%) y 54 mujeres (60%) con una edad media de $60,7 \pm 10,1$ años.

En hombres, las neoplasias más frecuentes fueron las de colon (36,1%) y páncreas (21%), mientras que en mujeres fueron la de mama (38,9%) y colon (22,2%).

En la Tabla I se presentan los resultados generales del estudio encontrando que el diámetro medio de las VCs fue de $3,6 \pm 0,8$ mm siendo 74 de ellas (82,2%) $\geq 3,2$ mm y decidiendo el implante mediante DVC y en los 16 casos restantes (17,8%) por SVS, debido a tres ausencias y 13 VC pequeñas. En 70 casos (77,8%) se implantaron por el lado izquierdo, siendo por DVC izquierda en 58 ocasiones (64,4%), la vía de elección.

Las causas de indicación de implante por el lado derecho fueron en 12 casos (60%) por cirugía mamaria izquierda previa, cuatro pacientes zurdos (20%) y cuatro (20%) por implantes previos de RVS/Marcapasos en el lado izquierdo. En dos casos (2,9%) no pudo implantarse el RVS por DVC debido a un espasmo venoso. En estos casos se implantó el catéter por SVS en el mismo acto quirúrgico, por lo que la tasa de éxito por DVC fue del 97,2% y 100% por SVS.

No hubo complicaciones ni mortalidad intra/postoperatorias. Durante el seguimiento (>30 días), se produjeron cinco complicaciones (5,6%), un TVP (1,1%) en la extremidad superior homolateral, a los dos meses del implante, que se trató con Heparina de bajo peso molecular durante tres meses, dos oclusiones (2,2%) del catéter a los 19 y 34 meses del implante y dos (2,2%) infecciones del sistema a los seis y nueve meses.

La vía con menos complicaciones fue la VCI (1,7%) de forma significativa ($<0,001$). No hubo complicaciones mecánicas (dislocaciones/rotura de catéter o volteo del puerto).

Tabla I. Resultados generales

	Global	Hombres	Mujeres	p
Sexo	90	36 (40.0%)	54 (60.0%)	
Edad (años±DE)	60,7±10,1	62,6±10,3	59,5±9,9	0.1523
Diámetro medio (mm±DE)	3,6±0,8	3,5±0,9	3,7±0,6	0.4294
Vía inicial de acceso				
Vena Cefálica Izquierda	58 (64,4%)	27 (75,0%)	31 (57,4%)	
Vena Cefálica Derecha	16 (17,8%)	1 (2,8%)	13 (24,1%)	
Vena Subclavia Izquierda	12 (13,3%)	6 (16,6%)	6 (11,1%)	
Vena Subclavia Derecha	4 (4,5%)	2 (5,6%)	4 (7,4%)	
Complicaciones (>30 días)	5 (5,6%)	2 (2,3%)	3 (3,3%)	0.9000
Trombosis Venosa Profunda	1 (20,0%)	-	1	
Infección Sistema ^a	2 (40,0%)	1	1	
Oclusión Catéter	2 (40,0%)	1	1	
Explantes	20 (22,2%)	9 (10,0%)	11 (12,2%)	0.9000
Por fin de tratamiento	15 (68,2%)	7	8	
Por complicaciones	5 (31,8%)	2	3	
- Infección Sistema/Sepsis		2	1	
- Oclusión catéter		-	2	
Fallecimientos, n (%)	57 (63,3%)	26 (72,2%)	31 (57,4%)	0.1531
Seguimiento (meses±DE)	33,6±26,2	27,2±26,0	37,9±25,8	0.0714
Fallecimiento	15,1±11,5	12,1±9,3	17,6±12,7	
Fin de estudio	65,6±3,8	66,5±3,6	65,2±3,9	
Grado de Satisfacción^b	33	10 (30,3%)	23 (69,7%)	0.0726
Malo	-	-	-	
Regular	1 (3,1%)	-	1	
Bueno	4 (12,1%)	3	1	
Muy bueno	28 (84,8%)	7	21	

DE: Desviación Estándar - (a) Infección catéter/Puerto/piel - (b) Pacientes a fin de estudio (n=33)

Se explantaron 20 RVS (22,2%) siendo en el 68,2% de los casos por fin de tratamiento y el 15% por problemas infecciosos.

La curva de supervivencia de los pacientes desde el implante del RVS hasta el fallecimiento se presenta en la figura 2 con un tiempo medio de 22,5 meses, teniendo las mujeres una supervivencia mayor sin diferencias significativas, pero con una alta tendencia a la significación.

Durante el seguimiento, fallecieron 57 pacientes (63,3%), 31 (54,4%) fueron mujeres. La causa

de muerte en el 96,4% de las ocasiones se debió a la neoplasia o complicaciones de la misma; 55 pacientes (96,5%) tenían el RVS normofuncionante.

Al 31 de diciembre de 2021 (fin de estudio) sobrevivieron 33 pacientes (36,7%), 23 mujeres (69,7%) y 10 hombres (30,3%). Diez y ocho (54,5%) pacientes sin RVS, 16 de ellos por finalización de tratamiento y dos por oclusión del catéter, y 15 (45,5%) con su RVS normofuncionante.

El grado de satisfacción de los 33 pacientes que finalizaron el estudio fue en 28 ocasiones (84,8%) muy

bueno, en cuatro (12,1%) bueno y un paciente (3,1%) regular, por lo que el 96,9% de los pacientes consideraron que el trato fue bueno o muy bueno.

Por lo que se refiere a la lateralidad del implante, el 100% de los pacientes agradecieron que fuera en el lado no dominante.

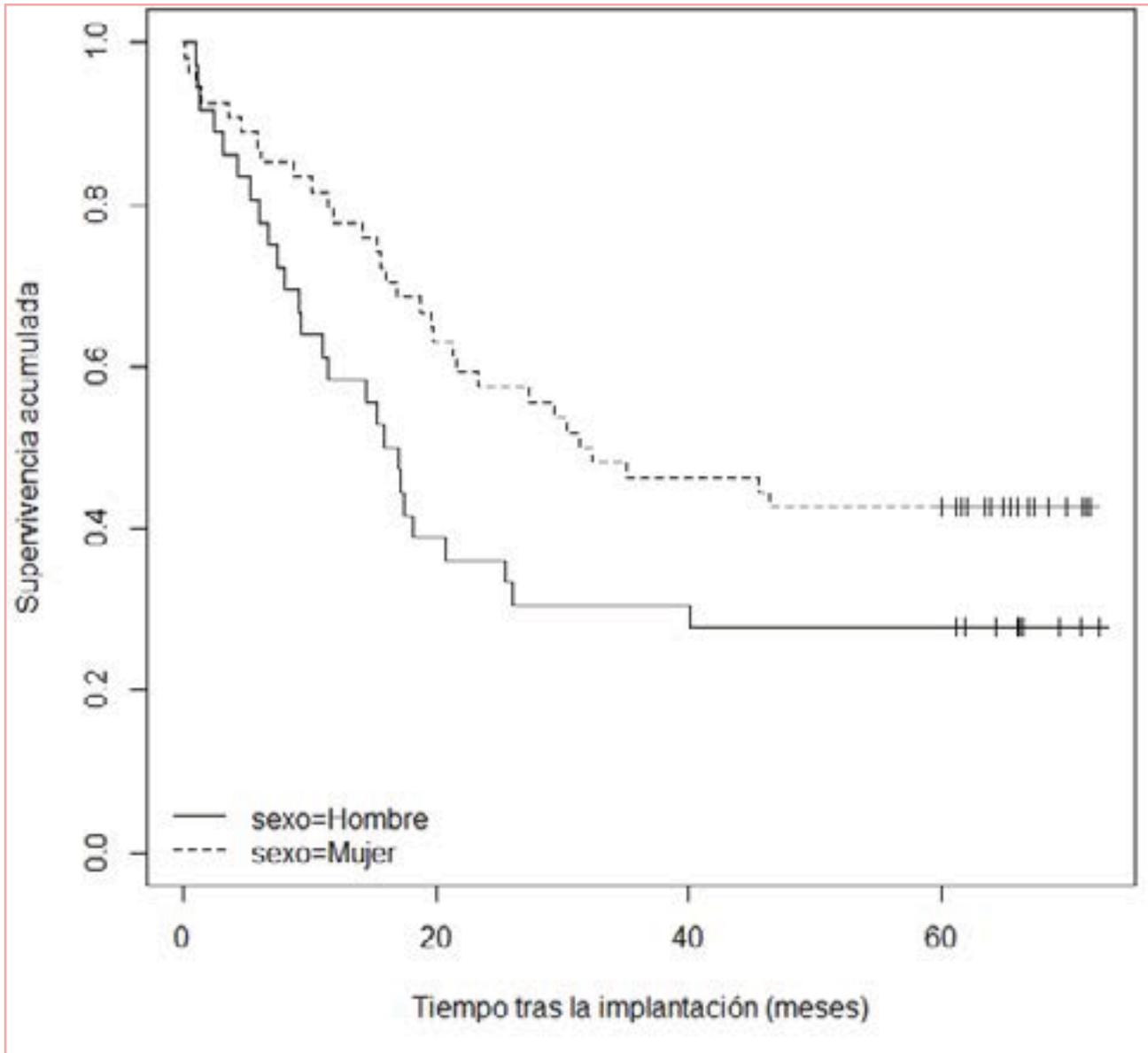


Figura 2. Curva de supervivencia de Kaplan-Meier según el sexo para la mortalidad tras la implantación. La mediana del tiempo de supervivencia fue de 16,5 meses (intervalo de confianza del 95%, 9,2 - 26,1) para los hombres y de 31,9 meses (intervalo de confianza del 95%, 21,3 - 53,2) para mujeres. La prueba de log-rank, $p = 0,051$.

Discusión

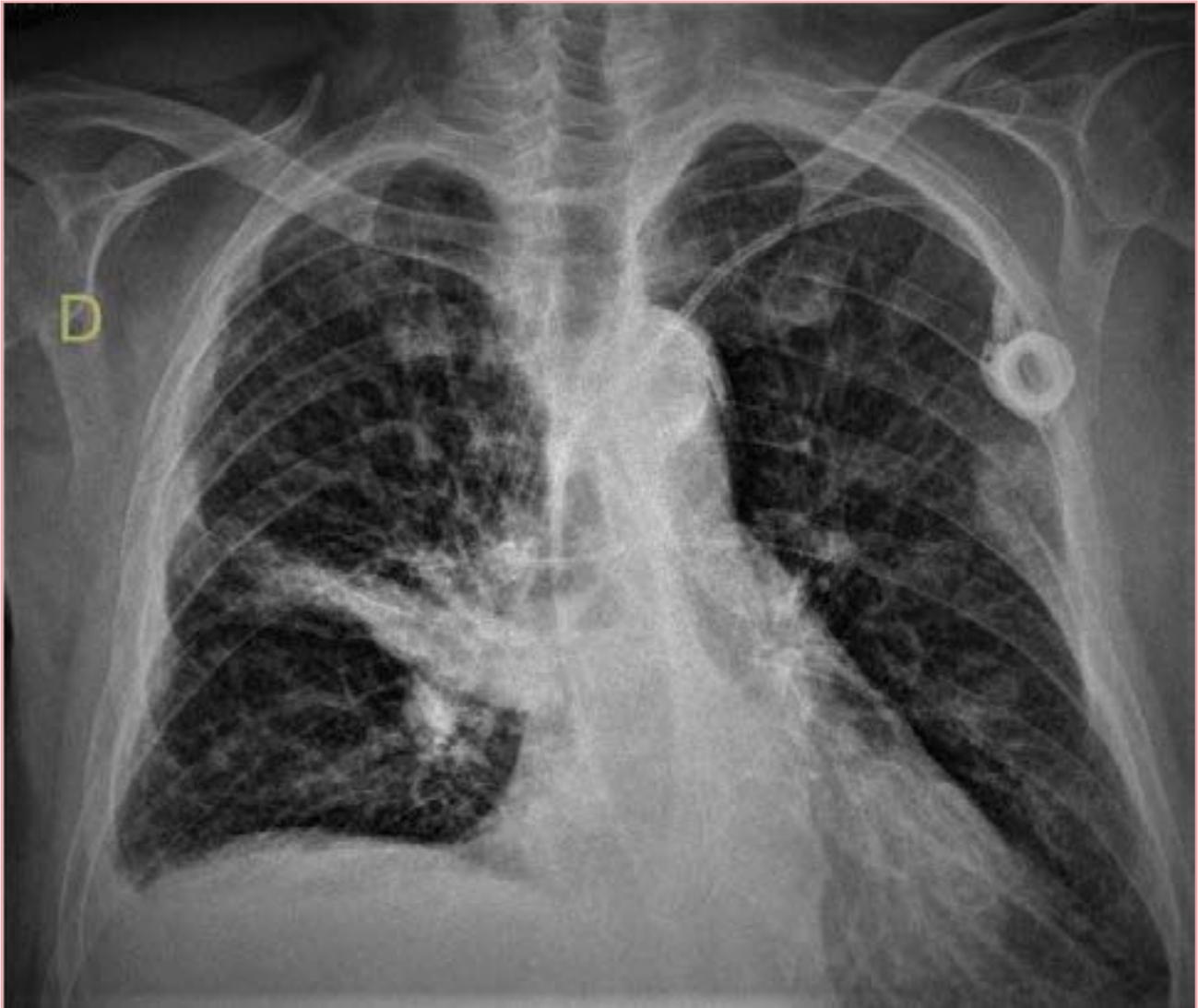
La baja tasa de éxito que se le ha atribuido a la DVC era consecuencia de que al intentar la disección de la VC, esta estaba ausente, en la bibliografía su ausencia puede llegar al 18%³, o tenía un diámetro pequeño, se considera VC pequeña a la $<3,0$ mm⁴. El concepto de pequeña está relacionado en muchos casos con el calibre del catéter que se utilice para el implante.

En este estudio, y al igual que Yalmiz⁵, se considera un VC pequeña cuando el diámetro es $<3,2$ mm (debido al calibre del catéter que se utiliza en este trabajo que es de 9,6F).

Que en el 64,4% de los RVS se implantase por VC izquierda (Figura 3) lo justifican dos hechos. El primero, el reciente trabajo de Toro⁶ que después del implante de 17.496 marcapasos afirma que la DVC izquierda ex

una excelente vía sin complicaciones intra/postoperatorias (mismo vía y técnica que utilizamos los cirujanos para el implante de un RVS), ya que la mayoría de la

población es diestra. La segunda que por el lado izquierdo las curvas que describe el catéter son mucho menos agudas que por el derecho Jan⁷.



En la bibliografía las complicaciones intra/postoperatorias por DVC oscilan entre el 1,0% - 5,0%⁸, aunque numerosos autores no presentan complicaciones^{4,9,10,11} al igual que el presente trabajo.

Sin embargo, por SVS pueden llegar al 16,6%⁹, (fundamentalmente neumo/hemotórax y lesiones arteriales o nerviosas) aunque con la utilización del eco-dópler intraoperatorio estas se reducen de forma importante¹².

En la mayoría de las publicaciones, la complicación durante el seguimiento más frecuente es la infección del sistema, hasta en el 15% de los casos¹³, al igual que en este estudio. Sin embargo, para otros autores como Rai¹⁴ la oclusión del catéter es la principal complicación.

Se explantaron el 22,2% de los RVS implantados, siendo en el 68,2% de los casos por el fin del tratamiento, en la bibliografía las tasas varían entre un 2,0%¹⁵ y el 79,9%¹⁶.

La infección del sistema asociado a la sepsis de origen no implante es la segunda causa de explante en la biblio-

grafía¹³ al igual que en este trabajo. En la tabla II se presentan las causas de explantes de diversos autores.

Solo dos autores D'Souza¹⁷ y Tumay²⁴ de la bibliografía revisada hacen un seguimiento de sus pacientes de siete y seis años de media y una supervivencia del 8,3% y 46,1% respectivamente. En nuestro caso a cinco años fue del 33,3%.

Quizás, lo más importante del implante de un RVS sea su cuidado posterior al utilizarlo, ya que de ello dependerá su buen funcionamiento por lo que la enfermería juega un papel fundamental.

Los trabajos de Oh²⁵ y Xiong²⁶ así lo certifican sosteniendo que la limpieza de los RVS debe ser cada tres meses y por personal especializado, siendo esta la base para evitar complicaciones posteriores.

La experiencia nos dice que la mayoría de las complicaciones se producen por mala utilización del RVS, bien sea por inexperiencia del personal que lo maneja o por

utilización de material inapropiado. En nuestro Centro se han realizado varios cursos sobre la utilización de los RVS por parte de la Enfermería Kunz-Virk²⁷ en su trabajo realiza una encuesta de satisfacción entre los pacientes supervivientes y concluye que el 97% de ellos, valoraban bien o muy bien todo el proceso del implante de su RVS y recomendarían el implante a todos los pacientes neoplásicos que precisasen tratamiento intravenoso. Unos resultados iguales al del presente trabajo (96,9%).

Un punto importante a destacar en el nuestro es la comodidad que refieren nuestros pacientes con el implante del RVS en el lado no dominante.

Finalmente, reconocer la limitación de este trabajo al tratarse de un estudio observacional, unicéntrico y unipersonal y con un número poblacional bajo, pero el objetivo del mismo era comprobar el comportamiento de un RVS a lo largo del tiempo y su grado de aceptación por los pacientes.

Tabla II. Causas de explantes

Autor	Año	n	Fin	Infección ^a	Oclusión ^b	Mecánicas ^c
D'Souza ¹⁷	2021	516	0,223	0,139	0,006	0,021
Ferreira ¹⁸	2020	560	0,146	0,048	0,014	0,017
Velioglu ¹⁹	2019	2084	0,045	0,021	0,014	0,002
Voog ²⁰	2018	493	0,725	0,12	0,006	0,053
Kakos ²¹	2017	4045	0,098	0,033	0,001	0,027
Biachi ²²	2015	1572	0,042	0,17	0,018	0,015
Shim ²³	2014	1747	0,086	0,026	0,002	0,005

(^a): Afectación de catéter/puerto/sepsis. (^b): Oclusión del catéter/puerto. (^c): Dislocación/ruptura de catéter.

Conclusiones

La realización de un eco-dópler preoperatorio de la VC produce una alta tasa de éxitos en el implante de un RVS mediante DVC. Igualmente, la VC Izquierda es un acceso excelente para su implante.

El implante de un RVS es una intervención con mínimas complicaciones postoperatorias pero que requiere un manejo posterior exquisito para evitar graves complicaciones como su oclusión o infección.

La calidad de vida de los pacientes neoplásicos sometidos a tratamiento intravenoso con quimioterápicos mejora de forma significativa, por lo que a estos pacientes se les debería implantar un RVS desde el inicio, siempre y cuando el oncólogo responsable lo crea necesario.

Bibliografía

1. Broviac JW, Cole JJ, Scribner BH. "A silicone rubber atrial catheter for prolonged parenteral alimentation". *Surg Gynecol Obstet.* 1973. 136 (4): 602-6
2. Niederhuber JE, Ensminger W, Gyves JW, Liepman M, Doan K, Cozzi E. Totally implanted venous and arterial access system to replace external catheters in cancer treatment. *Surgery.* 1982. Oct; 92(4):706-12. PMID: 7123491.-
3. Su TW, Wu CF, Fu JY, Ko PJ, Yu SY, Kao TC, et al. Deltoid branch of thoracoacromial vein: a safe alternative entry vessel for intravenous port implantation. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(17):e728. DOI: 10.1097/MD.0000000000000728. PMID: 25929903; PMCID: PMC4603045.
4. Otsubo R, Hatachi T, Shibata K, Yoshida T, Watanabe H, Oikawa M, et al. Evaluation of totally implantable central venous access devices with the cephalic vein cut-down approach: Usefulness of preoperative ultrasonography. *J Surg Oncol.* 2016 Jan;113(1):114-9. DOI: 10.1002/jso.24100. Epub 2015 Dec 8. PMID: 26645575
5. Yalniz A, Cam I, Bozyel S. Ultrasound guided percutaneous cephalic venipuncture for implantation of cardiac implantable electronic devices. *J Vasc Access.* 2021 Feb 24:1-6. DOI: 10.1177/1129729821995295. PMID: 33624532.
6. Toro A, Schembari E, Fontana EG, Di Saverio S, Di Carlo I. Forty years after the first totally implantable venous access device (TIVAD) implant: the pure surgical cut-down technique only avoids immediate complications that can be fatal. *Langenbecks Arch Surg (2021).* <https://doi.org/10.1007/s00423-021-02225-6>
7. Jan HC, Chou SJ, Chen TH, Lee CI, Chen TK, Lou MA. Management and prevention of complications of subcutaneous intravenous infusion port. *Surgical Oncology,* 2012;21(1):7-13. DOI:10.1016/j.suronc.2010.07.001. PMID20674336

8. Nocito A, Wildi S, Rufibach K, Clavien PA, Weber M. Randomized clinical trial comparing venous cutdown with the Seldinger technique for placement of implantable venous access ports. *Br J Surg.* 2009 Oct;96(10):1129-34. doi: 10.1002/bjs.6730. PMID: 19731229.
9. Granziera E, Scarpa M, Ciccarese A, Filip B, Cagol M, Manfredi V, et al. Totally implantable venous access devices: retrospective analysis of different insertion techniques and predictors of complications in 796 devices implanted in a single institution. *BMC Surg.* 2014 May 8;14:27. doi: 10.1186/1471-2482-14-27. PMID: 24886342; PMCID: PMC4024213.
10. Yukisawa S, Fujiwara Y, Yamamoto Y, Ueno, T Kohno A, Suenaga M. Upper-extremity deep vein thrombosis related to central venous port systems implanted in cancer patients. *The British journal of radiology.* 2010; 83 (994): 850-3.
11. Wu CF, Fu JY, Wen CT, Chiu CH, Hsieh MJ, Liu YH et al. Long-Term Results of a Standard Algorithm for Intravenous Port Implantation. *Journal of Personalized Medicine.* 2021;11(5). DOI: 10.3390/jpm11050344
12. Pezhman F, Zahra O, Roozbeh Ch. Complications of chemotherapy port catheters (CPC) in patients with cancer, A 5-year follow up study. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* 2021; vol 8, (3): 2957-2963.
13. Lin WY, Lin CP, Hsu CH, Lee YH, Lin YT, Hsu MC et al. Right or left? Side selection for a totally implantable vascular access device: a randomised observational study. *Br J Cancer.* 2017 Sep 26; 117(7): 932-937. DOI: 10.1038/bjc.2017.264. Epub 2017 Aug 8. PMID: 28787431; PMCID: PMC5625671.
14. Rai G, Kumara V, Bishnoi AK. Combined approach for Port-a-Cath implantation -a dependable alternative. *Sri Lankan Journal of Anaesthesiology.* 2020; 28(2): 108-113
15. Kagawa T, Ueyama S, Kobayashi T, Okabayashi H., Kuroda S, Fujiwara T. A novel "shrug technique" for totally implantable venous access devices via the external jugular vein: A consecutive series of 254 patients. *J. Surg. Oncol.* 2017, 115: 291-295. <https://doi.org/10.1002/jso.24504>
16. Rhu J, Jun KW, Song BJ, Sung K, Cho J. Cephalic vein approach for the implantable central venous access: A retrospective review of the single institution's experiences; Cohort Study. *Medicine (Baltimore).* 2019 Nov;98(46):e18007. DOI: 10.1097/MD.00000000000018007. PMID: 31725671; PMCID: PMC6867776.
17. D'Souza PC, Kumar S, Kakaria A, Al-Sukaiti R, Al-Baimani K, Hamid RS et al. Complications and Management of Totally Implantable Central Venous Access Ports in Cancer Patients at a University Hospital in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2021 Feb;21(1):e103-e109. doi: 10.18295/squmj.2021.21.01.014. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33777430; PMCID: PMC7968907.
18. Da Silva FF, De Carvalho VN, Sarmiento PM, Nave M, Coelho JLP. Totally implantable venous Access devices in oncology. Retrospective análisis of 562 patients. *Revista Portuguesa de Cirurgia* (2020) (47):41-47.
19. Velioglu Y, Yüksel A, Sınmaz E. Complications and management strategies of totally implantable venous access port insertion through percutaneous subclavian vein. *Turk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg.* 2019 Oct 23;27(4):499-507. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2019.17972. PMID: 32082916; PMCID: PMC7018162.
20. Voog E, Campion L, du Rusquec P, Bourgeois H, Domont J, Denis F et al. Totally implantable venous access ports: a prospective long-term study of early and late complications in adult patients with cancer. *Support Care Cancer.* 2018 Jan;26(1):81-89. doi: 10.1007/s00520-017-3816-3. Epub 2017 Jul 29. PMID: 28756472.
21. Kakkos A, Bresson L, Hudry D, Cousin S, Lervat C, Bogart E et al. Complication-related removal of totally implantable venous access port systems: Does the interval between placement and first use and the neutropenia-inducing potential of chemotherapy regimens influence their incidence? A four-year prospective study of 4045 patients. *Eur J Surg Oncol.* 2017 Apr;43(4):689-695. doi: 10.1016/j.ejso.2016.10.020. Epub 2016 Nov 5. PMID: 27889197.
22. Biacchi D, Sammartino P, Sibio S, Accarpio F, Cardi M, Sapienza P et al. Does the Implantation Technique for Totally Implantable Venous Access Ports (TIVAPs) Influence Long-Term Outcome? *World J Surg.* 2016 Feb;40(2):284-90. doi: 10.1007/s00268-015-3233-z. PMID: 26341511.
23. Shim J, Seo TS, Song MG, Cha IH, Kim JS, Choi CW et al. Incidence and risk factors of infectious complications related to implantable venous-access ports. *Korean J Radiol.* 2014 Jul-Aug;15(4):494-500. doi: 10.3348/kjr.2014.15.4.494. Epub 2014 Jul 9. PMID: 25053910; PMCID: PMC4105813.
24. Tumay LV, Guner OS. Availability of totally implantable venous access devices in cancer patients is high in the long term: a seven-year follow-up study. *Support Care Cancer.* 2021 Jul;29(7):3531-3538. doi: 10.1007/s00520-020-05871-6. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33155092; PMCID: PMC8163709.
25. Oh SB, Par K, Kim JJ, Oh SY, Jung KS, Park BS et al. Safety and feasibility of 3-month interval access and flushing for maintenance of totally implantable central venous port system in colorectal cancer patients after completion of curative intended treatments, *Medicine* 2021. January 15;Volume 100-Issue 2 (p:e24156) doi: 10.1097/MD.00000000000024156.

-
26. Xiong ZY, Zhou HM, Li SY. Prolonged flushing and locking interval for totally implantable vascular access device: A systematic review and meta-analysis. *J Vasc Access*. 2021 Nov;22(6):969-978. doi: 10.1177/11297298211003003. Epub 2021 Mar 22. PMID: 33752495.
27. Kunz-Virk J, Krüger K. Power-injectable totally implantable venous access devices - analysis of success and complication rates of ultrasound-guided implantation and a patient satisfaction survey. *Vasa*. 2019 Nov;48(6):524-530. doi: 10.1024/0301-1526/a000802. Epub 2019 May 24. PMID: 31124752.

NOTA CLÍNICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(1):11-15

Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in a young patient secondary to covid: a report of two cases

Gómez-Banuelos L.V.^{a, c}, Loria-Castellanos J.^{a, b}

(a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Medical Surgical Emergency Specialist. Nayarit, México

(b) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Head of Medical Area, Coordination in Special Health Projects. Ciudad de México, México

(c) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Medical Specialist in Medicine of the Sick in Critical Condition. Nayarit, México

Recibido el 14 de julio de 2022; aceptado el 22 de septiembre de 2022

Abstract:

Introduction:

Spontaneous pneumomediastinum is the presence of free air in the mediastinum without a history of chest trauma. It is an apparently benign and self-limited condition that is treated conservatively in mild cases but can lead to serious complications such as acute respiratory failure and be life-threatening. The clinical diagnosis is based on two central symptoms: chest pain and dyspnea, accompanied by a particular sign, "subcutaneous emphysema", which can be impressive in the appearance of the patient.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Spontaneous pneumomediastinum.
COVID 19 plus subcutaneous emphysema.
Pneumonia.

PALABRAS CLAVE

Neumomediastino espontáneo.
COVID 19 más enfisema subcutáneo.
Neumonía

Neumomediastino y enfisema subcutáneo en paciente joven, secundario a covid: a propósito de dos casos

Resúmen:

Introducción:

El neumomediastino espontáneo es la presencia de aire libre en el mediastino sin antecedentes de traumatismo torácico. Es una condición aparentemente benigna y autolimitada que se trata de manera conservadora en casos leves, pero puede conducir a complicaciones graves como insuficiencia respiratoria aguda y ser potencialmente mortal. El diagnóstico clínico se basa en dos síntomas centrales: dolor torácico y disnea, acompañados de un signo particular, "enfisema subcutáneo", que puede ser impresionante en la apariencia del paciente.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Pneumomediastino espontanea.
COVID 19 gehi larruazalpeko enfisema.
Pneumonia

Pneumomediastinoa eta larruazalpeko enfisema paziente gaztean, bigarren mailakoa covid egoeran: bi kasuri dagokienez

Laburpena:

Sarrera:

Pneumomediastino espontanea mediastinoan aire zabalean egotea da, traumatismo torazikoaren aurrekaririk gabe. Egoera itxuraz onbera eta bere kabuz mugatua da, eta modu kontserbadorean tratatzen da kasu arinetan, baina konplikazio larriak eragin ditzake, hala nola arnas gutxiegitasun akutua eta heriotza eragin dezakeena. Diagnostiko klinikoa bi sintoma zentraletan oinarritzen da: toraxeko mina eta disnea, zeinu berezi batekin batera, "larruazalpeko enfisema", pazientearen itxuran ikaragarria izan daitekeena.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introduction

Pneumomediastinum is a complication secondary to increased intraalveolar pressure that causes rupture of the alveolus and leakage of air from the bronchial tree into the mediastinum. This pathology is a consequence of respiratory infections that occur with an intense cough and forced Valsalva maneuvers, as in the case of coronavirus disease. Diagnosis is based on imaging tests and physical examination is usually very suggestive.

Except for the development of a pneumopericardium or tension pneumothorax, pneumomediastinum is a complication with a good prognosis, treated promptly and with good treatment, which is based on analgesia and oxygen therapy.

A review of two post-covid-19 clinical cases with pneumomediastinum and subcutaneous emphysema is carried out, information is collected with informed consent from both patients, we add laboratory and cabinet studies as well as a search for bibliographic references for analysis.

Conclusion

A characteristic of COVID-19 is coughing fits in most patients; this sign can cause spontaneous pneumo-

mediastinum and subcutaneous emphysema. Timely treatment with oxygen therapy and frequent assessment is necessary for improvement and to avoid long-term complications. Pulmonary rehabilitation is important before starting or restarting previously performed activities.

RBCM

28-year-old male with no significant history of apparent health, who came to the clinic on 07/21/2021 due to odynophagia, chills, dry cough and headache of mild intensity 4/10 on the VAS scale, in that moment with vital signs within normality for which outpatient treatment is given.

On July 24, he continues with symptoms and reports chest tightness, for which a COVID 19 test is performed, which is positive, oxygen saturation 96%, he is managed with antibiotic therapy and oral medications at home; On August 9, with increased cough and dyspnea and with a decrease in saturation to 92%, for which he continued management at home but with oxygen therapy, he reported asthenia, adynamia and hyporexia.

On August 14, a simple phase CT of the chest was performed, reporting pneumomediastinum. and

cervicothoracic subcutaneous cellular emphysema in addition to coinfection secondary to covid 19, for which parenteral treatment with antibiotic therapy is started and oxygen therapy and pulmonary rehabilitation are continued, laboratory studies report leukocytosis of 14 thousand at the expense of neutrophilia 83%, platelets 212 thousand, Hb 15, htc 45, rest of the studies within normal limits, 10 days after treatment, the patient shows improvement in symptoms with a decrease in emphysema and systemic inflammatory response.

JHH

29-year-old male who has a history of occasional alcoholism, musical occupation, without further importance to the case, not vaccinated for covid-19, his illness began on January 2, 2022 with dry cough, fever and general malaise for which he goes to the doctor where outpatient treatment is given and a covid test is requested, which is positive, a week later he continues with cough and dyspnea on moderate exertion, so he goes back to the doctor, more treatment is given and he is sent to his home, one week later, he presented edema in the anterior thorax and in the facial region, for which he was sent for evaluation by a specialist doctor.

That a simple CT is requested, reporting bilateral pneumonia and cervicothoracic subcutaneous emphysema and it is decided to hospitalize, laboratories and internal environment within normality only with elevated procalcitonin each twice its normal value, is managed in the hospital with a double schedule of antibiotics and oxygen therapy, rest, pharmacological and mechanical antithrombotic measures with clinical improvement after 8 days of treatment and discharged home with pulmonary rehabilitation and gradual reduction of oxygen therapy.

Introduction

Pneumomediastinum is a complication secondary to increased intraalveolar pressure that causes rupture of the alveolus and leakage of air from the bronchial tree into the mediastinum.

This pathology is a consequence of respiratory infections that occur with an intense cough and forced Valsalva maneuvers, as in the case of coronavirus disease. Diagnosis is based on imaging tests and physical examination is usually very suggestive.

With the exception of the development of a pneumopericardium or tension pneumothorax, pneumomediastinum is a complication with a good prognosis that is treated promptly and with good treatment, which is based on analgesia and oxygen therapy.

Clinical picture

Pneumomediastinum is a rare pathology, more rare in young patients without added pathology, this secondary to increased intraalveolar pressure, alveolar rupture and air migration that dissects the peri-

bronchial and perivascular sheaths of the pulmonary hilum extending to the mediastinum.

In turn, in more severe cases, it can spread to the subcutaneous, endothoracic, peritoneal tissue and even to the spinal canal^{2,3,4}.

The predisposing conditions described in the literature are; asthma, interstitial lung diseases, chronic obstructive pulmonary disease, bronchiectasis, lung cancer, among others.

The increase in intraalveolar pressure can be produced, for example, during vomiting, inhalation of toxins, intense cough, physical exercise or labor, together with bronchopulmonary infections or the ingestion of a foreign body, which can trigger pneumomediastinum.

Therefore, it is the result of a pressure variation between the alveolus and the pulmonary interstitium that leads to alveolar rupture. Two mechanisms are described that can create this pressure gradient: the first is the increase in intraalveolar pressure (Valsalva maneuver intentional), described as a precipitating factor and the second is the decrease in pressure in the perialveolar interstitial space, which is observed during an intense respiratory effort or a rapid decrease in atmospheric pressure, which have been described as predisposing factors to this mechanism pathophysiology is known as the Macklin effect^{3,4}.

One of the mechanisms by which spontaneous pneumomediastinum can occur in patients with or after COVID-19 is the diffuse alveolar damage that occurs in any severe pneumonia, thanks to the fact that the alveoli are prone to rupture in severe viral pneumonia due to the fact that the virus damages the alveolar membrane as it infects type I and II pneumocytes^{1,3}.

Clinically, the most frequent symptom is chest pain with or without irradiation, dry and persistent cough which is dyspnoea, the presence of cervical subcutaneous emphysema, odynophagia or changes in the tone of voice, asthenia, adynamia and fever, may or may not be added. Alterations in capillary oxygen saturation, Hamman's sign (crepitus during auscultation in the sternal area, synchronous with the heartbeat and variable with the respiratory cycles and the position of the patient, best auscultated with the patient in left lateral decubitus) it is characteristic of this pathology, but not pathognomonic^{1,3,4}.

Confirmation diagnosis is made by simple chest tomography^{6,7,8}.

Serious conditions are pneumopericardium and tension pneumothorax, which are exceptional and require specific treatment (emergency drainage)^{3,5,6}.

Treatment

Pneumomediastinum is considered a process with little clinical impact and a good prognosis. Oxygen

therapy, analgesia, rest, thromboprophylaxis if necessary, and followup added to the treatment of the underlying cause are necessary.

In the aforementioned cases, coinfection is treated. It resolves completely in days or weeks depending on the severity; however, it can lead to fatal complications if it is not properly identified or treated in time^{1,3,5}.

Discussion

Subcutaneous emphysema and a history of intense coughing spells suggest the diagnosis of spontaneous pneumomediastinum, which is confirmed by computed tomography of the chest.

The chest X-ray is useful, however, more than half of the cases can go unnoticed; therefore, computed tomography of the chest is the most reliable imaging study for confirmation in this case. The clinical evolution of spontaneous pneumomediastinum plus subcutaneous emphysema in the aforementioned patients was good, with gradual reabsorption of air by the tissues. It has been reported that spontaneous pneumomediastinum is a self-limited benign condition, so it is sufficient in most cases. cases conservative management. In both cases, the main approach was to treat pulmonary co-infection secondary to the SARS-CoV-2 virus.

In both situations, favorable results were obtained with a good prognosis for life and function. The exact mechanism by which spontaneous pneumomediastinum occurs during or as a sequel to SARS-CoV-2 pneumonia is still unknown.

In principle, it is considered a self-limited condition that responds favorably to conservative therapeutic measures, but the evolution of these patients should be monitored. due to the possibility of cardiovascular and respiratory complications related to pneumomediastinum.

Conclusion

A characteristic of COVID-19 is coughing fits in most patients, this sign can cause spontaneous pneumomediastinum and subcutaneous emphysema.

Clinical diagnosis, timely treatment with oxygen therapy and frequent evaluation are necessary for improvement and to avoid complications, mainly in the long term. Pulmonary rehabilitation is important before starting or restarting activities previously carried out.

Therefore, it is necessary to study more cases to know their prognostic significance and to be able to issue specific therapeutic recommendations.

Conflict of interest: the authors declare that they have no conflict of interest (Figure 1).

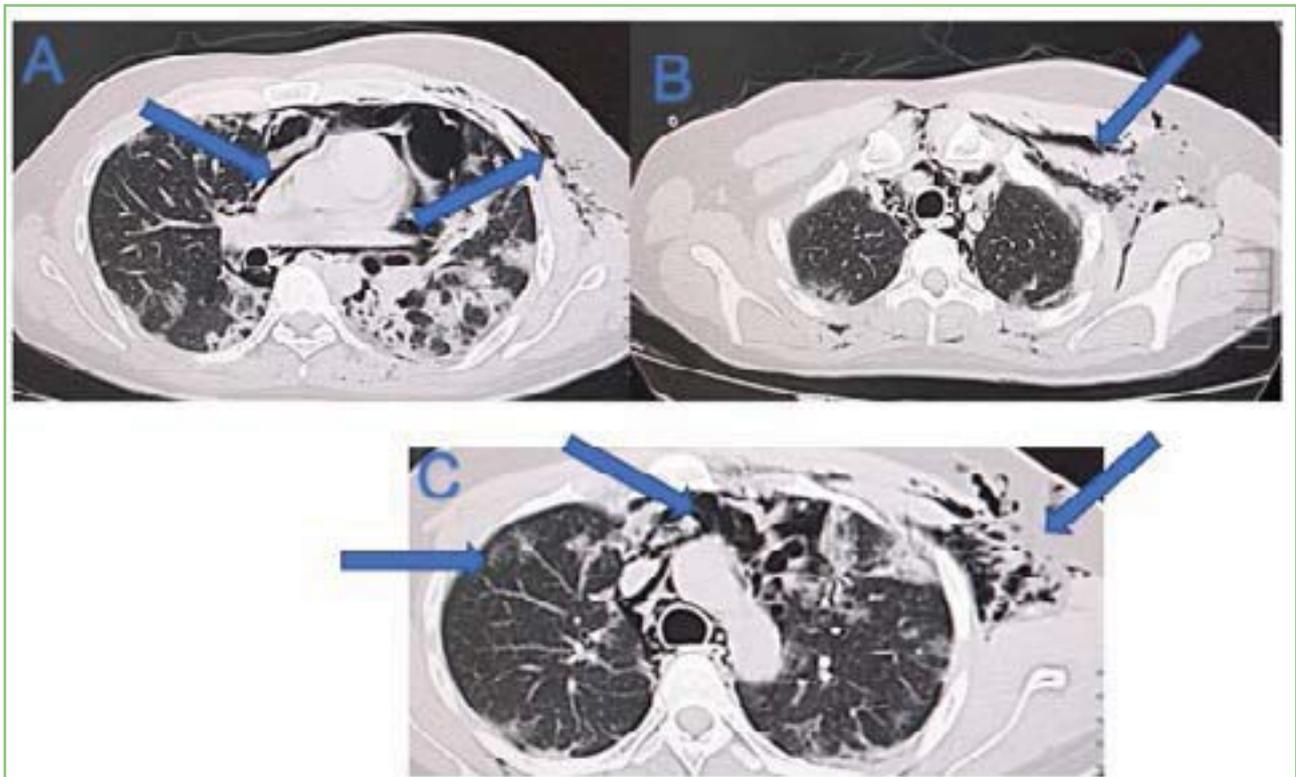


Figure 1: RBCM. A: Computed Axial Tomography of the chest at 15 days postcovid which shows pneumomediastinum and subcutaneous emphysema. **B:** Chest CT showing the magnitude of the subcutaneous emphysema **C:** Chest CT showing consolidation, pneumomediastinum as well as subcutaneous emphysema.

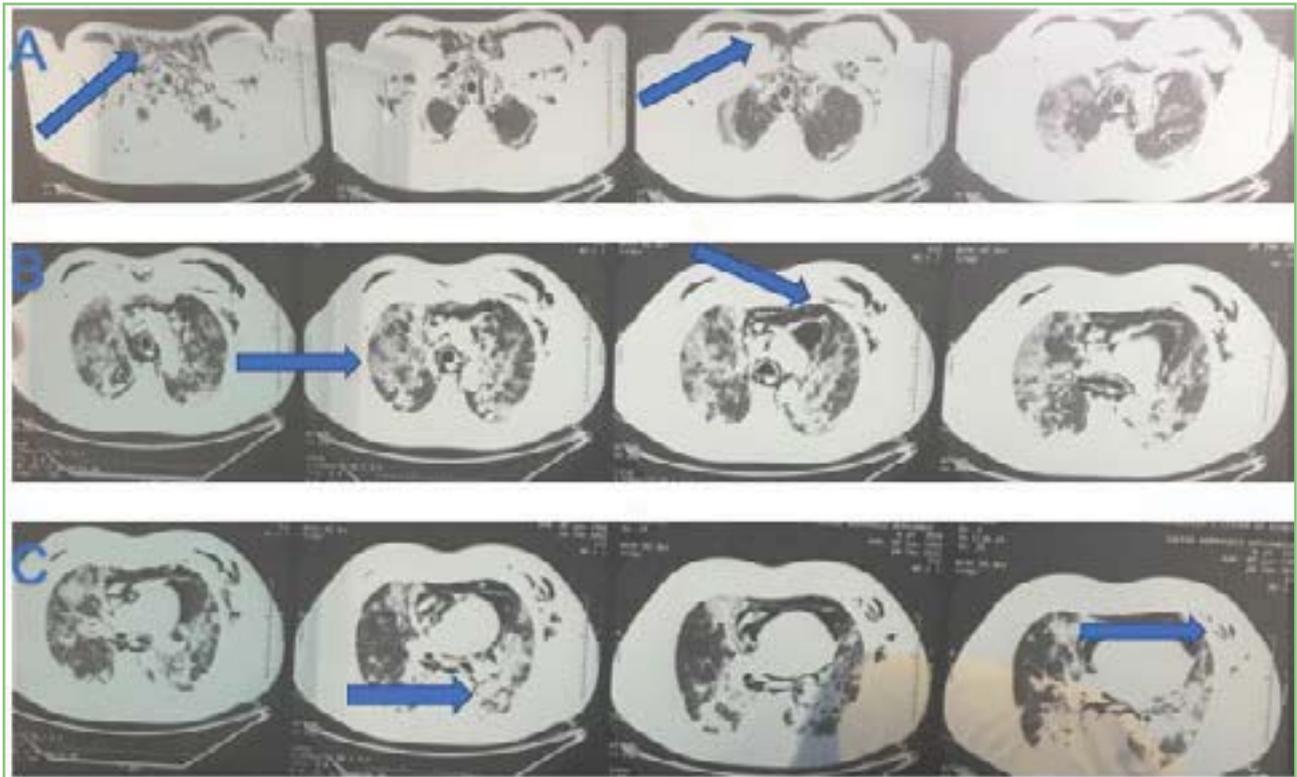


Figure 2: JHH. Computed Axial Tomography of the chest at 20 days postcovid which shows pneumomediastinum, subcutaneous emphysema and consolidation B: Chest CT showing the magnitude of pneumomediastinum and subcutaneous emphysema C: Chest CT with consolidation and pneumomediastinum.

Bibliography

1. Francina V. Bolaños-Morales, J. Alfredo Santibáñez-Salgado, Cristóbal Guadarrama-Pérez, Julio de J. Herrera-Zamora, Francisco J. Armas-Zárate and Patricio J. Santillán; Doherty Spontaneous pneumomediastinum in COVID-19 patients. Number of cases; *Gac MedMex.* 2021;157:116-120.
2. María Aguado-Agudo, Ana María Bielsa-Masdeu, Marta Kurtz-Cabello, Francisco Lázaro-Martínez; Incidence of Pneumomediastinum in Patients Admitted with COVID-19 in a Third Level Hospital; *Rev Med Clin* 2021;5(1).
3. María Varela Patiño, Beatriz Torres Blanco; Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema in relation to the SARS-CoV-2 pandemic; *Med Gen Fam.* 2020; 9(3): 162-164.
4. Karla Paola Pérez-López, Luis Guillermo Moreno-Madrigal; Spontaneous pneumothorax and pneumomediastinum in patients with COVID-19 pneumonia; *Med Int Mex.* 2021; 37(1): 152-156
5. Israel Hernández-Rivera, Adrián Pamanes-Lozano, Martín Adrián Bolívar-Rodríguez; Pneumothorax in COVID-19 patients; *Rev Med UAS;* Vol. 11: No. 3. July-September 2021.
6. Luis Gorospe, Ana Ayala-Carbonero, Almudena Ureña-Vacas, Sara Fra Fernández, Gemma Maria Munoz-Molina, Paola Arrieta, Carlos Almonacid-Sánchez, Alejandro Ramos-Sánchez, Eta Filigheddu and Manuel Pérez-Fernández; Spontaneous pneumomediastinum in patients with COVID-19: a series of four cases; *Arch Bronconeumol.* 2020;56(11):747-763.
7. N. Collercandy, A. Guillon; Pneumomediastinum in critically ill adults with COVID-19; *Med Intensive.* 2020.06.010.
8. R.M. Vela Colmenero, M.D. Pola Gallego de Guzmán, M.C. Mill of the Tower; Pneumomediastinum and spontaneous pneumothorax in bilateral COVID-19 pneumonia; *Med Intensive.* 2020;155:591-592.

NOTA HISTÓRICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(1):16-26

Inicio de los colegios de dentistas en el País Vasco

Urberuaga-Erce Maitena^{a,b,c}, Izaguirre-Mendikute Iñaki^{a, c}

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Debarrena. Centro de Salud de Eibar. Servicio de Odontología. Eibar, España

(b) Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB). Bilbao, España

(c) Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Estomatología. Leioa, España

Recibido el 27 de junio de 2022; aceptado el 12 de julio de 2022

PALABRAS CLAVE

Odontología.
Enseñanza.
Colegiación.

Abstract:

Introducción:

Spontaneous pneumomediastinum is the presence of free air in the mediastinum without a history of chest trauma. It is an apparently benign and self-limited condition that is treated conservatively in mild cases but can lead to serious complications such as acute respiratory failure and be life-threatening. The clinical diagnosis is based on two central symptoms: chest pain and dyspnea, accompanied by a particular sign, "subcutaneous emphysema", which can be impressive in the appearance of the patient.

Objetivo:

Conocer el inicio de los Colegios de dentistas en el País Vasco.

Resultados:

Las actas colegiales y las revistas odontológicas permiten conocer el desarrollo del asociacionismo odontológico vasco.

Comentarios:

Hemos encontrado similitudes con otros territorios nacionales tanto en diferentes visiones de la profesión como en el desarrollo del asociacionismo.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Dentisten Elkargoen Hasiera Euskal Autonomia Erkidegoan

Laburpena:

Sarrera:

Odontologiak hainbat etapa izan zituen irakaskuntzan eta elkargo profesionalean XIX. mendearen amaieran eta XX. mendearen lehen hamarkadetan. Dentisten arteko batasunaren helburu nagusia intrusismoaren aurkako borroka, hobekuntza zientifikoa eta ez zuen balidazio soziala lortzea izan zen. Odontologia Medikuntzaren "ahizpa txikitza" hartzen zen, eta dentista askok jarraitu zuten medikuek egindako bidea, derrigorrezko elkargokidetzea barne.

Helburua:

Azterlan honetan, Euskadiko Dentisten Elkargoen hasiera aztertu dugu.

Ondorioak:

Elkargoko aktek eta aldezkarri odontologikoen euskal asoziazionismo odontologikoen garapena ezagutzeko aukera ematen dute.

Iruzkina:

Beste lurralde nazional batzuekin antzekotasunak aurkitu ditugu, bai lanbidearen ikuspegi desberdinetan, bai asoziazionismoaren garapenean.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Odontologia.
Irakaskuntza.
Elkargoa.

Beginning of dental colleges in the Basque Country

Abstract:

Introduction:

Dentistry goes through different stages both in teaching and in professional associationism at the end of the nineteenth century and in the first decades of the twentieth century. The union between dentists has as its fundamental objective the fight against intrusiveness, scientific improvement and achieve a social validation that it lacked. Dentistry was considered the "little sister" of Medicine and there were many dentists at this stage who followed the path traced by doctors in many aspects, including compulsory membership.

Objective:

Know the beginning of the Dental Colleges in the Basque Country.

Results:

College records and dental magazines allow us to learn about the development of Basque dental associations.

Comments:

There are similarities with other national territories both in different visions of the profession and in the development of associationism.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Dentistry.
Teaching.
College.

Introducción

La primera asociación odontológica reconocida con el nombre de "Sociedad dental" nace en Sevilla el año 1865, siendo socios fundadores Garrido, Valenzuela y Pozo¹. Cayetano Triviño, imitando a las asociaciones dentales en Estados Unidos, funda la "Asociación Dental" en 1874. Los dentistas catalanes se organizan es-

tableciendo el "Instituto Estomatológico de Barcelona" en 1879, obra de Simó Bruguera Martí y en 1887 nace la "Sociedad Odontológica de Cataluña", surgiendo de la fusión de ambas asociaciones el "Círculo Odontológico de Cataluña" en 1889. En 1894 se crea la "Sociedad Odontológica Española" en Madrid, inspirada por Florestán Aguilar, "alma mater" de la odontología

española, convirtiéndose en el arranque de sociedades odontológicas en otras provincias. En estos círculos y asociaciones los profesionales dedicados al arte de la dentistería debatían entre otros, temas dedicados a su quehacer profesional, la validez de los títulos de dentistas extranjeros, la enseñanza de la Odontología y cómo combatir el intrusismo escandaloso reinante en la época. Las calles y plazas se llenaban de empíricos con cierta habilidad manual y escasa formación científica. Esta situación denigraba socialmente la profesión dental. Al mismo tiempo, los cirujanos-dentistas hermanados organizaron congresos e imprimieron revistas odontológicas para llenar el vacío de material científico existente³.

El título de cirujano-dentista vigente desde 1875 fue impulsado por Triviño en el Colegio Español de Dentistas en Madrid⁴. Los exámenes para lograr esta titulación, para la que no hacía falta ni siquiera tener estudios de

bachiller, no estaban exentos de desprestigio y corrupelas, lo cual impulsó a los prácticos más prestigiosos al logro de un objetivo: el reconocimiento universitario de los estudios odontológicos. En los inicios del siglo XX la “*Sociedad Odontológica Española*” y el “*Círculo Odontológico de Cataluña*”, forman una Comisión de notables de la profesión con el objetivo de mejorar la enseñanza de la Odontología. Esta Comisión con la ayuda de la Reina Regente Dña. María Cristina de Habsburgo persuadida por Aguilar, a la sazón dentista de la corte, consigue que el Ministro de Instrucción Pública, García Alix, resolviera este asunto con diligencia⁵. En 1901 se establece el título de Odontología⁶, aunque con cierto retraso respecto a otros países europeos y americanos, se equipara esta formación a otras titulaciones universitarias. En esta nueva titulación era indispensable haber cursado el bachiller y la carrera de Medicina hasta tener aprobado el segundo curso de la misma⁷.



Figura 1. Comisión para la creación del título de Odontólogo.

En 1903 se reúnen los presidentes de la “*Sociedad Odontológica Balear*”, “*Sociedad Odontológica Valenciana*” y “*Sociedad Odontológica de Málaga*” con Ramón Pons, presidente del “*Círculo Odontológico de Cataluña*”. Deciden crear la “*Federación Odontológica Española*”, también conocida como “*Sociedad Odontológica Española*” que presidirá por decisión unánime Florestán Aguilar hasta 1913 que pasará la presidencia a Bernardino Landete⁸. A la reunión fundacional

asistieron Juan de Otaola, por la Sociedad Odontológica de Vizcaya e Hipólito Lobato, por la Sociedad Odontológica de Guipúzcoa⁹.

La reordenación de los estudios de Odontología en 1910 y la creación de la Escuela de Odontología adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid en 1914 coincide con un período de afianzamiento y desarrollo tecnológico de esta profesión. Florestán Aguilar y Bernardino Landete, ambos médicos, son nombrados

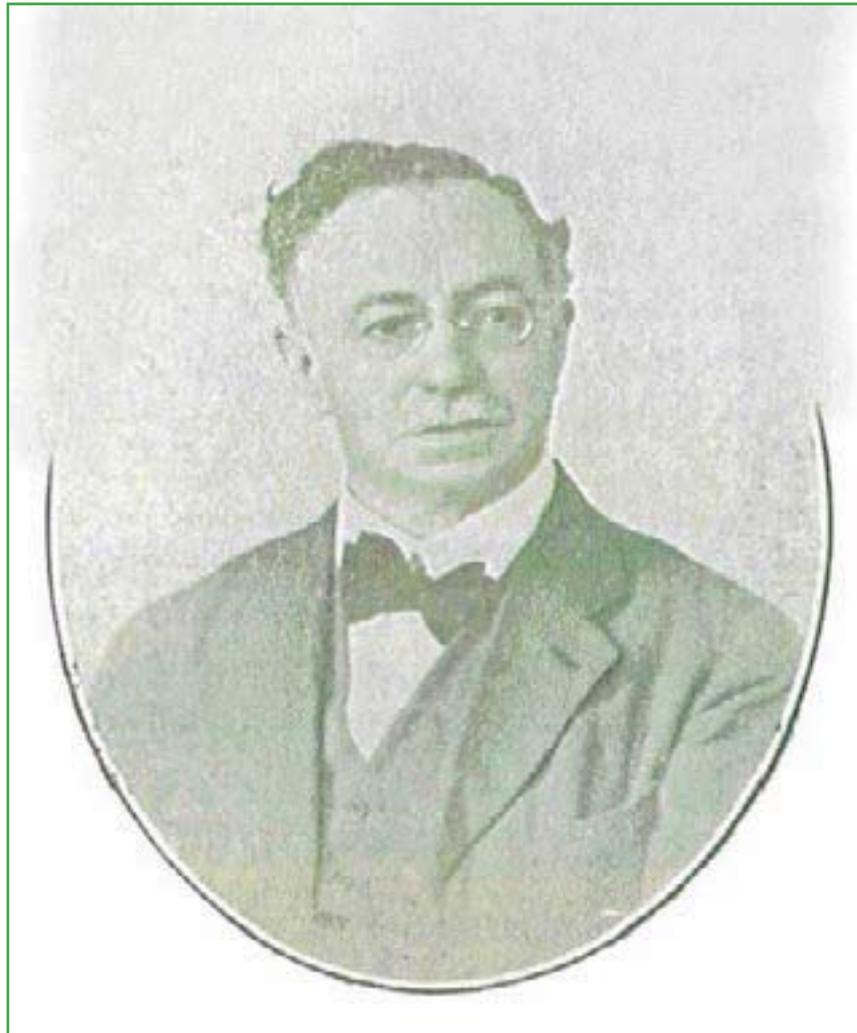


Figura 2. Juan de Otaola.

catedráticos de la Escuela de Odontología, no pudiendo acceder al cargo ni los antiguos cirujanos-dentistas ni los odontólogos que no fueran también médicos¹⁰. En 1917 se declara obligatoria la colegiación de los médicos, disponiendo que los Colegios Médicos Oficiales se conviertan en Colegios Provinciales con carácter obligatorio y en aquellas provincias sin Colegio Oficial se constituyan obligatoriamente los Colegios Médicos¹¹. Con esta Real Orden se inicia la colegiación en las profesiones sanitarias¹². La Odontología seguirá la estela de la profesión médica.

Las luchas profesionales, políticas y personales entre “odontologistas” y “médicos estomatologistas”, encabezados por Aguilar y Landete respectivamente, terminaron con enfrentamientos y divisiones. La “*Sociedad Odontológica Española*”, favorable a las tesis de Landete y de la colegiación obligatoria sufre una escisión en 1925 y se crea la “*Asociación Española de Odontología*” defensora de los planteamientos de Aguilar y contraria a la colegiación obligatoria. Las sociedades odontológicas provinciales siguieron dentro de la “*Sociedad Española de Odontología*” prácticamente todas. La revista

“*La Odontología*” es el altavoz de los “odontologistas”, al igual que la revista “*Odontología Clínica*” dirigida por Landete es la expresión de los “estomatologistas”¹³.

Tomando como norma los Estatutos de los Colegios Provinciales de médicos para la redacción de sus Reglamentos, se ordena en 1925 que las Asociaciones odontológicas se conviertan en Colegios profesionales provinciales¹⁴. No obstante, una fracción de dentistas de la “Asociación Española de Odontólogos” liderados por Florestán Aguilar acude al Ministerio de la Gobernación manifestando que la colegiación obligatoria no es un anhelo de la mayoría de la clase¹⁵.

La Dirección General de Sanidad en un esfuerzo para resolver esta controversia convoca a un plebiscito el 5 de julio de 1925 a todos los odontólogos, cirujanos-dentistas, y médicos que ejercen la Odontología¹⁶. El resultado de la votación fue de 459 votos a favor y 207 votos en contra de la colegiación obligatoria. En los resultados parciales por provincias, en Bilbao 35 votos fueron a favor de la colegiación y cinco en contra de la misma. En San Sebastián hubo 17 votos a favor de la colegiación obligatoria y seis en contra¹⁷.

Entre este plebiscito a favor de la colegiación y la constitución de los Colegios que progresivamente se van agrupando en Regiones transcurren cinco años de cierta letargia profesional. Finalmente, el 27 de mayo de 1930, se concede la colegiación obligatoria, se crean las primeras juntas directivas y se publican los Estatutos de los Colegios Oficiales de Odontólogos¹⁸. En apenas dos meses, los Colegios Oficiales de Odontólogos de todas las regiones españolas quedan constituidos y sus juntas de gobierno elegidas¹⁹. Los dentistas tienen ya una institución que puede defender sus intereses, demandar la creación de consultorios odontológicos públicos, visar y registrar los títulos, perseguir el intrusismo, asesorar en los tribunales, fijar los honorarios profesionales, establecer una ordenación contributiva, publicar aportaciones científicas y planeación de mutualidades.

El 7 de septiembre de 1930, se celebra la Asamblea Nacional odontológica en San Sebastián organizada por los dentistas guipuzcoanos. Se elige aquí el Consejo General de Colegios de Odontólogos de España que asumirá la máxima responsabilidad en asuntos profesionales y también en la organización de congresos. A partir de esta fecha las asociaciones odontológicas fueron perdiendo peso a favor de los Colegios²⁰.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es conocer el nacimiento, desarrollo, transformaciones del asociacionismo profesional odontológico y el inicio de los colegios profesionales de dentistas en los territorios vascos.

Material y método

La documentación que hemos utilizado ha sido: '*Actas del Colegio de Dentistas de Gipuzkoa*', revistas odontológicas, tesis doctorales, hemeroteca de la época y libros sobre la historia de la Odontología española.

Se ha procedido a la recogida y posterior análisis cronológico de la documentación obtenida de diferentes fuentes sobre el tema a estudio, realizando un estudio histórico sintético.

Resultados

La disposición de la clase odontológica para constituir asociaciones también tuvo su reflejo en el País Vasco, organizándose en Sociedades Odontológicas, embriones de los futuros Colegios. El 27 de mayo de 1903 nace la "*Sociedad Odontológica de Vizcaya*" presidida por D. Juan de Otaola San Lázaro hasta el año 1922 y constituida por catorce dentistas. La Junta de Dirección estaba integrada por:

- Presidente: Juan de Otaola San Lázaro.
- Secretario: Juan Larrazabal Capestany.
- Tesorero: Enrique Laburu Olascoaga.
- Vocales: Benjamín Gorostiaga Aguirre-Gaviria; José Luis Echave y Echave.
- Presidente honorario: Florestán Aguilar.

El 1 de junio de 1903 nace en San Sebastián la "*Sociedad Odontológica de Guipúzcoa*" formada por doce dentistas guipuzcoanos, presididos por D. Hipólito Lobato García²¹.

En Pamplona nace en 1912 la "*Sociedad Odontológica de Navarra*" auspiciada por D. Lucas Dutor, cirujano-dentista y alumno de Cayetano Triviño. El objetivo de esta Sociedad formada por nueve dentistas era el estudio teórico práctico de la ciencia que cultivan sus socios, la unión y el decoro de los mismos y la defensa común de sus intereses profesionales²². La Junta Directiva estaba formada por:

- Presidente: Lucas Dutor.
- Secretario: Arturo Rubio.
- Tesorero: Gabriel Munarriz.
- Vocal primero: Mariano Rubio.
- Vocal segundo: Esteban Astarriaga.

En 1923 la "*Sociedad Odontológica de Vizcaya*", presidida por D. Leopoldo García Orive y el "*Círculo Odontológico de Cataluña*" organizan en Zaragoza una Asamblea Dental contra el intrusismo²³. D. Juan de Otaola encabeza a los seguidores de Aguilar que entrevistaron esta Asamblea como un foro hegemónico de los denominados "*estomatologistas*". Otaola escribe esta defensa en "*La Odontología*": al señuelo del intrusismo hemos caído unos cuantos incautos compañeros, muy pocos por cierto, los demás, la mayoría, no eran Cirujanos-Dentistas ni Odontólogos, en las flojas y falsas mallas del estomatologismo. Nada o casi nada se ha hecho contra el intrusismo en esta Asamblea, en cambio el estomatologismo ha enseñado sus garras (...) ²⁴. García Orive consideraba que el intrusismo en Odontología debía de combatirse de una manera diferente a como se estaba haciendo hasta la fecha con la figura de los Subinspectores de Odontología. Propone la colegiación obligatoria tomando como ejemplo la colegiación médica. García Orive escribe en "*La Odontología*": el saneamiento de nuestra clase demanda un organismo con amplias atribuciones, no pudiendo en modo alguno estar vinculado en una sola persona, so pena de entronizar una tiranía. El delegado nos sería impuesto, pero la junta la dirigiríamos nosotros y tendríamos que respondernos de la confianza que en ella habíamos depositado²⁵.

La escisión era inevitable. Como se ha mencionado, la "*Sociedad Odontológica Española*" en 1925 se divide y los seguidores de Aguilar crean la "*Asociación Española de Odontología*". Esta división tuvo su repercusión en Bizkaia. Juan de Otaola, buen amigo de Florestán Aguilar, intenta crear un bando propio "*odontologista*" en Bilbao, fundando la "*Asociación Vizcaína de Odontología*" el 28 de enero de 1927, separándose así de su antigua "*Sociedad Odontológica de Vizcaya*" donde se quedan García Orive, amigo de Landete y los seguidores "*estomatologistas*"²⁶.

Los miembros de la Junta Directiva de la Asociación vizcaína fueron:

- Presidente: Juan de Otaola.
- Vicepresidente: Juan Larrazabal.
- Secretario: Enrique Isusi.
- Vocal: Manuel Allende.

Otaola explica su actitud en una carta a *“La Odontología”*, diciendo que la lucha entre las dos filosofías viene desde hace tiempo y que tiene raíces profundas: viene de quienes persiguieron a Triviño y anularon su obra, de quienes en Lisboa no dejaron a los Dentistas acudir al Congreso Médico, de los que en Francia consideran al Odontólogo un intruso en Medicina, de los que en el número 1 de su Revista (*‘Odontología Clínica’*) dicen que se debe poner en la placa *“Boca y Dientes”* para diferenciarse de los Dentistas. En realidad, ambas tendencias están separadas 1ª, por la Primera Reforma de la Enseñanza Dental. Los Estomatologistas quieren suprimir la Escuela de Odontología y crear Cátedras de Odontología en todas las Facultades de Medicina. 2º, Colegiación obligatoria, los Estomatolo-

gistas la quieren, los Odontologistas, no. Les une un único deseo, que todos puedan recetar²⁷.

La *“Asociación Odontológica Guipuzcoana”* se crea el 3 de febrero de 1929 continuando la corriente asociacionista. Está formada por 36 de los 45 dentistas de Gipuzkoa²⁸. Su Junta Directiva es la siguiente:

- Presidente: Hipólito Lobato.
- Vicepresidente: José de Goicoechea.
- Tesorero: Valentín Saenz de Viguera.
- Vocal por San Sebastián: Raimundo Eraul.
- Vocal por Tolosa: Emilio Alberdi.
- Vocal por Irún: Rafael Erauso.
- Secretario: Antonio Rodríguez Herrero.

El día 12 de febrero de 1929 se aprueba el Reglamento de la *“Asociación Odontológica de Guipúzcoa”* por el Gobernador civil de la provincia²⁹. Las reuniones las celebran en San Sebastián en la sede del Colegio de Médicos de Gipuzkoa³⁰.

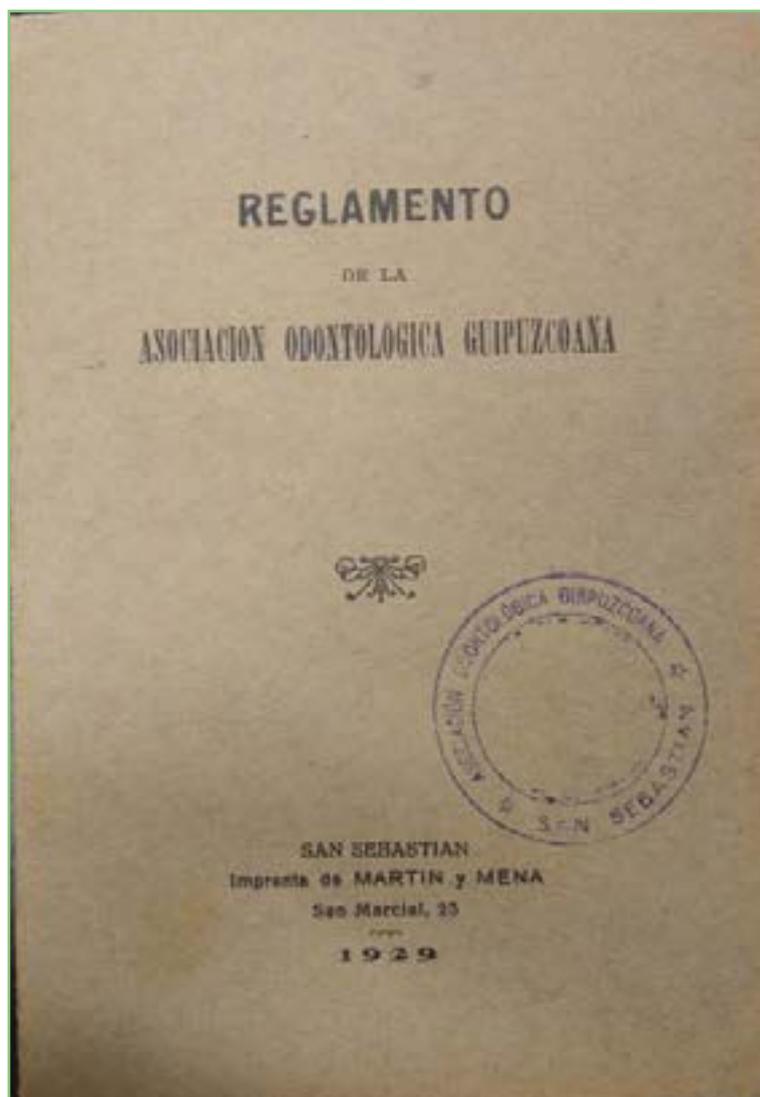


Figura 3. Reglamento de la Asociación odontológica Guipuzcoana.

Los objetivos de esta Asociación, son fundamentalmente perseguir el intrusismo y el mejoramiento de la clase odontológica³¹. En junio de 1929 trasladan su domicilio social a los locales del Ateneo de San Sebastián³².



Figura 4. Miembros de la Asociación Odontológica Guipuzcoana.

La “Asociación Odontológica Guipuzcoana”, a diferencia de sus colegas vizcaínos no sufre ninguna escisión y sigue formando parte de la “Sociedad Odontológica Española”. Los guipuzcoanos proponen constituir la

“Federación Vasco-Navarra” para actuar mancomunadamente los odontólogos de las cuatro provincias en aras a logara mayor eficacia en defensa de los intereses de la clase³³.



Figura 5. Hipólito Lobato.

El 21 de junio de 1930 se constituye el Colegio Oficial de la VII Región integrado por las provincias de Bizkaia,

Gipuzkoa, Araba, Navarra y Santander en el Ateneo de Bilbao. D. Ángel Ibarreche fue su primer Presidente.



Figura 6. Ángel Ibarreche.

Se proclama por unanimidad la siguiente Junta Directiva:

- Presidente: Ángel Ibarreche.
- Vicepresidente: Leopoldo García Orive.
- Tesorero: Valentín Sáenz de Viguera.
- Secretario: Pedro Urquijo.
- Tesorero: Juan Silva.
- Vocales por Vizcaya: José Luis Echave y Carlos Oswaldo Filipini.
- Vocales por Guipúzcoa: Lobato y Rodríguez Herrero.
- Vocales por Álava: Rojas y Aranzabal.
- Vocales por Navarra: Valle y Martínez Ubago.

Los dentistas asistentes, algunos en representación de otros compañeros fueron unos cien. Tras las formalidades hubo una cena organizada por el señor Menjón, Subinspector de Odontología, a la que asistieron además de las autoridades civiles, los representantes del colegio médico, farmacéutico y de practicantes que se sumaron al entusiasmo reinante. Los números uno, cronológicamente colegiados, fueron, en Vizcaya, Juan de Otaola; en Guipúzcoa, Hipólito Lobato; en Navarra, Eduardo Armesto y en Santander, Alfredo Pellón³⁴.

Santander formaba parte del Colegio de la VIII Región con Valladolid, Burgos, Palencia y Zamora. Pide Colegio propio, pero, al no serle concedido, decide integrarse en el Colegio de la VII Región³⁵.

La Junta Provincial de Guipúzcoa se constituye el 28 de junio de 1930³⁶ y su Junta Directiva estaba formada por:

- Presidente: Hipólito Lobato
- Secretario: Antonio Rodríguez
- Tesorero: Teodoro Irigoyen
- Vocales: Antonio Valderrama; Eusebio Alberdi.

El primer acuerdo de esta Junta es comunicar a todos los dentistas guipuzcoanos el deber de inscribirse antes del 15 de julio en el Colegio. No transcurre mucho tiempo desde que va forjándose la idea entre los dentistas guipuzcoanos de formar un Colegio propio independiente de sus vecinos vizcaínos. Los motivos que esgrimen para esta decisión son bastante comprensibles. Por un lado, la dificultad para desplazarse entre las dos capitales por el penoso estado de las carreteras con la consiguiente pérdida de días de consulta. Por otro, añaden como inconveniente que el abogado del Colegio de la VII Región atiende únicamente a los colegiados vizcaínos.

El 21 de septiembre de 1930 los guipuzcoanos votan a favor de constituirse en Colegio propio dado que son cincuenta y cuatro colegiados, número que consideran suficiente para cumplir con los objetivos y las obligaciones de la colegiación. El único voto discrepante es el de Clavero que anteriormente se había opuesto a la colegiación obligatoria. Los reunidos quedan en presentar una instancia al ministro de la Gobernación fundamentándose en la división que se hizo anteriormente de Asturias y Galicia, solicitando de esta manera la creación del Colegio de Odontólogos de Guipúzcoa³⁷.

Aprovechando la amistad entre el hermano del colegiado Valderrama y el Subsecretario de Gobernación Sr Montes Jovellar, quien fue Ministro de Justicia entre 1930 y 1931, los dentistas guipuzcoanos llevan su solicitud directamente al Ministro de Gobernación sin presentar la solicitud en la Junta del Colegio de la VII Región al que pertenecían. El procedimiento queda resuelto en su beneficio en un tiempo récord de ocho días. La documentación en la que el Ministro de Gobernación, fechada el 7 de octubre de 1930, aprueba la formación de un Colegio de dentistas propio en Guipúzcoa lo remite el Inspector de Sanidad, D. Tomás Paset a la Junta Provincial de Guipúzcoa el 10 de octubre de 1930.

El 21 de octubre de 1930 se constituye el Colegio de Dentistas de Guipúzcoa, asignándole el Consejo la denominación de XIV Región. Se comunica esta decisión al presidente del Colegio de la VII Región y se le solicita la entrega de los documentos necesarios. El nuevo Colegio recibe felicitaciones de otros Colegios e incluso el Presidente de la VI Región, D. Laureano Mariscal solicita la adhesión de Zaragoza, Huesca, Teruel, Soria y La Rioja. Esta solicitud es rechazada al no estar el Reglamento del Colegio de la XIV Región todavía aprobado.

Esta segregación no fue bien vista por el Presidente Ibarreche quien se queja ante el Consejo y discute con Lobato por el modo en que se saltaron el curso legal de la solicitud. Ibarreche consideraba que en primer lugar deberían de haber pedido permiso en Bilbao y posteriormente, en el Consejo General de Dentistas en Madrid.

Lobato argumenta que la distancia y el estado de la carretera entre Bilbao y San Sebastián era un impedimento para asistir a las reuniones y trabajar activamente por el bien del Colegio y descarta que pudieran existir intenciones taimadas en la decisión de la junta guipuzcoana de formar Colegio propio. La tirantez entre Ibarreche y Lobato fue resolviéndose con el tiempo.

El Colegio de Guipúzcoa redacta su Reglamento tomando como referencia los Estatutos del Colegio de Barcelona. Clavero sigue discrepando de la colegiación obligatoria. Considera que el derecho a colegiarse es una cosa y el deber de hacerlo es otra: Nadie puede, sin atropellar la libertad, obligar a inscribirse a nadie en una organización determinada. Los Colegios se han convertido en unas camarillas mangoneadoras, en verdaderos “soviets” que pretenden usurpar las funciones legislativas, judiciales y ejecutivas del Estado³⁸.

La Junta Provincial de Navarra dependiente del Colegio Oficial de Odontólogos de la VII Región se reúne el 8 de junio de 1930, en el Colegio de Médicos de Pamplona, resultando elegido como Presidente Nilo Valle, Vicepresidente Enrique Rubio, Tesorero Benjamín Goñi y Secretario Manuel Martínez de Ubago.

El 25 de enero de 1934 los dentistas navarros votan en su Asamblea si segregarse y lograr su autonomía con respecto al Colegio de la VII Región, o bien integrarse en el Colegio de la XIV Región. La votación con veintisiete votos a favor de constituirse en Colegio propio, cinco abstenciones y un voto a favor de la anexión con Guipúzcoa conduce a la formación del Colegio de la XV Región. Su primer Presidente fue José Clavero Juste, hermano del “crítico” D. Mariano Clavero Juste³⁹.

Álava se segrega de Vizcaya el 19 de noviembre de 1988 formando un Colegio con entidad propia, siendo su primer Presidente, José Ramón Lasa. El 9 de febrero de 1981 la Junta Provincial de Santander tras la correspondiente solicitud se segrega del Colegio de la VII Región, siendo oficial esta segregación y también la de Navarra en 1998⁴⁰.

Comentarios

Todas las profesiones sanitarias tienen como fundamento cuidar, mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. El estudio del desarrollo del asociacionismo odontológico en un territorio determinado nos permite comprender las tareas realizadas por estos profesionales, así como conocer su progresión en el objetivo de mejora continua para alcanzar la meta de preservar la salud de la ciudadanía. La información histórica tiene valor para reevaluar, planificar e implementar estrategias de futuro dentro de las asociaciones profesionales y posicionar la esencia de una profesión en cada momento.

A principios de siglo la salud oral estaba en manos de barberos, sanadores, buhoneros o charlatanes que atendían a las clases sociales más desfavorecidas, escapando del control de las autoridades. Los pocos cirujanos-dentistas con una titulación legal atendían a una mínima parte de la población urbana ejerciendo libremente. El asociacionismo odontológico de entonces, y el de nuestros días sigue defendiendo los intereses del colectivo de dentistas y luchando contra el delito de intrusismo.

El movimiento asociativo desde sus primeros antecedentes en el siglo XIX se va consolidando como elemento necesario para la defensa de sus intereses y la vigilancia de la correcta praxis, siempre mirando a los médicos como modelo. La titulación y profesión médica, a diferencia de los dentistas ha estado históricamente bien definida y su control en cofradías o colegios era más factible.

El camino hacia la colegiación de los dentistas fue largo, con discrepancias, polémicas y dificultades. La comunión de ideales junto con un tratamiento cordial, respetuoso y armónico entre los dentistas, se impuso a los pensamientos críticos contrarios a la colegiación obligatoria.

El enfrentamiento entre “odontologistas” capitaneados por Aguilar que entienden la Odontología como una profesión sanitaria independiente de la Medicina y “estomatologistas” por Landete que consieran a la Odontología como una especialidad más de la Medicina tuvo su proyección en Bizkaia entre Otaola, “odontologista” y García Orive, “estomatologista”. Estas diferencias de opinión condujeron a rupturas y divisiones que fueron superadas con el tiempo. El asociacionismo odontológico vasco tuvo una trayectoria paralela y estrechamente interrelacionada con el asociacionismo nacional.

Los dentistas vascos se entregaron sin fisuras a la tesis partidaria de la colegiación obligatoria. Las relaciones entre la profesión médica y odontológica en el territorio a estudio estuvieron basadas en la colaboración. Un ejemplo de ello es la cesión de sedes médicas a los colegas dentistas que carecían de un espacio propio.

El primer Colegio de la VII Región de 1930, ha desembocado en la actualidad en cuatro Colegios independientes con un Consejo Vasco de Dentistas

miembro del Consejo General de Dentistas de España.

La inexistencia de Libros de Actas u otra documentación en el Colegio de Dentistas de Bizkaia ha podido condicionar este trabajo, que hemos tratado de compensar con la documentación de Gipuzkoa, Navarra y las revistas odontológicas de la época.

Declaraciones de autoría

M. Urberuaga e I. Izaguirre, autores de este manuscrito, hemos concebido el estudio y todos los aspectos de su realización.

Ambos autores hemos realizado la búsqueda de datos y el análisis e interpretación de los mismos. También hemos contribuido a la redacción de los borradores del manuscrito y aprobado la versión final del mismo. No se ha excluidos a nadie que cumpla los criterios de autoría.

M. Urberuaga es la responsable del artículo y autora de correspondencia.

Financiación

Sin financiación

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses, ni ninguna relación económica o de otra naturaleza que pueda haber influido en la preparación de este manuscrito.

Bibliografía

- García-Perla A. Cien años de historia de la Odontología sevillana (del "curandero-sacamuelas" al Médico Estomatólogo). Sevilla: Universidad de Sevilla; 1974. 140p.
- Aguilar F. Necrología. Don Cayetano Triviño. La Odontología. 1899; 2: 75-80.
- Unión Dental Española. Sesión inaugural. La Odontología. 1903; 1: 33-41.
- Gaceta de Madrid, nº 156, 5 de junio de 1875, p. 640.
- Ustrell JM. Antecedentes de la Odontología que vivió el Dr. Joan Carol. En: Ustrell JM. El Doctor Joan Carol i Montfort i la Catalunya del seu temps. Barcelona: Familia Carol; 2000. 156 p.
- Gaceta de Madrid, nº 104, 14 de abril de 1901, p. 202-203.
- Castaño A, Doldán J. La Odontología como Licenciatura Universitaria en España (1901-2001). En: Castaño A, Doldán J. Manual de introducción a la Odontología. Madrid: Ripano; 2005. 312 p.
- Aguilar F. El porvenir de la Odontología. Discurso leído en la Sociedad Odontológica Española. Sesión de apertura del curso 1908-1909. La Odontología. 1909.
- Ustrell JM. Odontología del nostre segle. En: Ustrell JM. Història de l'Odontología. Barcelona: Universitat de Barcelona; 1997. 228 p.
- Sanz J. La creación del título de odontólogo. En: Sanz J. La Odontología y la Casa Real Española. Madrid: Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 1995. 149 p.
- Gaceta de Madrid, nº14, 29 de mayo de 1917, p. 535.
- Gondra J. Cien años de historia del Colegio de Médicos de Bizkaia. Bilbao: Colegio de Médicos de Bizkaia-Bizkaiko Medikuen Elkargoa; 2017. 254 p.
- Sanz J. Odontología versus Estomatología (O Monarquía versus República). Un caso excepcionalmente singular en la España científica del siglo. Medicina e Historia. Revista de estudios históricos de las ciencias médicas. 2002; 4: 1-15.
- Gaceta de Madrid, nº 78, 19 de marzo de 1925, p. 1414.
- Márquez E. Recordando al maestro. Un poco de historia. La Odontología. 1935; número extraordinario: 7-129.
- Gaceta de Madrid, nº 149, 29 de mayo de 1925, p. 1120.
- Baca-Ponce A. La Odontología española en el primer cuarto del siglo actual. Boletín de Información Dental. 1968; 218: 183-192.
- Gaceta de Madrid, nº 148, 28 de mayo de 1930, p. 1294-1299.
- Castaño A. Cien años de Odontología española. El desarrollo de una profesión dentro de una sociedad. Odontólogos de hoy. 2016; 21: 60-66.
- Bonet J. La Odontología. 1930; 9: 470-472.
- Landa S. 100 años de Historia del Colegio de Dentistas de Bizkaia. Bizkaiko Haginlarien Elkargoaren 100 urteko Historia. Bilbao: Ausín; 2013. 147 p.
- Anónimo. La Odontología. 1912; 7: 390.
- Asamblea Nacional contra el Intrusismo. Revista de Odontología. 1924; 13: 465-466.
- Ecos de la Asamblea Dental contra intrusismo celebrada en Zaragoza. La Odontología. 1923; 4: 186-188.
- García-Orive L. La colegiación forzosa como medio de combatir el intrusismo. La Odontología. 1923; 4: 188-190.
- Oficio fundador. La Odontología. 1927; 2: 114-115.
- Otaola J. La Odontología. 1927; 3: 157.
- Anónimo. La Odontología. 1929; 4:198.
- Reglamento de la Asociación Odontológica de Guipúzcoa. 1929. Archivo del Colegio de Dentistas de Gipuzkoa-Gipuzkoako Haginlarien Elkargoa.
- Urkia JM. Cien años de Medicina en Gipuzkoa 1899-1999. San Sebastián: Fundación Kutxa-Kutxa Fundazioa; 1999. 280 p.
- Anónimo. El Pueblo Vasco, 5 de febrero de 1929, p. 5.
- Anónimo. Odontología Clínica. 1929; 7: 383.
- Anónimo. Odontología Clínica. 1929; 7: 456.
- Anónimo. La Odontología.1930; 7: 338-390; Anónimo. La Gaceta del Norte, 30 de mayo de 1930, p. 5.
- Anónimo. La Odontología. 1930; 10: 551.
- Boletín Oficial de Guipúzcoa, nº 49, 22 de octubre de 1930, p. 387; Anónimo. El Pueblo Vasco, 28 de junio de 1930, p. 4

37. Libro 4, Acta nº 2, 21 de septiembre de 1930. Archivo del Colegio de Dentistas de Guipúzcoa-Gipuzkoako Haginlarien Elkargoa.
38. Libro 4, Acta Nº 3, 10 de octubre de 1930. Archivo del Colegio de Dentistas de Guipúzcoa-Gipuzkoako Haginlarien Elkargoa.
39. González-Iglesias J. Historia del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra. Madrid: Pues, SL; 2009. 191 p.
40. Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General. Boletín Oficial del Estado, nº2, 26 de enero de 1999, p. 3530-3546.

NOTA HISTÓRICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(1):27-33

Jon (Juan José, Jean) de Recondo, un gran neurólogo y activista vasco en el exilio

Zarranz-Imirizaldu Juan-J^a

(a) *Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Departamento de Neurociencias. Catedrático emérito. Leioa, España*

Recibido el 03 de mayo de 2022; aceptado el 18 de octubre de 2022

Resumen:

Introducción:

Jon de Recondo nació en Irún en 1929 y se exilió a Francia con su familia como consecuencia de la guerra civil española en 1936. Su integración en la vida francesa fue difícil. Pudo hacer con mucho esfuerzo la carrera de medicina, el internado en neurología y llegar a jefe de Servicio del Hospital St. Anne (1982) y a profesor de la Facultad de Cochin-Port Royal (1995).

Material y método:

La fuente principal para los datos biográficos ha sido el libro histórico que Jon de Recondo escribió con su esposa Anne Marie.

Resultados:

Durante los años de su juventud participó muy activamente, junto con su familia, en las organizaciones clandestinas para la resistencia frente a los nazis y el franquismo, y para mantener la cohesión y las instituciones de la diáspora vasca, especialmente en Francia. En su versión de los desencuentros internos del nacionalismo vasco reivindicó las figuras de sus tíos (Juan y Pepe Mitxelena) y del lehendakari Aguirre frente a otros dirigentes a los que no ahorró críticas. Decepcionado por la evolución de los acontecimientos en el seno del nacionalismo vasco y el nacimiento de ETA, se orientó totalmente a su carrera como neurólogo. Publicó sobre temas muy diversos de la neurología clínica y fue autor de varias monografías. Participó en las actividades de los neurólogos vascos con los que mantuvo excelentes relaciones personales.

Conclusiones:

Jon de Recondo sufrió de primera mano las consecuencias de la guerra civil y del exilio. Merece un reconocimiento por parte de toda la sociedad vasca por su implicación

PALABRAS CLAVE

Recondo.
Neurología.

política y en particular de los neurólogos por sus aportaciones al desarrollo de nuestra especialidad.

© 2022 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

GILTZA-HITZAK

Recondo.
Neurologia.

Jon (Juan José, Jean) de Recondo, erbesteko euskal neurologo eta aktibista handia

Laburpena:

Sarrera:

Jon de Recondo Irunen jaio zen 1929an, eta Frantziara erbesteratu zen bere familia-rekin, Espainiako gerra zibilaren ondorioz, 1936an. Ahalegin handiz egin ahal izan zuen medikuntza karrera, neurologiako barnetegia eta St. St. Anne (1982) eta Cochin-Port Royal Fakultateko irakaslea (1995).

Materiala eta metodoa:

Datu biografikoen iturri nagusia Jon de Recondok bere emazte An-ne Marierekin idatzi zuen liburu historikoa izan da.

Emaitzak:

Gaztaroan, oso aktiboki parte hartu zuen, familiarekin batera, nazien eta frankismoaren aurkako erresistentziarako erakunde klandestinoetan, eta euskal diasporaren kohe-sioari eta erakundeei eusteko, bereziki Frantzian. Euskal nazionalismoaren barne desadosta-sunen bertsioan, osaba-izebak (Juan eta Pepe Mitxelena) eta Agirre lehendakaria aldarrikatu zituen kritikak aurreztu ez zizkien beste buruzagi batzuen aurrean. Euskal nazionalismoaren barruko gertakarien bilakaerak eta ETaren sorrerak atsekabetuta, bere neurologo ibilbidera bideratu zen erabat. Neurologia klinikoko hainbat gairi buruz argitaratu zuen eta hainbat monografiaren egilea izan zen. Harreman pertsonal bikainak izan zituen euskal neurologoen jardueretan parte hartu zuen.

Ondorioak:

Jon de Recondok zuzenean jasan zituen gerra zibilaren eta erbesteraren ondo-rioak. Euskal gizarte osoaren aintzatespena merezi du bere inplikazio politikoagatik eta, be-reziki, neurologoen inplikazioagatik, gure espezialitatea garatzeko egindako ekarpenengatik.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

KEYWORDS

Recondo.
Neurology.

Jon (Juan José, Jean) de Recondo, a great Basque neurologist and activist in exile

Abstract:

Introduction:

Jon de Recondo was born in Irun in 1929 and went into exile in France with his family as a result of the Spanish civil war in 1936. His integration into French life was difficult. With a lot of effort, he was able to pursue a medical degree, an internship in neurology and become head of the Service at St. Anne's Hospital (1982) and a professor at the Faculty of Cochin-Port Royal (1995).

Material and method:

The main source for biographical data has been the historical book that Jon de Recondo wrote with his wife Anne Marie.

Results:

During the years of his youth, he participated very actively, together with his family, in clandestine organizations for resistance against the Nazis and Francoism, and to maintain the cohesion and institutions of the Basque diaspora, especially in France. In his version of the internal misunderstandings of Basque nationalism,

he vindicated the figures of his uncles (Juan and Pepe Mitxelena) and Lehendakari Aguirre against other leaders whom he did not spare criticism. Disappointed by the evolution of events within Basque nationalism and the birth of ETA, he fully oriented himself towards his career as a neurologist. He published on very diverse topics in clinical neurology and was the author of several monographs. He participated in the activities of the Basque neurologists with whom he maintained excellent personal relations.

Conclusions:

Jon de Recondo experienced first-hand the consequences of the civil war and exile. He deserves recognition from all of Basque society for his political involvement and, in particular, from neurologists for his contributions to the development of our specialty.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

El Dr. de Recondo (Irún, 1929), bautizado como Juan José –nombre con el que firmaba sus cartas y escritos de juventud– utilizó después los nombres de Jean y de Jon, con el que se le seguirá llamando en este trabajo. Nació en el seno de una familia de profundo apego nacionalista vasco. Cuando las tropas franquistas tomaron su ciudad en 1936, toda la familia se exilió a Hendaya. Compartieron con otros muchos refugiados vascos las penalidades y peripecias de la expatriación. Su integración en la vida francesa fue difícil. Gracias a sus buenas cualidades como estudiante, el joven Jon recibió becas con las que pudo hacer sus estudios secundarios y después, con mucho esfuerzo, la carrera de medicina, el internado en neurología y toda la carrera académica y profesional hasta llegar a jefe de Servicio del Hospital St. Anne (1982) y a profesor de la Facultad de Descartes-Cochin-Port Royal (1995).

El autor tuvo la fortuna de conocer al Dr. de Recondo en París en 1971. Mantuvo con él, después, visitas mutuas en Bilbao y París que le permitieron apreciar sus muchas cualidades profesionales y personales.

El objetivo de este artículo es dar a conocer a los médicos vascos, especialmente a los neurólogos jóvenes, el perfil humano del Dr. de Recondo que no se merece caer en el olvido.

Material y método

Los datos biográficos esenciales se han obtenido del extenso libro histórico y de memorias personales que el propio Jon de Recondo escribió con su esposa Anne Marie¹ tras su jubilación (Figura 1). Otros datos proceden de los recuerdos del autor de sus encuentros con el Dr. de Recondo y los ambientes neurológicos en que ambos se movieron.

Resultados

Vida familiar:

Jon de Recondo nació en una familia de clase media. Su padre regentaba un negocio en Madrid relacionado con la Real Fábrica de Tapices de Aranjuez. Jon era

el mediano de tres hermanos. Toda la familia con los abuelos y los tíos (Figura 2) tuvo que exiliarse a Hendaya cuando las tropas franquistas entraron en Irún. Su padre tenía nociones básicas de agricultura y, sobre todo, una enorme energía y capacidad de trabajo. Alquiló dos caseríos y sus tierras de labranza. Con la ayuda de toda la familia, que se mantuvo muy unida, comenzó en seguida a cultivar una huerta y criar algunos animales domésticos con los que asegurar su supervivencia. Las condiciones de vida al principio, sobre todo las de la vivienda, eran muy duras, sin agua corriente ni luz, pero salieron adelante hasta que las circunstancias fueron mejorando.

Las buenas cualidades de Jon como estudiante le hicieron acreedor a becas, procedentes, entre otras fuentes, de las instituciones que el Gobierno Vasco en el exilio creó para la solidaridad y ayuda a los refugiados.

Casado con Anne Marie (una bióloga molecular de alto nivel científico) tuvieron tres hijas (Mayalen, Isabelle y Anne –neuróloga-). Cuando la madre de Jon quedó viuda la acogió en su casa, pero ella sufrió después una demencia con graves trastornos de conducta que le obligó a ingresarla en una residencia. A este episodio, que resultó especialmente doloroso para Jon, se refiere con detalle en su libro¹.

Su matrimonio con Anne Marie fue feliz. Jon murió a los 88 años, el 15 mayo de 2017 en Saint-Rémy-lès-Chevreuse, rodeado de sus hijas, yernos y cinco nietos. Fue enterrado en Hendaya.

Activismo político:

El libro que escribió con su esposa¹ es un compendio extraordinario de la Guerra Civil Española y de la Segunda Guerra Mundial en todos sus escenarios. Pero en ambos conflictos bélicos, Jon se extendió en detalles, sobre todo, hacia lo ocurrido en el País Vasco, tanto español como francés. Para ellos, Jon utilizó con frecuencia los términos de Euskadi interior (España) y exterior (Francia).

El relato sobre los exiliados vascos y la implicación de muchos de ellos en la resistencia antinazi y



Figura 1. Portada del libro histórico de Jon de Recondo y su esposa Anne Marie.

antifranquista gira en gran medida alrededor de las figuras de sus tíos Pepe y Juan José de Mitxelena, que fueron extraordinariamente activos en la puesta en marcha y funcionamiento del Servicio de Información y Propaganda dependiente del lehendakari Aguirre, a quien profesa una admiración y lealtad totales. Esta implicación familiar en el núcleo de los servicios creados por el Gobierno Vasco en el exilio condujo a Jon a participar decididamente en sus actividades, mayoritariamente clandestinas. Presidió la Asociación de Estudiantes Vascos y también fue el delegado de Eusko Gaztedi en el “*exterior*”. Sin embargo, las diferencias surgidas en el seno de los dirigentes nacionalistas y, muy en especial, la acusación que algunos hicieron de que él pudiera haber estado en el origen de ETA, le decepcionaron mucho y le condujeron a renunciar a sus cargos y dedicarse a partir de entonces (1958) a su carrera como neurólogo.

Carrera profesional:

Tras los estudios de medicina y el internado, se orientó hacia la neurología en el servicio del Prof. Raymond

Garcin en el hospital de la Salpêtrière, una de las mecas mundiales de la especialidad en la época. En aquel servicio encontró a los dos profesores agregados que serían decisivos en su carrera. Uno fue Jean Laprèsle quien le inició en la neuropatología, especialmente en la del músculo y fue su mentor en la tesis doctoral. El otro fue Pierre Rondot con quien vinculó el resto de su vida profesional, a quien siguió en 1974 al hospital de Ste. Anne cuando se inauguró el servicio de neurología y donde le sucedió como jefe del servicio entre 1982 y 2000. Fue Profesor de Neurología en la facultad de medicina Descartes-Cochin-Port Royal desde 1995.

Siguiendo la tradición de sus maestros, Recondo publicó ampliamente trabajos clínicos sobre muy diversos temas neurológicos. Destacan varias monografías. La primera sobre uno de sus capítulos semiológicos favoritos, la alteración de los movimientos oculares conjugados². Reflejo de su interés general por la semiología fueron dos monografías^{3,4} orientadas al diagnóstico clínico neurológico sindrómico que tuvieron mucho éxito, con sucesivas ediciones. Otras dos obras en colaboración con Rondot se dedicaron a



Figura 2. Fotografía de la familia de Jon de Recondo tomada con motivo de las bodas de oro de sus abuelos (en el centro). Jon aparece a la izquierda sentado sobre su padre. Detrás sus dos tíos Pepe y Juan José Mitxelena grandes activistas vascos en el exilio (tomada del libro de la referencia¹).

los síndromes parkinsonianos y a la enfermedad de Parkinson^{5,6}. Con la inestimable ayuda de su esposa publicó una monografía sobre la patología muscular en el momento de la irrupción de la genética molecular y de la biología celular⁷.

Relaciones de Jon de Recondo con los neurólogos de Euskadi

Jon mantuvo excelentes relaciones de amistad con diversos neurólogos y neuropsiquiatras vascos, sobre todo de Guipúzkoa y muy en especial con Javier Urkola al que se refiere en su libro y del que reproduce una fotografía junto a destacados dirigentes nacionalistas. Nos visitó en diversas ocasiones. Es de destacar que acudió al acto académico celebrado en el Aula Magna de Leioa en 1984 (Figura 3) con motivo de la inauguración de la cátedra de neurología de la Facultad de Medicina de la UPV/EHU, que tenía un cierto simbolismo pues era la primera en España. La última visita a un acto oficial fue a la reunión de la Sociedad de Neurología del País Vasco que tuvo lugar en Biarritz en 2004, a la que acudió en compañía de su esposa Anne Marie (Figura 4).

Comentarios

El lector puede encontrar toda clase de detalles sobre la peripecia vital de Jon de Recondo y su familia

durante el exilio, en el libro que editó con Anne Marie¹.

Muchos miles de vascos compartieron las mismas tremendas desventuras como consecuencia de verse expulsados de España por un fascismo, hacia un país que sería inmediatamente ocupado por otro fascismo aún peor y, además, con la estrecha colaboración entre ambos en la persecución de los disidentes políticos. Más allá del testimonio de lo que ocurrió en el seno de su familia, Jon se extiende ampliamente en el libro sobre el papel relevante de sus tíos en los servicios vascos y sus actividades clandestinas.

Desgraciadamente, algunos de los miembros de esos servicios fueron capturados por la policía y severamente castigados, incluido algún fusilamiento. Como consecuencia de todo ello surgieron discrepancias en el seno del Partido Nacionalista Vasco, que no procede comentar más en este artículo. Jon expone en el libro sus vivencias y su opinión sobre aquellos acontecimientos, salvaguarda el papel de sus tíos y de algunos dirigentes del partido y, sobre todo, ensalza la figura del lehendakari Aguirre, a quien profesa una lealtad total y una cerrada defensa de sus posiciones. Tuvo amistad personal con Aguirre, de quien aporta una fotografía en el libro cuando asistió a su boda.

En medio de todas esas dificultades, Jon no perdió el camino. Con mucho esfuerzo completó los estudios de



Figura 3. Fotografía tomada durante el Acto Académico de la Inauguración de la cátedra de neurología en el Aula Magna de Leioa en 1984. De izquierda a derecha, Pedro Salisachs, Jean Laprèsle, Jon de Recondo y Maurice Goulon.

medicina y siguió después una brillante carrera profesional y universitaria. Todo ello siempre en el seno de una familia unida en el esfuerzo y la generosidad. Por eso, la separación de su madre cuando tuvo que ingresarla fue especialmente penosa, tal y como relata en el libro y me comentó personalmente. Al quedar viuda, acogió a su madre en su casa, pero ella sufrió una demencia degenerativa con graves trastornos de conducta y, especialmente, una pertinaz paranoia contra sus nietas, haciendo la situación doméstica insostenible. Según me explicó Jon y como consecuencia de la neurodegeneración, la madre fue perdiendo el lenguaje y prácticamente sólo se comunicaba con él en euskera, lo que hacía que su ingreso en cualquier institución fuera aún más penoso, pues significaría el aislamiento total de la enferma. Jon expresa en el libro su agradecimiento a su amigo Javier Urkola quien le ayudó a ingresarla en la Fundación Matía de Donosti, el único sitio, probablemente, en el que todavía podría comunicarse con sus cuidadores en su idioma familiar.

Este es el momento de que exprese mi agradecimiento a Jon de Recondo por sus enseñanzas y su amistad. Espero que este artículo contribuya a mantener su memoria y a que los jóvenes médicos vascos, especialmente los neurólogos, encuentren en su figura un modelo a imitar para intentar salir adelante en las peores circunstancias.

Conflictos de interés

No hay ningún conflicto de intereses en este trabajo. No se ha recibido ninguna financiación pública ni privada en relación con su contenido.

Bibliografía

1. De Recondo J, de Recondo AM. A los 75 años de Ger-nika. Un testimonio. Centro Gráfico Gamboa, Andoain (Guipuzcoa, España). 2011.
2. De Recondo J. Les mouvements conjugués oculaires et leurs diverses modalités d'atteinte: étude clinique et physiopathologique. Paris, Masson et Cie , 1967
3. De Recondo J. Principaux syndromes neurologiques. Paris, Roussel, 1973
4. De Recondo J. Sémiologie du système nerveux : du symptôme au diagnostic. Paris. Flammarion Médecine-sciences. 2004
5. Rondot P, de Recondo J. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens. Bruxelles : Brocades Belga, 1973
6. Rondot P, de Recondo J. La maladie de Parkinson. Paris, J.-B. Baillière et fils , 1976
7. De Recondo J. de Recondo AM. Pathologie du muscle strié : de la biologie cellulaire à la thérapie. Paris, Flammarion médecine-sciences . 2001



Figura 4. Jon y Anne Marie de Recondo en la reunión de la Sociedad de Neurología del País Vasco en Biarritz en 2004 (cortesía del Prof. J.A. Berciano).

NOTA HISTÓRICA



Gac Med Bilbao. 2023;120(1):34-42

José Luis Arenillas Ojinaga, médico y último jefe de la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil

Ipiña-Bidaurrazaga Aritz^a

(a) Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea (UPV/EHU). Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Leioa, España

Recibido el 27 de junio de 2022; aceptado el 12 de julio de 2022

PALABRAS CLAVE

José Luis Arenillas.
Médico.
Biografía.
Sanidad militar.
Guerra Civil.

Resumen:

Objetivo:

Realizar un análisis de la Sanidad Militar de Euzkadi a través de la biografía de José Luis Arenillas.

Material y métodos:

Este artículo se basa principalmente en material original de archivo, por lo que se ha realizado una búsqueda exhaustiva en varios de ellos analizando la documentación referente a José Luis Arenillas Ojinaga y la Jefatura de Sanidad Militar de Euzkadi.

Resultados:

Analizar los aspectos biográficos de José Luis Arenillas para comprender su labor como Inspector General de Sanidad Militar de Euzkadi y último jefe de la misma, tras la conquista de Bilbao el 19 de junio de 1937.

Conclusiones:

El médico José Luis Arenillas Ojinaga realizó una importantísima labor para la Sanidad Militar de Euzkadi, pagándolo con su propia vida al ser fusilado por las tropas sublevadas franquistas.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

José Luis Arenillas Ojinaga, medikua eta Euzkadiko Osasun Militarreko azken burua Gerra Zibilean

Laburpena:

Helburua:

Euzkadiko Osasun Militarren azterketa egitea José Luis Arenillasen biografiaren bidez.

Materiala eta metodoak:

Artikulu hau jatorrizko artxibo-materialean oinarritzen da batez ere, hortaz, horietako batzuetan bilaketa sakona egin da José Luis Arenillas Ojinagari eta Euzkadiko Osasun Militarreko Buruzagitzari buruzko dokumentazioa aztertuz.

Emaitzak:

José Luis Arenillasen alderdi biografikoak aztertzea haren lana ulertzeko, bai Euzkadiko Osasun Militarreko ikuskatzaile nagusi legez, bai horren azken buru gisa 1937ko ekainaren 19an Bilbo konkistatu ondoren.

Ondorioak:

José Luis Arenillas Ojinaga medikuak oso lan garrantzitsua egin zuen Euzkadiko Osasun Militarrentzat, bere bizitzarekin ordaindu zuena matxinatutako tropa frankistek fusilatu baitzuten.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

José Luis Arenillas Ojinaga, doctor and de last chief of the Militar Health Service of Euzkadi during the Civil War

Abstract:

Objective:

Conduct an analysis of the Militar Health Service of Euzkadi through José Luis Arenillas' biography.

Material and methods:

This article is mainly based on original archival files. An exhaustive research in several archives has been performed analyzing papers regarding José Luis Arenillas Ojinaga and Euzkadi Military Health Service Authority.

Results:

Study in more detail José Luis Arenillas' biographical aspects in order to understand his role as Inspector General and later Chief of the Euzkadi Militar Health Service after the conquest of Bilbao on 19th June 1937.

Conclusion:

José Luis Arenillas Ojinaga Doctor developed a remarkable task for the Euzkadi Military Health Service, costing his own life since he was executed by the francoist revolted troops.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GILTZA-HITZAK

José Luis Arenillas.
Medikua.
Biografia.
Osasun Militarra.
Gerra Zibila.

KEYWORDS

José Luis Arenillas.
Doctor.
Biography.
Military Health Service.
Civil War.

Introducción

Abordar acontecimientos históricos desde el análisis biográfico de sus protagonistas ayuda a comprender dichos procesos.

El estudio de la figura del médico José Luis Arenillas Ojinaga, desconocida para la gran mayoría del personal sanitario e historiadores, aporta mucha infor-

mación sobre la Sanidad Militar de Euzkadi de 1936-1937.

En el presente trabajo se analizará en profundidad cuál fue su labor; qué cargos ostentó a lo largo de su vida y cómo imprimió su propio carácter y disciplina a la institución que llegó a dirigir en sus días más sombríos.



Figura 1. José Luis Arenillas Ojinaga.

Material y métodos

El presente artículo ha sido realizado con material original procedente de distintos archivos situados tanto en la CAV como en el Estado español.

La fuente principal de información ha sido el Archivo Histórico de Euskadi, situado en Bilbao. La localización de documentación se ha realizado a través del buscador del Archivo disponible en Internet. Para ello, en el campo de búsqueda avanzada se han introducido los siguientes términos: *+José +Luis +Arenillas*, obteniendo 139 resultados; *+Sanidad +Militar +1936-1945*, logrando 1.459 documentos; y *+Nóminas +Sanidad*, recabando 24 resultados.

La consulta de estos documentos se ha realizado presencialmente en el Archivo, fotografiando los documentos que nos interesan para nuestra investigación, un total de 566.

La información histórica que hemos analizado ha sido diversa: las funciones de Arenillas durante la Guerra Civil, nombramientos, ceses y traslados firmados por él, solicitudes de material sanitario, evacuación de heridos, órdenes relativas a los hombres que integraban las secciones sanitarias de los batallones, cartas u oficios internos de la propia Sanidad Militar.

El Archivo de la Diputación Foral de Bizkaia también ha sido utilizado para este trabajo. En su catálogo se ha introducido el nombre de José Luis Arenillas y se han logrado tres resultados.

Por último, se ha consultado con el Tribunal Militar Territorial Cuarto, situado en A Coruña. La documentación referente a los juicios sumarios militares instruidos en los territorios que conforman la CAV y el norte del Estado por las autoridades franquistas dependen de este Tribunal y sus fondos se encuentran en Ferrol. Tras una petición formal el Tribunal autorizó la consulta in situ de la causa sumaria instruida contra José Luis Arenillas.

La bibliografía consultada ha sido utilizada para la contextualización y explicación de distintos hechos históricos.

Resultados

José Luis Arenillas Ojinaga nació el 2 de marzo de 1903 en Bilbao, en el seno de una familia trabajadora. Hijo de Eladio Arenillas Blanco y Ana Ojinaga Madariaga. Su padre fue practicante con domicilio y consulta en San Francisco, gozó de una desahogada posición económica y falleció en octubre de 1926, acudiendo a su entierro muchos médicos de Bilbao. Su madre era maestra municipal del Ayuntamiento de Bilbao, destinada en la Escuela de Las Cortes y posteriormente en Indautxu. El matrimonio Arenillas Ojinaga tuvo dos hijos, José Luis y José María. La familia la componía también Félix Arenillas Ibarra, primer hijo de Eladio, fruto de un matrimonio anterior.

Ambos hermanos cursaron estudios superiores, José Luis estudió Medicina en Salamanca mientras que José María Económicas en la Universidad de Deusto.

Gracias a la documentación referente a su tallaje realizado en Salamanca para efectuar el servicio militar obligatorio cuando tenía 20 años, sabemos que medía 1,70 metros, que fue declarado útil para el Ejército, que era estudiante en la capital y que estaba domiciliado en la Plaza de la Libertad, un concepto por el que luchó durante toda su vida, como veremos a continuación.

Fue médico de una cofradía de pescadores y médico municipal del Ayuntamiento de Bilbao desde el 3 de marzo de 1931, destinado en San Francisco, el barrio más humilde y desfavorecido de la villa. Disponía de una consulta privada situada en la Plaza Indautxu n.º 1 de Bilbao, donde atendía de 11:00 a 13:00. Muchas tardes, fuera de su horario laboral y totalmente gratis, pasaba consulta a los hijos de las prostitutas de Las Cortes, lo que demuestra su calidad humana y la preocupación que tenía por las clases más desfavorecidas. Respecto a las madres de los niños y niñas, las solía instruir sobre higiene sexual y medicina preventiva, a pesar de que era médico de medicina general.

Políticamente era izquierdista y desde 1932 militante de Izquierda Comunista, corriente trotskista. En septiembre de 1935 participó en la fundación del POUM, Partido Obrero de Unificación Marxista, integrando el Comité Central del mismo y fundando la sección del partido en Bizkaia. Realizó uno de los primeros ensayos teóricos sobre el marxismo y el nacionalismo vasco.

El Golpe de Estado, de corte fascista protagonizado por elementos militares y civiles del 18 de julio de 1936, transformó la vida de José Luis Arenillas. La sublevación no triunfó en Bilbao, que se mantuvo fielmente al lado del poder democráticamente constituido, pero sí triunfó en Vitoria-Gasteiz. Arenillas partió entre el 19 y 20 de julio a Otxandio, punto en el que se situó uno de los frentes de combate entre sublevados y republicanos.

El 22 del mismo mes la villa de Otxandio, que se encontraba celebrando sus fiestas, sufrió un bombardeo fascista que causó 61 muertos y numerosos heridos entre la población civil. El médico municipal José Antonio Maurolagoitia Unda fue el primero en acudir a ayudar a los heridos, mientras que José Luis Arenillas se trasladó desde los puestos de socorro a la villa y organizó el triaje que llevaría a los heridos a Bilbao. Este hecho llegó a las autoridades republicanas, que posteriormente ascenderían a José Luis Arenillas al cargo de Inspector General de Sanidad del Ejército del Norte, cuarta Sección de Sanidad.

El 7 de octubre de 1936 se formó el primer Gobierno Vasco, que fue dirigido por José Antonio de Aguirre y Leikube, que, además, ejerció el control de la Consejería de Defensa. De esta Consejería dependió la Sanidad Militar de Euzkadi, institución que dirigió Fernando de Unceta Iza, jefe de clínica traumatológica de la Compañía Euskalduna de Construcciones y Reparaciones de Barcos, desde su creación hasta junio de 1937.

Entre octubre de 1936 y julio de 1937, según un análisis sistemático realizado a través de las nóminas de Sanidad Militar podemos afirmar que al menos 7.395 personas trabajaron para la institución, algunos duran-

te todo el período y otros unos meses o semanas. 6.135 eran hombres, mientras que 1.260 eran mujeres. Este elevado número de personal responde a una institución con un elevado grado de competencias y subdivisiones.

La Sanidad Militar de Euzkadi estuvo formada entre otras secciones por la jefatura y sus secretarías generales y administración, donde encontramos a Unceta y Arenillas; el servicio médico en el frente; los servicios hospitalarios de vanguardia y retaguardia; los centros de venereología, epidemiología, parasitología y estomatología; el servicio de Anti-Gas; el cuartel general sanitario de Munoa, el parque móvil y el servicio de ambulancias; los tribunales médico-militares; las enfermerías en los cuarteles y la intendencia sanitaria, entre las que se encontraban, Farmacia Militar, material sanitario fijo y móvil.

José Luis Arenillas fue nombrado, por José Antonio de Aguirre, Inspector General de Sanidad Militar de Euzkadi el 17 de octubre de 1936, recayendo en él las siguientes competencias:

1. Organización y preparación sanitaria del Frente
2. Atender e inspeccionar todo lo concerniente a la sanidad del frente poniendo en conocimiento de la Jefatura Superior deficiencias que observase al objeto de subsanarlas.
3. Responsable del cuartel sanitario de Munoa (cuartel donde se formaba al personal sanitario que acudía al frente de combate).
4. Responsable de los servicios de ambulancias y material sanitario, sirviendo de intermediario entre la Jefatura Superior de Sanidad Militar y el Estado Mayor General.
5. Disponía de la firma en todos los asuntos de su competencia, pero debía ser revisada por la Jefatura de Sanidad Militar o por el jefe del Estado Mayor del Ejército.

El esquema del personal sanitario integrado en los batallones de combate fue similar al modelo francés: sobre papel 800 hombres componían el batallón mientras que dos médicos, dos practicantes, seis enfermeros, 19 camilleros sanitarios, 60 camilleros soldados, cinco acemileros y cinco chóferes componían el personal sanitario. A esto había que sumarle el equipo; unas 50 camillas, cinco mulas, una ambulancia, dos furgonetas y un coche ligero.

Con la creación de nuevos batallones el número de médicos en los mismos descendió a uno, debido fundamentalmente a la escasez de profesionales. La carencia de médicos obligó en determinados momentos, sobre todo tras la conquista de Bilbao en junio de 1937, a nombrar estudiantes de medicina o practicantes como responsables sanitarios del batallón militar.

Las cartas y oficios dirigidos por Arenillas a otras unidades militares demuestran su disciplina y preocupación por la tropa. Como Inspector General de Sanidad Militar, en muchos casos debía ser inflexible, casi en funciones de comisario político. Prueba de ello fue la misiva enviada el 5 de noviembre de 1936 a Cándido Saseta, jefe

- 1) JEFATURA, con sus Secretarías, General y Particular, Inspección General de Frentes y Administración.
- 2) SERVICIOS MÉDICO-SANITARIOS en batallones y sectores.
- 3) SERVICIOS HOSPITALARIOS, de vanguardia y de retaguardia.
- 4) HIGIENE: Centros de Venereología, Epidemiología, Parasitología y Especialidades.
- 5) ODONTOLOGÍA Y ESTOMATOLOGÍA.
- 6) SERVICIO DE A. G. (Antigás).
- 7) CUARTEL GENERAL SANITARIO de Munoa, con su Parque Móvil, Intendencia de Transportes y Servicios de ambulancias.
- 8) TRIBUNALES MÉDICO - MILITARES, para la revisión de incapacidades.
- 9) ENFERMERÍAS DE CUARTELES.
- 10) INTENDENCIAS SANITARIAS: Farmacia Militar, Material Sanitario, fijo y ambulante.
- 11) INTENDENCIA DE ABASTOS: Almacén de víveres y ropas.
- 12) INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA, de heridos, enfermos y fallecidos de guerra.
- 13) COMISARIADO.

Figura 2. Estructura de la Sanidad Militar de Euzkadi¹¹.

del Euzko Gu-darostea fallecido en combate en Areces, Asturias. En ella le indicaba que no debía permitirse ausentarse a ningún miliciano sin la correspondiente baja médica, por lo que si leemos entre líneas podemos intuir que la disciplina militar brillaba por su ausencia en algunos milicianos y gudarís.

Esta disciplina no estaba contrapuesta a solicitudes a distintos Departamentos para que hicieran que las condiciones de los soldados mejorasen en el frente. Para ello escribió en la Consejería de Defensa indicando lo siguiente; “Se nos ocurre que para atender a los milicianos que bajan ateridos de frío de los frentes, podrían organizarse por ese Departamento estaciones de suministros de caldo o algo caliente”. La situación climatológica entre los meses de octubre de 1936 y marzo de 1937 hizo que se endureciesen las condiciones de los hombres en los frentes de combate.

Las relaciones con la Jefatura Superior de Sanidad Militar en muchos casos no fueron todo lo fluidas que debieran haber sido. El nombramiento de cargos, la situación militar desfavorable o la interpretación subjetiva de un hecho por ambas partes ocasionó roces y contraór-

denes. El 4 de febrero de 1937, desde Jefatura de Sanidad Militar, posiblemente Ceferino de Jemein, secretario general de la misma, indicaba a Arenillas lo siguiente: “Querido amigo, en contestación a tu atento escrito, fecha 2 del corriente, he de manifestarte que, efectivamente, se nos ha hecho la petición de un médico para un batallón de Enlaces y Transmisiones cuya existencia ignorábamos, limitándonos a dirigir un oficio al objeto de que nos informaran sin que hasta el presente hayamos tenido contestación. Causándome extrañeza y doliéndome, lo digo con sinceridad, el que digas si la jefatura cree conveniente amparar estas particularidades puede hacerlo”.

Los nombramientos que realizaba Arenillas no se circunscribían únicamente a los batallones, sino que también organizó a los sanitarios de sector, que se encargaban de la sanidad de los combatientes no adscritos a batallones, como artillería, intendencia u orden público y que se encontraban en un determinado sector geográfico. Una vez iniciada la ofensiva franquista de finales de marzo de 1937, estos sanitarios de sector fueron reconvertidos en sanitarios de brigada. Su labor fue la de coordinar la sanidad militar de la mencionada brigada, for-

mada por hasta cuatro batallones. La ofensiva franquista obligó a replegarse al Cuerpo de Ejército Vasco, por lo que los sectores militares y sanitarios desaparecieron y los batallones se agruparon en unidades más grandes, brigadas, que permitían una mayor movilidad, en caso de repliegue, contraofensiva o descanso.

Tanto los cargos de comandante médico de sector y, posteriormente, comandante médico de brigada o incluso de división, unidad militar formada por varias brigadas, fueron más o menos de la confianza de José Luis Arenillas, aunque a veces la carencia de médicos obligó a nombramientos apresurados de sanitarios con no mucha experiencia médica. La responsabilidad sanitaria de estos hombres fue muy importante, ya que además de sus servicios médicos debían encargarse de la correcta instalación de puestos de socorro cerca del frente de combate, de que los heridos fueran rápidamente evacuados y del buen posicionamiento de las ambulancias, y de competencias administrativas como solicitar material sanitario o elevar a jefatura el listado diario de muertos y heridos, por lo que Arenillas siempre indicó a la Jefatura de Sanidad Militar que debían ser respetados y contar con su labor.

El 11 de marzo de 1937 Arenillas escribió una de las cartas más duras que hemos localizado hasta la fecha y que revela algunas dificultades de la institución. Lo primero que hizo fue reflejar por escrito que procedía a *“condensar los puntos más esenciales”* de lo hablado por teléfono. El personal sanitario integrado en los batallones de combate, dependía de Sanidad Militar en lo económico y su primera ropa era suministrada desde el cuartel de Munoa, pero una vez en el batallón debía ser la intendencia del mismo quien les suministrase ropa o incluso comida, y en muchos casos no se produjo, por lo que se elevaron fuertes críticas. Arenillas indicó a Unceta que debían ser los comandantes médicos y los intendentes del batallón quien resolvieran estos problemas, y que debía recordarle al jefe de Intendencia Militar cuál era el procedimiento, tal y como Arenillas le había ordenado el 13 de enero de 1937. Este último comentario demuestra los roces entre departamentos o instituciones.

La segunda parte de la misiva creemos que es la más importante, ya que en mayúsculas Arenillas escribió *“necesidades de seguir un conducto regular en nuestras relaciones y respeto a los comandantes médicos”*. Esta petición quería evitar órdenes y contraórdenes que mermasen su autoridad y la de los comandantes médicos, de quien tiene sobre sí la responsabilidad de administrar los servicios de sanidad en los sectores y dicen mal de la estructura de la organización sanitaria. Orgánicamente Arenillas y los comandantes médicos gozaban de una amplia autonomía, pero siempre supervisada por la Jefatura, y este hecho parece que causaba roces entre ambas al saltarse otras personas o instituciones parte de la cadena de mando. La conversación entre ambos produjo un acuerdo importante que avala nuestra hipótesis: *“Quedamos en establecer un conducto regular, no admitiéndose por la Jefatura peticiones o consultas que no vengan informadas por los comandantes médicos de*

sector y avaladas con mi firma en todo lo que concierne a sus servicios de Sanidad”.

Creemos que estas consultas podían deberse a cambios de destino, de vanguardia a retaguardia, o de nombramientos con categoría de oficial o incluso de permisos.

Si Jefatura tomaba un acuerdo, *“deberá tener la deferencia de notificar”* a los comandantes médicos y al Inspector General, *“para que tengan conocimiento de lo que se trata y no pasen por ignorantes o insubordinados”*. Por último, y respecto a este asunto, Arenillas sentencia lo siguiente, una frase que al final del texto podremos comprender mejor: *“Si se ha de pechar con las responsabilidades del cargo, es menester conocer quién lo ostenta con amplia autoridad”*.

Respecto a los médicos de retaguardia, Arenillas indicaba que había 53 médicos comprendidos en la movilización, por lo que entendemos que a pesar de ello no fueron al frente, por lo que la autoridad del Inspector General no era completa para tales efectos. Se acordó establecer un turno regular de rotación entre los médicos de los batallones y los de retaguardia, para que sirviesen un mes en el frente y otro en retaguardia, *“al objeto de que no pierdan por completo la afición al estudio y se conserve el potencial científico que atesora la juventud movilizada”*. Según las nóminas analizadas hasta la fecha, este acuerdo no se cumplió en la amplia mayoría de los casos, fundamentalmente debido a la ofensiva franquista que se iniciaría a finales de marzo, por la que obligó a mantener en sus puestos de vanguardia a los médicos de batallón.

José Luis Arenillas, escribió el 23 de marzo, un oficio de suma importancia a Jefatura de Sanidad Militar. Este lo envió desde el cuartel general del Estado Mayor en Igorre y en él se indicaba que los servicios de sanidad debían estar preparados *“para atender y recibir de 2.000 a 3.000 heridos”*. Este aviso revela que el Estado Mayor podría haber tenido ciertas noticias o sospechas sobre la ofensiva franquista que se produciría en breve. Las previsiones de heridos se quedaron cortas y para junio de 1937, antes de la conquista de la capital vizcaína, los informes internos de Sanidad Militar indicaban que en torno al Gran Bilbao podría haber entre unos 7.000 y 8.000 heridos que había que evacuar. Estos elevados números demuestran la presión que sufrió la Sanidad Militar y el gran volumen de trabajo que desempeñaron sus integrantes.

La ofensiva franquista del 31 de marzo tensionó hasta límites insospechados a la Sanidad Militar de Euzkadi. Esta obligó a reestructurar el personal de los sectores sanitarios y convertirlos en sanitarios de brigada. Arenillas tuvo que lidiar con desapariciones de sanitarios, capturas o incluso deserciones. Este hecho motivó a ascender a subordinados, nombrar nuevos sanitarios o fusionar unidades sanitarias. Pero el verdadero colapso de la Sanidad Militar de Euzkadi llegó entre el 12 y el 13 de junio de 1937, cuando su jefe, Fernando Unceta, y su secretario particular, José María Bengoa Lecanda, huyeron en un barco destinado a mujeres y niños hacia

Francia, con algunos responsables militares como el jefe de artillería Casiano Guerricaechevarría o el jefe de la Ertzaina .

Esta desbandada sorprendió a todos. José Luis Arenillas se encontraba en el Cuartel General del Estado Mayor, coordinando los servicios sanitarios del frente, que había colapsado en Larrabetzu, y Ceferino de Jemein, estaba en Trucios reorganizando la Sanidad Militar cumpliendo órdenes de Unceta dadas antes de su huida. El médico José Luis Goicoechea Usandizaga en una carta enviada a Doroteo Ciurriz, presidente del PNV, en julio de 1937, explicó cuál fue el panorama durante esos días de junio. *“Cuando se derrumbó la Jefatura fui el único miembro que permaneció en su puesto aquellos días, pues quien no se fue a Francia se fue a Trucios abandonando de 7.000 a 8.000 heridos. Me encontré con la agradable sorpresa de ser Eskubi (José Luis Escubi Ellacuria, médico) el encargado de tramitar asuntos de la Jefatura, pero comprendiendo la necesidad de terminar con la dualidad de mando propuse como jefe único a Arenillas. La primera orden que recibí del nuevo jefe fue un regalito, evacuación en cuatro días de todos los heridos de Euzkadi. Para ello, me ofrecieron infinitos cargos, era natural pues ausentes Unceta y Bengoa, el resto desconocía en absoluto el tinglado hospitalario”* .

La labor de José Luis Arenillas Ojinaga como nuevo jefe de Sanidad Militar consistió en lo mencionado por José Luis Goicoechea. La primera orden del nuevo jefe, dada en Sopuerta el 19 de junio, fecha en la que fue conquistada Bilbao, consistió en reorganizar lo que quedaba de la Sanidad Militar. Para ello, nombró a personal de máxima confianza y que habían desarrollado una gran labor hasta entonces como nuevos altos cargos, a pesar de que con anterioridad habían mantenido ciertos roces, como en el caso de José Luis Goicoechea.

La evacuación de heridos se convirtió en una prioridad, primero a Santander y luego a Francia. Arenillas intentó incluir todo el personal sanitario posible en las evacuaciones en barco, pero estas fueron rechazadas por el Estado Mayor del Ejército del Norte, logrando que un 5% fueran personal sanitario.

La labor hospitalaria también requirió un gran esfuerzo, logrando organizar cinco nuevos hospitales, uno en tierras vascas, Karrantza, y cuatro en Cantabria: Laredo, Solares y dos en Limpias. Otro de los quehaceres del nuevo jefe fue el de reorganizar unidades sanitarias, ya que debido a las graves pérdidas tras la conquista de Bilbao, Sanidad Militar disponía de 77 médicos y 7 estudiantes de Medicina, habiendo perdido 191 médicos, entre muertos, desaparecidos o capturados. Las cifras respecto a la pérdida de camilleros, prácticas y enfermeros también fueron muy elevadas, pero el personal más complicado de sustituir fue el de los médicos, debido, fundamentalmente, al elevado grado de tecnificación que requería su trabajo, siendo imposible formar nuevos médicos.

Los últimos días de la Sanidad Militar de Euzkadi consistieron en un intento de reorganizar sus propios servicios, creando incluso una pequeña fábrica para hacer camillas. Arenillas escribió al jefe de administración del

Gobierno Vasco el 8 de agosto certificando este hecho y solicitando nuevas aportaciones para proseguir con su labor. Este hecho revela que Arenillas en estas fechas era partidario de mantener la lucha.

Los días previos al pacto de Santoña la situación se volvió muy confusa, las órdenes y contraórdenes fueron la tónica general y multitud de personal sanitario desobedeció las órdenes y se concentró en esta localidad y Laredo, a esperar si las noticias de evacuación eran reales. Las tropas vascas se rindieron el 26 de agosto de 1937 en Santoña a las fuerzas italianas, si bien quedaron pronto en manos de los sublevados franquistas, que no respetaron el pacto acordado entre el PNV y las tropas italianas. La cúpula de Sanidad Militar fue detenida en Santoña o en alta mar, como fue el caso de Arenillas y otros muchos, que partieron en el último barco fletado por el Gobierno Vasco.

La represión no tardó en caer sobre ellos, Arenillas, que ostentaba el cargo de jefe de Sanidad Militar y el de coronel fue juzgado con otros 20 médicos, siendo 19 altos responsables de Sanidad. Entre ellos se encontraban los médicos José Luis Goicoechea Usandizaga, José Luis Escubi Ellacuria, Luis Goñi Azpiazu, Ignacio Orbegozo Macazaga o Amadeo Larramendi Larrañaga. El proceso militar que sufrieron no podemos calificarlo como *“juicio”*, ya que careció de toda garantía legal para los acusados, como, por ejemplo, carecer de un abogado de confianza o respetar su presunción de inocencia.

José Luis Arenillas, al ser interrogado por el instructor militar, no negó su participación en la Sanidad Militar de Euzkadi, sino que manifestó que había sido nombrado Inspector General por parte de Aguirre, que había creado el POUM en Bizkaia o que había sido el último jefe de Sanidad Militar. Fue un ejercicio de dignidad y de disciplina, ya que no renegó de ninguno de sus cargos ni de sus responsabilidades, y demostró a las fuerzas fascistas lo que siempre había demandado a sus compañeros, compromiso y responsabilidad.

El 6 de septiembre de 1937, se dictó sentencia sobre los 20 acusados: 8 penas de muerte, 6 de 30 años de cárcel, 2 de 20 años de prisión y 4 de 12 años de reclusión. Ninguno de ellos fue acusado de crímenes de sangre, sino de haber ostentado cargos en la Sanidad Militar y haber actuado como médicos, además de procesar ideología nacionalista vasca o izquierdista .

La gravedad de las condenas fue un claro aviso al resto de médicos, indicando que todo aquel que había colaborado con el Gobierno Vasco o el republicano sufriría en sus propias carnes procesos punitivos, como así fue para decenas de ellos. Esta represión llevó aparejada inhabilitaciones laborales, por lo que se privó a la ciudadanía de los servicios médicos de estos profesionales durante muchos años. Otros muchos médicos partieron al exilio para evitar la represión, por lo que la merma de la calidad de los servicios sanitarios fue un hecho incontestable durante prácticamente todo el régimen franquista. José Luis Arenillas fue fusilado en Bilbao el 18 de diciembre de 1937, dejando mujer y una hija recién nacida en Francia, una madre destituida como maestra

también en el país vecino y su hermano asesinado por miembros del PCE en Asturias, al ser también miembro del POUM.

Discusión y conclusiones

Sobre la Sanidad Militar existe una obra elaborada por la propia institución en 1936-1937 que es vital para comprender su funcionamiento. Este trabajo es también un producto propagandístico que no refleja los problemas de la institución. Para ello es necesario acceder a fuentes como las cartas u oficios elaborados por sus responsables. Creemos que este trabajo arroja luz a este hecho y complementa de una forma más veraz lo realizado en 1936-1937.

La primera conclusión es que José Luis Arenillas pagó con su vida el hecho de haber trabajado por y

para la Sanidad Militar de Euzkadi. El personal médico y sanitario fue imprescindible durante la Guerra Civil y prueba de ello es el volumen de personal que trabajó para la misma en un momento u otro de la contienda bélica en suelo vasco, más de 7.000 personas.

Arenillas imprimió su sentido de disciplina y organización a la Inspección General de Sanidad y su lado más humanista se manifestó tras la conquista de Bilbao al centrar todos sus esfuerzos en evacuar a los heridos y al propio personal sanitario a Santander o Francia, por encima incluso de su evacuación personal y la de su núcleo más cercano, que la demoró hasta el último momento. El resultado de esta acción fue pagarlo con su vida, mientras que el resto de personal sanitario con responsabilidades sufrieron largas penas de prisión.

EL JEFE DE SANIDAD

Arenillas

Figura 3. Firma de José Luis Arenillas Ojinaga²⁷

Bibliografía

1. Sanidad Militar de Euzkadi. La Sanidad Militar en Euzkadi. Bilbao: Talleres Gráficos de Jesús Álvarez; 1937. 47 p.
2. Buscador avanzado del Archivo Histórico de Euzkadi. Bilbao: Gobierno Vasco. [actualizado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://dokuklik.euskadi.eus/badator/badatoravanzada>
3. Página web del Archivo Foral de Bizkaia. Bilbao. Diputación Foral de Bizkaia. [actualizado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://web.bizkaia.eus/es/web/archivo/>
4. Esquela de Eladio Arenillas Blanco. El Noticiero Bilbaíno, 31 de octubre 1926, p.1 y el 2 de noviembre de 1926, p. 2
5. Archivo Histórico Foral de Bizkaia (AHFB). Q-3198/314.
6. AHFB. Bilbao undécima 0161/036.
7. Arenillas JL, Arenillas JM. Sobre la cuestión nacional en Euzkadi. Barcelona: editorial Fontamara; 1981. 117 p.
8. Auñamendi Eusko Entziklopedia. Bernardo Estorriés Lasa Funtsa. Donostia: Eusko Ikaskuntza. [actualizado el 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://aunamendi.eusko-ikaskuntza.eus/eu/unceta-iza-fernando/ar-137850/>
9. Archivo Histórico de Euzkadi/Euskadiko Artxibo Historikoa (AHE/EAH). Nominas Sanidad Militar de Euzkadi. Sección Sanidad Militar. Legajo 495. Número 495; Legajo 497. Número 02. Legajo 530. Número 02.
10. Sanidad Militar de Euzkadi. La Sanidad Militar en Euzkadi. Bilbao: Talleres Gráficos de Jesús Álvarez; 1937. 260 p.
11. Ibid. Cit. 45 p.
12. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. M-1387/4-1.
13. AHE/EAH. Fondo Colección Instituto Bidasoa. Fondo Luis Ruiz de Aguirre "Sancho de Beurko". 23.06.
14. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. M-1385/4-1.
15. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. M-1366/4-1.
16. AHE/EAH. Sección Sanidad Militar. Legajo 528 - Número 09.

17. AHE/EAH. Sección Sanidad Militar. Legajo 528 - Número 09.
18. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. Legajo 527 - número 06.
19. Steer GL. El Árbol de Gernika. Un ensayo sobre la guerra moderna. Tafalla: Txalaparta; 2002. 530 p.
20. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. Legajo 527 - número 06.
21. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. M-1262/3-7.
22. Anasagasti I, San Sebastián K. El otro Pacto de Santoña. Madrid: Catarata; 2017. 224 p.
23. Archivo Intermedio Militar Noroeste. Causa 4/37 Santander. Caja 3931. Orden 7506.
24. Archivo Intermedio Militar Noroeste. Causa 4/37 Santander. Caja 3931. Orden 7506.
25. Erkoreka Barrena A. Médicos vascos exiliados en América en 1937. Jornada de Nutrición "XXV años de Nutrición Comunitaria en Bilbao y Euzkadi. Memorial JM Bengoa Lecanda". 8 de junio de 2010; Bilbao.
26. Sanidad Militar de Euzkadi. La Sanidad Militar en Euzkadi. Bilbao: Talleres Gráficos de Jesús Álvarez; 1937. 260 p.
27. AHE/EAH. Fondo Archivo Histórico del Gobierno Vasco. Fondo especial Beyris. M-1285/3-7.

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2023;120(1):43-46



Cuidar la dignidad de la persona para conservarla hasta el final

Bátiz-Cantera Jacinto^{a,b}

(a) Hospital San Juan de Dios de Santurtzi. instituto para Cuidar Mejor. Director. Santurtzi, España

(b) Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ACMB). Sección de Cuidados Paliativos. Presidente. Bilbao, España

Recibido el 24 de abril de 2022; aceptado el 15 de junio de 2022

Resumen:

Cuando una persona se encuentra en el umbral de salida de esta vida por una enfermedad avanzada, incurable y en fase terminal necesita ser cuidado por otras personas, profesionales o no, para ayudarle a preservar su dignidad. En primer lugar, hemos de tener claro qué significa dignidad desde el punto de vista del enfermo a quien vamos a cuidar. Una vez que lo tengamos claro debemos cuidar su dignidad hasta el final con el objetivo de conseguir una muerte serena.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Dignidad.
Final de la vida.
Compasión.
Muerte serena.

Pertsonen duintasuna zaindu azkenera arte gordetzeko

Laburpena:

Pertsona bat gaixotasun aurreratu, sendaezin eta terminal baten ondorioz bizitza honen irteera-atarian dagoenean, beste pertsona batzuek zaindu behar dute, profesionalak izan ala ez, bere duintasuna zaintzen laguntzeko. Lehenik eta behin, argi izan behar dugu zer esan nahi duen duintasunak zainduko dugun gaixoaren ikuspegitik. Behin argi daukagunean, bere duintasuna azkenera arte zaindu behar dugu, hildako lasai bat lortzeko.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Duintasuna.
Bizitzaren amaiera.
Errukia.
Heriotza lasaia

KEYWORDS

Dignity.
End of life.
Compassion.
Serene death

Take care of the dignity of people to preserve it until the end

Abstract:

When a person is on the threshold of leaving this life due to an advanced, incurable and terminal illness, they need to be cared for by other people, professional or not, to help preserve their dignity. In the first place, we must be clear about what dignity means from the point of view of the patient whom we are going to care for. Once we have it clear, we must take care of his dignity until the end with the aim of achieving a serene death.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Introducción

En Medicina Paliativa el objetivo es cuidar porque curar ya no es posible. Cuando el enfermo ha sido diagnosticado de una enfermedad incurable y con un pronóstico fatal son muchos los cuidados que le podemos ofrecer hasta que llegue su final. Pero uno de esos cuidados que nos preocupa a los paliativistas es el cuidado de su dignidad, no sólo para conseguir una muerte digna, sino para que todo su proceso de morir sea digno.

En este artículo he abordado este asunto planteando varias preguntas para cuidar bien. Hemos de conocer lo que significa dignidad para conocer qué es lo que tenemos que cuidar. Hemos de conocer qué considera el enfermo como “su dignidad” porque es esa la dignidad que pretendemos cuidar, no la que consideremos nosotros que es su dignidad. Si ya sabemos qué tipo de dignidad debemos cuidar a la persona enferma que nos ha pedido ayuda, tendremos que conocer bien las herramientas para poder hacerlo. Una vez que hemos cuidado la dignidad de la persona en su situación de fragilidad terminal conviene que justifiquemos por qué lo hemos realizado de esa manera. Todo esto es lo que encontrarán en este artículo.

¿Qué significa dignidad de la persona?

El concepto de dignidad es, en sí mismo, problemático, pero también lo es el de persona, como afirma el filósofo Francesc Torralba en su libro *¿Qué es la dignidad humana?* (Torralba F, 2005). La dignidad es un bien invulnerable propio de cada persona, no se puede perder, pero se puede dañar. Cuanto mayor sea el desamparo y la necesidad de ayuda de una persona, mayor es la posibilidad de que se sienta herido en su dignidad. (Husebo BS, Husebo S, 2009). Nuestra tarea consiste en procurar que no se sientan heridos en su dignidad, ya que no hay otro momento en la vida de una persona en la que este fenómeno aparezca con más claridad que durante los últimos días y horas de la vida. En este artículo deseo plantear algunas cuestiones sobre la dignidad de la persona enferma, y más concretamente, cuando se encuentra en el umbral de salida de la vida.

¿Quién define la dignidad?

Cuando nos proponemos cuidar a alguien, sobre todo cuando lo hacemos en el trance final de la vida, procuramos hacerlo para que ese proceso sea digno. Pero tal vez lo hacemos desde nuestra perspectiva, y si lo hacemos de esta manera, no estamos respetando del todo su dignidad porque no tenemos en cuenta lo que es para él la dignidad.

Lo primero que tenemos que hacer para cuidar su dignidad es escucharle para comprender lo que para él supone su dignidad. Es el enfermo el único que sabe lo que supone la dignidad para él y cómo desea que se la preservemos.

Si nos encontramos ante un paciente inconsciente o que no nos puede transmitir lo que para él supone su dignidad, es entonces cuando podemos emplear una actitud muy útil en estos casos, al menos a mi me ha servido en bastantes ocasiones: cuidemos su dignidad como nos gustaría que cuidaran la nuestra.

En mi actividad profesional, después de la atención a cualquier paciente, desearía poder decir las mismas palabras que dijo Thomas Sydenham, médico inglés (1624- 1689) que ejerció como médico en Londres, siendo muy apreciado como el representante más destacado de la medicina inglesa y fue apodado el Hipócrates inglés, y que se caracterizó por estar siempre en estrecho contacto con el paciente.: “Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a lo que yo quisiera ser tratado si me enfermara del mismo mal”.

¿Como podemos cuidar para preservar la dignidad?

La percepción de dignidad que tienen los pacientes, particularmente quienes padecen enfermedades terminales, depende en gran medida del profesional sanitario que le atienda. De esta manera, se sugiere la necesidad de unos cuidados necesarios para preservar su dignidad que estén basados los siguientes principios (Chochinov HM, 2004):

1.- Actitud

Los pacientes se miran en sus médicos como en un espejo. Si no perciben una actitud positiva tampoco la tendrán ellos. Nuestra comunicación no verbal con nues-

tros gestos, nuestra mirada, nuestra sonrisa, nuestro acercamiento humano, les va a transmitir información que les pueden ayudar o, por el contrario, perjudicar en la evolución de su enfermedad. Por eso será muy importante que con nuestra actitud les transmitamos mensajes positivos para que su dignidad no sea perjudicada.

2.- Comportamiento

Hay acciones muy sencillas como ofrecer al paciente un vaso de agua, acercarle las gafas, ajustarle la almohada, preguntar por una foto, etc., que le harán ver que nos interesamos por la persona a la que estamos atendiendo. Otras muestras de respeto, como pedir permiso antes de realizar la exploración física, hacerle ver al paciente que comprendemos su malestar ante una exploración, demostrarán que respetamos su dignidad. Hemos de transmitirles que merece toda nuestra atención.

3.- Diálogo

El diálogo nos debe permitir conocer al enfermo como persona. Conocer el contexto vital del paciente es fundamental para preservar su dignidad, y para ello es conveniente que el médico le pregunte: *“¿Qué debo saber de usted, como persona, que me ayude a atenderle mejor?”*

4.- Compasión

La compasión la ejercemos con una percepción sentida del sufrimiento del paciente que se puede mostrar simplemente con una mirada de comprensión, un posar nuestra mano sobre su hombro, a través de unas palabras adecuadas o a través de nuestra mirada, nuestra sonrisa, etc.

No sería digno el hecho de que engañemos al enfermo hasta el último momento, insistiendo en que va a mejorar cuando él mismo se ve morir. Un enfermo engañado a sabiendas por todos los que le rodean es entregado a la muerte como víctima y objeto, despojado de su autonomía y dignidad, como afirma el experto paliativista, Marcos Gómez Sancho.

En ocasiones, el profesional médico se mueve en distinta dimensión en la que se encuentra el enfermo. El médico conoce muy bien la dimensión objetiva de la enfermedad, así como sus síntomas y sus manifestaciones orgánicas.

Y el enfermo se encuentra en crisis de todo su mundo, tiene sus valores, sus expectativas y sus relaciones. Si no somos capaces de movernos en el mismo nivel, es decir, que nos movamos también en la dimensión del enfermo no podrá ser muy eficaz el encuentro clínico tan necesario para poderle ayudar teniendo en cuenta sus necesidades, preocupándonos más de él que padece una enfermedad que de la propia enfermedad que él padece.

¿Por qué es necesario ayudar a morir con dignidad?

Pero ¿qué es morir con dignidad? Tal vez es morir sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al moribundo algunas horas suplementa-

rias de vida biológica (Roy D.J., 1983). Sin duda, sería morir sin dolores atroces que desgasten la energía y conciencia de quien se muere y poder morir en un entorno digno de la persona y propio de lo que podría ser vivir la hora más trascendental junto a sus seres queridos.

Morir no tiene que ser necesariamente un hecho desgraciado (Gómez-Sancho M, 2005), hemos de recordar que morir es un hecho natural. Y quienes acompañamos profesionalmente en el proceso de morir hemos de procurar al enfermo una muerte plácida libre todo tipo de sufrimiento.

Morir con dignidad es necesario para el paciente, para su familia y también para los profesionales. Durante las distintas etapas de la enfermedad los cuidados que le prestan la familia no pueden finalizar con una muerte indigna para el propio enfermo y para su familia. Los profesionales, con nuestra atención, hemos de garantizar un proceso de morir digno.

La muerte de una persona es un recuerdo referente para sus seres queridos. Como consideración a ellos, pero sobre todo como consideración a los que mueren, nuestra tarea deberá estar centrada en identificar cualquier síntoma que les provoquen sufrimiento para poderlos controlar eficazmente y conseguir una muerte serena, sin sufrimiento alguno.

Lo que sucede en las últimas horas de la vida de una persona puede sanar muchas heridas abiertas, pero también puede quedar como recuerdo insoportable que impida abrirse paso a través de la tristeza. (Saunders C, 1994). Dependerá de cómo ha fallecido el familiar para que el duelo por la persona querida pueda ser un duelo normal o un duelo patológico.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en su recomendación 11.418 adoptada el 25 de junio de 1999, también nos recuerda que la obligación de respetar y proteger la dignidad de las personas enfermas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y la protección de los profesionales que les atendemos van a encontrar su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita a la persona morir con dignidad.

Morir con dignidad implica morir sintiéndose persona, morir humanamente, morir rodeados del apoyo y del cariño de sus seres queridos, eliminando en lo posible el dolor y el sufrimiento, sin manipulaciones médicas innecesarias, aceptando la muerte con serenidad, con la asistencia profesional precisa en lo biológico, lo emocional, lo social y lo espiritual.

A modo de conclusión

No hay que considerar como nuestro único objetivo una muerte digna, porque muerte digna, es mucho más que un estilo particular de muerte, es un concepto amplio, una filosofía de morir basada en el respeto por la dignidad de la persona para conservarla hasta el final.

El mejor final para una vida es morir con dignidad. La ayuda que le podemos ofrecer quienes los acompa-

ñemos en el proceso de morir será preservar su dignidad para garantizarle una muerte serena.

Bibliografía

1. Chochinov H.M. et al (2004). Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care. *J. Palliative Care* 2004 ; 20 :134-42
2. Gómez M. (2005). Morir con dignidad. Ediciones ARÁN. Pág. 69
3. Husebo B.S., Husebo S. (2009). Los últimos días y las últimas horas. GRÜNENTHAL. Pág. 27
4. Roy D.J. (1983). Léthique fase a la mort. *Prêtre et Pasteur*. 10 : Págs. 585-91
5. Saunders C. (1994). Pain and impending death. In: Melzack R, Wall P. *Textbook of pain*. Churchill Livingstone, London. Pág. 861
6. Torralba F. (2005). ¿Qué es la dignidad humana? HEDER. Pág. 22.

ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2023;120(1):47-55

Lo masculino ¿en crisis?

Barandiaran Sofía^a, Artaloytia Juan-Francisco^b, Erroteta José-Mari^b, Duña Elsa^c, Gutiérrez José-María^c, Marauri Elena^d, Marcilla Teresa^a

(a) *Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM). Psicoanalista. Madrid, España*

(b) *Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM). Psiquiatra. Psicoanalista. Madrid, España*

(c) *Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM). Psicóloga. Psicoanalista. Madrid, España*

(d) *Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao. Psicóloga General Sanitaria. Bilbao, España*

Recibido el 17 de mayo de 2022; aceptado el 12 de julio de 2022

Resumen:

Este texto busca acercarse a las conflictivas inconscientes que pueden estar debajo de fenómenos que se observan en la clínica en los hombres de hoy; depresión, problemas sexuales, dificultad de comprometerse, dificultad para afrontar la paternidad, la búsqueda laboral...

Incluyendo una perspectiva social, la influencia que pueden estar teniendo los cambios sociales de los últimos tiempos sobre ellos.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Masculino.
Identificación.
Angustia de castración.
Eyaculación precoz.
Depresión.
Paternidad.

Maskulinoa, krisian?

Laburpena:

Testu honek gaur egungo gizonezkoetan klinikan ikusitako fenomenoekin pinarrian egon daitezkeen gatazka inkontzienteei aurre egin nahi die; depresioa, sexu-arazoak, konpromisoak hartzeko zailtasunak, gurasoei aurre egiteko zailtasunak, lana bilatzeko...

Ikuspegi soziala barne, azkenaldiko gizarte-aldaketak haietan izan dezaketen eragina.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Gizonezkoa.
Identifikazioa.
Katrazioa larritasuna.
Eiakulazio goiztiarra.
Depresioa.
Aitatasuna.

KEYWORDS

Male.
 Identification .
 Castration anxiety.
 Premature ejaculation.
 Depression.
 Paternity.

The masculine in crisis?**Abstract:**

This text seeks to approach the unconscious conflicts that may be underlying phenomena that are observed in the clinic in men today; depression, sexual problems, difficulty committing, difficulty coping with parenthood, job search...

Including a social perspective, the influence that recent social changes may be having on them.

© 2023 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

En primer lugar, quiero agradecer a Isabel Usobiaga y a Ricardo Franco, la invitación a presentar esta conferencia en la Academia de Ciencias Médicas, institución, que es para mí un lugar de aprendizaje y discusión de interesantes temas. Así mismo quiero agradecer a Juan Francisco Artaloytia, por su participación con su discusión. La propuesta hoy es pensar en los hombres, en la especificidad de sus conflictivas inconscientes que observo en la clínica. También he querido incluir una perspectiva social, la influencia que pueden estar teniendo los cambios sociales de los últimos tiempos sobre ellos.

Voy a empezar explicando una broma de TikTok:

'Se ve a una niña de unos 3-4 años sentada al lado de su padre.

El padre juega con su Play Station. La niña le pregunta al padre con su lengua de trapo:

—Papá, ¿qué significa ser hombre?

El padre, con su acento andaluz, le contesta:

—Pues, hija, ser hombre significa tomar las decisiones en la casa. Un hombre es el que decide cómo se hacen las cosas, cuándo... El hombre es quien manda.

Entonces la niña le dice:

—Papi, cuando sea mayor, quiero ser un hombre, ¡como mamá!

El hombre, sin respuesta, se vuelve a enfrascar en su Play Station'

Bromas aparte, creo que esto es como cualquier chiste, y cómo Freud nos mostró una forma de liberar una energía de algo que puede ser bastante más problemático cuando no podemos reír sobre ello.

En mi experiencia clínica, donde coincide que trato a bastantes hombres —jóvenes adultos—, me pregunto mucho sobre nuestro referente cultural tan transformado sobre lo que es *'ser un hombre'*.

Me pregunto si la teoría psicoanalítica da cuenta de los fenómenos que nos encontramos: depresión, inhibición, problemas sexuales, dificultad de comprometerse, dificultad para afrontar la paternidad, la búsqueda laboral, el mundo adulto... Creo que podemos encontrar conexiones en la teoría, que expliquen los fenómenos que observo en la clínica.

Buscaré apoyo en el título de una novela actual titulada *Hombres que caminan solos*, de José Ignacio Carnero, título que sugiere la que creo que es la problemática subyacente: que están caminando un poco solos, sin el acompañamiento de identificaciones sólidas, sociales y personales. Pero ¿cómo se gestan estas identificaciones? ¿Cómo es esto de *'ser hombre'*? Hay preguntas que nunca se agotan; los referentes culturales cambian y, de esa forma, cíclicamente habrá que estar de nuevo sin respuesta, en crisis.

Vamos a ver algunos puntos de la teoría psicoanalítica que nos puede ayudar a asomarnos a la complejidad de las cuestiones que pretendemos abordar.

La identidad está sustentada en las identificaciones. Hay un tiempo constitutivo de la identidad (*'soy yo, un ser separado'*), sostén del núcleo del *'yo'*, sobre el que operarán las identificaciones secundarias (*'soy chico como...'*). La identidad, primero, y la identidad de género, después, es una construcción que depende de un entramado relacional que se construye a través de la influencia de las relaciones con las figuras de cuidado, de dependencia, que van a apoyar o no, el sentirme *'yo'*, el sentirme *'hombre'*, *'mujer'* ...

Jeammet (1991), en el artículo *Lo que se pone en juego*, trata las modalidades de procesos de interiorización, de los que depende la identificación. Estas modalidades dependen de la cualidad de los basamentos narcisistas, del trabajo de identificación efectuado durante la infancia y, por lo tanto, del grado de autonomía y de individuación adquiridas por el sujeto.

Para que haya interiorización que permita la distancia tiene que haber suficiente objeto que se retire suficientemente para que el otro pueda sentirse autónomo, esto me hace reflexionar sobre la crianza natural en boga actualmente, donde, a veces, la madre por exceso puede hacerse demasiado necesaria. Mujeres influidas por estos cambios sociales también, hiperexigidas en todas las facetas, la de la maternidad también como propuse en un trabajo anterior *El tabú de la maternidad*.

Para el niño es importante poder separarse, ser autónomo, darse placer, prescindir de la necesidad del otro, proteger su narcisismo... El *'yo puedo solito'* de los niños ayuda a soportar el duelo por el objeto, el dolor de no completar a la madre y permite la iden-

tificación al padre, al 'Otro'. Para ello necesito que me hayan ayudado a valorarme como ser separado y a valorar al Otro con el que identificarme. Esto me parece fundamental.

¿Qué ocurre si no he logrado suficiente autonomía frente a las figuras parentales? Si sigo fijado a objetos y a metas pregenitales, Teresa Olmos (2021) dice: '*Si los procesos identificatorios fracasan; es decir, en lugar de favorecer la estructuración psíquica del niño más bien lo alienan, este no puede desprenderse del objeto materno y queda atrapado en un vínculo fusional-pulsional con el objeto primordial*'.

Esta conflictiva me lacera constantemente y se renergetiza. La base de la constitución de mi masculinidad estará dañada. La oralidad ('*sin ti me muero*') y la analidad ('*me quieres someter por el poder que tienes sobre mí*') está en juego constantemente, el aferramiento al control-dominio, el ser o no ser, frente al otro. La angustia de separación obliga al niño a desarrollar conductas de dominio del objeto de apego. Si no ha podido interiorizar, hacer el duelo, '*el niño compensará lo que no tiene en su mundo interno por una relación de aferramiento y, más o menos, de indiferenciación con un objeto de la realidad externa*'. Relacionaremos esto con el maltrato.

La película de *Te doy mis ojos* (Icía Bollaín, 2013) refleja muy bien esta problemática. Ahí el maltratador es un hombre frágil. No puede soportar que su mujer tenga ni siquiera deseo de trabajar, cualquier deseo fuera de él, le daña. La alteridad del otro se le hace insostenible. Si ella se aleja, tiene que someterla, evoca su propia muerte '*me muero sin ti*'. Me parece que es un buen ejemplo en el que pensar para entender la patología de estos mecanismos. Para llegar a '*qué tengo*' de la etapa fálica, plantearse y adueñarse de la genitalidad '*soy hombre*', hay que transitar el '*yo*'- '*no yo*' de la oralidad, el dominio-sumisión de la analidad. Con este basamento entonces entraremos en el prisma del complejo de castración.

El complejo de castración, con apoyatura en los estadios previos en el niño, viene a sepultar al Edipo. Renunciando a la investidura de la madre como objeto de amor y quedándose con la identificación al padre ideal. Vamos a reflexionar sobre estas cuestiones.

El complejo de castración en Freud es una formación psíquica, nacida del desarrollo de la sexualidad infantil, del deseo que esta provoca y de sus consecuencias en la imaginación del niño. Las teorías sexuales se generan ante la percepción de la diferencia de sexos (2-3 añitos), que en un momento dado concreto se apoya en la ausencia-presencia de pene que despierta la curiosidad, junto con el nacimiento de los niños.

Las observaciones de los niños estimulan su curiosidad y empiezan a elaborar teorías que explican estas diferencias. Freud asigna el papel protagonista de este complejo al padre castrador, quien castra al hijo por los deseos incestuosos hacia la madre, cuestión muy de sus tiempos y de una figura de padre concreta.

Pero antes de darle el protagonismo al padre, dice que en inicio la madre no está castrada, digamos que no puede faltarle nada. ¿Cómo va a faltarle algo al ser más poderoso de mi vida? Retengamos este dato, que va a ser importante en el desarrollo que nos ocupa. ¿Qué ocurre si la fantasmática se confirma, si el valor fálico sigue asociado a la figura materna todopoderosa? ¿Qué ocurre si lo social se alía con esta fantasía?

De cara al resto de la humanidad, el niño se cuestiona si les han quitado el miembro, y entra en angustia por la amenaza de castración. La prohibición del incesto requiere una amenaza contra toda trasgresión posible y una sanción que recaiga sobre el órgano mismo de la satisfacción sexual prohibida: el pene. Es la amenaza que impide en adelante toda reunión con la madre.

Es como si le enseñara al niño, no eres lo único que le interesa a la madre, organízate y busca lo que eres en el mundo. Esto tiene un amplio valor simbólico que se engloba en la pérdida del pene, valor simbólico que recogen sus derivados más tarde. Pérdida de la vida —miedo a la muerte—, pérdida del pelo, pérdida de tiempo, pérdida de potencia sexual, pérdida de...

La superación del complejo lleva al renunciamiento del deseo incestuoso (poseer a la madre) y parricida (matar al padre), a la identificación con el rival del mismo sexo y, a fin de cuentas, a la aceptación de diferir las satisfacciones buscadas, que significaría el desplazamiento sobre objetos sustitutos.

Poder transitar este complejo suficientemente bien, renunciar, aceptar la castración, que no soy todo, que no lo puedo todo, me tranquilizará en el intercambio con los demás y podré buscar mi lugar en el mundo. Me puedo dar valor como niño, con lo que soy porque me lo han dado me ayudará a quedarme tranquilo con esperanza en mí y en el futuro.

Si persisten los deseos prohibidos..., la angustia de castración desempeñará su papel de señal disuasoria en todas las oportunidades en que renazca la tentación de transgredir. Si esta conflictiva está excesivamente activa, no es difícil pensar lo que me puede complicar el encuentro con el otro (hombre y mujer), el sujeto estará en constante angustia. Su valor estará en peligro constante, todo es una prueba.

Si puedo ser todo para la madre imaginariamente, no hay límite, no hay renuncia. Tengo que ser todo, todo el rato, no me permite ser algo que me calme, que me de valor... Poder tener sexo con todas las mujeres de Tinder; me dejará atrapado en no poder hacer un proyecto con una y, quizás, atascado en cuantas y con cuanto rendimiento, midiéndome en todo momento. En angustia de castración constante. En la valoración de la omnipotencia no hay límite; me puedo perder hasta el infinito.

Aduriz (2017) en *Posición masculina en la adolescencia* dice "*La función paterna, es la encargada de llevar a cabo la operación simbólica de la castración: el padre prohíbe estar al servicio del goce de la madre, preserva de tener que hacer la prueba constante de que*

se puede llenar a la madre y aparece como referencia del deseo de la madre y desde ahí ser donador para el hijo".

El padre que dice "*con la madre no*", pero se personifica como interés para la madre, el hijo así obtiene el camino marcado fuera de la madre. Lo saca de la "*constelación materna*".

Ser como aquel, aquel que ella desea y que, además, a través de su amor y reconocimiento, le coloca en ese lugar. Es importantísimo el valor que le da la madre al padre. El valor mutuo que se dan ambos. Si mis figuras de dependencia no se dan valor mutuamente, va a ser difícil que me identifique y les de valor yo, ¿no? Este es un punto clave en la exposición de hoy.

Este es el gran momento de la identificación secundaria, con la conformación de la conciencia moral y los ideales. El padre como regulador de la castración es una posible salida a muchas cosas. Sería como cuando el niño dice: "*es que no me dejan dejar, no es que no quiera o pueda. Es que no me dejan*". Salvaguarda el narcisismo, elimina la responsabilidad a nivel fantasmático; "*me someto a una ley que me calma y donde no me tengo que estar poniendo en juego constantemente con mi deseo*", ya de mayor podré como mi papá que puede, ya que soy como él, porque me quiere y me reconoce como capaz. Puedo devenir alguien valioso y buscarme una de mi tamaño. Confío en ello y en mi futuro, porque han confiado en mí y en mis recursos también». Esto marcará un camino apaciguador. Es el momento de aceptación y caída realmente de la omnipotencia.

En este punto os podéis estar preguntando ¿y una madre soltera, y una pareja homosexual, una pareja que se separa y...? Desarrollos posteriores a Freud dan más y más peso a esta función paterna, o cómo Fain describe "*la censura de la amante*", conceptos que explican cómo esta es una función que no es dependiente exclusivamente del padre como objeto externo y su autoridad, si no como función interna de la madre.

Para que se dé una salida a la conflictiva del ser y de las angustias de castración se necesita una "*madre-padre-x*" con tercero en la mente, con una conflictiva edípica suficientemente sepultada, con un deseo fuera del hijo como prolongación narcisista; que el hijo no sea suyo, una figura de dependencia castrada, no todopoderosa que acepta sus límites y los del otro permitiéndole subjetivarse, diferenciarse...

La relación incestuosa con el hijo, a falta de un tercero, deja al hijo sin poder dar valor al padre y por ende sin poder darse valor a sí mismo; lo deja abandonado de figura paterna. El hijo se llena de reproches hacia el padre, oscilando entre la omnipotencia infantil que le hace sentirse destinado a grandes cosas, pero sin efectividad en la adaptación de ese ideal a la realidad y sus exigencias.

Pero volviendo a lo social, ¿qué imago materno predomina hoy? ¿Podemos ver en los fenómenos que observamos en la clínica algo relacionado con los cambios sociales?

Me parece importante aclarar que cuando hablamos de imagos, hablamos de figuras del inconsciente que no han quedado suficientemente contrastadas con la realidad y que interfieren en nuestra percepción de esta.

A veces, en el imaginario de mis pacientes, veo lo que yo llamo "*madres dragonas*". ¿Qué sería un imago madre-mujer dragona? Podríamos pensar en mujeres poderosas, que parece que lo pueden todo, que exigen y que parece que se comen al hombre de al lado, que no está o no pinta mucho, como el del chiste.

Me resulta sugerente el personaje de la madre de dragones de *Juego de Tronos*. Vamos a analizar un poco esta figura que en la teoría a mí me recuerda a la madre fálica, todopoderosa que conserva todos los atributos del poder

Green (1990), habla de *La ley de la madre*, habla del predominio femenino-maternal de un universo feminizado que a mí entender impera en nuestros días.

El prolongado tiempo de dependencia, sexualiza la relación y a falta de padre, de tercero: me puedo quedar atrapado en el encierro incestuoso. La ley de la madre que me seduce y fagocita, me deja a su servicio, sin poder ser yo o angustiado teniendo que probar que soy yo todo el rato.

Como dice Green, "*el padre priva sin recibir nada más que la conservación de su poder hegemónico; la mujer se apropiaría de algo que era del hombre y de lo cual ella se apodera en su beneficio. La angustia de castración que emana del padre era un regulador de la sexualidad destinado a combatir sus excesos en el encierro incestuoso. A través de su extensión al rol de la mujer —y no de la madre— el complejo de castración ya no regula la sexualidad, sino que vuelve temible la unión sexual, cuando no la convierte en imposible*".

Yo creo que esta es la fantasmática que puede aparecer detrás de muchos de los problemas que hoy nos encontramos en los hombres, en el encuentro con la mujer, donde la fantasmática se reactiva:

Impotencia frente a la potencia proyectada en la mujer con ese poderío fálico "*Si la tía no me pone mucho todo va bien, pero como me guste, la vea, así como muy... se me baja*". Eyaculación precoz, que yo asocio a través de las asociaciones de algunos pacientes: "*Cuanto más tiempo dentro más peligro*", "*Me da gusto, susto y puedo desaparecer*". Gatillazos "*Mi excitación y miedo a no satisfacerla en toda su plenitud... me impone un fracaso*".

Curiosamente, veo cómo se repiten estas apreciaciones. Los hombres se sienten mejor, funcionan mejor cuando el objeto está más degradado; cuanto más poder le dan, y más difícil se les hace. Freud escribe sobre ello en su texto Sobre un tipo de elección de objeto en el hombre.

Si orbito en la constelación materna lo identitario —lo narcisista— está en juego. Green asegura: "*La evolución del complejo de castración en la obra de Freud inclina cada vez a insistir sobre sus consecuencias narcisistas (la herida infringida a la integridad*

corporal y a la imagen de sí". Mi imagen, mi ser, estará en cuestión.

¿Dónde se puede ver esto? Por ejemplo, durante la adolescencia. ¿Qué ocurre si crezco dando demasiado poder a una figura que me somete, si me siento a la sombra de una madre dragona? La adolescencia me pone en pie de guerra, y necesito separarme, pero para ello he tenido que haber dado valores fálicos que me sustenten a través de mis identificaciones. Si sigo atrapado — sin haber tenido oportunidad de elaborar la conflictiva infantil suficientemente—; buscaré insaciablemente una satisfacción total, con consumos, me inhibiré muerto de miedo ante los retos, será difícil estudiar, estaré en una dinámica de todo-nada, capaz de todo, capaz de nada. Tendré que vejar al objeto amoroso por poderoso en mí en relaciones tóxicas de dependencia. Tendré que someterme o someter. No podré asumir ninguna responsabilidad para no entrar en la dinámica de la angustia de castración, de medirme y, podré deprimirme y quedarme en casa jugando a videojuegos para ser el personaje fuerte omnipotente que me gustaría ser...

La adolescencia, segundo momento clave de la constitución de mi masculinidad, exagera simultáneamente la apetencia objetal con una incitación al completamiento de las identificaciones y la necesidad de afirmarse como autónomo y narcisísticamente suficiente. Se vuelve a excitar el vínculo, se necesitan apoyos narcisistas y objetales menos excitantes, exógenos.

Para no estar en lucha constante con un objeto por necesitado y excitante, necesito adquisiciones fálicas. Los logros, a través de las identificaciones, me dan sujeción alimentan mi narcisismo, el bueno, para seguir progresando.

Es una carrera de fondo en la que voy adquiriendo seguridad. Tengo que tener el poder de gustar a alguien; amigos, chica, chico, sacar unos estudios, ganar en el fútbol o lo que sea. Ser querido con límite, haberme separado suficientemente, tener deseo, ganas de futuro, poder proyectarme en él.

Si no lo consigo, si no hay sujeciones, vagaré sin rumbo, me deprimiré, sentiré el encuentro con el otro, como un reto al que enfrentarme. Me pondrá en cuestión: ¿seré suficiente?, gatillazo; me da miedo, desinterés, impotencia, eyaculación precoz; ¿tendrá que ser desde el dominio-sometimiento?, ¿me dará eso el valor?

Hoy en día hay exigencias sociales que a veces, opino, son excesivas. O universitario o nada, o guapo de Instagram o nada... Así el adolescente, si no sale de ahí, si no es capacitado para ese rendimiento y crece como hombre-Peter Pan en *Nunca Jamás* sin unas identificaciones secundarias que le sustenten en sus desarrollos, fracasará en las diferentes esferas: compromiso en la relación, en el trabajo, en la paternidad... Estará muerto de miedo.

Llegados a este punto de mi exposición, voy a tomar material de un interesante documental y ver en él

al hombre de nuestro tiempo. El documental *El Círculo* (2020), de Iván Roiz y Álvaro Priante, es un proyecto sobre la crisis de la masculinidad. Se basa en el fenómeno de los encuentros grupales que sirven de terapia contra el machismo.

Los hombres cuentan sus dificultades de ser hombres, qué hombre ser. "*Tengo derecho a ser lo que me dé la gana*", dice uno.

Se habla de masculinidad tóxica en referencia, creo yo, a posicionamientos de dominio de la mujer que se han venido dando a través de los tiempos. Ya lo dijo Simone de Beauvoir (1949): "*Nadie es más arrogante, violento, agresivo y desdeñoso contra las mujeres que un hombre inseguro de su propia virilidad*". Y estoy de acuerdo.

Pienso que los hombres y sociedades con el funcionamiento psíquico más primitivo, como os he ido mostrando, serán los más violentos y agresivos con la mujer. Pensemos en lo que hemos comentado de la idealización en el duelo por la madre, de la dependencia, del sometimiento.

Como decía en otro trabajo, considero que los hombres históricamente han temido a las mujeres y las han considerado inferiores, porque las han idealizado por su necesidad y frustración hacia la primera mujer de su vida, probablemente.

Curiosamente, en este documental se habla muy poco de las mujeres. Son como caballito blanco, a mi modo de ver. Otro problema que tenemos hoy. De nuevo, la madre, la Gran Madre, la Virgen María. El tabú para mí de la maternidad. Algo tan poderoso, tan intocable, no es criticable. ¿No es políticamente correcto hoy? De maltratado a intocable... A ver qué hacemos con esto...lo que no se puede cuestionar se idealiza y el reverso es el odio. Uno de los hombres da en el clavo cuando dice: "*Me muevo entre cierta misoginia que lucha contra la idealización...*".

Aquí hay un punto que no hemos tocado aún: la envidia de la feminidad que subrayó Klein. "*Solo si es superada la fase femenina primitiva permitirá al varón vencer su hostilidad hacia el sexo femenino, fundada de hecho en sentimientos de inferioridad, angustia y odio. Hay en el varón una formación correspondiente a la envidia del pene en la mujer: la envidia de la feminidad. La integración de la fase femenina primitiva, ayudará al hombre a comprender las necesidades femeninas de introyección del pene paterno. El hombre podría así servir de madre a su mujer*".

Cuestión importante para la crianza entre los dos, por ejemplo. En cambio, si persiste esta envidia por proyectar tanto poderío a la mujer, la odiaré y la idealizaré y por todo ello no podré estar muy cerca...

Idealizar y someter, las dos caras de la misma moneda. "*Vernos sometidos, humillar*", hablan. Y en seguida surge la competición contra los otros hombres, la rivalidad, que a falta de identificaciones masculinas amorosas me deja en pie de guerra constante. "*Va conmigo. Estoy siempre compitiendo, midiéndome*", "*este habla más que yo; parece más listo que yo...*".

Un hombre de *El Círculo* habla de cómo esto le pasa constantemente. Los hombres hablan de "*miedo a ser agredido*", de "*ser macho alfa como carril único*" y "*solo puede haber uno*". "*El instinto es la reproducción, la pelea con otro...*".

¿Matar al padre sin poder conservar el amor ni la admiración hacia él a través de la identificación? Me deja solo en la selva... ¿Cómo ensamblar la demanda de hombre sensible con la imposibilidad de la apertura emocional que simboliza debilidad?... "*Tienes que afrontarlo, porque eres un hombre*". ¿Cómo quitarse la armadura? Para esto estaría la vertiente de poder, recibir y del padre amor y reconocimiento. La resolución del Edipo negativo pudiendo conservar lo tierno, el amor hacia el padre es crucial para lidiar con la rivalidad.

Y respecto a la madre, añadiría; ¿la hembra única? De nuevo sería como vivir en angustia de castración constante. Me recuerda a Peter Pan, atrapado en Nunca Jamás (en los objetos infantiles), en lucha eterna contra Garfio por rescatar a Wendy, sin poder crecer.

Y sobre sexualidad... ¿es placer? "*Miedo constante*", dice uno... No es difícil conectar con la fantasmática, con el trabajo psíquico de representación de la sexualidad genital sobre la base de la pregenital (excitación, eyaculación, penetración...).

Se habla enseguida de la exigencia de "*hacer bien*" las expectativas, como en el porno. De los gatillazos por presión... El pene y su tamaño a falta de castración simbólica nos remiten a lo concreto, mi valor se mide por el tamaño. Como señala Aduriz, *ibid*, hay que poder hacer el trabajo de "*renunciar a una parte corporal con valor fálico-narcisista para poder disponer del pene*".

Si mi seguridad, sigue fijada a mi pene me dificulta mucho el poder tener relaciones sexuales satisfactorias. "*Siempre he sido falocrático. Mi padre me dijo que la tenía grande, de ahí también mis inseguridades...*", dice uno de los hombres. ¿Cuál habrá sido el mensaje?, ¿que lo admiren por el tamaño de su pene en vez de por otras cuestiones que siente sin valor? Lo ve como un problema, y probablemente tenga razón. Un padre dando tanto valor a su pene es problemático si es a falta de darle valor a él.

El sexo como poder. Uno habla de "*mostrar a las otras ciertas mujeres de unas características y una edad, de tener que ser de una forma o no las presenta...*". De nuevo, el elemento que me da completitud fálica. "*El sexo era para contarlo a los amigos*".

Los hombres tienen que reasegurar su posición activa frente su miedo a la pasividad; su posición de poder frente a las angustias de castración. La prostitución se abre como gran tema. ¿El triunfo sobre el objeto? "*Porque puedo, lo hago*" dice uno. "*Yo lo hacía cuando estaba de bajona*" dice otro... ¿Para poder volver a sentir potencia que siente perdida? "*Ejercer violencia frente a alguien más débil que yo*". No deja de ser vejar lo engrandecido en la imaginación.

Y aquí me detengo. ¿No se vislumbra en este espacio la dificultad de ser hombre hoy? Las contradicciones; bueno, malo, violento, complaciente, protector, dependiente, activo, pasivo... Ese círculo de hombres en la intimidad, sufriendo, y que a mí me parecen un poco acorralados por las nuevas exigencias.

También como ¿círculo de castigo? Pero, y ahora, ¿qué...? ¿Cómo van a encontrar su valor...? Pienso que estas cuestiones van a ser importantes para todos, hombres y mujeres, encontrar nuestro valor, en la diferencia, asumiendo nuestra humanidad, disminuyendo tantas exigencias.

Uno hombre dice: "*Tenemos exigencia frente a la mujer; hacia los demás hombres al final estamos más solos que la una*". Yo creo que no le falta razón. ¿Qué pensáis vosotros?

Bibliografía

- Aduriz, S. (2017). Posición masculina en la adolescencia. En *Masculino-Femenino* (pp.29-37). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S (1910) Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. En *Obras completas vol.11*) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S (1910) Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa. En *Obras completas vol.11*) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Green, A. (1990). *Le complexe de castration*. París: Presses Universitaires de France.
- Greenson, R.R. (2012). Des-identificarse de la madre: su especial importancia para el varón. *Revista de psicoanálisis de la Asoc. De Madrid*, 66, 29-36.
- Jeammet, P. (1991) Lo que se pone en juego de las identificaciones en la adolescencia...
- Olmos, T. (2012) La sexualidad masculina y sus vicisitudes. *Revista de psicoanálisis de la Asoc. De Madrid*, 66, 155-172.

Discusión de Juan Francisco Artaloytia

Muchas gracias Sofía por tu interesante ponencia y por los interrogantes que pones encima de la mesa para que podamos pensar.

La cuestión de la masculinidad está en la intersección entre varias disciplinas como la Antropología, la Sociología y el Psicoanálisis.

Nosotros, como psicoanalistas, podemos aportar nuestra visión parcial y no siempre respresentativa, aunque profunda, de lo que vemos en las experiencias singulares en nuestras consultas.

La Antropología nos trae el concepto del dimorfismo, esto es, del diferente desarrollo según el sexo de funciones y sistemas como el músculo-esquelético o diversas áreas cerebrales. Y ello es algo que viene de la selección natural en el sentido darwiniano, es decir, porque a lo largo de los tiempos se demostró como más eficaz en la evolución de la especie.

Podemos pensar que si una parte puede ciertas cosas que la otra no puede y viceversa, en la complementen-

tariedad de lo uno y de lo otro, se puede llegar más lejos que si no existieran tales diferencias. Ya desde el Psicoanálisis podríamos hablar de que ello requiere aceptar que uno no todo lo puede, y que si uno lo asume y se coordina complementándose, aportando cada cual lo que el otro no puede, se funciona mejor que si todos pudiéramos lo mismo. Estamos en el terreno de la asunción de la castración como organizador simbólico, en la aceptación de que uno no todo lo puede.

Considero que no debemos fijar una visión estática de lo que son la masculinidad y la feminidad. Ambos conceptos han evolucionado con los tiempos y siguen haciéndolo. Propongo cuatro momentos de la historia de la humanidad para que podamos pensar: la era de los cazadores recolectores, la generación de los baby-boomers, la generación Z y un futuro hipotético en el que hubiera úteros artificiales y en el que los gametos pudieran derivarse de células madre de la médula ósea.

En la era de los cazadores recolectores, el dimorfismo biológico marca mucho las diferencias en las funciones masculinas y femeninas. Una mayor fuerza, velocidad, visión espacial tridimensional lleva a que el hombre asuma ciertas funciones muy diferentes a las que en la mujer suponen una capacidad cerebral más sutil para el manejo del lenguaje y la regulación de los afectos, además de un cuerpo casi continuamente involucrado en embarazos, partos y lactancias. Lo que es ser masculino y femenino en esta era está muy condicionado por las condiciones de vida del momento.

En la generación de los baby-boomers, especialmente si nos centramos en los padres y madres de tales familias, nos encontramos con un hecho que considero muy importante. No han conquistado aún la contracepción. Las madres empiezan a serlo en la veintena y las familias tienen un número importante de hijos. Son casas con mucha gente que, a menudo, integran también a abuelos. Generalmente el padre trabaja y trae el dinero y la madre se hace cargo de la casa y del cuidado de los niños. Hay mucho roce y la frustración es algo que se impone desde la propia convivencia.

La contracepción supone un cambio radical. Sexualidad y procreación se desligan. Empieza a postergarse la maternidad y las mujeres pueden formarse más y mejor e integrarse plenamente en el mercado laboral. Ello pone en marcha una revolución. La mujer empieza a poder conquistar posiciones hasta entonces consideradas masculinas como desarrollarse en el ámbito profesional y ganar dinero. Las hijas de estas familias no tienen a madres que les sirvan de referencia identificatoria para los nuevos modos de ser mujer que se van forjando. Es un terreno nuevo que tienen que ir construyendo.

En la generación Z, de nacidos ya en el siglo XXI, las cosas han cambiado radicalmente. Los padres y madres son ambos profesionales, la maternidad se posterga casi hasta la segunda mitad de la treintena, son mucho más frecuentes los hijos únicos.

Se normaliza cada vez más el modelo de nuevas estructuras familiares, como las homoparentalidades, que nos resultan de mucho interés, pues funciones tradicionalmente masculinas y femeninas han de repartirse entre individuos de un mismo sexo. Padres y madres están mucho menos en casa, puede haber niñeras que a menudo van cambiando, las pantallas (tanto televisión, como videojuegos y redes sociales) juegan un papel parental vicariante, con importantes vacíos afectivos, aunque con buenas situaciones materiales. Hay menos roce y menor tolerancia a la frustración. Así como la mujer ha podido ya conquistar posiciones tradicionalmente masculinas, no podemos decir lo mismo de su viceversa. Entramos enseguida en ello.

Y en una hipotética sociedad futura con úteros artificiales y gametos que provengan de células madre de la médula ósea, ¿cómo pasará a definirse lo masculino y lo femenino? Habrá importantes cuestiones éticas que plantearse, que dependerán en parte de lo que nuestra generación vaya pudiendo pensar y elaborar. Posiblemente se trate de diferentes funciones cada vez más desligadas de un soporte biológico sexual.

Decía que en nuestra generación, el hombre no ha incorporado con naturalidad funciones tradicionalmente femeninas como sí se ha producido en su viceversa. Y no solo es cosa de hombres. Pongamos un ejemplo: ¿quién conduce, él o ella, o ambos? Si en una pareja ambos conducen, turnándose, podrán llegar más lejos que si solamente conduce uno.

A veces, él no tolera que ella lo haga; y si lo intenta está continuamente poniendo pegas, resistiéndose a dejarse llevar por la forma de conducir de ella, que puede ser distinta, pero no necesariamente peor. Veo a muchas mujeres en el público hacer gestos de asentimiento.

Pues bien, ahí quería llegar. Ahora cambiemos la actividad y los protagonistas. El bebé ha llegado recientemente a casa; ya se le puede empezar a bañar. Él se propone para hacerlo como rutina, pero ella desconfía; se le va a caer, no tiene la sensibilidad o el cuidado, el bebé no va a estar tan bien como conmigo... Puede que él lo haga de modo diferente, pero no necesariamente peor, y ella puede mostrar una gran resistencia para que él lo haga, como si la mujer también tuviera una gran resistencia a aceptar al hombre en tareas tradicionalmente más femeninas.

Si el hombre puede hacerse cargo del baño, de una toma nocturna de madrugada (un saca leches, un bibe... pero, no, ¡no vaya el bebé a preferir el bibe a mi pecho!), ella podrá descansar mejor, y ambos podrán funcionar mejor que si la mujer lo asume todo en la crianza. Esto lo veo a menudo en la consulta.

También hay una configuración que se ve cada vez más. Parejas en las que ella tiene la potencia económica, pero él dispone de más tiempo para llevar o recoger a los niños de la guardería o para hacerse cargo de la casa o de compras o de la cocina. Hay parejas que lo asumen con naturalidad, y otras que lo viven ego-

distónicamente, ya que él no trae el suficiente dinero a casa...

Con todo ello, y para concluir, quisiera hablar del triángulo edípico. Papá, mamá, bebé constituyen los tres vértices del triángulo edípico. Si reforzamos el trazo entre la mamá y el bebé nos encontramos con la estrecha relación entre la madre y el bebé, bien desarrollada por Winnicott, de la que el padre está excluido.

Si reforzamos el trazo entre la mamá y el papá (que igualmente podrían ser dos hombres o dos mujeres), es el bebé el que está excluido, y es un concepto bien desarrollado por Fain al describir la censura de la amante y su importancia estructurante.

Pero tal y como hemos visto en la escena del baño y subsiguientes, falta por desarrollar el tercer trazo, el que une al bebé con el papá y excluye a la mamá. Para ello se requiere de un hombre que quiera estar en esa posición, pero también de una mujer capaz de tolerarlo.

Yo considero que el buen tránsito por los tres diferentes trazos del triángulo edípico es el que permite un mejor funcionamiento en el que necesariamente padre y madre tienen que tolerar que no todo lo pueden, pero llegan más lejos apoyándose en el otro, respetando sus modos de hacer, que aunque diferentes, no tienen por qué ser peores.

La triangulación edípica es siempre la formación más estable que permite mejores niveles de funcionamiento. Y cada grupo familiar habrá de encontrar su propia manera de integrarlo. Eso sí, tomando como base que todos tendrán que tolerar un cierto grado de exclusión, y partiendo de que nadie lo tiene todo (la renuncia a la plenitud fálica, esto es, la asunción de la castración como estructurante simbólico), buscar las maneras de conjugar y complementar las funciones de la mejor manera posible.

Intervención de Jose Mari Erroteta

- *Primer comentario.*

Para que la relación entre un hijo varón y su padre resulte exitosa para el futuro, es necesario que el padre haya sido presentado al hijo por la madre como digno de amor.

Eso permitirá que, llegado el momento del Edipo, el niño se encuentre en la encrucijada entre su amor al padre (Edipo "*negativo*") y su hostilidad hacia él, como rival ante la madre (Edipo "*positivo*"). De la calidad de ese amor previo dependerá la resolución del "*Complejo*", mucho más que del temor ante la amenaza de castración. Es el amor (y no el temor) quien permitirá la identificación del hijo varón al padre y la aceptación de sus prohibiciones.

- *Segundo comentario:*

Un cierto feminismo ha propugnado la "*igualdad*" absoluta en todos los órdenes entre el hombre y la mujer y por consiguiente también entre el padre y la madre:

los dos "*deben*" saber hacer todo por igual (coser, usar el taladro, cocinar, hacer reparaciones en el hogar...) y, en consecuencia, los niños "*deben*" aprender a jugar con todo por igual (muñecas, camiones, planchas y escopetas...). En mi opinión esto significa ignorar la bisexualidad psíquica y la posibilidad de tomar identificaciones masculinas y femeninas de cualquiera de los progenitores, independientemente de su sexo y de que cada cual haga aquello para lo que más dotado está, con independencia también del propio sexo.

Intervención de Elsa Duña

Les doy las gracias a Sofía y Juan Francisco por sus aportaciones.

Me resulta difícil pensar en lo femenino y masculino por separado, considero que el sujeto, sea hombre o mujer, está atravesado por proyecciones e introyecciones múltiples, tanto femeninas como masculinas, que me llevan a pensar en la bisexualidad psíquica. Organización psíquica, de la que va a depender la calidad relacional de todo sujeto consigo mismo, con su pareja, con la familia, con los otros.

En la clínica de mi consulta, me he encontrado con hombres que se inhibían en su función parental, no por ser arrinconados por una mujer-madre en posición omnipotente (que las hay), sino que he observado hombres-padres para los que ejercer su autoridad, era vivido como el equivalente a un ejercicio de violencia y sometimiento hacia hijo. Hombres que se retiraban de la crianza de sus hijos, dejándoles en manos de la mujer-madre. Padres, que excluían a su propio padre y ahora y como consecuencia de ello, se auto-excluían, privilegiando un vínculo incestuoso del hijo con la madre.

La presencia en lo real de un padre y una madre, no es garantía de un funcionamiento a tres, ya que esto dependerá, de la capacidad de ambos progenitores para llevar adelante las funciones materna y paterna, que son las que le permitirán al hijo ingresar en la sociedad y en la cultura, de una forma suficientemente buena para su vida. Aceptando así la diferencia generacional, y con ello separando a la madre y su correspondiente corriente tierna hacia ella, de la mujer que habita en la madre, renunciando al deseo edípico de amar y ser amado por la madre. Solo esta diferenciación y renuncia, le permitirá al hombre hacer equipo con su mujer en diferentes ámbitos de la vida, evidentemente también en la crianza, sin sentir por ello cuestionada su masculinidad.

Intervención de José María Gutiérrez

Felicitarle y agradecerle, Sofía, por tu conferencia, como igualmente a Juan Francisco por tu respuesta a su conferencia; intervenciones ambas de interés y fomentadoras de reflexión y pensamiento.

Si por crisis se entiende: cambio, evolución. Entonces lo masculino está en crisis, en cuanto perteneciente al ser humano. El ser humano, como todo organismo vivo, está en permanente evolución, todo lo

humano está en evolución, así, también, "lo masculino" está en cambio, en evolución, en crisis.

Si en esta ocasión, en esta conferencia, nos ocupamos del humano varón, de la crisis de lo masculino en el varón actual, no hemos de confundir la masculinidad, la varonía, con lo masculino; en otros términos, diferenciar lo manifiesto de lo latente.

Lo masculino no es del orden de lo orgánico, sino de lo simbólico. Desde la bisexualidad psíquica lo masculino no es independiente, ajeno, de lo femenino, forman el par masculino femenino, en otros términos: activo-pasivo. Dupla simbólica femenino-masculino tanto en el varón como en la mujer.

Pienso que la clínica que nos convoca en la conferencia de hoy da cuenta del impacto en el humano varón actual de los avances sociopolíticos, culturales y tecnológicos que se vienen desarrollando desde finales del siglo XIX comienzos del XX: igualdad hombre mujer, sufragismo, democracia, feminismo...; el control de la natalidad y demás avances médicos y quirúrgicos que alargan funciones y/o modifican el cuerpo a voluntad; avances tecnológicos tanto en el ámbito de las tareas del hogar y comunes, ordinarias, como también en el de la capacitación humana; para cierta tecnología-cibernética en unos años no solo no existirán discapacidades, sino super- y supra-capacidades: "la tecnología hará que se superen todas las barreras", no solo "gadgets" externos sino también implantados en el cuerpo...

Avances unos que desbancan al atributo varonil del pene como signifiante de lo fálico, siendo que "lo fálico no es masculino, lo fálico es narcisista"; avances otros, señuelo, espejismo de lo fálico.

Clínica esta del narcisismo, de la identidad propia, personal, variada en lo manifiesto de lo hipo a lo hiper, tanto en el varón como en la mujer, que suma en la comprensión tanto de la clínica como de la casuística presentada tanto por Sofía y Juan Francisco como por los colegas intervinientes en el diálogo con la sala.

Intervención de Elena Maruri

He tenido conocimiento del comentario de una docente de la universidad que da charlas en distintos foros sobre el tema tratado hoy aquí. Cuenta que se encuentra con la necesidad de valorar con especial atención y cuidado al auditorio al que va a dirigirse. Se ha encontrado que, si este es muy feminista, no recibe bien la idea de que el hombre pueda sentirse desconcertado ante los cambios actuales en el rol de género masculino.

Por otro lado, he tenido ocasión de ojear un documento sobre las "nuevas masculinidades" que se utiliza también en el ámbito universitario. Se trata de un documento elaborado por Emakunde, de nombre Gizonduz, que pretende ayudar al hombre a resituarse ante tanto cambio, en una colaboración necesaria mujer-hombre para poder lograrlo. Parece esperanzador... Mi agradecimiento a Sofía y Juan Francisco, está siendo muy interesante.

Intervención Teresa Marcilla

Felicidades y gracias a ambos, por la conferencia y la discusión, que me han resultado muy interesantes. Me gustaría destacar algo que considero es común en ambas y creo que es muy valioso que lo traigáis para poder pensarlo entre todos.

Me refiero a que en los discursos totalitaristas, de todo o nada, queda excluido la integración de las diferencias. El borrar las diferencias deja al sujeto encarcelado en una omnipotencia que amputa su identidad obstruyendo el camino al "sí mismo".

Creo importante traer este tipo de debates porque hoy en día hay algunos planteamientos que van en contra precisamente de esto y es un riesgo porque cómo aquí se ha hablado el omnipotente "todo puedo/todo tengo" va irremediamente unido al "nada puedo/nada tengo", discursos donde uno no puede encontrarse.

Muchas gracias.

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2023;120(1):56



Revisores, año 2022

Begiratzaileak. 2022

2022 reviewers

La Junta de Gobierno de la Academia y el Comité de Redacción de 'La Gaceta' agradecen la eficaz y desinteresada colaboración en la evaluación de los manuscritos presentados a la *Gaceta Médica de Bilbao* (Gac Med Bilbao.) y las sugerencias para mejorar la revista.

- Adrián Hugo Agingalde
- Alberto Anta Escuredo
- Maite Bravo Rodríguez
- Jacinto Bátiz Cantera
- María Teresa Feito
- María Luisa Franco Gay
- Ricardo Franco Vicario
- Fernando Hernando Echevarría
- Juan Carlos Ibáñez de Maeztu

- Alain Laskibar Asua
- Eva Lomas Larrumbide
- Rafael Martínez Jordá
- Arsenio Martínez Álvarez
- José Antonio Márquez Navarro
- Julen Ochara-Corcuera
- Miren Agurtzane Ortiz Jauregui
- Evangelos Papoutsidakis Kissandraki
- Carlos Pérez San José
- Jesús Rodríguez Ortiz
- José Ramón Sánchez Isla
- Gonzalo Tamayo Medel
- Isabel Usobiaga Sayés

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Comprometidos con tu salud

Descubre nuestra forma de entender la salud, persona a persona.

- Más de 125 hospitales, institutos y centros médicos.
- Más de 40.000 profesionales dedicados a tu salud.
- Todas las especialidades, tratamientos y tecnología médica de vanguardia.

Para nosotros lo primero es estar cerca de ti con todo lo que pueda necesitar tu salud.

RPS 3/20



HOSPITAL

Protocolo Seguro

COVID - 19



Accede online a tus resultados y gestiona tus citas en el área "Mi Quirónsalud" de quironsalud.es, o en nuestra App.

 **quirónsalud**

La salud persona a persona

 Hospital
quirónsalud
Bizkaia

 Hospital
quirónsalud
Vitoria

 Policlínica Gipuzkoa
Grupo Quirónsalud

Cita previa
901 500 501



1895ean sortua / Fundada en 1895

BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO



Una institución libre, independiente, pluridisciplinar y multiprofesional compuesta por profesionales de diversas ciencias de la salud: **Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria.**

Editora de la *Gaceta Médica de Bilbao*, decana de las revistas biosanitarias de España.

La Academia ha desarrollado a lo largo de sus **125 años** de historia una importante labor sociosanitaria de la que han sido principales beneficiarios los ciudadanos de Euskadi. En este tiempo ha aglutinado siempre en torno a sí a lo más granado de la medicina y de las ciencias de la salud del País Vasco.

¿Todavía no eres académico?



¿Cómo ingresar en la Academia?

Basta con acceder a la dirección <http://www.acmbilbao.org/inscripcion-de-academicos/> y rellenar un breve formulario con la solicitud de ingreso, que será valorada por la Junta de Gobierno.

En cuanto a las cuotas, la pertenencia a la Academia es **gratuita para los estudiantes**. La tarifa para los académicos de número es de 60 € al año.



C/ Lersundi, 9, 5.ª planta
48009 Bilbao, Bizkaia

Tel.: +(34) 94 423 37 68

E-mail: academia@acmbilbao.org

<http://www.acmbilbao.org>

¿Qué ofrece?

- 1 Acceder a las **actividades científicas** organizadas por la Academia.
- 2 **Formación continuada** acreditada de Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria, con actividades formativas en cada curso académico.
- 3 **Acceso a las prestaciones y servicios** de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. www.academia.cat
- 4 **Apoyo y asesoramiento** en metodología de la investigación, bioestadística, epidemiología y lectura crítica.
- 5 Posibilidad de solicitar la **consulta de las bases de datos** de referencias bibliográficas de Osakidetza, en virtud del convenio en vigor con la Academia.
- 6 **Realizar consultas telemáticas directas** sobre aspectos científicos con los presidentes de cada sección de la ACMB.
- 7 Acceso a los **actos sociales, culturales e institucionales** que organiza anualmente la Academia: Semana de Humanidades, Semana Médica, actos institucionales de inauguración y clausura del curso académico, premios Dr. José Carrasco – D. Máximo de Aguirre, etc.
- 8 Acceso a la **bibliografía propia** de la Academia a través de su hemeroteca virtual.
- 9 Disfrutar de las ventajas derivadas de los cerca de **medio centenar de convenios** que la ACMB mantiene con instituciones, administraciones públicas, universidades, sociedades y empresas.
- 10 **Publicar sus artículos** en la revista científica indexada *Gaceta Médica de Bilbao* (www.gacetamedicabilbao.eus), órgano de expresión de la ACMB.
- 11 Pertener a una entidad **multiprofesional** de las ciencias de la salud centenaria, con la raigambre e historia de la Academia.

