

ARS CLINICA ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

Septiembre **2026**

Volumen 11 Número 1

**LAS ACADEMIAS (I): REALES ACADEMIAS Y UNIVERSIDAD,
SU INTERACCIÓN**

**LA MEDICINA HIPOCRÁTICA: ENTRE CIENCIA, CULTURA Y
ÉTICA**

**LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMO FUNDAMENTO
ONTOLÓGICO Y MÉTODO CLÍNICO: SUBJETIVIDAD,
INTERSUBJETIVIDAD, ESTRUCTURA PSICOPATOLÓGICA Y
CRÍTICA DE LAS SIMPLIFICACIONES REDUCCIONISTAS (II)**

RESÚMENES DE SESIONES LITERARIAS



**Gobierno
de Canarias**





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

ISSN 2340-7522

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

Jefe de Redacción: José Nicolás Boada Juárez.

Comité Editorial:

Manuel Antonio González de la Rosa

Luis González Fera

Arturo Hardisson de la Torre

Manuel Mas García

Raúl Trujillo Armas

Imagen original portada: Harryarts. Designed by Magnific — <https://www.magnific.com>
La imagen original ha sido modificada y adaptada para su uso en ARS CLINICA ACADEMICA de conformidad con los términos de uso de su licencia gratuita.



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

REVISIONES

LAS ACADEMIAS (I): REALES ACADEMIAS Y UNIVERSIDAD, SU INTERACCIÓN.....	4
<i>Dr. Rafael Martínez Sanz</i>	
LA MEDICINA HIPOCRÁTICA: ENTRE CIENCIA, CULTURA Y ÉTICA.....	10
<i>Dr. José Antonio de Vera Reyes</i>	
LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMO FUNDAMENTO ONTOLÓGICO Y MÉTODO CLÍNICO: SUBJETIVIDAD, INTERSUBJETIVIDAD, ESTRUCTURA PSICOPATOLÓGICA Y CRÍTICA DE LAS SIMPLIFICACIONES REDUCCIONISTAS (II).....	15
<i>Dr. D. Francisco Rodríguez Pulido</i>	

SESIONES LITERARIAS

RELIGIOSIDAD POPULAR.....	26
<i>Dr. Pedro Ramón Gutiérrez Hernández</i>	
DEL SANATORIO ENFERMERÍA ANTITUBERCULOSO AL HOSPITAL DE OFRA (1944-2025).....	27
<i>Dr. Francisco Javier Castro-Molina</i>	
EL TRASTORNO MENTAL Y EL DIBUJO. ART BRUT.....	28
<i>Dra. Paula Plaza Moreno</i>	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA.....	29
<i>Dr. Pablo César Prada Arrondo</i>	
METÁSTASIS VERTEBRALES: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN NEUROCIRUGÍA.....	30
<i>Dr. Héctor Roldán Delgado</i>	
EL MOVIMIENTO OUTCOMES. LA OPINIÓN DEL PACIENTE COMO RESULTADO QUIRÚRGICO: USO DE INSTRUMENTOS PRO EN CIRUGÍA DE LA MANO.....	31
<i>Dr. Roberto Sánchez Rosales</i>	
SISTEMA OCLUSO-POSTURAL HUMANO.....	32
<i>Dra. María del Pilar Martín Santiago</i>	
LA MEDICINA HIPOCRÁTICA: ENTRE CIENCIA, CULTURA Y ÉTICA.....	33
<i>Dr. José Antonio de Vera</i>	
SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?.....	34
<i>Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández</i>	

IN MEMORIAM

Profesor Luis Hernández Nieto.....	35
------------------------------------	----

ANEXO

Normas para los autores.....	36
------------------------------	----

LAS ACADEMIAS (I): REALES ACADEMIAS Y UNIVERSIDAD, SU INTERACCIÓN

THE ACADEMIES (I): ROYAL ACADEMIES AND UNIVERSITIES, THEIR INTERACTION

Dr. Rafael Martínez Sanz

Académico de Número

Catedrático Emérito, Universidad de La Laguna. Cirujano Cardiovascular

Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina

Campus de Ofra. Carretera Ofra-La Cuesta s/n

La Laguna, Tenerife

rmsanz@ull.edu.es

Resumen

El cambio de paradigma que supuso en 1620 la obra "Novum Organum Scientiarum" de Francis Bacon fue un instrumento que permitió desarrollar la ciencia y la tecnología, pudiendo inducir las y no solo deducirlas como proponían los aristotélicos, ocasionando a finales de ese siglo, un avance superior al renacentista de los siglos XV-XVI. Es el siglo XVIII, Ilustración o Siglo de Las Luces. Esa explosión de conocimientos en España fue retrasada comparando la Europa avanzada. Eso hizo que individuos muy capaces se asociaran para intercambiar ideas y proponer líneas de actuación o investigación. Esas asociaciones se llevaron a cabo habitualmente fuera de la universidad, muchas contando con su oposición, adquirirían habitualmente el nombre de Academia. Tuvieron la visión, tanto en España como en otros países, de buscar la protección de la Corona, denominándose Reales Academias. Muchas ramas y subramas de la ciencia se asociaron así.

Palabras clave: Novum Organum. Ilustración. Siglo de Las Luces. Reales Academias. Sociedades médico-quirúrgicas. Sociedades científicas.

Abstract

The paradigm shift brought about in 1620 by Francis Bacon's "Novum Organum Scientiarum" was instrumental in the development of science and technology, enabling them to be induced rather than merely deduced, as proposed by the Aristotelians. This led, by the end of the century, to an advancement far surpassing that of the Renaissance in the 15th and 16th centuries. This is the Enlightenment, or Age of Reason, of the 18th century. This explosion of knowledge in Spain was delayed compared to other parts of Europe. This led to highly capable individuals forming associations to exchange ideas and propose courses of action or research. These associations, usually conducted outside the university and often met with opposition, typically acquired the name of Academy. Both in Spain and other countries, they sought the protection of the Crown, thus becoming known as Royal Academies. Many branches and sub-branches of science formed associations in this way.

Keywords: Novum Organum. Enlightenment. Age of Reason. Royal Academies. Medical-surgical societies. Scientific societies.

Introducción

En 1620 Francis Bacon (Londres, 1561-1626) publica "Novum Organum Scientiarum" (Nuevo instrumento de las ciencias) más conocido por "Novum Organum" (1) o en español Órgano (figura-1), contrario al Organón Aristotélico. Utiliza el método inductivo como instrumento de investigación (no el deductivo aristotélico). Este instrumento otorga el dominio sobre la Naturaleza. La observación e interpretación de los fenómenos naturales se hace conforme a las Leyes Naturales, obedeciendo las leyes y fórmulas matemáticas, las cuales se pueden inducir, comprobables mediante observación y experimentación. (2). Nace el empirismo, dando lugar al conocimiento y método científicos, basándose en la observación sistemática, medición, experimentación, análisis y formulación de hipótesis (3). Debe ser reproducible y refutable. La cirugía se benefició enormemente de este avance (4). En el siglo XVIII surge La Ilustración Española y en Francia el Siglo de La Luz, hubo gran intensidad creativa e intelectual. Entre otras, se fundaron Academias y Sociedades Científicas, Literarias y Médicas para generar y difundir el conocimiento (3-5). Podemos ver documentos del inicio de estas asociaciones desde los visigodos hasta el Real Promedicato (6).



Figura 1. Francis Bacon. Londres. "Novum Organum Scientiarum", 1620.

Dos formas de obtener licencia para el ejercicio médico finalizando siglo XVII. Una era seguir los estudios clásicos en la facultad de medicina (¿sin

innovación?, basados en Hipócrates, Galeno y Avicena): "médicos doctores". La otra era formarse "a tiempo completo" con médicos-cirujanos con gran experiencia práctica autorizados o formados en el extranjero varios años, tras lo cual debían pasar un examen: "médicos revalidados". Los galenistas acusaban de brujos y herejes a los "novatores", atraería pacientes y emolumentos. Los novatores defendían la antigüedad en la reválida del protomedicato el criterio para ordenar las intervenciones en juntas de médicos. Los "galenistas" apelaban a su condición de doctores titulados para tener preeminencia sobre los novatores. Los galenistas ("Cátedros Reaccionarios de Universidad" para los novatores) abogaban por el dogmatismo tradicional, frente a ideas modernas representadas por Juan Muñoz y Peralta y demás socios de la "Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla" (2). Para ingresar en esas Sociedades o Academias era requisito la demostración de méritos profesionales e intelectuales, y exposición, examen oral o disertación escrita. Formarían parte de un grupo elitista que buscaba el adelantamiento de ciencias, letras o artes. Fueron, generalmente, la élite médica de la corte o ciudades con academia (7).

Las Sociedades Científicas en Europa. La pre-ilustración. "The Royal College of Surgeons of Edinburgh" (RCSEd), la sociedad quirúrgica más antigua del mundo fundada por el rey James-IV en Edimburgo -Escocia en 1505, permanece activa. Tuvo gran trascendencia en el desarrollo y formación quirúrgica en Escocia, resto del Reino Unido y parte del mundo (8,9).

"The Royal Society of London for Improving Natural Knowledge" o simplificando "Royal Society" (1662), para la Enciclopedia Británica es la sociedad científica más antigua del mundo dedicada al progreso de la ciencia. Hace las veces de Academia Nacional de Ciencias en Reino Unido (RU), siendo una institución privada. Ya en 1645 existían reuniones semanales en Londres de filósofos naturales y científicos de otras áreas del conocimiento (medicina, anatomía, geometría, navegación, estática, mecánica, etc. y sus experimentos), en particular la "Nueva Filosofía" o "Filosofía Experimental". Recuérdese, el grado de doctor (ciencias, humanidades o sociales) fue llamado Doctor of Philosophy (PhD) pues "filosofía" significa "amor a la sabiduría". Poco después empezó la segunda guerra civil inglesa, terminando con la ejecución del rey Carlos-I. Parte se trasladó a Oxford. Tras morir Oliver Cromwell en 1658 y restaurarse la monarquía con Carlos-II en 1660, se reagruparon en Londres, reiniciando formalmente sus reuniones ese año (10). Redactaron nuevos estatutos, pidiendo

amparo real. En 1662 se constituye "Royal Society". Miembro del Consejo Científico Británico, creado en 2000. Pertenecieron Newton e insignes científicos. Editan la primera revista científica mundial "Philosophical Transactions of the Royal Society" (Phil. Trans.) creada en 1665, aún se publica. Es Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades 2011.

La "Académie des Sciences" institución francesa que: "Anima y protege el espíritu de la investigación, y contribuye al progreso de las ciencias y aplicaciones". Fundada en 1666, en el reinado de Luis-XIV por auspicio de su primer ministro Jean-Baptiste Colbert. Es una de las cinco academias francesas que constituyen el actual Instituto de Francia (11).

Academias españolas no médicas.	Año fundación	Nombre previo	Ciudad sede
RA de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, (RAC), 1847.	1582	Academia Real Mathematica Fundada por Felipe-II,1582.	Madrid
RA Española, (RAE),1714.	1714	RA Española, (RAE), 1714.	Madrid
RA de Jurisprudencia y Legislación, (RAJYLE), 1882.	1730	Junta de Jurisprudencia Práctica 1730.	Madrid
RA Nacional de Farmacia, (RANF), 1932.	1737	Colegio de Profesores Boticarios 1737.	Madrid
RA de la Historia" (RAH), 1738.	1738	RA de la Historia, 1738.	Madrid
RA de Bellas Artes de San Fernando, (RABASF), 1752	1752	RA de Bellas Artes de San Fernando 1752	Madrid
RA de Ciencias Morales y Políticas, (RACMYP), 1857	1857	Colegio Ciencias Sociales, económicas, filosofía y judiciales, siglo XVIII.	Madrid

Tabla 1. Academias Españolas no médicas, siglos XVI-XIX. RA: Real Academia

Nombre Academia Medicina	Año fundación	Nombre previo	Ciudad sede
RAM de Murcia. Cerrada en 1823, 1830 y 1936.	1811	*Reuniones médicas en la Casa Consistorial de Murcia.	Murcia
RAM de Galicia y Asturias. RAM de Galicia.	1831 1972	*RAM y Cirugía de Santiago de Compostela 1830. *RAM y Cirugía de Distrito de Galicia y Asturias, 1945	Santiago de Compostela La Coruña desde 1833
RAM del Principado de Asturias.	1972	*RAM y Cirugía de Distrito de Galicia y Asturias, 1945.	Oviedo
RAM de Canarias, 2020	1880	*Academia de Médico-Quirúrgica de Canarias, 1880. *Academia de Medicina, 1887. *RAM de Distrito de Santa Cruz de Tenerife, 1909.	Santa Cruz de Tenerife
RAM del País Vasco.	1971	*RA de Bilbao. *RAM Distrito de Bilbao 1971.	Bilbao
RAM de Salamanca.	1971	*RAM Distrito de Salamanca.	Salamanca
RAM de Cantabria. (Real en 2006).	2003	*Academia de Ciencias de Cantabria, 1980 (Medicina, Farmacia y Veterinaria).	Santander
RAM de Castilla La-Mancha, 2019	2019	*Sociedad de Medicina y Cirugía de Albacete, 1968.	Albacete

Tabla 2. Reales Academias Médicas (RAM) Españolas Post-Ilustración. RA: Real Academia.

Academicismo en España antes del periodo borbónico. La "Academia Real Mathematica" fundada por Felipe-II en 1582 terminaría siendo en 1847 la "Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales" (tabla-1). Carlos-II no auspicio la iniciativa de fray Buenaventura Angeleres de crear una Academia hasta finales del siglo XVII, permitiendo la creación del teatro Anatómico (12) y un laboratorio químico junto a la Real Botica (13,14). En Sevilla en 1693 la "Veneranda Tertulia Hispalense Médico-Química, Anatómica y Matemática" (Veneranda Tertulia), se celebraba en la casa de Juan Muñoz y Peralta (Calle de San Isidoro 19), joven que renunció a su catedra en la facultad de medicina sevillana por qué no "le gustaba lo que veía" (figura-2), dio lugar a la "Regia Sociedad de Medicina y demás Ciencias de Sevilla". En 1697 tuvo reconocimiento pleno real, denominándose "Sociedad Regia Filosófica y Médica de Sevilla", cuyas "Constituciones" fueron refrendada por Carlos-II en mayo de 1700 (poco antes de fallecer). En 1830 cambió a "Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla" aprobada por Felipe-V (más antigua de España y quinta del mundo); siendo el autor Académico Corresponsal (por Premio "Hospital de las Cinco Llagas" 1983).

Sociedades Científicas en La Ilustración. La "Real Academia Española, (RAE), de 1714, regula la lengua española, formando con otras 21 academias la "Asociación de Academias de la Lengua Española". Sede en Madrid (3,15).

La "Real Academia de la Historia" -RAH- de 1738. Su fin es estudiar la Historia de España "antigua y moderna, política, civil, eclesiástica, militar, de las ciencias, letras y artes, o sea, de los diversos ramos de la vida, civilización y cultura de los pueblos españoles". Sede en Madrid (3,15). El "Colegio de Profesores Boticarios" de 1737 originó "La Real Academia Nacional de Farmacia" en 1932. Sede en Madrid (3,15). La "Real Academia de Bellas Artes de San Fernando" de 1752 conocida por el patrocinio de las artes y sus colecciones. Sede en Madrid (3,15).

La Real Sociedad de Edimburgo ("The Royal Society of Edinburgh") -RSE- 1783, se mantiene como una institución escocesa independiente de la inglesa, abarcando ciencia, tecnología, artes, humanidades, medicina, negocios y servicio público, con sede en Edimburgo. Usan el acrónimo post-nominal "FRSE" oficialmente (3). La Academia Real Irlandesa ("The Royal Irish Academy") 1785, sede en Dublín. Mantiene estrechas relaciones con "Royal Society". Los miembros electos (artistas, científicos y escritores) pueden usar las letras "MRIA" (Miembro de la Real Academia de Irlanda) post-nominal (3).

Médicos y cirujanos-barberos. Recordemos, RU y países del de la Commonwealth, mantienen aún la vieja diferencia de médicos ("physician" o "Dr") formados en la universidad, frente a barberos-cirujanos ("Mister -Mr/Ms/Mrs- o surgeon" otorgado tras examen por "The Royal College of Surgeons"). Aún separan colegios médicos de colegios de cirujanos.

España, las Academias y las Sociedades Científicas. Desarrolladas con el movimiento "Novator". Podemos decir que las Academias de Madrid y Sevilla se fundan de espaldas a la Universidad (como sucedió con el "Real Colegio de Cirujanos de la Armada en Cádiz") incorporando los progresos de Europa a médicos-cirujanos, farmacéuticos, químicos, botánicos (Tabla-1) (2,3). Así lo hicieron posteriormente las Reales Academias de Medicina (RAM) de Andalucía Oriental, Barcelona, Mallorca y Cádiz.



Figura 2. Azulejo homenaje al Dr. Juan Muñoz y Peralta. Fundador de la "Veneranda Tertulia", Sevilla.

La segunda academia en fundarse lo hizo desde la propia Universidad como "Regia Academia Práctica" en 1731 en Valladolid (denominándose "RAM y Cirugía de Valladolid" desde 1981, Ministerio de Educación) (3,15,16).

La tercera academia médica en fundarse fue la Academia Médica Matritense, cuyo origen era la "Tertulia Literaria Médico-Químico-Física". En 1733 se reunía en la rebotica de José Ortega (calle Montera 19): cirujanos, médicos, boticarios y expertos en "ciencias afines" como filosofía natural, anatomía,

química, física, mecánica o botánica, formalizándose como “Academia Médica Matritense” (1734) y, tras el patronazgo real “Regia Academia Médica Matritense” en 1738 (17-21). En 1831 sería Academia de Distrito de Castilla la Nueva (tabla-2). Por el impulso de Isabel II “Real Academia Nacional de Medicina de España” en 1861 (21), sede madrileña (Tabla-3).

La “**RAM de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla**” de 2014, originalmente “Tertulia médico-literaria” en Granada, fue reconocida Academia por Fernando-VI en 1757, pasando por Real Cédula de Fernando-VII en 1830; inicialmente comprendía Granada, Jaén, Málaga, Almería, Murcia y Albacete, tras diez años desaparecían las dos últimas (3,15,16).

En 1770 la facultad de medicina de Barcelona es trasladada a Cervera. Se autoriza la “Academia Médico-Práctica de Barcelona”, denominándose “Regia Medicinae Practicae Barcelonensis Academia” (1787), teniendo prohibido impartir esos estudios. Cambiaría a “RAM de Cataluña” en 1831 (15,16).

“**Sociedad Médica Gaditana de San Rafael**”. En 1785 aprueba sus nuevos Estatutos (1788). Refrendado por Carlos-III denominándose “Real Sociedad Médica de San Rafael”. Con la Constitución Española liberal

RANME	REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA
RAMSE	REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE SEVILLA
RAMVA	REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE VALLADOLID
RAMC	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUÑA
RAMC	REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE CÁDIZ
RAMM	REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA
RAMAO	REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE ANDALUCÍA ORIENTAL
RAMIB	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LAS ISLAS BALEARES
RAMG	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GALICIA
RAMCV	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
RAMZ	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA
RAMC	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CANARIAS
RAMPV	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAÍS VASCO
RAMSA	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE SALAMANCA
RAMPRA	REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
RAMC	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CANTABRIA
RAMCLM	REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CASTILLA-LA MANCHA

Tabla 3. Reales Academias de Medicina Españolas.

de Cádiz 1812, se refunda en “Sociedad Médica de Cádiz” (1817) y después “Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz” (1818). Tras suprimir Fernando-VII todas las academias en 1824, éste autoriza en 1831 la “Real Academia Nacional de Medicina y Cirugía de la Provincia de Cádiz” (Distritos de Cádiz, Huelva, Málaga, Islas Canarias y posesiones africanas); en 1971 “RAM y Cirugía de Cádiz”, con Nuevos Estatutos en 2024. La “Academia Médico-Práctica de Mallorca” (1788), pasó a “RAM de Palma de Mallorca” (1831) y “RAM de las Islas Baleares”, 1999 (15,16).

Las “Sociedades Económicas de Amigos del País” fueron asociaciones ilustradas de la segunda mitad del siglo XVIII en España, América y otros países europeos, como Irlanda o Suiza, cuya finalidad era difundir las nuevas ideas y conocimientos científicos y técnicos de la Ilustración, para impulsar el progreso económico, científico y cultural, difundiendo conocimientos prácticos, educación y reformas, siendo un motor clave del reformismo borbónico bajo Carlos III, algunas aún activas (3). La de Tenerife (RSEAPT) es una institución cultural fundada en San Cristóbal de La Laguna el 14.2.1777 con amparo de Carlos-III, muy activa actualmente.

Las Sociedades Científicas Post-Ilustración. Las Academias fueron suspendidas en 1824 por orden de la Junta Superior Gubernativa de Medicina creada por Fernando-VII (“todo lo ilustrado era peligroso”). Tras cinco años, el RD de 28.8.1830 crea el “Reglamento General para el régimen literario e interior” de las “Reales Academias de Medicina y Cirugía del Reino”. El 7.4.1831 se reconocen las RAM de Madrid, Valladolid, Sevilla, Cádiz, Granada, Valencia, Barcelona, Zaragoza, Galicia (Galicia y Asturias) y Palma (15). Carlos-IV dicta las actividades que deben realizar las Academias. El Decreto 2861/70 contiene los estatutos de las RAM de Distrito, mencionando (alfabéticamente) las de Barcelona, Bilbao, Cádiz, La Coruña, Granada, Murcia, Palma de Mallorca, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Valencia, Valladolid y Zaragoza (15,21). El Distrito correspondiente coincidirá en extensión con el universitario respectivo. En 12 de ellas no aparece el término cirugía (tabla-3). De las 17 RAM existentes en España actualmente (tablas-2/3), 10 se crearon después del siglo XVIII (16). En Canarias la medicina, algo distinta de la Peninsular, converge en asociaciones académicas como en aquellas (6).

Resumiendo: Entre los siglos XVII-XX proliferaron múltiples asociaciones científico-técnicas y profesionales en todos los campos de aquellas, en filosofía, bellas artes, literatura, historia-geografía; con carácter local, regional, nacional e internacional,

y publicaciones respectivas. Las médicas lo hicieron con multitud de especialidades y sus ramas, elaborando Guías de Indicación y Actuación. Las RA buscan la excelencia en su ámbito.

Bibliografía

1. Bacon F. *Novum Organum Scientiarum* (2ª parte de la enciclopédica *Instauratio Magna*, de 6 partes). Londres: Summi Angliae; 1620.
2. Martínez Sanz R, Prada Arrondo PC. La cirugía en la España de los siglos XVIII y XIX. Papel de la Universidad, la Armada y las Reales Academias. *Rev Esp Inv Quir*. 2021; 24(4): 159-63.
3. Peset Reig JL. Academias y ciencias en la Europa ilustrada. *Península: revista de estudios ibéricos*. 2003; 0:391-400.
4. Martínez Sanz R. Castilla y León, su tributo al desarrollo quirúrgico europeo. Su evolución hasta la ilustración. *Rev Esp Inv Quir*. 2021; 24(3): 111-8.
5. Martínez Sanz R. Veinticinco años no son nada, pero pudieran ser mucho. A propósito del final de una revista quirúrgica española. *Rev Esp Inv Quir*. 2022; 25(3): 113-4.
6. Quintana Andrés PC, Camino Pérez A, Santana Domínguez JF. La medicina en España desde los visigodos hasta el Real Promedicato. En: *Medicina en Canarias entre 1500-1900 a través de los documentos del Archivo Histórico Provincial de Las Palmas*. Las Palmas de Gran Canaria: Archivo Histórico Provincial de Las Palmas; 2023, p. 26-35.
7. Sánchez García MA. Una institución desconocida: La Sociedad Médica de la Real Congregación de Nuestra Señora de la Esperanza. *Revista de estudios históricos de las ciencias de la salud*. M. H. (quinta temporada); 20132(1): 3-26.
8. The Royal College of Surgeons of Edinburgh (RCSEd). <https://www.rcsed.ac.uk>
9. Martínez Sanz R, de la Llana R. Treinta años no son nada. A propósito de la celebración del XXX Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. *Cir Cardiovas*. 2021; 28(2): 61-3.
10. Spratt Th. *History of Royal Society*; 1667 (primera edición). Actualmente, Londres: Kessinger Publishing; 2003.
11. Brian E, Demeulenaere-Douyère Ch. *Histoire et mémoire de l'Académie des sciences: guide de recherches*. Paris: Technique & Documentation; 1996.
12. Pardo Tomás J, Martínez Vidal A. Los orígenes del Teatro Anatómico de Madrid (1689-1728). *Asclepio*. 1997; 49(1): 5-38.
13. Gago R, Olagüe G, Carrillo JL. Aportación al estudio del movimiento novator en España: el Laboratorio Químico del Palacio Real (1694) y la obra del boticario aragonés Juan del Bayle (1698). *Boletín de la Sociedad Española de Historia de la Farmacia*. 1981; 126: 95-107.
14. Rey Bueno MM, Alegre Pérez ME. El Real Laboratorio Químico (1693-1700). *Dynamis*. 1996; 16: 261-90.
15. Tárraga López PJ, Solera Alberio J. De las Reales Academias de Medicina del siglo XVIII a la Academia de Medicina de Castilla la Mancha del siglo XXI. *JONNPR*. 2020; 5(2): 141-55.
16. Martínez Sanz R. Visión, misión y valores de las reales academias de medicina, aproximación a su historia. *Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid*. 2025; 14(2): 17-23.
17. RAMM. Noticia histórica del origen, progresos y estado actual de la Real Academia Médica de Madrid (RAMM). *Memorias, tomo I*. Madrid: Real Academia Médica de Madrid; 1797.
18. Mariscal y García N: *Historia de la Academia Nacional Medicina*. Publicaciones conmemorativas del II centenario de su fundación, 1734-1934, Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1935.
19. Matilla Gómez V: *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid: Editorial Garsi SA; 1984.
20. Sánchez Granjel L: *Historia de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid: Edición Real Academia Nacional de Medicina; 2006.
21. Díaz-Rubio E. X aniversario de la proclamación de S. M. El Rey Felipe VI. Aportación de las Reales Academias de Medicina de España. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina de España; 2025. p. 16-45.

LA MEDICINA HIPOCRÁTICA: ENTRE CIENCIA, CULTURA Y ÉTICA

Dr. José Antonio de Vera Reyes

Académico Correspondiente

Autorizado por la Revista de la Sociedad Española del Dolor (vol. 31, n°3, 2025)

Durante los siglos VI y V a. C., en la región colonial del mundo griego conocida como Magna Grecia y Sicilia, la costa jónica de Asia Menor y la isla de Cos, se produjo uno de los eventos más importantes en la historia universal de la medicina: la constitución de la medicina como saber técnico (τέχνη iatrikē, ars medica) basado en el conocimiento científico de la naturaleza (physiología). Este acontecimiento se conocería como "medicina hipocrática".

La medicina hipocrática puede estudiarse desde dos perspectivas: como la realización de un logro médico significativo y como parte integral de la cultura griega. Constituye una etapa decisiva en la historia universal del conocimiento médico y un aspecto particular de la fundamental creación histórica conocida como el "milagro griego", según la célebre expresión de Renan, que en su conjunto fue la obra de los antiguos helenos.

La primera parte de mi conferencia analizará dos cuestiones principales: las relaciones de dependencia dentro de la medicina griega y la actitud de los médicos hipocráticos hacia los ciudadanos pobres y los esclavos, porque muchas veces debemos mirar hacia atrás antes de pensar cómo queremos que sea la práctica médica de ahora en adelante. A pesar de su relevancia, este tema no parece ser de gran interés para la academia contemporánea, dado el escaso espacio que se le dedica en los manuales y obras de referencia sobre la medicina hipocrática. Sin embargo, existen excepciones notables. La monografía de F. Kudlien, por ejemplo, se centra exclusivamente en la relación entre medicina y esclavitud. Asimismo, Benjamín Farrington abordó de manera extensa las relaciones de dependencia en el contexto de la medicina griega.

En tiempos más recientes, las obras de Oswei Temkin, Helen King y Steven Miles han hecho importantes contribuciones en el ámbito de la medicina social, los estudios de género y la ética en la medicina hipocrática, brindando valiosas perspectivas sobre estos temas.

Como se recoge en el *Corpus Hipocrático*, la medicina se entendía a partir de tres elementos clave: la enfermedad, el enfermo y el médico. La cuestión se centra, por lo tanto, en los dos últimos elementos: el enfermo y el médico. En particular, se indaga si el médico hipocrático podía proceder de cualquier estrato social y si atendía a todas las personas que necesitaban sus servicios, independientemente de su estatus económico y social, dado el fuerte carácter jerárquico de la medicina hipocrática. Desde el primer tercio del siglo V a. C., se sabe que el médico hipocrático trabajaba en colaboración con otros colegas, como lo demuestra el conocido "bronce de Idalion", que ilustra la labor del médico. En un tratado tardío del *Corpus Hipocrático*, se puede profundizar en esta estructura médica al distinguir entre el cirujano (cheirourgós) y los ayudantes (hypéretai). El Cirujano se encargaba del trabajo manual y técnico, mientras que los ayudantes se ocupaban de colocar al paciente y supervisar el cumplimiento del tratamiento. Sin embargo, este último grupo era heterogéneo, ya que incluía a aprendices, futuros médicos y ciertos esclavos que trabajaban para el médico principal. Un problema notable surge al observar que el término "médico" (iatrós) también podía referirse a estos ayudantes, como se menciona en los textos de Aristóteles.

En los pasajes citados por Platón, se observa que la sociedad griega designaba como médicos también a quienes actuaban como ayudantes. Además, Platón aborda una cuestión crucial al analizar la relación entre la medicina y la sociedad griegas: el rol del esclavo. Platón es tajante al distinguir entre una medicina

practicada por esclavos y otra ejercida por médicos libres, asociando la primera con la tiranía o el "mal gobierno", y la segunda con el "buen gobierno". Para Platón, el médico esclavo era visto como un autómatas que prescribía de forma rutinaria y aprendía el arte médico por imitación de su dueño, el médico libre.

Atender a esclavos enfermos no era considerado honorable; si era necesario hacerlo, se prefería que lo hiciera un subordinado de la misma condición social que el paciente. Según Platón, el médico esclavo mantenía una comunicación mínima, entendiendo la medicina de manera autoritaria, como un tirano, mientras que el médico libre, al tratar con hombres libres, prefería el diálogo. Sin embargo, en las historias clínicas de las Epidemias, se encuentran numerosos casos de esclavos tratados por médicos, quienes luego anotaban estas experiencias. Esto sugiere que los dueños se preocupaban por mantener a sus esclavos en buen estado físico, ya que desempeñaban un papel crucial en la economía griega.

En términos generales, la terapéutica hipocrática estaba claramente orientada a la clase acomodada griega. Considerando conjuntamente los testimonios presentados, matizamos una interpretación tradicional sobre la ética hipocrática. Existe una línea argumentativa defendida por Kunlien, Edelston y Jouanna que presenta una imagen idealizada de las relaciones entre el médico y el paciente en la Grecia clásica. Sin embargo, no creemos que el pasaje de Platón sea una exageración sin fundamento histórico respecto a la actitud del médico hipocrático hacia los esclavos, ni pensamos que la medicina practicada en esa época poseía una moral superior y filantrópica hacia los desfavorecidos en general. La medicina hipocrática perpetuó los valores éticos y morales de la sociedad griega. Aunque es cierto que el médico atendía a esclavos, esto solía ocurrir a petición de su amo. Además, aunque algunos tratados hipocráticos recomendaban practicar el altruismo y esta práctica se confirma en la epigrafía, el médico a menudo esperaba algo a cambio. En términos generales, la medicina hipocrática estaba orientada principalmente a las clases acomodadas griegas.

La idea de que la medicina hipocrática estaba fundamentada en principios morales adelantados a su tiempo, y que Hipócrates fue el médico de los pobres, se basa en la obra de Meinecke y ha sido desarrollada por Vogt y otros autores hasta la actualidad. Sin embargo, esta opinión resulta difícil de sostener a la luz de los testimonios expuestos. Es comprensible desde la perspectiva de quienes ven

en la medicina hipocrática la base de la medicina occidental, pero es importante puntualizar que, aunque desarrolló una deontología propia, su práctica se enmarcaba dentro de los valores morales de la sociedad a la que servía.

Desarrollo histórico de la medicina hipocrática

Alemcón de Crotona, joven en tiempos en que Pitágoras ya era anciano, debió haber compuesto el texto transmitido por Aecio alrededor del año 500 a. C., según el testimonio de Aristóteles. Los escritos del *Corpus Hipocrático*, que algunos filólogos contemporáneos, como Fleischer, consideran más tardíos, sobre temas como la medicina, los preceptos y la docencia, podrían proceder de siglos posteriores al III a. C., posiblemente de la época de la segunda sofística. En consecuencia, la completa elaboración de lo que solemos llamar "medicina hipocrática" abarcó no menos de trescientos años.

Existen dos interrogantes principales: ¿Qué ocurrió en el mundo griego durante el siglo VI y la primera mitad del siglo V a. C. que permitió el surgimiento de la medicina hipocrática? ¿Cómo se fueron constituyendo los fundamentos intelectuales y las principales líneas de esta medicina, desde Alemcón de Crotona hasta la muerte de Hipócrates? Esta obra común puede denominarse "hazaña hipocrática", dado que Hipócrates fue su más destacado operador.

Antes de Alcmeón y de Hipócrates, la medicina en todo el mundo se caracterizaba por una mezcla de empirismo y magia, estrechamente entrelazada con las visiones religiosas propias de cada pueblo. Los poemas homéricos reflejan con claridad estilizada esta realidad, al ser un espejo de la actividad curativa vigente en la sociedad aquea, representada en la Odisea y en la Ilíada. En estos textos, se observa un enfoque puramente empírico, prácticas mágicas y una concepción de la enfermedad que, aunque rudimentaria y empírica, también está conectada con la religión olímpica de los aqueos.

Antes de Tales de Mileto, según Zubiri, la idea griega del universo era esencialmente cosmológica. Siguiendo este esquema, podemos afirmar que, antes de la nosología "fisiológica" de Alemcón de Crotona, la interpretación griega de la enfermedad se limitaba a una simple "nosogenia", una visión del origen y la naturaleza de las dolencias enmarcada dentro de una concepción mítica sobre el origen del mundo y las cosas.

Un ejemplo significativo de esta perspectiva es la polémica en el siglo III entre Orígenes y el retórico Celso, sobre si es Cristo o Asclepio quien verdaderamente cura las enfermedades. Sin embargo, a pesar de lo que tuvo específicamente de helénico, existían en la medicina griega anterior al siglo V elementos que proporcionaron un terreno fértil y un precedente inmediato para la hazaña hipocrática.

He aquí una primera respuesta: en el filo de los siglos VI y V a. C., la medicina griega, que no era teúrgica ni mágica, se entendía como un oficio más o menos artesanal (un *Téchnē*), considerado un servicio público que podía aprenderse en ciertas escuelas profesionales.

En los poemas de la Magna Grecia y las islas jónicas, vemos la figura y el trabajo de Hipócrates de Cos, el héroe epónimo de la "medicina hipocrática". ¿Qué sabemos con certeza sobre Hipócrates? En realidad, muy pocas cosas. Se puede asegurar que nació en la isla de Cos alrededor del año 460 a. C., y que allí, probablemente con la enseñanza de su padre, recibió su primera formación. Es posible que fuera discípulo del médico Heródico de Selimbria, que se relacionó con el sofista Gorgias y el filósofo Demócrito, y que tuvo dos hijos, Tesalo y Dracón, además de ser suegro de Pólibo, autor al menos en parte del texto "Sobre la naturaleza del hombre". Ejerció la medicina como períeuta en el norte de Grecia, en la isla de Tasos y tal vez en las proximidades del Ponto Euxino. Murió en Larisa, alrededor de los ochenta y cinco años, y allí fue enterrado.

Su éxito en las historias clínicas de las Epidemias y el prestigio de Hipócrates fueron inmediatos y generalizados. Platón compara su importancia como médico con la de Policeto y Fidas, Aristóteles lo llama "el más grande", y Galeno lo denomina "divino". Para toda la tradición occidental, Hipócrates será conocido como el "Padre de la Medicina". Mientras Alemtón inició la medicina "fisiológica", Hipócrates es considerado su verdadero fundador.

Me quiero detener ahora brevemente en la obra *Medicina Hipocrática* (1970) de Pedro Laín Entralgo. Este libro es el resultado definitivo de muchos años de dedicación al tema hipocrático. Mi primer contacto serio con él ocurrió hace muchos años. Subiendo las escaleras del viejo San Carlos, había visto y leído en numerosas ocasiones la inscripción que, en una muestra de devoción hipocrática más tradicionalista que innovadora, algunos maestros madrileños del siglo XIX habían estampado en sus muros: *Olim pudor suos cous fulsit Hippocrates, in Hispania semper*. Movido por esta familiar epigrafía, decidí dirigir mis

inquietudes académicas, profesionales y personales a la medicina hipocrática, y esta sentencia latina siempre me ha acompañado. Como occidental del siglo XX, me siento descendiente de los antiguos griegos, aunque a la vez soy muy diferente a ellos. Con esta actitud mental básica, me he esforzado por acudir a las investigaciones de los filósofos y filólogos para lograr una comprensión profunda de lo que fue, desde su interior, la medicina que solemos llamar "hipocrática".

La lectura del *Corpus Hippocraticum* me hizo aficionarme a este tema y me llevó a concebir el audaz propósito de estudiarlo en profundidad. Espero que las y los médicos encuentren que esta nueva luz sobre el arte de curar no ha perdido del todo su antigua virtud luminosa y que los principios hipocráticos sigan inspirando la práctica médica contemporánea. Uno de mis intereses con esta conferencia es que no se desprecie la herencia médica de la antigüedad y se reconozca su relevancia y valor en la medicina moderna.

Ética Médica

Como acto plenamente humano, la asistencia médica al enfermo posee una dimensión ética esencial, la cual depende de las creencias fundamentales del médico que fundamentan su existencia y otorgan sentido a sus acciones. Para los médicos hipocráticos, ¿dónde residía el fundamento de la realidad? ¿Qué era lo que, a través de sus creencias fundamentales, daba sentido último a su vida y a sus actos? Sin duda, era la *physis*. Por ello, la ética médica de los hipocráticos era a la vez "fisiológica" y religiosa: 0, para ser más precisos, fisiológicamente religiosa. Este aspecto es crucial para entender el núcleo intelectual y moral del *Corpus Hippocraticum* y el sentido de las diversas referencias a lo "divino" que contienen sus páginas.

Esto no implica que la ética médica posea un contenido uniforme en todos los escritos del *Corpus Hippocraticum*. Lo que daba sentido al médico hipocrático era su *féchnz*. El rasgo más central y meritorio de la ética hipocrática consistía en la aceptación humana y en la configuración técnica de esa inclinación primaria del ser humano hacia el auxilio del semejante enfermo. A pesar de los posibles e inevitables errores técnicos y morales, el médico hipocrático lograba, con ello, realizar la dignidad inherente a su oficio y alcanzar, además, lucro y fama. En el famoso juramento hipocrático, se expresa el siguiente Compromiso: "Si cumplo este juramento sin quebrantarlo, sea concedido a gozar de la vida y del arte, y ser honrado para siempre entre los hombres; si lo quebranto y cometo perjurio, sea lo contrario mi suerte". Este texto refleja,

sin duda, un sentimiento pitagórico y estaba dirigido exclusivamente a la población griega.

En cuanto a la ética de la relación con el enfermo, también surge el problemático tema de los honorarios médicos. El castigo de Asclepio cuando, por dinero, salvó la vida de un hombre, ¿indica que la percepción de honorarios por parte del médico era vista por el griego antiguo como una profanación? Los escritos del *Corpus Hipocraticum* no lo sugieren claramente. Aunque se condena el lucro deshonesto, se habla sin reparos acerca de tales honorarios.

El ideal moral del *Corpus Hipocraticum* alcanza su culminación en el primer párrafo de "Sobre el médico", donde se afirma que el carácter habitual del buen médico debe ser *kalos kai agathós* —es decir, bello y bueno. La sociedad griega se había democratizado, y por solo serlo, el buen médico lograba convertirse moralmente en *áristos*, en noble. El problema radica en cuántos entre los hipocráticos lograron cumplir con rectitud este exigente mandamiento moral.

Evolución del Juramento Hipocrático. ¿Qué ha cambiado y por qué?

Llegados a este punto es importante reflexionar sobre la vigencia de la medicina hipocrática en la actualidad, y en particular, sobre la evolución y la relevancia del Juramento Hipocrático en nuestra práctica médica contemporánea. Nos embarcamos en un análisis que va más allá de una mera revisión histórica, para adentrarnos en las profundas raíces éticas y filosóficas que sustentan nuestra noble profesión.

El Juramento Hipocrático no es simplemente un rito de paso; es una declaración de los valores fundamentales que definen nuestra práctica: la benevolencia, la no maleficencia, la confidencialidad y el respeto por la autonomía del paciente. El Juramento Hipocrático original, formulado en el siglo V a.C., refleja una ética médica que, aunque básica y primitiva en algunos aspectos, ha demostrado ser sorprendentemente duradera. Sin embargo, a lo largo de los siglos, el juramento ha sido revisado y adaptado para reflejar los cambios en la sociedad, la ciencia médica y los valores culturales. La versión moderna, como la adoptada por la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Ginebra (1948), incorpora elementos que responden a las necesidades y expectativas contemporáneas.

Una de las transformaciones más significativas es el cambio del modelo paternalista de la medicina hacia

uno que enfatiza la autonomía del paciente. En el juramento original, el médico asumía un rol autoritario, tomando decisiones en nombre del paciente bajo la premisa de que el médico sabía lo que era mejor. Hoy en día, el respeto por la autonomía del paciente es un principio cardinal. Esto no solo implica informar al paciente sobre sus opciones de tratamiento, sino también respetar sus decisiones, incluso cuando estas puedan contradecir el juicio médico.

Además, se amplía el compromiso social. El Juramento Hipocrático inicial estaba profundamente arraigado en una ética de responsabilidad individual del médico hacia sus pacientes. Sin embargo, la versión moderna reconoce un compromiso más amplio con la sociedad. Los médicos ahora juran no solo tratar a los enfermos, sino también promover la salud pública y el bienestar comunitario. Esta ampliación refleja una comprensión moderna de la salud como un derecho humano fundamental y reconoce el impacto de los determinantes sociales en la salud.

Asimismo, en la antigüedad, el juramento abordaba aspectos de la práctica médica que hoy consideramos rudimentarios, como la prohibición de la cirugía por parte de los médicos hipocráticos. La medicina moderna ha avanzado enormemente, y el juramento ha evolucionado para enfatizar la integridad profesional y científica. La Declaración de Ginebra, por ejemplo, incluye el compromiso de "practicar mi profesión con conciencia y dignidad", lo que implica adherirse a los más altos estándares éticos y científicos, y rechazar cualquier forma de corrupción o mala práctica.

Sin embargo, a pesar de estas transformaciones, la esencia de la medicina hipocrática sigue siendo relevante. En un mundo donde la tecnología y la ciencia médica avanzan a un ritmo vertiginoso, los principios hipocráticos nos anclan en una ética humanista que prioriza el bienestar del paciente.

La benevolencia y la no maleficencia son pilares fundamentales que siguen guiando nuestras decisiones clínicas. En la era de la medicina personalizada y la inteligencia artificial, estos principios nos recuerdan que, a pesar de las maravillas tecnológicas, nuestro deber primordial es hacer el bien y evitar el daño. La tecnología debe ser una herramienta al servicio del paciente, no un fin en sí misma.

La confidencialidad, otro principio hipocrático, adquiere nuevas dimensiones en la era digital. La protección de la información del paciente es más crítica que nunca, dadas las amenazas cibernéticas y

la creciente cantidad de datos sensibles que manejamos. Mantener la confidencialidad no solo es un imperativo ético, sino también una necesidad legal y profesional.

La medicina contemporánea enfrenta desafíos éticos que los médicos hipocráticos no podrían haber imaginado. La genética, la biotecnología, la inteligencia artificial y la globalización plantean preguntas complejas sobre la naturaleza de la vida, la muerte y el deber del médico. El juramento moderno, aunque evolucionado, sigue ofreciendo un marco ético para abordar estos dilemas.

La manipulación genética y la biotecnología prometen revolucionar la medicina, pero también plantean serios dilemas éticos. ¿Hasta qué punto debemos intervenir en el código genético humano? ¿Cómo equilibramos los beneficios de la terapia génica con los riesgos potenciales? Aquí, los principios hipocráticos de no maleficencia y benevolencia son cruciales para guiar nuestras decisiones.

La inteligencia artificial tiene el potencial de mejorar el diagnóstico y el tratamiento, pero también plantea preguntas sobre la autonomía del médico y del paciente. ¿Puede una máquina realmente entender la complejidad de la experiencia humana? ¿Cómo garantizamos que las decisiones asistidas por IA sean éticamente sólidas y centradas en el paciente?

En definitiva, la medicina hipocrática, con su énfasis en la ética y el humanismo, sigue siendo una brújula moral para nuestra práctica médica. Aunque hemos avanzado enormemente desde los tiempos de Hipócrates, los principios fundamentales de su Juramento siguen siendo relevantes y necesarios. Nos recuerdan que, en el centro de todos nuestros esfuerzos científicos y tecnológicos, se encuentra el ser humano, cuya salud y bienestar son nuestra mayor responsabilidad. En un mundo en constante cambio, donde la ciencia y la tecnología redefinen continuamente las fronteras de lo posible, la ética hipocrática nos proporciona una base sólida sobre la cual construir una práctica médica que no solo es avanzada y eficaz, sino también profundamente humana. Es nuestra tarea, como médicos y médicas del siglo XXI, honrar este legado y adaptarlo a los desafíos y oportunidades de nuestro tiempo, asegurando que los valores de benevolencia, no maleficencia, confidencialidad y respeto por la autonomía del paciente sigan siendo los pilares que guíen nuestro camino.

LA SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA COMO FUNDAMENTO ONTOLÓGICO Y MÉTODO CLÍNICO: SUBJETIVIDAD, INTERSUBJETIVIDAD, ESTRUCTURA PSICOPATOLÓGICA Y CRÍTICA DE LAS SIMPLIFICACIONES REDUCCIONISTAS (II)

Ilmo .Sr. Dr. D. Francisco Rodríguez Pulido

Académico de Número. Profesor Titular de Psiquiatría

San Cristóbal de La Laguna, Tenerife. Email: fpulido15@me.com

Introducción

La clásica diferenciación entre neurosis, psicosis y trastornos de personalidad no debe entenderse como un vestigio de la psiquiatría preclasificatoria, sino considerar su poder docente y clínico como una forma de organizar el campo psicopatológico según modos estructurales distintos de relación con la realidad, el self y la intersubjetividad. Aunque las clasificaciones contemporáneas como el DSM o la CIE han introducido sistemas nosotáxicos basados en criterios operativos, la práctica clínica continúa mostrando que estas tres configuraciones estructurales permiten comprender de manera más global la naturaleza del sufrimiento psíquico. La neurosis se caracteriza por el mantenimiento del juicio de realidad junto con la vivencia egodistónica del síntoma; la psicosis implica una transformación del mundo vivido y de la evidencia natural de la realidad; y los trastornos de personalidad se sitúan en un terreno intermedio donde la realidad permanece formalmente conservada, pero la organización estable del self y de la relación intersubjetiva condiciona de forma persistente la experiencia. Desde esta perspectiva, esta arborización no pretende sustituir a las clasificaciones contemporáneas, sino ofrecer un marco estructural de comprensión que permite situar clínicamente los fenómenos observados. Lejos de ser una reliquia histórica, constituye una herramienta conceptual que facilita la articulación entre semiología, fenomenología y razonamiento clínico

1. Neurosis, psicosis y trastornos de personalidad: coherencia estructural y utilidad clínica contemporánea

No se trata de categorías meramente cuantitativas, sino cualitativas. No describen grados de intensidad, sino niveles de alteración del campo de experiencia. La vivencia del síntoma, el juicio de realidad y la conciencia de enfermedad es clínicamente relevante para organizar la experiencias de la subjetividad del síntoma. Sus criterios de diferenciación clínica los desciframos a continuación:

1.A. La vivencia del síntoma: egosintónico y egodistónico

La modalidad de vivencia del síntoma constituye un eje semiológico fundamental para la comprensión psicopatológica. La relación que el sujeto establece con su propio fenómeno psíquico permite distinguir distintos modos de integración del síntoma en la estructura del yo. Se considera egodistónico aquel fenómeno que el sujeto experimenta como ajeno, intrusivo o disonante respecto de su identidad y de su forma habitual de ser. Por el contrario, un fenómeno es egosintónico cuando se vive como coherente con la propia identidad o con el modo habitual de relación con el mundo, incluso cuando sus consecuencias generan conflicto con el entorno.

En los cuadros neuróticos, el síntoma suele presentarse de forma egodistónico. El sujeto reconoce el carácter problemático o excesivo de su angustia, de sus pensamientos obsesivos o de sus conductas evitativas. Aunque existe conflicto intrapsíquico, la estructura del juicio de realidad permanece preservada y el mundo compartido mantiene su estabilidad básica. El síntoma es vivido como una perturbación que irrumpe en la experiencia del sujeto y frente a la cual este mantiene una actitud crítica o de extrañeza.

En la psicosis, por el contrario, el fenómeno delirante primario no suele vivirse como síntoma. Se impone a la conciencia con un carácter de evidencia inmediata y de certeza incuestionable (1). El contenido delirante no es experimentado como un error o como una interpretación discutible, sino como una revelación de la realidad misma. En este caso no nos encontramos ante un conflicto intrapsíquico en el sentido dinámico, sino ante una transformación más profunda de las estructuras de evidencia mediante las cuales el sujeto organiza su relación con el mundo.

En los trastornos de personalidad, muchos de los rasgos clínicos presentan un carácter predominantemente egosintónico. Patrones relacionales rígidos, suspicacia persistente o inestabilidad afectiva pueden integrarse en la autoimagen del individuo como modos habituales de ser y de relacionarse. En estos casos, el sufrimiento no siempre emerge como una vivencia interna de extrañeza respecto del propio funcionamiento, sino que suele manifestarse principalmente en los conflictos interpersonales o en las dificultades adaptativas que dichos patrones generan en el entorno relacional.

Esta distinción entre egosintonía y egodistonía no constituye un matiz meramente descriptivo, sino que refleja diferentes niveles de integración del self y distintos grados de estabilidad del campo de la experiencia. El término self se utiliza en psicología y psiquiatría para referirse al sentido de identidad y continuidad mediante el cual el sujeto se reconoce como agente de su propia experiencia. El Oxford Dictionary of Psychology define el self como la organización de percepciones, recuerdos y significados a través de la cual una persona se reconoce como la misma a lo largo del tiempo y se diferencia de los otros (2).

Desde la psicopatología fenomenológica, el self puede entenderse como la estructura básica que permite que pensamientos, emociones y percepciones sean vividos como propios. Cuando esta estructura se ve alterada, pueden aparecer fenómenos de

extrañamiento de la experiencia, pérdida del sentido de agencia o dificultades para reconocer los propios actos mentales como pertenecientes al yo. Este tipo de alteraciones se ha descrito especialmente en algunos trastornos psicóticos, en particular en la esquizofrenia, donde la continuidad y la unidad de la experiencia subjetiva pueden verse comprometidas (3).

1.B. Juicio de realidad, conciencia de enfermedad, insight, introspección

A continuación se presenta un desarrollo clínico y psicopatológico continuo que diferencia conciencia de enfermedad, insight e introspección desde la tradición fenomenológica y la psicopatología clínica clásica, con implicaciones para la neurosis, la psicosis y los trastornos de personalidad. La distinción de estos conceptos no es meramente terminológica; es estructural y tiene consecuencias semiológicas importantes. Vamos a diferenciar estos conceptos con precisión fenomenológica y clínica.

En la psicopatología clínica, uno de los problemas centrales para la evaluación del sujeto consiste en determinar cómo este se relaciona con su propio padecimiento. En este contexto se han utilizado tres conceptos relacionados pero no equivalentes: conciencia de enfermedad, insight e introspección. Aunque en ocasiones se emplean de manera intercambiable, la tradición psicopatológica —especialmente desde la fenomenología— ha señalado que designan niveles distintos de relación reflexiva del sujeto con su propia experiencia.

En psicopatología clínica, la realidad no se entiende únicamente como el conjunto de hechos objetivos del mundo físico, sino como el mundo vivido que se construye y se comparte intersubjetivamente entre las personas. La tradición fenomenológica de la psiquiatría ha subrayado que la realidad humana no es solo percepción sensorial, sino una estructura de experiencia organizada, en la que intervienen la percepción, la memoria, el lenguaje, el sentido común y la validación social de lo percibido. Karl Jaspers señalaba que la realidad se constituye en la experiencia cotidiana a través de una evidencia natural compartida, es decir, una forma de comprensión implícita del mundo que permite orientarnos en él y reconocer lo que es verosímil o posible dentro de la experiencia común (1).

Desde esta perspectiva, el juicio de realidad se refiere a la capacidad del sujeto para distinguir entre la

experiencia subjetiva y el mundo compartido, evaluando si una percepción, pensamiento o interpretación corresponde efectivamente a la realidad intersubjetiva. En términos psicopatológicos, implica valorar si las creencias y percepciones del individuo se mantienen dentro del marco de la realidad consensuada o si, por el contrario, se han separado de ella de forma significativa.

En la práctica clínica, el juicio de realidad se manifiesta en la capacidad del sujeto para contrastar sus experiencias con la evidencia externa y con el consenso social. Cuando el juicio de realidad está conservado, el individuo puede reconocer que determinadas experiencias internas —como pensamientos, fantasías o temores— pertenecen al ámbito de su vida psíquica y no corresponden necesariamente a hechos reales. Por ejemplo, una persona con ansiedad puede temer que algo malo ocurra, pero sabe que ese temor es una posibilidad imaginada y no una realidad presente.

Cuando el juicio de realidad se altera, el sujeto pierde parcial o totalmente esa capacidad de contraste. Esto ocurre de manera característica en los delirios psicóticos, donde la convicción delirante se sostiene con certeza absoluta y no es corregible por la evidencia ni por la argumentación lógica. En estos casos, la experiencia delirante no se vive como una interpretación subjetiva, sino como una realidad incuestionable. Desde la fenomenología, este fenómeno no se entiende simplemente como un error lógico, sino como una transformación más profunda del modo en que el sujeto organiza su experiencia del mundo (2).

La psicopatología contemporánea también ha señalado que el juicio de realidad no es una función puramente intelectual. Depende de la integración de múltiples procesos psíquicos, incluyendo la percepción, la memoria autobiográfica, la coherencia narrativa del self y la validación intersubjetiva de la experiencia. Por ello, las alteraciones del juicio de realidad suelen aparecer en trastornos que afectan de forma global a la organización de la experiencia, como las psicosis, los estados confusionales o algunos trastornos neurológicos.

En síntesis, en psicopatología llamamos realidad al mundo vivido que se configura a través de la experiencia compartida y del sentido común intersubjetivo, y denominamos juicio de realidad a la capacidad del sujeto para reconocer y evaluar si sus percepciones, creencias o interpretaciones se corresponden con ese mundo compartido. Esta capacidad constituye un elemento central del examen

psicopatológico, ya que su alteración puede indicar una transformación profunda de la estructura de la experiencia y tiene implicaciones diagnósticas, terapéuticas y, en determinados contextos, también jurídico-forenses

La conciencia de enfermedad se refiere al reconocimiento por parte del sujeto de que existe un estado de alteración o sufrimiento que no corresponde a su estado habitual de salud. Se trata de un concepto clínico relativamente operativo que implica el reconocimiento de síntomas, la aceptación de que estos constituyen un problema y la posibilidad de atribuirlos a un proceso patológico.

Desde la psicopatología clásica, Karl Jaspers señalaba que el enfermo puede reconocer determinados fenómenos como extraños o patológicos incluso cuando no comprende completamente su origen, lo que indica que la conciencia de enfermedad puede existir sin una comprensión profunda del proceso que la produce (1). La base fenomenológica de la psicopatología clínica diferencia entre reconocimiento del síntoma y comprensión causal. En este sentido, la conciencia de enfermedad se sitúa en un nivel relativamente pragmático y clínico: el sujeto reconoce que algo le ocurre y acepta la posibilidad de recibir ayuda o tratamiento. Es un concepto relativamente amplio y clínicamente operativo. Puede estar presente de forma parcial o fluctuante.

Ejemplo: Un paciente con depresión puede decir: “Sé que estoy enfermo, no soy el de antes, necesito ayuda”. Aquí hay conciencia global de padecimiento. Pero esta conciencia puede coexistir con escasa comprensión de los mecanismos, causas o implicaciones del trastorno.

La conciencia puede estar presente sin insight pleno. Ejemplo clásico: Un paciente con esquizofrenia puede aceptar que “tiene esquizofrenia” porque se lo han dicho los médicos, pero seguir convencido de que sus voces son reales. Hay aceptación nominal de enfermedad, pero no insight estructural.

El término insight, introducido progresivamente en la literatura psiquiátrica anglosajona durante el siglo XX, tiene un significado más complejo. En psicopatología clínica se refiere al grado en que el paciente comprende que sus experiencias o comportamientos son consecuencia de un trastorno mental. Implica, por tanto, no solo el reconocimiento de síntomas, sino también la atribución causal de dichos fenómenos a un proceso psicopatológico. En

la definición moderna de insight clínico Anthony David (4) lo definió como un constructo multidimensional que incluye tres componentes principales: reconocimiento de enfermedad, atribución de síntomas y aceptación de tratamiento.

Sin embargo, desde la fenomenología se ha señalado que el insight no puede reducirse a un simple acto cognitivo, ya que depende del modo en que el sujeto experimenta su propia realidad. El insight no es simplemente una opinión intelectual, sino una forma de relación reflexiva del sujeto con su propia experiencia patológica, que puede variar a lo largo del curso de la enfermedad y entre distintos cuadros clínicos (5).

En los trastornos psicóticos, especialmente en la esquizofrenia, el insight suele estar profundamente alterado. El paciente no reconoce sus experiencias delirantes o alucinatorias como patológicas porque estas forman parte de una reorganización del mundo vivido que posee para él una coherencia interna. En este sentido, la ausencia de insight no es meramente una negación voluntaria de la enfermedad, sino la consecuencia de una transformación estructural de la experiencia de realidad (5). German Berrios desde una perspectiva histórica y epistemológica del insight, ha señalado que este debe entenderse como una construcción clínica que depende tanto de la experiencia del paciente como del marco interpretativo del clínico (6). En este sentido, el insight no es un atributo absoluto, sino un fenómeno relacional que emerge en el encuentro clínico.

En cambio, un paciente obsesivo puede tener insight completo ("sé que es absurdo") y, sin embargo, sufrir intensamente el síntoma.

La introspección, por su parte, pertenece a un nivel diferente. Este concepto se refiere a la capacidad del sujeto para observar y reflexionar sobre sus propios estados mentales. Desde la fenomenología, la introspección implica una forma de autoobservación mediante la cual el individuo puede describir su experiencia interna, sus emociones y sus pensamientos. Sin embargo, esta capacidad no implica necesariamente conciencia de enfermedad ni insight clínico. Un sujeto puede ser profundamente introspectivo y, sin embargo, no reconocer que su experiencia corresponde a un trastorno mental.

Desde la fenomenología contemporánea, la introspección se entiende como una forma de autoconciencia reflexiva mediante la cual el sujeto puede observar y describir sus propios estados

mentales (5). Este enfoque de la fenomenológico contemporáneo requiere de autoconciencia y experiencia subjetiva.

La distinción entre estos tres conceptos adquiere particular relevancia cuando se analizan distintos cuadros clínicos. En las neurosis, el sujeto suele conservar tanto la conciencia de enfermedad como el insight. Los pacientes neuróticos suelen reconocer que sus síntomas —por ejemplo, obsesiones, fobias o crisis de ansiedad— son excesivos o irracionales. Esta característica clásica fue señalada por Freud como un rasgo distintivo de las neurosis frente a las psicosis, ya que el sujeto neurótico mantiene una relación crítica con sus propios síntomas (7). Además, en muchos casos estos pacientes poseen una elevada capacidad de introspección, lo que facilita el trabajo psicoterapéutico.

En la psicosis, por el contrario, la conciencia de enfermedad suele estar gravemente comprometida. El sujeto puede experimentar sus ideas delirantes como evidencias absolutas de la realidad y no como fenómenos patológicos. Desde la fenomenología, esta ausencia de insight se interpreta como el resultado de una transformación global del mundo vivido, en la que las estructuras básicas de la experiencia —como la evidencia natural o el sentido común— se encuentran alteradas (8). Ejemplo si ello es la alteraciones del self en la esquizofrenia. Giovanni Stanghellini ha descrito cómo en la psicosis se produce una ruptura del "sentido común intersubjetivo", lo que explica por qué el paciente no puede reconocer su experiencia como patológica dentro del marco compartido de la realidad (9).

En la psicosis, el juicio de realidad se altera en su base estructural. No se trata simplemente de error lógico corregible mediante argumentación. La convicción delirante es incorregible porque forma parte del nuevo horizonte de evidencia. La alteración del self mínimo y de la validación intersubjetiva se integran en esta transformación estructural (10,11).

En los trastornos de personalidad, la situación es más compleja. En muchos casos el sujeto puede tener cierto grado de introspección, pero carece de una conciencia clara de enfermedad. Los rasgos de personalidad se experimentan como formas habituales de ser en el mundo y no como fenómenos patológicos. Por esta razón, los pacientes con trastornos de personalidad suelen consultar por conflictos relacionales o consecuencias de su comportamiento, más que por la vivencia directa de enfermedad. El insight puede ser parcial o fluctuante, dependiendo

de la estructura de personalidad y del contexto relacional (12).

Desde una perspectiva clínica, estas diferencias tienen implicaciones importantes para la práctica psiquiátrica. En los trastornos neuróticos, el tratamiento puede apoyarse en la capacidad reflexiva del paciente y en su conciencia de enfermedad. En la psicosis, por el contrario, el objetivo inicial del tratamiento no suele ser aumentar el insight de forma directa, sino estabilizar la experiencia del sujeto y restablecer progresivamente su capacidad de participar en el mundo intersubjetivo. En los trastornos de personalidad, el trabajo terapéutico suele centrarse en desarrollar gradualmente una mayor capacidad de autorreflexión y de reconocimiento de los propios patrones relacionales.

En consecuencia, conciencia de enfermedad, insight e introspección no son sinónimos, sino niveles distintos de relación del sujeto con su propia experiencia. La conciencia de enfermedad implica el reconocimiento clínico del padecimiento; el insight supone una comprensión más elaborada de la naturaleza psicopatológica de los síntomas; y la introspección corresponde a la capacidad reflexiva del sujeto sobre sus propios estados mentales. La psicopatología fenomenológica ha mostrado que estas dimensiones dependen de la estructura global de la experiencia del sujeto y no pueden reducirse únicamente a procesos cognitivos aislados.

Los estudios fenomenológicos recientes han mostrado que ciertos trastornos mentales implican modificaciones profundas del modo en que el mundo se experimenta como significativo. Matthew Ratcliffe (13) ha descrito estas transformaciones como alteraciones del horizonte existencial dentro del cual los acontecimientos adquieren sentido para el sujeto. En la depresión grave, por ejemplo, el mundo puede aparecer como desprovisto de posibilidades y de futuro, produciendo una modificación global del sentido de realidad vivido. Estas alteraciones no se reducen a creencias erróneas, sino que afectan a la estructura misma de la experiencia (13).

En el ámbito jurídico y clínico-forense, el juicio de realidad se vincula estrechamente con el concepto de capacidad de obrar, entendida como la aptitud de una persona para ejercer por sí misma sus derechos y asumir válidamente obligaciones mediante actos jurídicos. Mientras que la capacidad jurídica corresponde a toda persona por el hecho de serlo, la capacidad de obrar implica que el individuo posea las condiciones necesarias para comprender el

significado de sus actos, valorar sus consecuencias y decidir libremente sobre ellos. Desde la perspectiva psiquiátrica, estas condiciones dependen en gran medida de la integridad de funciones como la comprensión de la realidad, la deliberación, el juicio y la autodeterminación.

En el ámbito penal, el juicio de realidad se relaciona directamente con dos capacidades fundamentales que sustentan la imputabilidad: la capacidad de comprender la ilicitud del acto y la capacidad de actuar conforme a esa comprensión. Cuando un trastorno mental grave altera el juicio de realidad de forma significativa —por ejemplo, en una psicosis delirante— el sujeto puede no comprender adecuadamente la naturaleza o las consecuencias de sus actos, o puede interpretarlas a partir de un sistema delirante que modifica radicalmente su percepción del mundo. En estas circunstancias, la capacidad para dirigir la conducta conforme a la comprensión normativa puede verse comprometida, lo que tiene implicaciones directas para la valoración de la responsabilidad penal.

En el derecho civil, el juicio de realidad también desempeña un papel relevante en la valoración de la capacidad de obrar, particularmente en decisiones como otorgar contratos, consentir tratamientos médicos o administrar bienes. La legislación contemporánea, especialmente tras la evolución del derecho hacia modelos basados en el apoyo a la toma de decisiones, considera que la capacidad de obrar no es una cualidad absoluta que se posee o se pierde de forma global, sino una capacidad funcional que puede requerir apoyos para su ejercicio efectivo. Cuando una persona presenta una alteración grave del juicio de realidad que le impide interpretar adecuadamente las situaciones o valorar sus consecuencias, puede ser necesario establecer sistemas de apoyo o medidas de protección jurídica conforme a la normativa vigente.

Desde una perspectiva clínica-forense, la evaluación del juicio de realidad no se limita a constatar la presencia de síntomas psicóticos. El análisis debe centrarse en cómo el sujeto interpreta la situación concreta en la que se encuentra y hasta qué punto esa interpretación condiciona su conducta. Para ello se utilizan instrumentos clínicos como la entrevista psicopatológica, la observación del curso del pensamiento, la coherencia del relato y la congruencia entre las creencias del individuo y la realidad compartida. Lo relevante no es únicamente la presencia de una idea delirante o de una alteración perceptiva, sino su impacto efectivo sobre la

comprensión de la situación y la capacidad de orientar la conducta.

En síntesis, el concepto de juicio de realidad constituye un puente entre la psicopatología y el derecho. Desde el punto de vista clínico describe la capacidad del individuo para diferenciar entre la experiencia subjetiva y el mundo compartido; desde el punto de vista jurídico permite valorar si esa capacidad es suficiente para atribuir responsabilidad o reconocer la aptitud para tomar decisiones con efectos legales. La evaluación psiquiátrica, por tanto, no declara jurídicamente la incapacidad de una persona, sino que aporta elementos clínicos que ayudan a determinar hasta qué punto el estado mental afecta a las funciones cognitivas y volitivas necesarias para el ejercicio autónomo de la capacidad de obrar.

Finalmente, aunque los términos neurosis y psicosis han desaparecido de las clasificaciones diagnósticas contemporáneas, siguen conservando utilidad clínica y docente. Estas categorías no se utilizan hoy como entidades nosológicas estrictas, pero continúan ofreciendo una distinción estructural del campo psicopatológico que resulta pedagógicamente valiosa para comprender distintos modos de relación con la realidad, con el self y con el mundo intersubjetivo. En la formación médica y psiquiátrica, esta diferenciación facilita la comprensión del impacto que determinadas alteraciones mentales pueden tener sobre el juicio de realidad y, en consecuencia, sobre la responsabilidad y la capacidad de obrar del sujeto.

1.C. Tablas comparativas estructurales

A continuación se presenta las tablas clínicas comparativas 1 y 2, de manera comparativa vamos a describir estos esquemas conceptuales previamente desarrollados:

Esta tabla no sustituye el análisis clínico, pero sintetiza la coherencia estructural desarrollada en el manuscrito.

Asimismo a continuación presentamos una tabla clínica 2 una comparativa, útil para docencia en psicopatología y para residentes, que distingue introspección, conciencia de enfermedad e insight y muestra cómo se expresan habitualmente en neurosis, psicosis y trastornos de personalidad.

2. Implicaciones en las relaciones interpersonales

Los trastornos mentales tiene implicaciones relevantes en las relaciones familiares o de pareja, ya sea en su origen, evolución o en sus consecuencias. La investigación contemporánea muestra que los trastornos mentales no afectan únicamente al individuo, sino que se desarrollan y se mantienen dentro de sistemas relacionales, especialmente en el contexto familiar y de pareja. La evidencia indica que factores como la comunicación disfuncional, los patrones de apego inseguros o los altos niveles de emoción expresada pueden influir en la evolución clínica, aumentando el riesgo de recaídas en trastornos como la esquizofrenia o los trastornos afectivos (14,15). Al mismo tiempo, el apoyo social y la calidad de las relaciones íntimas actúan como factores protector's que favorecen la recuperación y la adherencia terapéutica (14). Por ello, el enfoque clínico actual considera imprescindible evaluar el contexto relacional del paciente e integrar, cuando es posible, intervenciones familiares o grupales en el plan terapéutico.

Así pues la presencia de un trastorno mental en uno de los miembros de la pareja o del sistema familiar suele generar modificaciones significativas en la dinámica relacional, en la distribución de roles y en la regulación emocional del grupo. Diversos estudios han mostrado que los trastornos mentales,

Dimensión Clínica	Neurosis	Psicosis	Trastornos de personalidad
Vivencia del síntoma	Egodistónica	No vivida como síntoma; convicción primaria	Frecuentemente egosintónica
Juicio de realidad	Conservado	Alterado estructuralmente	Formalmente conservado
Insight	Preservado	Comprometido	Parcial o variable
Self mínimo	Intacto	Alterado	Generalmente intacto
Intersubjetividad	Conflictiva pero preservada	Ruptura estructural de validación compartida	Distorsion persistente del Vínculo
Nivel de alteración estructural	Dinámico-conflictivo	Ontológico-estructural	Organizacional del self narrativo y relacional

Tabla clínica comparativa 1.- Vivencia de la experiencia, juicio de realidad e intersubjetividad.

Dimensión psicopatológica	Definición clínica	Neurosis	Psicosis	Trastornos de personalidad
Introspección	Capacidad del sujeto para observar y describir sus propios estados mentales, emociones y pensamientos. Pertenecce al ámbito de la autoconciencia reflexiva y no implica necesariamente reconocimiento de enfermedad.	Generalmente conservada o elevada. El paciente puede analizar sus emociones, conflictos y pensamientos. Frecuente en cuadros obsesivos o ansiosos.	Frecuentemente limitada o alterada. El sujeto puede describir experiencias, pero no suele cuestionar su validez o estructura.	Variable. Puede existir cierta introspección aunque muchas veces centrada en justificar la propia conducta más que en cuestionarla.
Conciencia de enfermedad	Reconocimiento por parte del sujeto de que existe un estado patológico o un problema que requiere atención clínica. Es un nivel clínico pragmático de reconocimiento del trastorno.	Generalmente presente. El paciente reconoce que sus síntomas son excesivos o problemáticos.	Frecuentemente ausente o muy limitada. El paciente no reconoce el carácter patológico de sus experiencias delirantes o alucinatorias.	Parcial o fluctuante. El sujeto reconoce consecuencias negativas (conflictos, sufrimiento) pero no siempre identifica sus rasgos como problema clínico.
Insight	Comprensión más elaborada de la naturaleza psicopatológica de los síntomas, incluyendo atribución causal al trastorno mental y aceptación de tratamiento. Es un constructo multidimensional clínico	Habitualmente conservado. El paciente reconoce el origen psicológico de sus síntomas y puede colaborar en el tratamiento.	Frecuentemente alterado. Las experiencias delirantes se viven como realidades incuestionables dentro de un nuevo marco de significado.	Parcial o limitado. Puede existir reconocimiento intelectual del problema, pero sin verdadera integración en la identidad o en el comportamiento.
Relación con la realidad	Forma en que el sujeto valida su experiencia frente al mundo compartido.	La realidad se mantiene como marco de referencia estable.	Puede producirse una transformación estructural del mundo vivido (delirio, experiencias de influencia, etc.).	La realidad se mantiene, pero las interpretaciones relacionales pueden estar distorsionadas.
Actitud hacia el tratamiento	Disposición del sujeto a aceptar ayuda clínica	Generalmente cooperativa.	Frecuentemente ambivalente o negativa por ausencia de insight.	Variable; suele depender de crisis o conflictos relacionales.

Tabla clínica comparativa 2.- Introspección, conciencia de enfermedad e insight en psicopatología.

especialmente los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad, pueden asociarse con aumento de conflicto interpersonal, sobrecarga del cuidador, deterioro de la comunicación y mayor riesgo de ruptura de pareja o disfunción familiar (14, 16). No obstante, la evidencia también indica que el impacto del trastorno depende en gran medida de factores moderadores como la cohesión familiar, la calidad de

la comunicación, el apoyo social disponible y el acceso a tratamiento adecuado (17). Las familias con mayores niveles de flexibilidad relacional, estrategias adaptativas de afrontamiento y comprensión del trastorno muestran mejores niveles de adaptación y menor carga emocional (17). Asimismo, intervenciones psicoeducativas y programas de apoyo familiar han demostrado reducir recaídas y mejorar el funcionamiento global tanto del paciente como de

su entorno relacional (18). En consecuencia, el curso y las consecuencias del trastorno mental no dependen únicamente de las características del individuo, sino también del contexto relacional en el que el sujeto se encuentra inserto (19), siendo ello muy relevante en los trastornos psicóticos graves en sus procesos de recuperación (20) donde se ha comprobado que los modelos comunitarios de apoyo residencial y seguimiento intensivo pueden asociarse con mayor estabilidad clínica, reducción de hospitalizaciones y altos niveles de satisfacción subjetiva en personas con trastornos mentales graves. Estos resultados apoyan el enfoque de rehabilitación psicosocial y recuperación, en el que la calidad de vida y la integración comunitaria se consideran indicadores centrales de evolución clínica.

3. Sensibilidad de los trastornos mentales a los psicofármacos

Asimismo los trastornos mentales muestran una sensibilidad variable al tratamiento farmacológico, lo que refleja la complejidad y heterogeneidad de sus bases neurobiológicas. Aunque los psicofármacos han demostrado eficacia en numerosos cuadros — como los antipsicóticos en la esquizofrenia o los antidepresivos en los trastornos depresivos— la respuesta clínica suele ser parcial y depende de múltiples factores individuales, incluidos la genética, el contexto psicosocial y la adherencia terapéutica (21). La investigación actual subraya además que el tratamiento farmacológico debe integrarse dentro de un enfoque multimodal que incluya intervenciones psicológicas y psicosociales (22:23). En consecuencia, la farmacoterapia se entiende hoy como un componente importante pero no exclusivo del abordaje terapéutico de los trastornos mentales, e incluso en algunos casos innecesarios.

La respuesta al tratamiento psicofarmacológico muestra diferencias relevantes según el tipo de trastorno mental. En los trastornos neuróticos, especialmente en los trastornos de ansiedad y depresión, los metaanálisis indican que los antidepresivos y ansiolíticos presentan una eficacia moderada frente a placebo, con tamaños de efecto clínicamente significativos, aunque variables según el cuadro y la duración del tratamiento (24,25). En este grupo, la adherencia suele ser irregular y se estima que entre el 30 % y el 50 % de los pacientes interrumpen el tratamiento durante los primeros meses, principalmente por efectos adversos, percepción de mejoría temprana o preferencia por intervenciones psicoterapéuticas (26).

En los trastornos psicóticos, particularmente en la esquizofrenia, la eficacia de los antipsicóticos está más claramente demostrada. Metaanálisis amplios han confirmado su capacidad para reducir recaídas y síntomas positivos, aunque con efectos más limitados sobre síntomas negativos y funcionamiento social (27). La adherencia constituye un problema clínico relevante, ya que aproximadamente la mitad de los pacientes presenta incumplimiento parcial o abandono del tratamiento, lo que se asocia con mayor riesgo de recaída, hospitalización y deterioro funcional (28). Sin olvidar los efectos sobre la Salud Física de los antipsicóticos llamados atípicos y su probable contribución a la reducción de la esperanza de vida sobre 10-12 años menos que la población general, a la que se asocia otros factores: sedentarismo, tabaquismo, relaciones sexuales de riesgo,

En los trastornos de personalidad, la eficacia de los psicofármacos es más limitada y menos específica. Los metaanálisis sugieren que ciertos fármacos pueden mejorar síntomas concretos —como impulsividad, inestabilidad afectiva o agresividad—, pero no modifican la estructura central del trastorno, por lo que las guías clínicas recomiendan considerarlos como intervenciones adyuvantes dentro de un enfoque psicoterapéutico más amplio (29). En este grupo, la adherencia suele ser particularmente variable debido a la impulsividad, la ambivalencia hacia el tratamiento y las dificultades relacionales características de algunos trastornos de personalidad (30).

En relación con la seguridad, los psicofármacos presentan en general un perfil de riesgo bajo en comparación con los beneficios clínicos globales, aunque algunos estudios epidemiológicos han señalado un aumento de mortalidad asociado al uso prolongado de determinados antipsicóticos o sedantes en poblaciones vulnerables, especialmente en pacientes de edad avanzada o con comorbilidad médica (31). No obstante, la interpretación de estos datos requiere cautela, ya que parte del aumento de mortalidad puede reflejar la gravedad del trastorno subyacente o factores clínicos concomitantes más que un efecto farmacológico directo (32).

En conjunto, la evidencia científica sugiere que la eficacia, la adherencia y los riesgos del tratamiento psicofarmacológico dependen no solo del tipo de fármaco, sino también de la naturaleza del trastorno, de las características del paciente y del contexto clínico en el que se desarrolla el tratamiento

4. Conclusión doctrinal

La semiología psiquiátrica constituye el acto fundacional mediante el cual la experiencia alterada deviene fenómeno clínico. Solo a través de una delimitación fenomenológica rigurosa de la experiencia vivida es posible identificar aquello que merece ser considerado objeto de conocimiento psiquiátrico. Sin esta operación primera de descripción y estructuración del fenómeno, no existe objeto explicable ni clasificación clínica legítima, sino únicamente agregados de conductas o correlaciones empíricas desprovistas de significado clínico.

Reducir la mente al cerebro implica un error categorial que confunde niveles distintos de descripción del fenómeno humano. Sin embargo, negar la base biológica necesaria del sufrimiento psíquico implicaría igualmente desconocer la condición orgánica del sujeto. Del mismo modo, confundir correlaciones empíricas con etiopatogenias demostradas conduce a una sobreinterpretación que distorsiona el alcance real de los hallazgos científicos. La psiquiatría debe situarse, por tanto, en un equilibrio epistemológico que reconozca la complejidad multinivel de su objeto.

La psiquiatría es una disciplina médica en la medida en que reconoce la base biopsicosocial del sufrimiento psíquico y orienta su práctica hacia la comprensión y el alivio de ese sufrimiento. Es, al mismo tiempo, una disciplina fenomenológica porque su objeto inmediato no es el cerebro aislado ni la conducta observada, sino la experiencia vivida tal como se manifiesta en la conciencia del sujeto. Y es, finalmente, una disciplina clínica porque su finalidad última no consiste en la mera clasificación de fenómenos, sino en la intervención responsable sobre situaciones concretas de sufrimiento humano.

En este contexto, el rigor conceptual no constituye un lujo académico ni una preocupación meramente teórica. Determina de manera directa cómo se entrevista a un paciente, cómo se interpretan sus síntomas, cómo se formula un diagnóstico, cómo se comunica una explicación clínica y cómo se decide una intervención terapéutica. La semiología psicopatológica actúa así como la garantía epistemológica que preserva la identidad de la disciplina frente a dos riesgos simétricos: el reduccionismo biologicista, que pretende agotar el fenómeno mental en sus correlatos neurobiológicos, y el relativismo interpretativo, que diluye la especificidad clínica del sufrimiento psíquico.

Por esta razón, la semiología psiquiátrica debe analizar no solo la presencia de determinados fenómenos, sino también su estructura de sentido y su inserción en el campo intersubjetivo en el que la experiencia humana adquiere significado. Sin esta dimensión estructural y relacional, el diagnóstico corre el riesgo de transformarse en una mera clasificación administrativa de conductas o síntomas desanclada del sujeto que los vive.

En determinadas circunstancias, además, la valoración clínica del juicio de realidad adquiere relevancia en el ámbito jurídico-forense, especialmente cuando se trata de evaluar la capacidad de comprensión, de autodeterminación o de responsabilidad del individuo. Ello pone de manifiesto que la psicopatología no solo tiene implicaciones clínicas, sino también consecuencias prácticas en el ámbito social y jurídico.

En síntesis, un trastorno mental puede entenderse como una alteración estructural clínicamente significativa de la organización de la experiencia, que compromete la coherencia del self, la relación intersubjetiva o la continuidad temporal del mundo vivido. Esta alteración se sustenta necesariamente en una base biopsicosocial, pero se encuentra inscrita en una red causal multinivel cuya complejidad excede cualquier explicación reduccionista. La delimitación de este fenómeno depende fundamentalmente del análisis semiológico de la experiencia y no presupone necesariamente la existencia de una etiopatogenia específica plenamente demostrada.

La psiquiatría contemporánea se sitúa hoy en la intersección entre avances neurobiológicos cada vez más sofisticados y una comprensión creciente de la complejidad de la experiencia humana. En este contexto, la semiología psicopatológica no constituye un vestigio histórico de la disciplina, sino su fundamento epistemológico permanente. Solo mediante el análisis estructural de la experiencia vivida es posible delimitar el fenómeno clínico, articular los distintos niveles de explicación y evitar tanto el reduccionismo biologicista como el relativismo interpretativo. La psiquiatría, en cuanto disciplina clínica, se define precisamente por esta capacidad de integrar cerebro, mente, biografía e intersubjetividad en una comprensión rigurosa del sufrimiento psíquico. En este sentido, la semiología no es simplemente una técnica descriptiva, sino el punto de partida ontológico que permite que la experiencia alterada se constituya como objeto legítimo del conocimiento psiquiátrico.

Referencias

1. Jaspers K. General Psychopathology. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
2. Colman AM. A Dictionary of Psychology. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
3. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–44.
4. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990;156:798–808.
5. Amador XF, David AS. Insight and Psychosis. Oxford: Oxford University Press; 2004.
6. Berrios GE. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
7. Freud S. The Neuro-Psychoses of Defence. Standard Edition. London: Hogarth Press; 1894.
8. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–44.
9. Stanghellini G. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense. Oxford: Oxford University Press; 2004.
10. Parnas J, Sass LA. Self, schizophrenia, and phenomenology. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):427–444.
11. Sass LA. Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought. New York: Basic Books; 1992.
12. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry.* 2009;166:530–39.
13. Ratcliffe M. Experiences of Depression: A Study in Phenomenology. Oxford: Oxford University Press; 2015.
14. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:329–52.
15. Leff. J, Vaughn C. Expressed Emotion in Families. New York: Guilford Press; 1985.
16. Whisman MA, Uebelacker LA. Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults. *J Fam Psychol.* 2009;23(3):427–34.
17. Reupert A, Maybery D. Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *Am J Orthopsychiatry.* 2007;77(3):362–69.
18. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Fam Process.* 2003;42(1):1–18.
19. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv.* 2001;52(7):903–10.
20. Rodríguez Pulido F, Rodríguez-García Á, et al. Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un equipo comunitario asertivo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2022;42(142):49–68
21. Miklowitz DJ. The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007;16(4):192–96.
22. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2021.
23. Insel TR, Wang PS. Rethinking mental illness. *JAMA.* 2010;303(19):1970–1.
24. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* 2018;391(10128):1357–66.
25. Baldwin DS, Waldman S, Allgulander C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011;14(5):697–710.
26. Sansone RA, Sansone LA. Antidepressant adherence: are patients taking their medications? *Innov Clin Neurosci.* 2012;9(5–6):41–46.
27. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013;382(9896):951–62.
28. Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, et al. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:117–26.

29. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*. 2020;34(10):1053–67.
30. Paris J. Treatment of personality disorders: a review. *Can J Psychiatry*. 2015;60(7):303–09.
31. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry*. 2015;14(2):119–36.
32. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Torniainen M, et al. Mortality and cumulative exposure to antipsychotics in patients with schizophrenia: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):600–09.

RELIGIOSIDAD POPULAR

Dr. Pedro Ramón Gutiérrez Hernández

Profesor Emérito. Departamento de Cirugía. Universidad de La Laguna

RESUMEN

Las reales academias, como nuestra RAM de Canarias, fundamentadas en criterios ilustrados

con el ánimo de conocer y entender mejor arte y ciencia como realidades de nuestra cultura, de la cual forma parte la Religiosidad Popular (RP). Precisamente por ello y por nuestro conocimiento de ésta, proponemos esta Sesión Literaria.

RP es un concepto del ámbitoreligioso y de las ciencias sociales, especialmente de la antropología de la religión, de la sociología de la religión, la historia de las religiones y otras ciencias de la religión. A veces se utiliza de forma intercambiable otras expresiones, como la de Piedad Popular (PP), que de forma estricta no son del todo equivalentes. A modo de ejemplo la RP es propia del creyente y la PP es propia del cristiano católico ortodoxo.

La RP se identifica con la forma en que vive la religión (fe y trascendencia), el pueblo entendido como pueblo llano; en oposición terminológica con la religiosidad oficial, que es la de las élites, los intelectuales y la jerarquía eclesiástica, que se identifica con la PP. Algunas de las manifestaciones de la religiosidad popular pueden ser consideradas como supersticiones por la religiosidad oficial, asunto que siempre ha establecido debate, cuando no un claro enfrentamiento entre las tradiciones populares y la liturgia oficial. Tema que se agudiza en la cultura ibérica, hispánica y latino americana y que adquiere su máxima manifestación en las procesiones de Semana Santa, oficialmente conceptuadas como cultos externos.

Esa dialéctica entre RP y PP se arrastra desde siglos, p. e. iconofílicos vs iconofóbicos, que pretendidamente

la luz de la razón (Ilustración) resolvería. Paradójicamente, en estos momentos con nuestra cultura, marcada por la superficialidad, hedonismo e inmediatez, estas manifestaciones están adquiriendo su mayor auge, no siempre, no en todos los casos, pero sirva como referencia qué en Sevilla, en el pasado 2024, se ha batido el récord en número de procesiones ordinarias y extraordinarias, sacramentales, de gloria y penitenciales. Ese auge marca la diferencia entre RP y PP, herencia entre oficialidad barroca o del antigua

régimen y de la ilustración o modernidad, que en la actual crisis del catolicismo ha llevado a la jerarquía a un acercamiento a hermandades y cofradías, sirvan de ejemplo el reciente II Congreso Internacional de Piedad Popular, con Procesión Magna incluida, organizado por el Arzobispado de Sevilla y las próximas celebraciones del Año Jubilar con procesiones del Cachorro y Esperanza, organizado por el Vaticano en Roma.

En todo ello, el sincretismo religioso es un referente básico y esencial.

Y volvemos a nuestro inicio, este trabajo de revisión analizaremos causas y consecuencias (generales y locales) con el ánimo de conocer, y entender mejor, esta realidad de nuestra cultura, como corresponde a una entidad como la RAM de Canarias, fundamentada en criterios ilustrados.

DEL SANATORIO ENFERMERÍA ANTITUBERCULOSO AL HOSPITAL DE OFRA (1944-2025)

Dr. Francisco Javier Castro-Molina

Académico Correspondiente. Director de la Escuela de Enfermería de Na Sa de Candelaria, ULL.

RESUMEN

El tratamiento de la tuberculosis en Canarias durante la primera mitad del siglo XX experimentó una transformación radical gracias a la labor de Tomás Cerviá Cabrera. Su enfoque, que constituyó un "giro copernicano", consistió en dejar de ver la patología como una afección individual de clases acomodadas para entenderla como una enfermedad social vinculada a la pobreza y al proletariado. Este cambio de visión permitió identificar que la alta incidencia en las islas estaba estrechamente ligada a la emigración de retorno desde Cuba, donde los trabajadores contagiados introducían el bacilo en el archipiélago, elevando las tasas de mortalidad por encima de la media nacional.

Frente a la creencia tradicional que otorgaba un valor casi absoluto a la climatoterapia y a los sanatorios de altura en zonas como Vilaflor de Chasna o Las Cañadas del Teide, se impuso una estrategia basada en la prevención y la higiene social. El eje de esta lucha fue la creación de dispensarios y centros especializados que no solo se centraban en el tratamiento clínico, sino en la educación sanitaria y la vigilancia epidemiológica en colegios, barrios y centros de trabajo.

El desarrollo de infraestructuras fue un proceso complejo marcado por la inestabilidad política y la falta de recursos. Tras varios intentos fallidos de construir grandes sanatorios de montaña, se consolidó un modelo de hospital-sanatorio más funcional y accesible. Instituciones como el Sanatorio-Enfermería de Ofra fueron diseñadas con una triple función: aislar a los enfermos para evitar contagios, aplicar tratamientos médicos modernos y educar al paciente bajo una perspectiva biopsicosocial. Antes de la llegada definitiva de la farmacología con la

estreptomycinina, este sistema de dispensarios coordinados con hospitales especializados logró revertir la tendencia de la epidemia, permitiendo pasar de una fase de contagio masivo a una de control y descenso de la mortalidad.

En definitiva, el éxito en la erradicación de la tuberculosis en la región no se debió únicamente a las condiciones naturales del clima isleño, sino a una organización sanitaria estructurada que priorizó la intervención en los focos sociales de infección y la creación de una red de asistencia pública que integró por primera vez el tratamiento médico con la reforma de las condiciones de vida de la población.

EL TRASTORNO MENTAL Y EL DIBUJO. ART BRUT

Dra. Paula Plaza Moreno

Académico Correspondiente. Director de la Escuela de Enfermería de Na Sa de Candelaria, ULL. Académica Correspondiente, Doctora en Bellas Artes, Académica Numeraria de la Real Academia Europea de Doctores (RAED).

RESUMEN

En el Hospital psiquiátrico de Heidelberg, Hans Prinzhorn, un joven psiquiatra, tiene como director al doctor Karl Wilmanns que le encarga escribir un libro. El entusiasmo se apodera de Prinzhorn, por el tema de investigación; la búsqueda de dibujos, esculturas y objetos que hayan sido realizados por aquellos pacientes que están ingresados en el psiquiátrico. A Prinzhorn le dan permiso para viajar y comunicarse con otras clínicas, hospitales y centros especializados en trastornos mentales, y, de esta manera, ir recopilando creaciones artísticas. Prinzhorn escribió cartas a diversas instituciones psiquiátricas alemanas, así como a centros de Suiza, Austria, Hungría, Holanda, Italia, Estados Unidos y Japón.

Pronto empiezan a llegar toda clase de paquetes a la clínica. Se trata de creaciones compulsivas, hechas con escasos medios técnicos, pinturas realizadas sobre papel de pared, hojas de periódicos, o incluso sobre papel higiénico, cuadernos fabricados con folios usados o esculturas modeladas con migas de pan y saliva.

Respetando plenamente la fragilidad de la salud mental, esta primera recopilación. En 1949, Jean Dubuffet, al analizar y reconocer las obras y las circunstancias de sus autores, propone un nuevo marco de reconocimiento para los artistas. Esto defendía la urgencia de restituir una conciencia más humana en la valoración de estos dibujos de gran fuerza expresiva y simbólica. Dibujar o pintar les proporciona alivio, frescura y un respiro frente al dolor, en otras palabras, aumenta su calidad de vida. Lo que late en su interior se convierte en arte, y ese arte se convierte en una herramienta de supervivencia emocional, un espacio tradicional entre el caos interno y la posibilidad de representación simbólica. Es un

arte que brota de lo más profundo, surge de la necesidad de poner en imágenes aquello que se siente desde su interior. Las obras de estos enfermos y marginados sociales no estaban condicionadas por técnicas ni por cánones oficiales y eran expresiones puras de sus vivencias, de sus emociones y, por ende, de su realidad.

A estos artistas los denomino "artistas-puros" porque crean sin contaminar su impulso. No saben de corrientes ni de modas y no actúan para el afuera, sino hablan con su interior. Su arte es resistencia, supervivencia, un intento de nombrar lo que no tiene palabras.

Esta presentación está dedicada a ellos. A quienes no encontraron salida en la razón, pero sí en la creación. A quienes, entre el dolor y el caos, descubrieron una forma secreta de belleza. Defiende la dignidad de los artistas-puros y busca desmontar prejuicios y tópicos sobre el aislamiento que suele acompañar al trastorno mental.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Dr. Pablo César Prada Arrondo

Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

RESUMEN

La insuficiencia cardíaca es el ominoso síndrome clínico al que terminan abocadas todas las cardiopatías crónicas en el transcurso de su evolución natural. Ello es debido a la incapacidad progresiva para mantener el gasto cardíaco que se deriva del fallo estructural del corazón enfermo. Su prevalencia ha ido en aumento a consecuencia del envejecimiento progresivo de la sociedad, y las estrategias fundamentales de tratamiento han estado dirigidas clásicamente al control de las patologías cardíacas causantes de su desarrollo, así como al control de la sintomatología y semiología asociadas.

La cirugía cardiovascular, desde su inicio, ha planteado diferentes soluciones para corregir los defectos estructurales del corazón con el fin de detener o ralentizar el desarrollo evolutivo de las cardiopatías. Pero también, el creciente perfeccionamiento de la metodología quirúrgica y los avances tecnológicos han permitido el desarrollo de diferentes técnicas dirigidas al tratamiento directo y activo de la insuficiencia cardíaca. Técnicas que abarcan aspectos diversos que van desde la corrección de defectos estructurales -no solo etiológicos, sino también consecuencia de la evolución de la enfermedad cardíaca-, hasta el implante de alternativas mecánicas que permitan compensar los déficits de funcionamiento del corazón, cuyo objetivo será el de suplementar el déficit de gasto cardíaco derivado de la cardiopatía. Sin olvidar, por supuesto, el último escalón de tratamiento de la enfermedad, el trasplante cardíaco, hito histórico de la medicina que supuso un cambio conceptual paradigmático en la historia natural de la enfermedad cardiológica.

METÁSTASIS VERTEBRALES: UN CAMBIO DE PARADIGMA EN NEUROCIRUGÍA

Dr. Héctor Roldán Delgado

Académico Correspondiente. Jefe de Servicio de Neurocirugía, HUC. Profesor Asociado Cirugía, ULL. Expresidente de la Sociedad Española de Cirugía Medular y Vertebral.

RESUMEN

Las metástasis vertebrales representan una patología cada vez más prevalente en la práctica neuroquirúrgica, asociada a una mejora en la supervivencia de los pacientes oncológicos. Su manejo ha experimentado un cambio de paradigma en las últimas décadas, pasando de un enfoque predominantemente paliativo a un modelo multidisciplinar, individualizado y basado en la toma de decisiones estructurada.

Clásicamente, el tratamiento de la compresión medular metastásica se basaba en radioterapia externa convencional, reservando la cirugía descompresiva para casos de progresión durante la irradiación o imposibilidad de la misma. Sin embargo, el ensayo de Patchell (2005) demostró la superioridad de la cirugía seguida de radioterapia frente a la radioterapia exclusiva en pacientes seleccionados, marcando un punto de inflexión en el manejo de estos pacientes.

Posteriormente, en 2010 se introdujo el concepto de inestabilidad mecánica mediante la escala SINS (Spinal Instability Neoplastic Score), que permite clasificar a los pacientes en función del riesgo de inestabilidad y orientar la indicación terapéutica. Esta escala no solo actúa como un criterio independiente de indicación quirúrgica, sino que también guía la elección de la técnica, diferenciando entre cementación e instrumentación.

El desarrollo ulterior del marco NOMS (Neurological, Oncological, Mechanical, Systemic) ha consolidado un modelo integral de toma de decisiones. Este sistema incluye el estado neurológico (exploración clínica y grado de compresión epidural), la sensibilidad tumoral a la radioterapia, la estabilidad mecánica y la situación sistémica del paciente, incluyendo

fragilidad y supervivencia estimada. Este enfoque permite seleccionar de forma precisa a los candidatos a cirugía y optimizar los resultados clínicos.

En paralelo, los avances tecnológicos han transformado las opciones terapéuticas. La radioterapia estereotáctica (SBRT) permite administrar altas dosis con gran precisión, logrando elevados índices de control local incluso en tumores radiorresistentes, lo que ha relegado la necesidad de resecciones vertebrales en bloque. En el ámbito quirúrgico, las técnicas mínimamente invasivas (MIS), como la instrumentación percutánea, han reducido la morbilidad, facilitado la recuperación precoz y permitido una rápida transición a tratamientos adyuvantes.

Asimismo, el desarrollo de herramientas predictivas y calculadoras clínicas, como SORG- MLA o índices de fragilidad específicos, ha permitido avanzar hacia una cirugía más personalizada, optimizando la selección de pacientes y reduciendo complicaciones.

En la actualidad, el objetivo de la cirugía en metástasis vertebrales no es la resección tumoral, sino la descompresión neurológica, la estabilización mecánica y la obtención de diagnóstico histológico, dentro de un enfoque multidisciplinar. Este cambio conceptual ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los resultados terapéuticos.

EL MOVIMIENTO OUTCOMES. LA OPINIÓN DEL PACIENTE COMO RESULTADO QUIRÚRGICO: USO DE INSTRUMENTOS PRO EN CIRUGÍA DE LA MANO

Dr. Roberto Sánchez Rosales

Académico Correspondiente

RESUMEN

La cirugía de la mano contemporánea exige una evaluación rigurosa no solo de los resultados clínicos objetivos, sino también de la percepción funcional y la experiencia del propio paciente. En este contexto, los Patient-Reported Outcomes (PRO) se han consolidado como instrumentos esenciales para medir discapacidad, función, calidad de vida y respuesta terapéutica desde una perspectiva centrada en el paciente. Esta presentación ofrece una introducción práctica y conceptual a las bases psicométricas necesarias para comprender, seleccionar y aplicar adecuadamente instrumentos PRO en cirugía de la mano, con especial atención a su utilidad clínica y científica.

Partiendo de los principios internacionales establecidos por los estándares COSMIN (Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments), se revisan los principales dominios que determinan la calidad metodológica de un instrumento de medición. En primer lugar, se analiza la adaptación transcultural, subrayando la necesidad de asegurar equivalencia conceptual, semántica y social entre versiones lingüísticas, evitando errores de interpretación que comprometan la validez del instrumento. Posteriormente, se aborda la consistencia interna como indicador de homogeneidad entre ítems que pretenden medir un mismo constructo, destacando el papel del coeficiente alfa de Cronbach como referencia fundamental.

La fiabilidad o reproducibilidad constituye otro eje central, entendida como la capacidad del instrumento para proporcionar resultados estables en condiciones clínicas no cambiantes. Se revisan conceptos como el coeficiente de correlación intraclase (ICC), el error

estándar de medición (SEM) y el cambio mínimo detectable (MDC), herramientas imprescindibles para interpretar con precisión la estabilidad y sensibilidad del instrumento. Asimismo, se expone la validez de construcción mediante correlaciones con cuestionarios de referencia ampliamente utilizados, como QuickDASH o EQ-5D, permitiendo verificar si el instrumento evalúa realmente el constructo funcional pretendido.

Finalmente, se enfatiza el concepto de responsiveness o capacidad de respuesta, probablemente la propiedad más relevante en investigación clínica y evaluación de intervenciones quirúrgicas. A través del análisis comparativo entre instrumentos aplicados al síndrome del túnel carpiano, como CTS-AL y Boston Questionnaire, se demuestra que no todos los cuestionarios son intercambiables, y que la elección debe basarse en su sensibilidad para detectar cambios clínicamente significativos.

En conclusión, el uso adecuado de instrumentos PRO en cirugía de la mano requiere un conocimiento profundo de sus propiedades psicométricas para garantizar decisiones clínicas más precisas, investigación de mayor calidad y una medicina verdaderamente orientada al paciente. La incorporación crítica de estas herramientas representa un paso imprescindible hacia una evaluación integral de resultados en la práctica quirúrgica moderna.

SISTEMA OCLUSO-POSTURAL HUMANO

Dra. María del Pilar Martín Santiago

Profesora del máster de cirugía láser de la Universidad Sigmund Freud, Viena. Académica Correspondiente

RESUMEN

La boca y el sistema postural se instauran, desarrollan y maduran de una manera coordinada y armónica en los seres humanos. El equilibrio de ambos es fundamental para conseguir un funcionamiento neuromuscular adecuado que nos permita un desarrollo integral de todo nuestro organismo.

De modo que, a nuestro entender, podemos hablar del sistema oclusopostural humano, donde la bipedestación supuso una reorganización de toda la estructura estomatognática y de la postura, que debieron evolucionar coordinadamente con el sistema nervioso, posibilitando nuestro avance como especie.

Viajaremos, pues, por la filogénesis, la antropología, la física cuántica, la genética, la embriología, los primeros esbozos del sistema postural y estomatognático en el ser humano, los diseños anatómicos a lo largo del tiempo, el concepto de equilibrio y armonía aplicado al cuerpo humano, la simetría, los sistemas fractales, las teorías disipativas y todos aquellos conceptos que nos pueden aportar conocimientos a los estudios de los sistemas postural y estomatognático en este siglo XXI.

El ser humano debe ser considerado como un sistema dinámico, abierto, adaptativo y extremadamente complejo. También se rige por las leyes de la termodinámica que nos explican cómo se comporta la energía en nuestro cuerpo y en el propio Universo. Desde los comienzos de la vida, la boca se tuvo que coordinar con los ejes centrales de simetría, y se plegó a las exigencias de los sistemas digestivos, vitales para la alimentación, y tuvo que aliarse con los sistemas de defensa y de supervivencia, para ganarles la batalla al medio hostil y a los depredadores. Para lo cual

estableció relaciones muy profundas con los órganos de los sentidos y con el eje postural de nuestro cuerpo. Es lo que nos gusta denominar el Sistema Oclusopostural Humano y es el que pretendemos desentrañar en esta publicación, buscando las pistas que nos guiarán para volver a organizar el puzle de nuestro cuerpo. Pretendemos con ello rescatar las energías, el equilibrio y la fuerza que se ocultan en esta maraña de conexiones, donde la boca es un aliado fundamental.

LA MEDICINA HIPOCRÁTICA: ENTRE CIENCIA, CULTURA Y ÉTICA

Dr. José Antonio de Vera

Académico Correspondiente

RESUMEN

La conferencia ofrece una revisión de la medicina hipocrática como uno de los grandes hitos intelectuales de la Antigüedad y fundamento de la tradición médica occidental. Se analizará su origen en el contexto cultural de la Grecia de los siglos VI y V a. C., cuando la medicina comenzó a consolidarse como una *téchnē* sustentada en la observación racional de la naturaleza, alejándose progresivamente de las explicaciones mágico-religiosas de la enfermedad.

A partir del *Corpus Hippocraticum* y de las aportaciones de autores clásicos y estudiosos contemporáneos, se examinarán la organización de la práctica médica, la formación de los médicos y las relaciones de dependencia existentes en la sociedad griega, prestando especial atención al tratamiento dispensado a esclavos y ciudadanos de escasos recursos. Esta perspectiva permite revisar críticamente la imagen idealizada de la ética hipocrática y situarla en el marco de los valores sociales, económicos y políticos de su tiempo.

La conferencia abordará asimismo el desarrollo histórico de la medicina hipocrática desde Alcmeón de Crotona hasta Hipócrates de Cos, destacando la progresiva elaboración de un modelo médico basado en la observación clínica, el razonamiento fisiológico y la experiencia. Se prestará especial atención a la figura de Hipócrates, al significado histórico del *Corpus Hippocraticum* y a la interpretación realizada por Pedro Laín Entralgo, cuya obra constituye una referencia imprescindible para comprender la dimensión científica, cultural y humanística de esta tradición.

Finalmente, se reflexionará sobre la evolución del

Juramento Hipocrático y su vigencia en la medicina contemporánea. La transformación desde un modelo paternalista hacia otro basado en la autonomía del paciente, el compromiso con la salud pública y los nuevos desafíos planteados por la biotecnología y la inteligencia artificial muestran que, pese a los profundos cambios experimentados por la práctica médica, los principios de benevolencia, no maleficencia, confidencialidad y responsabilidad profesional continúan siendo el fundamento ético indispensable del ejercicio de la medicina.

SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

Dr. Pedro Javier Rodríguez Hernández

Pediatra, Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia y Psicólogo. Servicio de Psiquiatría. HUNSC. Profesor Asociado de Psiquiatría (ULL). Vicepresidente del COMTF.

RESUMEN

Durante los últimos años, y en la sociedad occidental actual, se constata un importante aumento de la prevalencia de los trastornos del comportamiento y las emociones en la infancia y adolescencia. Aunque el incremento más notable se ha producido desde hace 10 años, después de la pandemia por COVID-19 se han triplicado los trastornos relacionados con las emociones. La ansiedad, depresión, las autolesiones y el suicidio se sitúan en cifras muy elevadas. La magnitud del problema es tan grande que se considera una situación prioritaria de salud pública y de características globales.

La complejidad de estas conductas radica en su multifactorialidad. Intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que determinan tanto la aparición como la evolución clínica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es una de las principales causas de muerte en adolescentes y jóvenes, mientras las autolesiones sin intencionalidad suicida constituyen un importante predictor de riesgo de conductas suicidas futuras. En España un estudio multicéntrico liderado por la Sociedad de Urgencias Pediátrica (SUP) documentan un incremento del 122% en las intoxicaciones medicamentosas no accidentales y del 56% en diagnósticos relacionados con suicidio, intento de suicidio o ideación autolítica en los años posteriores a la pandemia. Son datos que reflejan la existencia de una emergencia sanitaria que requiere estrategias de prevención y manejo clínico efectivo en los ámbitos escolar, familiar y sanitario.

Es necesario destacar que la medida más coste-efectiva en salud mental es invertir en prevención. Especialmente en la prevención en niños y

adolescentes, enseñándoles herramientas psicológicas y emocionales como el valor de la empatía, el respeto a la diversidad, la tolerancia a la frustración y la gestión de la pérdida. Pero también en el establecer planes de formación a profesionales implicados, recursos en planificación del sistema sanitario o programas de prevención de patología prevalente.

Profesor Luis Hernández Nieto

Académico de Número.

Con independencia de la sesión necrológica que se le dedicará para el debido reconocimiento de su condición de Académico de Número, *Ars Clinica Academica* desea dejar constancia en sus páginas de la lamentable pérdida que ha supuesto el fallecimiento del Profesor Hernández Nieto.

Luis Hernández Nieto nació en Zamora e hizo la licenciatura y el doctorado en Medicina en la Universidad de Salamanca. La oportunidad de que el Profesor Ciril Rozman obtuviese la cátedra de Salamanca cuando Luis iniciaba allí su especialización en Medicina, facilitó su acercamiento a él y su posterior traslado al Hospital Clinic de Barcelona, donde también cursó la especialización en Hematología y llevó a cabo interesantes trabajos de investigación, algunos en colaboración con universidades francesas. A finales de los setenta, al quedar vacante la cátedra de Medicina que regentaba en La Laguna el Profesor José Bueno, de grata memoria, Luis la ocupó tras el oportuno concurso e inició su trayectoria docente y clínica en el Hospital Universitario de Canarias como director del Departamento de Medicina. Su voluntad de servicio le llevó además a ocupar cargos de responsabilidad pública, entre ellos el de Jefe de Estudios, Decano de la Facultad de Medicina y Vicerrector de Ordenación Académica de la Universidad de La Laguna. Contribuyó de manera sobresaliente al desarrollo de su especialidad por lo que fue elegido presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Así mismo desarrolló interesantes ponencias en nuestra real institución siendo especialmente recordada por la que denominó "La sangre y sus enfermedades en el Quijote" con ilustraciones del afamado pintor santanderino Carlos Rincón. Ingresó como Académico de Número en octubre de 1997.

Por su carácter de extrema tolerancia, gran sentido del humor, extraordinaria cultura y fácil capacidad de transmisión, Luis Hernández Nieto fue profesor muy querido de los estudiantes. Ello unido a su

reconocido saber hematológico hicieron de él una de las figuras indiscutibles de la medicina tinerfeña.

Manifestamos nuestro pesar a su esposa María José y a sus hijas Marta (colega nuestra), María del Mar y Ana.

Normas para los autores

Tipos de colaboraciones

Están previstos los siguientes tipos:

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

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

ramedicinatfe@hotmail.com

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

Página frontal:

Título: Máximo 25 palabras

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo estándar:

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

Libro:

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

Capítulo de libro:

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

Publicaciones electrónicas:

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

Normas éticas

Protección de las personas y de los animales en la investigación

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

Protección de datos y conflictos de intereses

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

Estilo de redacción

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

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

Copyrights y difusión de los trabajos

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



Revisión editorial: La figura del editor responsable

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

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

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

Proceso Post-publicación

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