

THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE

**TID: 17 identidades
en un cuerpo**

**¿Por qué los jóvenes
hacen retos virales
peligrosos?**

**Sanidad confirma
que la homeopatía
es inútil**

**“El centro de salud
más moderno está en
Molina de Segura”**

**José Ángel Alfonso, alcalde de
Molina de Segura, Murcia**

**Año II - Edición 5
MAYO 2026**

una **MANERA**
nueva
de entender la audiolología

Los mejores audífonos
Las principales marcas
Al mejor precio



Que la competencia
no te **confunda**

☎ 868 28 28 16

Bernafon

ReSound GN

REXTON

oticon
life-changing technology

unitron

PHONAK
life is on

signia

HANSATON
hearing & emotions

PUEDES ENCONTRARNOS EN:

MURCIA - B^o DEL CARMEN - ALCANTARILLA
SAN PEDRO DEL PINATAR - CABEZO DE TORRES

NUEVAS APERTURAS

LORCA
MOLINA DE SEGURA



José Ángel Meseguer
Tech Lead
Grupo Inversus

Sedentarismo en la era digital

● Cuando me comentaron que tenía que escribir un artículo para la revista tuve bastante claro el tema que quería tratar, ya que es algo que veo a diario y tenemos asumido pero no cuestionamos lo suficiente.

Al finalizar la carrera, entramos en el mundo laboral, en muchos casos a una oficina, lo que implica tener una vida sedentaria, y no puedo estar más en desacuerdo con esta idea. Creo que debemos separar la vida laboral del tiempo libre, aunque la primera y principal parte del día sea sentado en un escritorio, no determina que en nuestro tiempo libre tomemos medidas para equilibrar las diferencias. Es en este donde se elige si se mantiene una vida sedentaria o si se toma acción y se propone un cambio.

Como ingeniero informático, he observado que, a menudo, se nos encasilla en estereotipos negativos, como tener baja forma física, llevar una mala alimentación y llevar una vida sedentaria. Quizá esto se vea agravado debido a que el trabajo como informático se basa en estar delante de una pantalla y nuestro ocio suele estar ligado también a actividades como los videojuegos que se desarrollan en el mismo entorno.

Este enfoque podía verse reflejado años anteriores en un mayor porcentaje, pero recientemente veo que el perfil del ingeniero informático ha cambiado y mejorado. Cada vez somos más activos y optamos por cambiar los hábitos sedentarios por actividades que no solo ayudan

a nuestra salud física, sino que nos ayudan a desconectar y, de este modo, también conseguimos despejarnos y mejorar nuestra salud mental, la cual muchas veces se puede ver deteriorada al encerrarnos en nuestra burbuja digital y no establecer relaciones físicas.

El principal problema a la hora de iniciarse en el mundo del deporte no es la falta de voluntad, sino la incertidumbre que este puede generar. Precisamente en este punto es donde se origina mi Trabajo de Fin de Grado. Viendo que las principales barreras para iniciarse en el deporte y en una vida saludable estaban relacionadas con no saber cómo empezar, desarrollé un programa que, con la ayuda de la Inteligencia Artificial, diseña un plan de entrenamiento y nutrición adaptado a cada usuario, independientemente de sus gustos, material, nivel de experiencia, edad, peso o sexo.

El programa toma cada uno de esos parámetros, junto con anotaciones adicionales que el usuario quiera aportar, como preferencias de alimentación vegana, molestias a la hora de realizar ejercicio o preferencias más detalladas, para que el resultado sea todavía más preciso y genere el plan mencionado.

Con esta pequeña reflexión quiero hacer ver que la informática no tiene por qué mantenernos anclados a una silla de oficina, sino que podemos utilizar dicha tecnología para levantarnos de ella y alcanzar un estilo de vida más saludable.

EDITA

Ediciones Vitalidad y Progreso, S.L.
(Grupo Inversus Corporate)
C/ Nuestra Señora de Atocha, 9.
30007 Murcia
Teléfono: 968 00 37 38

STAFF

COORDINACIÓN:

Josefina Fernández Valverde

DIRECCIÓN COMERCIAL:

Purificación Arnaldos Guerrero

REDACCIÓN:

Candela Altable Torres

MAQUETACIÓN:

María Beatriz Rus Alcaraz

ATENCIÓN AL CLIENTE:

Lourdes García Martínez

CONSEJO EDITOR

José Manuel Fernández Madrid
Josefina Fernández Valverde
Pedro Martínez Manzano

THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE
DISTRIBUCIÓN GRATUITA
www.salud21murcia.es



info@salud21murcia.es
publicidad@salud21murcia.es

DEPÓSITO LEGAL

MU 1505 - 2024
ISSN - 3045-753X

Salud21 no se hace responsable de los mensajes de sus
articulistas ni de los servicios que ofrezcan sus anunciantes

Imprime: Industrias Gráficas Sanmar SLL

MAYO 2026

Año II - Edición 5

SUMARIO

5 Actualidad

23 En profundidad

28 Salud

58 Especial Estética

66 Deporte saludable

70 Medio ambiente

74 Alimentación

76 Social

95 Servicios

¿Podría llegar el brote de meningitis de Reino Unido a España?

● Hace unas semanas saltaron las alarmas por un brote de meningitis en Reino Unido, que acabó con el fallecimiento de dos jóvenes. La doctora **Gema Fernández Rivas**, especialista en Microbiología y Parasitología, y portavoz de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), explica que la meningitis es la inflamación debido a una infección de las meninges. Las meninges son las membranas que recubren el cerebro y la médula es-

pinal, pudiéndose inflamar por diversos microorganismos como virus y bacterias.

“En el caso del brote de Reino Unido, ha sido debido a una bacteria llamada *Neisseria meningitidis*, que podemos tener dentro de la microbiota de la garganta. De esa bacteria existen diversos serotipos o serogrupos. En el caso del brote de Reino Unido ha sido el meningococo B. Muchas personas son portadoras de esta bacteria sin que se desarrolle la enfermedad

porque hay poca cantidad de bacterias o porque se mantienen controladas con el sistema inmune”, explica la experta.

CONTAGIO Y RIESGO

En cuanto a la transmisión de esta bacteria, “se produce por contacto muy estrecho como por ejemplo al compartir un vapeador o un vaso” continúa la doctora Gema Fernández Rivas, “de ese modo se puede pasar la bacteria de persona a persona, pero tampoco es algo automático, es una probabilidad muy baja en comparación, por ejemplo, con virus como el de la gripe o el COVID-19. Si la persona adquiere mucha cantidad de bacterias, pueden colonizar la garganta, de ahí pasar a la sangre y llegar a las meninges, produciendo cuadros de meningitis o sepsis. Por el contrario, si tienes una inmunidad adecuada y la cantidad de bacterias es baja, no debería haber ninguna infección. Por eso el riesgo es entre los niños y los adolescentes, porque tienen la inmunidad en desarrollo. De todos modos, se trata de un brote ya controlado por parte de las autoridades sanitarias y no

ha tenido la magnitud que habría tenido con otros microorganismos”.

¿EN ESPAÑA?

Ante esta situación, el motivo por el que se ha producido el brote en Reino Unido es, en palabras de la especialista, “multifactorial”. Entre estos factores, explica, podría estar que el grupo de personas afectadas no tuvo en su calendario vacunal la vacuna contra la meningitis en su momento, ya que no estaba establecida.

“En España, por ejemplo, esta vacuna se ha puesto de forma sistemática desde el 2023. Es una vacuna relativamente nueva”, compara la doctora, “entonces, ante la pregunta de si podría pasar en España, la respuesta es que podría pasar en tanto en cuanto hay población que no está vacunada y se trata de una enfermedad más frecuente en niños, adolescentes y gente muy joven. Pero la probabilidad de que llegue a España el brote de Reino Unido es muy, muy baja”.

Los primeros síntomas de la meningitis son la fiebre, dolor de cabeza muy fuerte y rigidez en la nuca, es decir, cuando intentas bajar la cabeza notas una reticencia y una dureza. “En el caso de las meningitis bacterianas, como es este caso, suele haber mucha más fiebre y, aunque pueden darse convulsiones, esto es más frecuente en las víricas”.



La doctora Gema Fernández Rivas.

Nueva diana terapéutica contra el alzhéimer

Revertir el envejecimiento prematuro de las células que protegen las neuronas podría abrir nuevas posibilidades

● Conocer las causas y el funcionamiento del alzhéimer es fundamental para dar con nuevas y eficaces terapias contra la enfermedad. En esta carrera de investigación, el grupo NeuroAD (Neuropatología de la Enfermedad de Alzheimer) del Departamento de Biología Celular, Genética y Fisiología de la Universidad de Málaga, también pertenecientes a IBIMA-Plataforma BIONAND y al CIBERNED, han hecho un

hallazgo prometedor. La investigación ha detectado la importancia de los astrocitos y las consecuencias de su senescencia en el desarrollo del alzhéimer.

El trabajo ha sido liderado por la doctora Antonia Gutiérrez, catedrática de Biología Celular e investigadora principal del grupo NeuroAD, junto al doctor Juan Antonio García León, profesor titular de Biología Celular. La primera firman-

te del trabajo es la doctora Laura Cáceres, y esta investigación ha formado parte de su Tesis Doctoral.

Sobre la investigación, la doctora Antonia Gutiérrez explica que “está centrada en el papel de la neuroinflamación (respuesta inmunitaria crónica del sistema nervioso central) que desencadena la respuesta de las células gliales en la enfermedad de Alzheimer. Durante muchos años, la

investigación de la enfermedad ha estado centrada en las neuronas, pero a estas le acompañan otras células que se denominan células gliales, de las que hay diversas poblaciones y diversos tipos. Entre ellos, están los astrocitos”.

“Queríamos saber -continúa la catedrática- qué pasaba con los astrocitos de pacientes con alzhéimer. Hemos encontrado que estos astrocitos se encuentran en un estado de envejecimiento prematuro, denominado senescencia, donde las células entran en un estado de no proliferación y adquieren un fenotipo proinflamatorio, es decir, dejan de hacer las funciones que hacían como mantener la supervivencia neuronal, cuidar de la sinapsis, etc., y pasan a hacer otras cosas que dañan”.

Una vez descubierto este fenómeno en la glía de los pacientes con alzheimer, “estos astrocitos se convierten en una diana terapéutica en la que podemos intentar inhibir ese fenotipo dañino e inducir de nuevo su función celular”, apunta la doctora.

CÓMO LO HAN HECHO

Para estudiar el alzhéimer, “usamos modelos animales que tienen los genes humanos con las mutaciones de alzhéimer o estudiamos muestras humanas de cerebros post-mortem de los biobancos, pero para poder modelar mejor la enfermedad, en esta investigación hemos generado astrocitos humanos en el laboratorio, a partir de células de pa-



Laura Trujillo, Juan Antonio García León, Elisabeth Sánchez, Laura Cáceres, Inés Moreno y Antonia Gutiérrez, del equipo de la investigación.

cientos. Las células proceden de biopsias de la piel y, en el laboratorio las podemos reprogramar hacia un estado indiferenciado, en el que pierden su destino a células de la piel. A estas células madre pluripotentes inducidas (iPSCs), les indicamos o las inducimos a que se transformen en células del sistema nervioso”, explica la responsable de la investigación.

DESARROLLO DE FÁRMACOS

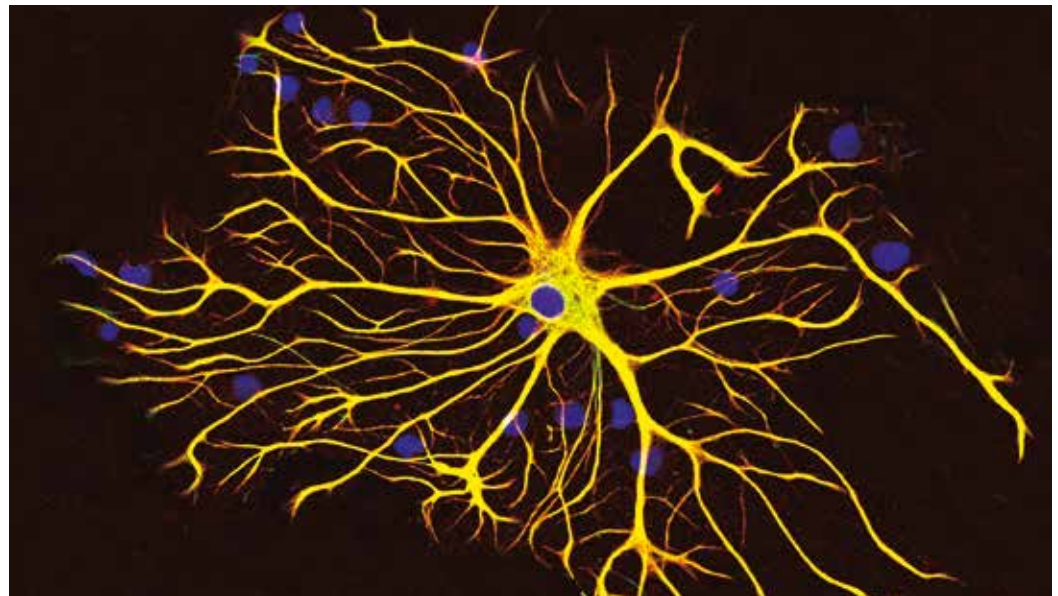
“Estos astrocitos generados en el laboratorio son también una excelente plataforma para testar fármacos de forma más rápida, económica y efectiva”.

En este punto, añade la doctora, hay dos opciones: “Puedes atacar a las células senescentes, matándolas con fármacos senolíticos o inhibir su estado proin-

flamatorio con fármacos senomórficos. Lo que tenemos que hacer es conseguir que se dirijan concretamente a estas células (los astrocitos), porque en el

cuerpo y en el cerebro hay otras células que entran en senescencia”.

Í CANDELA ALTABLE TORRES



SALVATEC
MOVILIDAD Y ACCESIBILIDAD
www.salvatec.es
info@salvatec.es
C/ Menéndez Pidal, 29. Pol. Ind. 'Los Urreas'
San Javier (Murcia)

Especialistas en la instalación y mantenimiento de salvaescaleras y elevadores
Abordaremos su desafío de escalera con la máxima profesionalidad y asequibilidad
Explore nuestra amplia gama de modelos en nuestro sitio web fácil de usar
Para cualquier consulta, no dude en ponerse en contacto a través de WhatsApp o Mail

📞 **968 193 404** 🇪🇸 📱 + **625 887 503** 🇬🇧

H-1000
Salvaescalera exterior

Desde **2800€**
+IVA

i-SWIM 4
Elevador de Piscina

Desde **3300€**
+IVA

FREECURVE
Salvaescalera curva interior

Desde **6500€**
+IVA

VIMEC V6R / V6S
Plataforma salvaescaleras recta
Uso Interior / exterior

Desde **7800€**
+IVA

DOMOSTEP
Elevador vertical
Uso Interior / exterior

Desde **7500€**
+IVA

H-1100
Salvaescalera exterior

Desde **2500€**
+IVA

La regla condiciona la vida de más del 80% de las mujeres

Un estudio con más de 4.000 participantes revela que solo 1 de cada 6 mujeres logra mantener su rutina diaria

●Un estudio masivo de más de 4.000 personas, liderado por el Instituto INGENIO (UPV-CSIC), revela el profundo impacto del estigma menstrual en España. Los datos son contundentes: apenas el 15,4% de las mujeres logra mantener su rutina diaria sin alteraciones durante

su periodo, lo que evidencia cómo la menstruación condiciona la participación social y el bienestar general.

Esta es la cuarta entrega de uno de los análisis más profundos sobre salud menstrual realizados en España. Tras examinar la

educación, el estigma y la sanidad, el nuevo artículo en la revista BMC Women's Health analiza cómo el entorno social condiciona el día a día. Según Sara Sánchez-López, investigadora de INGENIO (UPV-CSIC), la experiencia menstrual no está ligada solo a lo biológico, sino que el contexto

social es determinante en cómo se vive este proceso.

La menstruación no es un proceso neutro; impacta directamente en la libertad de movimiento y elección de las mujeres en España. De hecho, apenas una de cada seis participantes afirma que su vida no cambia durante el periodo. Para la gran mayoría, el dolor o el miedo a la exposición social fuerzan una serie de 'ajustes' preventivos. Los más comunes son los cambios en el armario, especialmente evitar el color blanco (48%), y la restricción de actividades sociales o deportivas, como el ejercicio físico (21%) o el baño en playas y piscinas (22%).

No es solo una cuestión de salud, es una cuestión de entorno. Si bien el dolor motiva la mayoría de las adaptaciones en la vida diaria, los autores del estudio apuntan a barreras sociales invisibles. La preocupación por manchar la ropa, la falta de espacios aptos o el temor al "qué dirán" demuestran que la regla sigue rodeada de un estigma que obliga a las mujeres a esconder su proceso biológico para no incomodar a los demás.

ÁMBITO LABORAL Y EDUCATIVO

El estudio, que ha contado con financiación del proyecto RI-SABIO, financiado por la Generalitat Valenciana, muestra una realidad preocupante en las aulas y oficinas. Muchas mujeres acuden a sus puestos a pesar de sufrir dolor intenso, náuseas o fatiga ex-



trama. Aunque el 41% se ha ausentado en alguna ocasión, un 44% admite no haber faltado nunca por motivos menstruales. Los testimonios apuntan a que este 'esfuerzo' no siempre es voluntario; el miedo al despido o el temor a que se cuestione su compromiso profesional obligan a muchas a trabajar incluso con síntomas incapacitantes.

"A menudo, el malestar menstrual no se reconoce como una necesidad legítima de apoyo, sino como algo que puede restar credibilidad. En un contexto donde la menstruación se ha usado para excluir a las mujeres de ciertos roles, mostrar vulnerabilidad puede percibirse como un riesgo colectivo", apunta Sánchez-López.

CARENCIA DE SENSIBILIDAD

El estigma menstrual no desaparece con el tiempo, sino que se transforma. El estudio revela que las experiencias de humillación comienzan en la adolescencia, donde predominan las burlas y la ridiculización de amigos o compañeros de clase. Sin embargo, en la vida adulta, este maltrato se vuelve más sutil pero igualmente dañino, manifestándose como actitudes condescendientes o rechazo directo por parte de parejas y colegas de trabajo.

Los resultados también muestran un alto número de respuestas que describen cómo la menstruación se ha utilizado para cuestionar o desacreditar emociones, decisiones o conflictos

en contextos cotidianos, especialmente en el ámbito interpersonal o doméstico. "Estas situaciones refuerzan estereotipos que vinculan la menstruación con falta de control emocional o irracionalidad, lo que puede traducirse en una menor credibilidad", señala Rocío Poveda Bautista, investigadora de INGENIO y

coautora del estudio.

EDUCACIÓN, INFORMACIÓN Y EMPATÍA

Frente a estas barreras sociales y laborales, los resultados también identifican factores protectores que fomentan el bienestar, la salud y la resiliencia du-

rante el ciclo menstrual. El equipo investigador señala que contar con entornos comprensivos y flexibles (en el trabajo, la escuela o la familia) contribuye a reducir el impacto del estigma y facilita una mayor participación y bienestar. "Las experiencias más positivas se asocian a contextos donde hablar de menstruación no genera incomodidad y donde se reconocen las necesidades físicas o emocionales vinculadas al ciclo", afirma Santiago Moll López, del Departamento de Matemática Aplicada de la Universitat Politècnica de València y coautor del estudio.

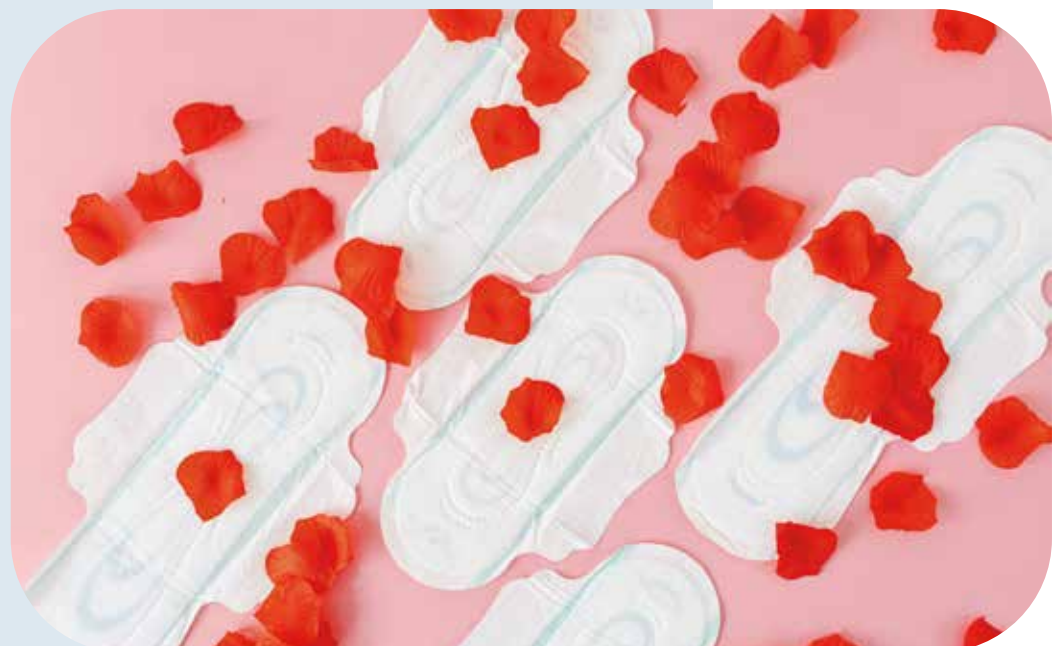
Así, los resultados de este estudio subrayan que la menstruación sigue siendo un factor relevante para la salud, la participación social y la equidad, y apuntan a la necesidad de avanzar hacia entornos educativos, laborales y sanitarios más informados y sensibles a esta realidad.

| REDACCIÓN

El estudio revela el profundo impacto del estigma menstrual en España

Muestra una **realidad preocupante** en las aulas y oficinas

Muchas **mujeres acuden** a sus puestos de **trabajo** a pesar de sufrir **dolor intenso**



Farmacias detectan un uso indebido de betabloqueantes para evitar los nervios

● Utilizar un medicamento que no ha sido prescrito por un profesional sanitario es un riesgo, pero utilizarlo, además, para un fin que no es el propio de dicho fármaco constitu-

ye doble peligrosidad. Por ello, desde las oficinas de farmacias están alerta por si la dispensación de una medicación cambia en cuanto a la cantidad de retiradas o el perfil de la per-

sona que lo retira.

Este es el caso del propranolol (nombre comercial: Sumial). **José Borrego**, licenciado en Farmacia por la Universidad Complutense de Madrid, farmacéutico comunitario en la Farmacia Sergio Rigual (Alicante) y divulgador científico explica “estamos detectando un incremento de uso de medicamentos que interactúan con el sistema nervioso”, como es el caso del propranolol, “porque se está usando para conseguir efectos de mayor concentración o de mayor rendimiento en los exámenes, de inhibición ante los nervios para estar más tranquilo”.

Su uso general, por el contrario, es para tratar afecciones cardiacas, porque se trata de un betabloqueante, “lo que lo convierte en un medicamento que se prescribe mucho y, por tanto, puede ser fácil de conseguir en casa porque lo usan los padres o los abuelos”, advierte el farmacéutico, que continúa: “también viene gente directamente

a la farmacia, gente joven, que por ejemplo se tiene que examinar del carné de conducir y se lo han recomendado para los nervios. En estos casos, por supuesto, lo primero que le decimos es que hace falta receta médica y lo segundo, que está contraindicado para conseguir ese efecto de relajación o concentración”.

Entre los riesgos de utilizar el propranolol sin prescripción médica, apunta José Borrego, están las bajadas de tensión o la bradicardia (disminución del ritmo cardíaco), que puede producir a su vez mareos.

LA TROPICAMIDA

Otro uso indebido de un medicamento es el que se está produciendo, advierte el farmacéutico alicantino, con la tropicamida. “En España se utiliza exclusivamente para la dilatación pupilar para la observación del ojo en caso de que haya que hacer análisis del ojo. El problema está en que, si se administra por bien intravenosa, producen efectos delirantes potenciadores de los opioides. Además, por lo visto si se mezcla con cocaína produce delirios muy fuertes”, apunta José Borrego.

Ante esta nueva moda, el farmacéutico ha percibido un aumento de la afluencia de gente joven que acude con recetas falsas o rogando que se dispense sin receta. “En los dos últimos meses, en mi farmacia hemos notado unas diez



José Borrego, farmacéutico y divulgador.

recetas falsas” ejemplifica el farmacéutico alicantino.

BENZODIAZEPINAS

Además de estos medicamentos, cuyo uso inadecuado está en auge, es necesario recordar que otro uso inadecuado que lleva mucho tiempo dándose es el de las benzodiazepinas. “España es líder mundial de consumo de benzodiazepinas. Es un medicamento que se pueden llegar a usar para determinados casos de ansiedad o insomnio, pero lo que estamos viendo es un uso incorrecto en fiestas en los llamados ‘cócteles de benzodiazepinas’”, apunta José Borrego.

“Las benzodiazepinas son depresores del sistema nervioso central y en esos cócteles, si se usan mezclados con alcohol, están potenciando los efectos depresores de ambos dos.



Esto entraña riesgos muy potentes de crisis respiratorias severas porque la mezcla, por ejemplo, reduce la frecuencia respiratoria, lo que podría provocar falta de oxígeno al cerebro y en determinados casos coma o muerte”, advierte el farmacéutico. Además, continúa, el efecto desinhibidor de las benzodiazepinas “puede llevar a conductas antisociales o peligrosas, con grandes riesgos personales”.

PETICIÓN DESDE LAS FARMACIAS

Estas situaciones de uso indebido de medicamentos causan que, desde las oficinas de farmacia, soliciten que se priorice el uso de la receta electrónica para evitar la falsificación de una receta en papel.

Del mismo modo, recuerdan que tanto en el caso del propranolol como en el caso de las benzodiazepi-

nas, la amplia prescripción de estos medicamentos causa que esté disponible en muchos hogares de nuestro país, lo que facilita su sustracción para un uso indebido. Por ello, proponen a los hogares que mantengan los medicamentos controlados y estén atentos en caso de que falte una cantidad que no corresponde con la consumida por el paciente.

¡ REDACCIÓN

CENTROS VALVERDE
Quiropráctica y Fisioterapia

Especialistas en tu salud
...y siéntete bien

www.centros-valverde.com



Avda. Juan Carlos I, 55. Edificio JC1- 4ºC. 30100 Murcia.

Tlf.: 968 28 15 72

Sanidad confirma: la evidencia científica no avala la homeopatía

Según la física, estas diluciones sirven tanto como “disolver un sobre de azúcar en todo el Mediterráneo”

●La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha publicado un exhaustivo informe técnico titulado 'Homeopatía y productos homeopáticos: evaluación de las evidencias acerca de su eficacia y seguridad', en el que se concluye de forma categórica que no existe evidencia científica que avale la eficacia de la homeopatía como instrumento terapéutico. Tras

una revisión sistemática de la literatura científica y de las evaluaciones de organismos estatales a nivel internacional, el informe señala que los efectos observados son comparables al placebo.

El informe, que analizó 64 revisiones sistemáticas publicadas desde 2009, destaca que la mayoría de los estudios que sugieren beneficios de la homeopatía

presentan una baja calidad metodológica, porque suelen estar invalidados por muestras pequeñas, periodos de seguimiento cortos o sesgos en la aleatorización. Además, matiza el estudio, a medida que aumenta la calidad y el rigor de los ensayos clínicos, el supuesto efecto de la homeopatía disminuye hasta desaparecer.

Desde el punto de vista

científico, los principios de la homeopatía chocan con las leyes de la física y la farmacología actual. En diluciones habituales como la 12 CH, que es cuando se mezcla una parte de la sustancia original con cien partes de disolvente doce veces consecutivas, es matemáticamente imposible que quede una sola molécula del ingrediente original en el preparado, lo que rompe cualquier relación de causa-efecto entre el producto y el supuesto efecto terapéutico.

Para ilustrar esta desproporción, el informe señala que una dilución de solo 6 CH (mucho menos extrema que la 12 CH) ya que equivale a disolver un sobre de azúcar en todo el mar Mediterráneo. Por esta razón, la AEMPS califica teorías como la 'memoria del agua' -la creencia de que el líquido retiene las propiedades de una sustancia, aunque ya no queden moléculas de ella- como postulados sin base empírica que desafían el pensamiento científico y racional.

SITUACIÓN REGULATORIA Y MERCADO EN ESPAÑA

En cumplimiento con la normativa europea y nacional, la AEMPS ha finalizado un proceso de regularización que ha resultado en la salida del mercado de numerosos productos. A fecha de publicación de este informe, no existe en España ningún producto homeopático con indicación terapéutica autorizado.

Los 976 productos que



permanecen registrados lo han hecho mediante un procedimiento simplificado que, al basarse en diluciones extremas que garantizan la inocuidad del preparado, no exige pruebas de efecto terapéutico y les prohíbe por ley incluir cualquier indicación terapéutica en su etiquetado

SALUD Y SEGURIDAD

Aunque existe la creencia popular de que estos preparados son inocuos por ser ‘naturales’, se han notificado reacciones adversas graves, incluyendo intoxicaciones por mala dosificación y casos de fallecimien-

tos en lactantes vinculados a productos para la dentición en otros países.

Sin embargo, la AEMPS advierte que el principal riesgo asociado es el abandono o retraso de tratamientos médicos con eficacia demostrada. Los ciudadanos que optan por la homeopatía para tratar dolencias graves o crónicas pueden poner en peligro su salud al sustituir terapias basadas en la evidencia por productos que carecen de ella.

CONSENSO INTERNACIONAL

España se alinea con una

tendencia global de instituciones sanitarias que han adoptado posturas críticas:

▣**Reino Unido:** el Comité de Ciencia y Tecnología recomendó detener la financiación pública y advertir en el etiquetado sobre la falta de eficacia.

▣**Australia:** el National Health and Medical Research Council concluyó firmemente que la homeopatía no debe usarse para tratar enfermedades crónicas o graves.

▣**Francia:** la Haute Autorité de Santé eliminó el reembolso público de estos pro-

ductos en 2021 por falta de eficacia demostrada.

▣**Alemania:** se prevé que en el año 2026 se apruebe la supresión definitiva de la cobertura de la homeopatía por el seguro médico legal.

▣**Estados Unidos:** la Food and Drug Administration (FDA) considera estos productos como “nuevos medicamentos no aprobados” y, del mismo modo, la Federal Trade Commission exige advertir que no hay pruebas científicas de su funcionamiento.

| REDACCIÓN



PARA LOS
QUE QUIEREN
**SIEMPRE
MAS**

el POZO
bienstar
El sabor de la vida

¡SÍGUENOS Y NO TE PIERDAS NADA!

www.bienstar.elpozo.com

La escasez de gas podría amenazar el diagnóstico hospitalario

El sistema sanitario español es 'adicto' a un gas cuya importación se ve amenazada por la guerra en Irán

● En un escenario de inestabilidad internacional, como el provocado por un conflicto bélico en Oriente Medio, la preocupación suele centrarse en el precio del petróleo o de la luz. Sin embargo, existe una amenaza invisible que podría paralizar el corazón tecnológico de nuestros hospitales: la escasez de helio.

Actualmente, España es totalmente dependiente de las importaciones para cubrir su demanda de helio, ya que no posee producción propia activa. El suministro llega principalmente de un puñado de países que dominan las reservas mundiales de este gas noble.



■ Estados Unidos: Históricamente el mayor proveedor global. Aunque sus reservas estratégicas han disminuido, sigue siendo una fuente clave de helio líquido para el mercado español.

■ Argelia: Es un proveedor estratégico para Europa debido a su proximidad geográfica y a que el helio se extrae como subproducto de sus enormes plantas de Gas Natural Licuado (GNL).

■ Qatar: Qatar: Uno de los mayores exportadores del mundo, con cerca de un tercio de la producción global. En marzo de 2026, ataques sobre sus instalaciones en Ras Laffan ya han generado retrasos en envíos y alertas en los mercados internacionales.

■ Rusia: Aunque las sanciones y el contexto geopolítico han complicado los flujos, Rusia ha emergido como un gigante del helio gracias a su megaproyecto en Amur, destinado a ser uno de los mayores centros de producción del planeta.

¿CÓMO LLEGA A ESPAÑA?

El helio no se transporta por gasoductos como el gas natural, sino que se importa principalmente de dos formas:

■ Helio Líquido: Viaja en contenedores criogénicos especiales (llamados iso-containers) a temperaturas extremadamente bajas (-269°C) por vía marítima.

■ Helio Gaseoso: Se transporta en botellas o bloques de cilindros a alta presión para usos industriales de menor escala.

El Dr. José Manuel Felices, radiólogo del Hospital Rafael Méndez de Lorca, es tajante: "Las resonancias magnéti-

cas actuales son adictas al helio. Para entender esta dependencia, basta imaginar estas máquinas como electroimanes gigantes”.

“Para que generen un campo magnético de tal magnitud sin que sus cables se fundan por el calor, es necesario enfriarlos a temperaturas extremas, concretamente a unos -269°C . A día de hoy, el helio líquido es el único elemento en la Tierra capaz de mantener ese nivel de frío”, declara el radiólogo.

“Un equipo convencional necesita entre 1.500 y 2.000 litros de helio líquido para funcionar, y requiere recargas a lo largo de su vida útil. No es un capricho tecnológico: sin ese helio, el imán se calienta y la máquina se apaga”, declara el radiólogo.

EL RIESGO DE UN ‘APAGÓN’ DIAGNÓSTICO

“El problema reside en que el helio es un recurso no renovable que se evapora de forma paulatina. En caso de una ruptura en la cadena de suministro, muchos hospitales se verían incapaces de reponer sus reservas, viéndose obligados a apagar las máquinas”, advierte el Dr. Felices.

“Las consecuencias para los pacientes serían concretas e inmediatas. Una resonancia no es una prueba menor: es la herramienta clave para diagnosticar tumores cerebrales, de próstata o de hueso, lesiones de médula espinal, esclerosis múltiple o enfermedades cardíacas estructurales, muchas de ellas sin alternativa diagnóstica equivalente. Semanas de retraso en estas patologías pueden traducirse en peores pronósticos y mayor mortalidad”.

“Por ahora, los expertos en cadenas de suministro señalan que el impacto no será un apagón repentino, sino una presión creciente: subida de precios, dificultad para conseguir recargas y, en el peor escenario, la necesidad de priorizar qué pacientes acceden a la resonancia y cuáles esperan. Una decisión que ningún médico debería tener que tomar”, reconoce el radiólogo.

UN RAYO DE ESPERANZA TECNOLÓGICA

“A pesar de la vulnerabilidad actual, el futuro invita al optimismo. La industria médica ya está desarrollando —y en algunos casos implantando— equipos con sistemas de micro-refrigeración”, añade el doctor Felices. “Estos nuevos modelos suponen un salto revolucionario: pasan de necesitar entre 1.500 y 2.000 litros de helio a utilizar solo 7 litros, permanentemente encerrados en un circuito cerrado que no necesita recarga en toda la vida del equipo”.

“Philips ya cuenta con más de 2.000 de estos equipos



instalados en el mundo, y algunos hospitales españoles ya los utilizan. En noviembre de 2025 presentó además el primer equipo de alta potencia (3 Tesla) con esta tecnología, aunque aún no está disponible comercialmente. Siemens también ha obtenido autorización regulatoria para su propio sistema de muy bajo consumo de helio”, apunta el radiólogo.

EL FUTURO DEL HELIO ESPAÑOL

Existe un proyecto muy prometedor en Monzón (Huesca), liderado por la empresa Helios Aragón. Se ha descubierto un yacimiento de hidrógeno natural que también contiene concentraciones comerciales de helio. A inicios de 2026, el proyecto se encuentra en fase de autorizaciones ambientales y perforación de pozos de evaluación.

Si los resultados terminan siendo positivos, España podría pasar de ser 100% importadora a cubrir no solo su demanda interna, sino a convertirse en un exportador clave para el resto de Europa antes de que finalice la década.

Pero la realidad actual es que, mientras estas nuevas tecnologías llegan a todos los centros o se culmina este proyecto, la dependencia del helio sigue siendo una de las mayores fragilidades de la infraestructura sanitaria ante las crisis energéticas globales.

La pareja es importante para los españoles, pero los solteros 'pasan' de buscar



● El CIS ha realizado un estudio sobre sexualidad en el que se pregunta a los ciudadanos por sus hábitos, opiniones y costumbres en relación con esta materia.

El 73,5% de los encuestados coincide en que para tener una vida satisfactoria es importante tener una relación sentimental, frente a un 23% que piensa que no lo es. Además, un 84,8% valora como algo "muy o bastante importante" la convivencia en la misma casa dentro de una relación sentimental y solo un 13,5% cree que es "poco o nada importante" la convivencia.

Asimismo, un 85,5% considera que es "muy o bastante importante" la independencia económica en una relación sentimental, frente a un 12,8% que afirma que no lo es.

HACE 50 AÑOS

Un 78,8% está de acuerdo con que las relaciones afectivas y sexuales "son más inestables que antes", un 61,8% cree que ahora las relaciones "generan más incertidumbres" en comparación con hace 50 años y un 73,3% afirma que las relaciones hoy en día "han sido transformadas profundamente por las redes sociales e Internet". Por otro lado, los españoles consideran que en la actualidad las relaciones permiten una mayor libertad individual (81,6%), son más igualitarias entre hombres y mujeres (75,6%) y que son más placenteras que hace 50 años (64,2%).

Un 69,2% de los ciudadanos reconoce que tiene pareja, y de ellos, el 97,4% afirma que tiene una relación de pareja con una sola persona. Entre quienes afirman tener una relación sentimental pero no conviven, el 61,7% "no descarta convivir con ella en el futuro", el 23,8% dice que "es una relación a distancia, pero no descartan vivir juntos en el futuro" y un 6,4% "tiene decidido que no vivirán juntos".

LOS SOLTEROS

Entre las personas que afirman no tener pareja, un 22,3% declara que "tiene relaciones casuales, citas sin exclusividad" frente a un 73,4% que dice no tener "ni relaciones ni citas".

El 36,6% afirma que dentro de 5 años quieren seguir viviendo "sin relaciones ni pareja", mientras que al 20,5% le gustaría "tener una relación estable, convivir sin estar casado/a" y al 17,5% prefiere "tener una relación estable, pero cada cual viviendo en su casa".

RELACIONES SEXUALES

El 75,1% de los encuestados reconoce que ha tenido relaciones sexuales con su pareja o con otras personas en los últimos 12 meses, mientras que un 24,6% no las ha tenido. Entre quienes no han mantenido relaciones sexuales en

el último año, el 16,3% lo atribuye a ser “por falta de interés o deseo sexual”, un 13,5% “por viudedad” y un 11,2% “por enfermedad propia o de la pareja”.

En cuanto a experiencias sexuales, solo un 12,9% reconoce haber tenido “relaciones abiertas o no exclusivas” en algún momento, un 7,9% afirma haber realizado “prácticas de dominación o de sumisión”, un 6,8% “fetichismos específicos”, un 5,2% “el poliamor”, y un 4,7% ha participado en “orgías”. Entre las personas que han practicado las relaciones abiertas, un 42,8% reconoce que “ha sido una etapa de su vida” y un 29% “una experiencia puntual”. Quienes han realizado prácticas de dominación o sumisión, el 42,2% afirma que ha sido “una experiencia puntual” y un 26,1% dice que “es parte habitual de su vida sexual”. Las personas que han tenido fetichismos específicos durante el sexo, un 40,7% los califica de “experiencia puntual”, mientras que un 30,2% dice que es “parte habitual de su vida sexual”.

En relación con este tipo de prácticas sexuales, un 26,3% no se considera “ni abierto ni conservador”, un 25,4% “más bien conservador”, un 18,6% “muy conservador” y solo un 26% “muy o bastante abierto”.

JUGUETES ERÓTICOS

Un 58,5% de los españoles reconoce haber utilizado productos eróticos como juguetes sexuales, lubricantes, aceites u otros objetos, para estimular el placer, frente a un 41,3% que reconoce no usarlos. Entre los que reconocen utilizarlos, los aceites, lubricantes y otra cosmética

erótica es lo más usado (92,9%), seguido de juguetes sexuales (75,8%) y, en tercer lugar, ropa, lencería o accesorios eróticos (61%).

La mayoría de los encuestados indica que los ha utilizado con pareja estable, por ejemplo, un 85,4% asegura que ha usado lencería o accesorios eróticos con su pareja, un 70,7% ha utilizado aceites, lubricantes o cosmética erótica y un 57,4% reconoce que ha usado “otros objetos no destinados al placer” con sus parejas durante el sexo.

Entre las personas que han utilizado alguna vez un producto erótico, un 33,9% reconoce que lo ha hecho por “curiosidad o experimentación”, un 26,1% por “mejorar la satisfacción sexual”, y un 23,8% por “diversión”.

| REDACCIÓN



 **ribera**

¿Has tenido un accidente?

Te atendemos sin coste (Unespa)

☎ 968 32 13 41 - 678 73 04 66

24h

365
días



¿Retos virales o peligro mortal?

El psicólogo Borja Astilleros explica por qué los adolescentes repiten comportamientos que son claramente muy peligrosos

● Desde simples coreografías de canciones tanto actuales como clásicas, hasta retos que ponen en peligro la vida de uno mismo y del resto, parece que lo que se hace viral una semana va a dictar el comportamiento de miles de adolescentes en las redes sociales y en la

vida real. Algunos de estos comportamientos virales aparecen y desaparecen sin pena ni gloria, dejando únicamente algunos videos cortos con millones de reproducciones, pero otros catapultan la vida de jóvenes que pasan del anonimato a la fama por

acumular reproducciones y 'likes'.

Más allá de aquellos que consisten en bromas inocentes o en imitaciones de baile, hay otros retos virales que pueden ser realmente peligrosos, llegando incluso a producir víctimas mortales entre quienes hacen los retos o quienes se ven envueltos en ellos por casualidad.

Algunos de los retos virales más rocambolescos de los últimos años han sido el reto de envasarse a sí mismo al vacío, de intentar ingerir una gran cantidad de paracetamol para ver quién pasa más días en urgencias, sumergirse en agua helada durante el mayor tiempo posible, alimentarse de un solo alimento durante un tiempo determinado o lamer superficies de baños públicos en plena pandemia.

¿POR QUÉ LO HACEN?

Puede ser difícil pensar que alguien se quiera someter a este riesgo de manera voluntaria, pero el psicólogo **Borja Astilleros**, vocal de Transformación Digital, Nuevas Tecnologías y Discapacidad del Colegio de Psicología de la

Región de Murcia explica que muchas veces, estas modas responden a varios componentes.

En primer lugar, destaca el profesional de la psicología, está el componente de la validación social, el reconocimiento inmediato y un importante refuerzo cuantificable en forma de 'likes' o 'me gusta'. "Todo esto son métricas que existen en función de la validación social y pueden generar esa dependencia del juicio externo porque el adolescente no quiere resaltar, pero quiere ser uno más y esta puede ser una forma de intentar encajar".

Otro factor importante y que puede llevar a que muchos jóvenes pongan su vida en peligro imitando retos virales en redes sociales es la presión de grupo y el miedo a la exclusión social. A este respecto Borja Astilleros apunta que "durante la adolescencia, el grupo de iguales tiene un papel central dentro de la identidad en construcción y el rechazo social tiene un gran impacto emocional".

A nivel neuroevolutivo, "entre los 11 y los 15 años es una etapa de alta sensibilidad a la recompensa unido a un control inhibitorio que está muy en desarrollo. No evalúan bien las conductas y sus consecuencias. Esto significa que puede pasar que una recompensa social pueda tener más peso que el riesgo o que la evaluación de las consecuencias a largo plazo no sea perfecta".

En tercer lugar, el psicólogo



El psicólogo Borja Astilleros.

go del Colegio de Psicología de la Región advierte de que las redes sociales se pueden estar utilizando como herramienta de regulación emocional. "El uso de la pantalla y de las redes sociales puede ser parte de una estrategia de evitación o de manejo del malestar, sobre todo en personas cuya personalidad todavía se está construyendo. En concreto, estos retos virales pueden funcionar como una descarga de adrenalina, una distracción del aburrimiento, una búsqueda de sensaciones intensas o de escapar del malestar", apunta el psicólogo.

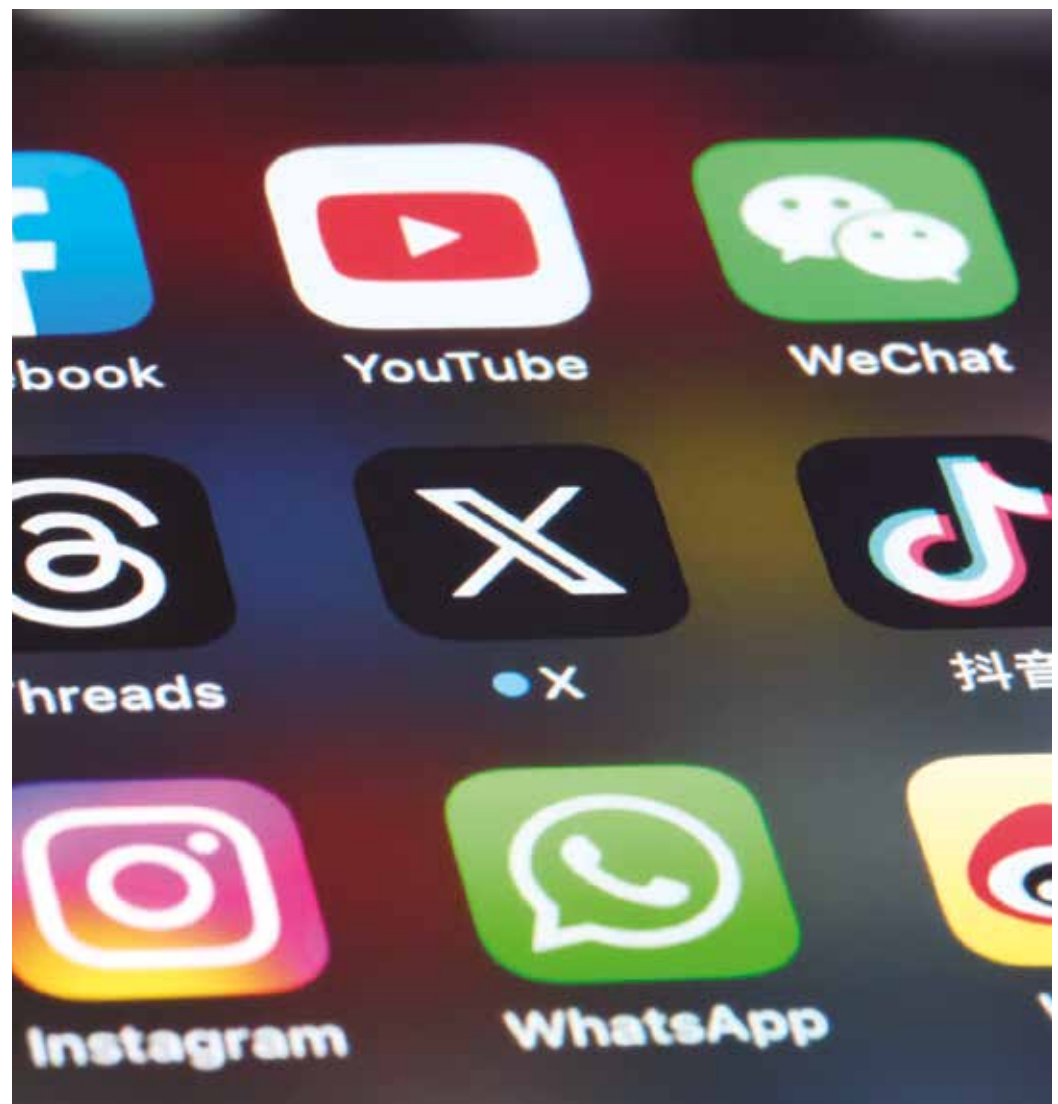
CONSEJOS PARA FAMILIAS

Para evitar que los menores de edad puedan caer en este tipo de comportamientos peligrosos para ellos y los demás, "las familias no deben situarse en el control punitivo, sino en el acompañamiento estructurado. El adolescente todavía está desarrollando su autorregulación, por lo que necesita límites claros, supervisión activa y diálogo frecuente sobre lo que ocurre en redes. No se trata solo de prohibir, sino de enseñar pensamiento crítico digital y reforzar la autoestima fuera de la pantalla.

Cuando el reconocimiento principal viene del entorno cercano, disminuye la necesidad de buscar validación en retos peligrosos", recomienda el psicólogo Borja Astilleros.

| CANDELA
ALTABLE TORRES

Tomar gran cantidad de medicamentos o autoasfixiarse con algunos de los retos virales





asociación
REDMADRE
NUNCA ESTARÁS SOLA

Acompañamiento, seguimiento y apoyo a la mujer embarazada en dificultades y su maternidad

¡AYÚDANOS A AYUDAR! NUNCA ESTARÁS SOLA

Bizum solidario 07315, o a través de la cuenta ES17 3005 0038 2221 5115 0923
C/ S^a Teresa n^o8. Entlo B. 30005 Murcia. murcia@redmadre.es - www.redmadre.es/murcia

ASOCIACIÓN DE UTILIDAD PÚBLICA / Teléfono 24h.: **658 97 09 69**



Sara Vanessa Abril Mendivelso
Alumna de 2º de
Comunicación Audiovisual

Entre el post y la vida

Entre filtros, expectativas y comparaciones, los jóvenes construyen una versión pública de sí mismos que convive con su vida cotidiana, pero condiciona la autenticidad

● La generación que creció frente a una pantalla intenta encontrar un equilibrio entre quién es y quién muestra ser en redes sociales. A simple vista, estas plataformas parecen un espacio donde cualquiera puede mostrarse, pero para muchos jóvenes de la generación Z esa sensación no coincide con su experiencia diaria. Entre filtros, expectativas y la presión de parecer siempre interesante, surge una versión editada de uno mismo que convive, no siempre sin fricción, con la vida real. En ese punto intermedio, la identidad empieza a sentirse moldeada por la mirada ajena y por la necesidad de encajar en entornos donde todo se observa y se compara.

Los datos recientes en España subrayan esta tensión. El informe 'Infancia, adolescencia y bienestar digital' de UNICEF España indica que más del 90% de los adolescentes y jóvenes participa activamente en redes, y que casi un 9% pasa más de 5 horas diarias conectado. Según el Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, 1 de cada 3 jóvenes de 12 a 16 años presenta señales de uso compulsivo de internet y redes, una tendencia que continúa en la etapa universitaria y que repercute en la forma en que construyen y proyectan su identidad.

En ese contexto, las experiencias individuales ayudan a dar forma al fenómeno. Sara, una joven de 20 años, divide su presencia digital entre dos cuentas. La pública, más cuidada y ordenada, funciona como su presentación ante quien no la conoce. La privada, en cambio, recoge su cotidianidad sin filtros. "No es que mienta en la pública", explica, "pero la privada se parece más a mí". Para ella, mantener dos espacios se ha convertido en una forma de gestionar lo que muestra y lo que reserva.

Dalia, de 15 años, tomó otra decisión: casi no publica. "Me cansé de pensar en si encajaba lo que subía o en si me vería rara", cuenta. Esa distancia le ha dado tranquilidad, aunque reconoce que a veces queda fuera de conversaciones que nacen en redes. Aun así, prefiere no volver a la presión constante de ajustar su imagen, algo que percibe sobre todo en sus compañeros de instituto.

Juanan, de 24 años, aparenta tener una relación más espontánea con sus publicaciones. Sube fotos, vídeos y bromas sin un plan concreto, aunque admite que en ocasiones borra contenido o duda si está mostrando demasiado. "Intento no pensarlo, pero sí me afecta un poco", reconoce. Su caso evidencia que incluso la naturalidad en redes convive con ciertas inseguridades.

LA FRONTERA ENTRE LO VIVIDO Y LO PUBLICADO

Más allá de los casos individuales, la presencia constante de las redes en la vida diaria ha creado un entorno donde la identidad se construye también bajo la lógica de la ex-



Los jóvenes construyen su identidad en las redes.

posición. En muchos jóvenes, esa exposición se vuelve una forma de validar logros, emociones o rutinas que antes solo existían en lo íntimo. Esa necesidad de mostrar lo que sucede —aunque sea en fragmentos seleccionados— hace que la frontera entre lo vivido y lo publicado se vuelva más difusa, especialmente en una etapa de la vida marcada por dudas, cambios y búsqueda de pertenencia.

Estas tres miradas reflejan la diversidad de estrategias con las que los jóvenes gestionan su identidad digital. Según la psicóloga Laura Ocampo, esta negociación constante no es superficial. “Cuando una parte importante del día se dedica a decidir qué mostrar y qué no, la relación con la propia identidad puede volverse más rígida o más dependiente de la mirada externa”, explica. No se trata solo de publicar o no publicar, sino de cómo ese proceso influye en la forma en que los jóvenes se perciben y se relacionan con su entorno.

Mientras las redes continúan ocupando un lugar central en su vida cotidiana, la generación Z aprende a moverse entre lo que vive y lo que muestra. En esa gestión diaria se dibuja un fenómeno complejo, que no depende de cuánto se publique, sino de cómo cada joven interpreta y enfrenta la relación entre su vida real y su versión digital.

RUTINAS CONDICIONADAS

Los estudios sobre hábitos digitales en España muestran que las redes sociales no solo influyen en lo que los jóvenes publican, sino en cómo organizan aspectos cotidianos de su vida. Muchos repiten una misma foto varias veces antes de subirla, revisan una publicación después de hacerla pública o la eliminan si sienten que no encaja con la imagen que quieren proyectar. También es común que ajusten pequeños detalles de su rutina, como los lugares donde salen o el tipo de planes que hacen, pensando en cómo quedará en sus perfiles. En estos estudios aparece, además, un aumento en el uso de borradores, filtros preestablecidos y aplicaciones externas de edición, lo que muestra que la preparación del contenido se ha convertido en un proceso propio que acompaña su día a día más allá del momento de publicar. Aunque parecen gestos menores, revelan cómo la lógica de las redes se integra en decisiones diarias y termina moldeando parte de su comportamiento fuera de la pantalla.



UCAM
Facultad de Ciencias
Sociales y Comunicación



SUMMER SCHOOL

APRENDE Y DISFRUTA
MEJORANDO TU INGLÉS



PLAZAS
LIMITADAS

¡No te lo pierdas!



LEMON CLUB

De 3 a 10 años
Del 29 junio al 3 de julio

SUMMERLIM

De 3 a 11 años
Del 6 al 31 de julio

SUMMERTEEN

De 12 a 15 años
Del 6 al 31 de julio



BARÇA ACADEMY CAMP

De 6 a 17 años
Del 29 de junio al 3 de julio

SALA DE ESPERA

THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE



UCAM
Facultad de Ciencias
Sociales y Comunicación

En este espacio, la **revista Salud21** le da a los jóvenes periodistas en formación un lugar para que prueben sus habilidades y den sus primeros pasos en el mundo de la comunicación.

Cada mes, nuestros lectores encontrarán un artículo de actualidad sanitaria realizado por un estudiante universitario del Grado en Periodismo de la Universidad Católica San Antonio de Murcia.



“En Molina de Segura tenemos el centro de salud más moderno de la Región”

Dos décadas de espera, cuatro presidentes autonómicos, cuatro alcaldes y la paciencia infinita de miles de vecinos. Todo quedó atrás el 11 de marzo, cuando Molina de Segura inauguró su tercer centro de salud

● “Después de años de trabajo, esfuerzo y una lucha constante por mejorar la sanidad en nuestra ciudad, ya es una realidad una reivindicación histórica y muy necesaria: el tercer centro de salud de Molina de Segura, que lleva por nombre Doctor Andrés López Bernal”, celebra el alcalde de la ciudad, José Ángel Alfonso, quien inauguró este nuevo espacio el pasado mes de marzo de la mano del presidente de la Región

de Murcia, Fernando López Miras, cerrando así una espera de casi dos décadas.

El primer edil afirma que la nueva infraestructura sanitaria “da asistencia a 16.000 usuarios de la zona básica de Salud Molina Este y tiene capacidad para absorber incrementos de población de hasta 30.000 tarjetas sanitarias, extendiendo esa cobertura para atender también a vecinos de localidades cercanas como Archena, Fortuna, Ceutí y Lorquí”.

Para el regidor molinense, “lo más importante ha sido la paciencia que han tenido los vecinos, que han esperado muchísimos años para poder ver, por fin, las puertas abiertas del nuevo centro de salud”. Y añade: “Desde que se cedieron los terrenos por parte del Ayuntamiento a la Comunidad Autónoma, han pasado cuatro presidentes autonómicos y cuatro alcaldes. Ha sido una larga espera. Por eso, este centro sanitario no es de ninguna administración ni de ningún color po-

“Los vecinos ya **no tendrán que desplazarse a Murcia para realizarse pruebas diagnósticas**”

lítico, sino de todos los vecinos. Molina de Segura ya cuenta con un centro de salud moderno, innovador y con especialidades; una infraestructura muy importante y demandada que ya es de todos”.

¿Qué supone para Molina de Segura contar con un tercer centro de salud?

JOSÉ ÁNGEL ALFONSO: Supone, ante todo, hacer justicia con la paciencia extraordinaria que han demostrado nuestros vecinos durante tantísimos años. Molina de Segura ya cuenta con un centro de salud de primera, con especialidades e instalaciones de vanguardia que van a repercutir directamente en el bienestar y la calidad de vida de los molinenses.

Desde el primer día que accedí a la alcaldía, en junio de 2023, pusimos este proyecto en el centro de nuestra agenda de trabajo. No hemos parado un solo día, y creo firmemente que el resultado ha merecido la pena. Pero más allá de los números y de las especialidades -que también son muy importantes-, este tercer centro de salud supone un alivio real y cotidiano para miles de familias. Significa que ya no tendrán

que coger el coche o el autobús y desplazarse hasta Murcia capital para realizarse determinadas pruebas médicas o acudir a consultas de especialistas. Eso, en términos de tiempo, de esfuerzo y de dignidad, es un cambio enorme en la vida de cada familia.

Imagino que hay mucho trabajo detrás de una obra que ha tardado casi dos décadas desde que se cedió los terrenos por parte del Ayuntamiento.

J.A.A.: Así es, y es importante contarlo bien para que los vecinos entiendan la magnitud de lo que se ha logrado. El Ayuntamiento de Molina de Segura, gobernado en aquel momento por el PP, cedió los terrenos al Gobierno regional ya en el año 2006. A partir de ahí comenzó un camino larguísimo, con muchas paradas, muchos cambios de manos y, en demasiadas ocasiones, demasiado silencio. Desde esa cesión inicial han pasado cuatro presidentes autonómicos y cuatro alcaldes. Por eso siempre digo, y lo digo convencido, que este centro sanitario no pertenece a ninguna administración ni a ningún color político: es de los vecinos, que son quienes lo han esperado y quienes lo merecen.

Ahora bien, sí es cierto que desde que asumimos el Gobierno local en 2023 nos pusimos manos a la obra de manera decidida para darle el impulso definitivo al proyecto. Han sido muchas reuniones, muchas visitas a la Consejería de Salud, mucho trabajo silencioso pero constante. Así es como se construyen las cosas que perduran. Y en ese sentido, quiero agradecer de manera muy sincera la implicación del Gobierno Regional, y en especial la del presidente de la Región, Fernando López Miras, cuyo impulso ha sido determinante para que este día llegara por fin.

Hábleme de la puesta en marcha del tercer centro de salud. ¿En qué se diferencia con el resto de los centros y con qué especialidades cuenta?

J.A.A.: El Centro de Salud Doctor Andrés López Bernal es una infraestructura de nueva generación sin precedentes en Molina de Se-



El regidor, José Ángel Alfonso, saluda a personal sanitario tras la inauguración del centro.

gura. En este momento, el centro ya opera con unidades de Oftalmología, Traumatología, Cirugía General, Digestivo, Cardiología, Neurología, Unidad del Sueño y Oncología. Y próximamente se incorporarán también la unidad de Salud Bucodental -que dará cobertura a toda la ciudad-, Radiología Digital y un equipo para la realización de resonancias magnéticas. Estamos hablando, por tanto, de un centro que nace con una vocación muy clara: reforzar la calidad asistencial, mejorar los tiempos de respuesta y acercar a los molinenses servicios que hasta ahora les obligaban a desplazarse fuera de la ciudad.

Su ubicación en Cañada de las Eras, junto a su diseño espacioso y luminoso, supone también un salto cualitativo respecto a los dos centros existentes. Pero, aun con todo esto, quiero subrayar algo que a mí me parece fundamental: por muchos indicadores y cifras que manejemos, lo verdaderamente importante son los nombres y apellidos de cada persona que se va a beneficiar. Cada cita más rápida, cada prueba que ya no exige largos desplazamientos, cada diagnóstico mejor coordinado... eso es lo que transforma la vida cotidiana de cada molinense.

¿Cuál es la especialidad más demandada y de qué manera se va a aliviar esa presión asistencial?

J.A.A.: Sin ninguna duda, Traumatología. Ya en su momento, el Consejo Municipal de Salud —a través de un grupo de trabajo específico creado para ello— determinó que es la especialidad médica de mayor demanda entre los molinenses. Y no es difícil entender por qué: durante muchos años, miles de vecinos han tenido que desplazarse por sus propios medios, con las dificultades de aparcamiento y acceso que eso implica, hasta el Barrio del Carmen de Murcia para recibir atención en consulta de Traumatología. Era una situación claramente insostenible para una ciudad de nuestro tamaño y dinamismo.

A partir de ahora, esa realidad cambia radicalmente: los



Perfil

Para conocer de forma personal al alcalde de Molina de Segura le preguntamos por sus preferencias y, en materia de cine, elige 'La vida es bella'. Su libro favorito, en cambio, es 'El perfume', de Patrick Süskind y su canción favorita es 'Apuesta por el Rock and Roll', de 'Héroes del Silencio'. Si queremos saber un sueño por cumplir de José Ángel Alfonso, él lo tiene claro: "que mi hija encuentre la misma felicidad que ella me regala cada día", como también tiene claro que, si tuviera que elegir un lugar en el mundo, se-

ría Molina de Segura. Para acabar, nos comparte un lema: "Hay que aprender de los errores, para no cometer dos veces el mismo, ya que la segunda vez sería por elección".



El centro de salud hoy da servicio a los **16.000 usuarios de Molina Este**, pero está preparado para llegar hasta **30.000**

molinenses serán atendidos aquí, en su ciudad, sin perder horas de trabajo o de vida personal en desplazamientos innecesarios. Es uno de los avances más tangibles y más sentidos que va a aportar este nuevo centro.

Aparte de las especialidades médicas nuevas que vienen a Molina de Segura, ¿qué otra mejora destacaría para los ciudadanos?

J.A.A.: La mejora más profunda, la más transversal, es el bienestar que el Centro de Salud Doctor Andrés López Bernal va a proporcionar a nuestros vecinos. Hay que entender el contexto: el crecimiento poblacional que ha experimentado Molina de Segura en las últimas décadas ha sido atendido correctamente por el Servicio Murciano de Salud en cuanto a profesionales sanitarios, y las ratios de tarjetas sanitarias por médico son adecuados. Pero ese crecimiento se ha sostenido a costa de unas instalaciones que simplemente no estaban dimensionadas para absorberlo. Un centro de salud se diseña para atender a una población de entre 18.000 y 25.000 personas.

Esas cifras se habían sobrepasado ampliamente en nuestros dos centros existentes. El resultado era, inevitablemente, una asistencia más masificada de lo que los molinenses merecen. El tercer centro corrige esa situación: es espacioso, luminoso, moderno, y va a permitir una atención más personalizada, más tranquila y de mayor calidad. Además, tiene capacidad para crecer: hoy da servicio a los 16.000 usuarios de la zona básica Molina Este, pero está preparado para llegar hasta las 30.000 tarjetas sanitarias, incluyendo a vecinos de localidades cercanas como Archena, Fortuna, Ceutí y Lorquí.

Molina de Segura está experimentando un cambio notable en los últimos años. ¿En qué punto se encuentra el municipio?

J.A.A.: Molina de Segura está creciendo a pasos agigantados, y eso nos exige estar a la altura en todos los frentes. No podemos permitirnos quedarnos atrás. Por eso estamos desarrollando proyectos muy ambiciosos y verdaderamente transformadores.

El más significativo en estos momentos es Molina Renace, un proyecto integral de revitalización que va a renovar nuestra ciudad en profundidad y de manera definitiva: desde el casco urbano, pasando por urbanizaciones hasta las pedanías, impulsando la remodelación de espacios públicos emblemáticos, la puesta en valor de edificios históricos, la renovación de parques y jardines, todo ello con un enfoque firme en la

sostenibilidad y la modernidad. Es una transformación de raíz, urbanística, social y humana. A eso hay que sumar los planes parciales orientados a fomentar la vivienda y la ampliación del suelo industrial, con nuevos polígonos que siguen consolidando a Molina de Segura como la gran ciudad empresarial de referencia de toda la Región de Murcia.

No podemos olvidar que somos cuna de la conserva, un sector que ha dado trabajo y prosperidad a generaciones enteras de molinenses, y que hoy convivimos con empresas de múltiples sectores que nos posicionan como un polo eco-



“Ser alcalde de una ciudad como Molina de Segura es intenso pero también gratificante”

nómico de primer nivel. Molina de Segura es ya, sin complejos, una Gran Ciudad, y así hay que gestionarla y proyectarla.

Como alcalde de Molina de Segura, ¿qué está siendo lo mejor?

J.A.A.: Están siendo unos años muy intensos, muy exigentes, pero también profundamente gratificantes. Estar al frente del Gobierno local de una ciudad tan grande, tan viva y diversa como Molina de Segura conlleva una responsabilidad enorme en cada decisión que se toma. Pero a la vez es una experiencia que te va marcando día a día, que te enseña constantemente. Para mí, sin duda, lo mejor es el contacto directo con los vecinos. Escucharlos, compartir sus preocupaciones, y luego ver cómo los proyectos que emprendemos se convierten en realidades que mejoran su vida cotidiana. Eso no tiene precio.

También ver cómo la ciudad que me vio nacer se va transformando, se va adaptando a los tiempos, se va preparando para el futuro con la ambición que merece una Gran Ciudad como la nuestra. La inauguración del Centro de Salud Doctor Andrés López Bernal es, en ese sentido, un símbolo muy



poderoso: demuestra que cuando se trabaja con constancia y con responsabilidad, las cosas que parecían imposibles se hacen posibles. Y eso, como alcalde y como molinense, es lo que más satisfacción me produce.

| CANDELA ALTABLE TORRES



CITA CON LA

salud


RADIO
compañía
98.8


TODOS LOS MARTES
DE 13 A 14 HORAS

8 años ininterrumpidos
hablando de salud

Porque la salud
también entra
por los oídos

THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE

Presentado por
Candela Altable





Cómo conservar y cocinar la carne para proteger tu salud

•¿Te has parado a pensar si manipulas bien la carne cuando llegas a casa? Parece básico, pero con el aumento de las temperaturas pequeños descuidos pueden ser en un problema. El Colegio de Veterinarios de la Región de Murcia insiste en recordarlo. El cartel que acompaña este artículo forma parte de esa labor divulgativa: consejos claros, directos y, sobre todo, útiles. Porque la seguridad alimentaria no empieza en la cocina, sino mucho antes. Los veterinarios supervisan todo el proceso, desde la producción hasta que el alimento llega al punto de venta. Pero una vez la carne entra en casa, el último eslabón de esa cadena es el consumidor.

Lo primero es el frío. Mantener la carne entre 0 °C y 4 °C, bien envasada y separada del resto de alimentos, es fundamental. No es solo una cuestión de orden: evitar la contaminación cruzada, ese contacto invisible entre carne cruda y alimentos listos para consumir, marca la diferencia.

Con la carne picada, la precaución debe ser mayor. Por su proceso de corte, presenta una mayor superficie expuesta que ha estado en contacto con el exterior, lo que favorece el crecimiento de bacterias y hace que se deteriore antes. Por eso, conviene consumirla cuanto antes y cocinarla bien, sin medias tintas.

Lavarse las manos, limpiar bien los utensilios o no usar la misma tabla para todo no es exagerar: es la diferen-

cia entre hacer las cosas bien o asumir riesgos innecesarios.

Hay, además, 2 recomendaciones que los veterinarios repiten especialmente: no romper la cadena de frío en el trayecto a casa y descongelar siempre en la nevera, nunca a temperatura ambiente.

Y si hablamos de carne de caza, la ad-

vertencia es clara: solo consumirla si ha pasado los controles sanitarios. Es la única garantía real.

No se trata de alarmar, sino de recordar algo sencillo: comer seguro también depende de lo que hacemos en casa.

| COLEGIO DE VETERINARIOS

Contenido patrocinado

EVITA RIESGOS CON LA CARNE

CONSERVACIÓN Y SEPARACIÓN

Almacenamiento individualizado: Guarda las carnes de manera individual y separada, asegurándote de diferenciar claramente el tipo de carne en cada envase.

Prevención de contaminación cruzada: Mantén siempre la carne cruda alojada de alimentos ya cocinados o de aquellos que se vayan a consumir en crudo (frutas, verduras, lácteos) dentro del frigorífico.

CARNE PICADA

Conservación: La carne picada, debido a su proceso de corte, pasa por diferentes utensilios, lo que multiplica su superficie de exposición y hace que se deteriore mucho más rápido que las piezas enteras. Debes consumirla pronto.

Cocinado a fondo: La carne picada requiere siempre un tiempo de cocinado más prolongado para asegurar que el calor llegue a toda la pieza, de manera uniforme y elimine posibles patógenos.

CONTROL DE CARNE DE CAZA

Garantía sanitaria obligatoria: No consumas bajo ninguna circunstancia carne de caza que no haya superado los controles veterinarios sanitarios pertinentes.

Inspección profesional: El control veterinario es el único método fiable para detectar parásitos o microorganismos que se encuentran en la carne de animales silvestres y que se transmiten a través de su consumo.

Busca el sello que lo garantiza. →

THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE

**Esta publicación es una
iniciativa 100% privada
y no es beneficiaria de
ningún tipo de subvención
por parte de las
Administraciones Públicas**

Anúnciate con nosotros

publicidad@salud21murcia.es



‘Murcia Te Cuida Con Corazón’ por el Día Mundial de la Salud

● El Ayuntamiento de Murcia conmemoró el 20 de abril el Día Mundial de la Salud con la celebración de la III Jornada ‘Murcia Te Cuida Con Corazón’ y una Feria de la Salud de Colegios Profesionales Sanitarios y entidades de tercer sector.

La concejal de Bienestar Social, Familia y Salud, Pilar Torres, presidió el acto institucional, poniendo en valor el lema de la OMS para 2026 ‘Juntos por la salud. Apoyemos la ciencia’ invitando a reforzar el compromiso colectivo con el conocimiento científico y la lucha contra la desinformación. Este año, la conmemoración adquiere un significado relevante, al situar en el centro del debate el principio de ‘Una sola salud’, que reconoce que la salud humana, la salud animal y el medio ambiente están intrínsecamente conectados.

El acto institucional ha contado con una apertura musical de un cuarteto de cuerdas del Conservatorio de Música de Murcia, la presencia de los componentes de la Comisión Asesora de Salud Pública Municipal, así como instituciones sanitarias, docentes y de investigación, empresas relacionadas y el tercer sector de toda la Región.

Se ha distinguido la labor, el compromiso y la contribución

de instituciones, entidades, empresas y profesionales destacados por su aportación a la salud pública en el municipio:

▣ **Reconocimientos al ámbito cultural:** Conservatorio Profesional de Música de Murcia.

▣ **Reconocimientos al tercer sector:** Asociación Murciana para el Cuidado de la Diabetes (ADIRMU); Asociación de Familiares de Niños con cáncer de la Región de Murcia (AFACMUR); Fundación Diagrama Intervención Psicosocial.

▣ **Reconocimiento Institucional:** Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

▣ **Reconocimiento empresarial:** El Corte Inglés.

▣ **Profesional destacado de comunicación en salud:** al humorista gráfico José Manuel Puebla Ros.

▣ **Profesional talento joven:** Inmaculada Bernal Medrano.

▣ **Distinción de honor 2026:** al Dr. D. José Abellán Huertas.

El acto ha finalizado con un coloquio con el Dr. D. José Abellán y una proyección audiovisual sobre ciudad y salud.

Al mismo tiempo, en la Plaza del Romea se ha realizado una Feria de la Salud, con la participación de diez colegios pro-

fesionales sanitarios: Psicología, Dentistas, Enfermería, Farmacia, Fisioterapeutas, Optometristas, Veterinarios, Nutricionistas, Podólogos y Terapeutas ocupacionales, nueve entidades, así como la revista Salud21, la Universidad de Murcia y Universae, empresa patrocinadora del evento. Además se ha proporcionado un desayuno saludable con fruta de Mercamurcia, a los que agradecemos que nos vayan acompañando en esta apuesta por la salud.

En esta feria se ha presentado la encuesta ciudadana para la actualización del Plan Municipal frente a las Adicciones.



Autoridades con premiados en la III Jornada ‘Murcia Te Cuida Con el Corazón’.



La UCAM, entre las mejores universidades en medicina y deporte

• Deporte y medicina son dos campos por los que la Universidad Católica San Antonio de Murcia ha apostado fuerte desde sus inicios, tanto en el ámbito académico como en el de la investigación básica y aplicada en colaboración con universidades internacionales, empresas e instituciones.

Ahora, QS World University Rankings by Subject, que analiza el rendimiento de universidades en áreas específicas de conocimiento, ha publicado su edición de 2026, en la que sitúa a UCAM entre las 1910 universidades ranqueadas, de las 5203 instituciones a nivel mundial que ha evaluado, y en el que la UCAM destaca especialmente en los campos de ciencias del deporte y medicina, si-

tuándose en estas áreas en el top 51-100 y 701-850, respectivamente.

SIMULACIÓN CLÍNICA Y PREPARACIÓN PARA EL MIR

En el área de medicina, la UCAM imparte por una formación de excelencia que combina conocimientos científicos con habilidades prácticas para ejercer con todas las garantías.

Su metodología destaca por el uso de innovadores métodos de aprendizaje, el uso de tecnologías de vanguardia -especialmente en simulación y habilidades clínicas- y un claustro docente

altamente cualificado y comprometido. Son fundamentales las prácticas externas en centros de salud y hospitales públicos y privados, donde el futuro profesional complementa la formación adquirida en las propias instalaciones del Campus. Además, se le da la oportunidad de preparar el MIR desde el primer año con CTO.

ENTRE LAS 100 MEJORES DEL MUNDO EN DEPORTE

Reconocida internacionalmente como 'La Universidad del Deporte', la UCAM ha construido un posicionamiento diferencial gracias a su Facultad de Deporte, su elevada producción científica y un modelo único de apoyo al deportista de alto nivel, siendo una de las mejores universidades del mundo para estudiar el Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, así como sus postgrados de alta especialización.

Esto se ve reflejado en este ranking de QS, que sitúa a la UCAM en el área del deporte en el rango 51-100 del mundo en esta disciplina, destacando por la calidad de su producción científica, además de reconocer la excelencia de su modelo académico y de profesorado.



Las tecnologías más avanzadas, al servicio de la formación de máxima calidad en la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

| UCAM
Contenido patrocinado

UCAM

Av. de los Jeronimos, 135
Guadalupe, Murcia
968 27 88 00



Da Vinci en IMED

Virgen de la Fuensanta: precisión y seguridad

● El doctor **Pablo del Pozo Gil de Pareja**, cirujano general explica cómo la incorporación del sistema quirúrgico Da Vinci en IMED Virgen de la Fuensanta supone un importante avance tecnológico que mejora la precisión quirúrgica y la recuperación de los pacientes: “El robot Da Vinci es un sistema de cirugía robótica que permite realizar diversos tipos de procedimientos mediante cirugía mínimamente invasiva con la máxima seguridad y precisión que tenemos en la actualidad”, explica el doctor del Pozo.

Este avance no solo moderniza el quirófano, sino que repercute directamente en la calidad asistencial que reciben los pacientes, situando al hospital en la vanguardia tecnológica.



El doctor Pablo del Pozo Gil de Pareja.

ASISTIDA, NO AUTOMATIZADA

Un aspecto que genera dudas en la población es el papel del robot durante la intervención. Lejos de la idea de una máquina autónoma, el sistema Da Vinci está completamente controlado por el cirujano. El sistema reproduce con gran exactitud los movimientos de las manos del cirujano, que dirige la intervención desde una consola ubicada en el propio quirófano.

CIRUGÍA GENERAL

El sistema Da Vinci amplía las posibilidades de la cirugía mínimamente invasiva y puede aplicarse en un amplio abanico de intervenciones. “Cualquier cirugía que sea reproducible por técnicas mínimamente invasivas puede realizarse con cirugía robótica”, señala el doctor del Pozo. Entre ellas destacan la cirugía colorrectal, esófago-gástrica, bariátrica para la obesidad, hepatobiliar (hígado y vesícula), y la reparación de hernias abdominales e inguinales.

LAS GRANDES VENTAJAS

Una de las ventajas del sistema es su capacidad para mejorar la precisión y la visibilidad en la intervención. Además, “tiene un sistema de visión inmersiva tridimensional que permite un con-

trol absoluto del campo quirúrgico. Es como si el cirujano estuviera dentro del paciente”, explica el doctor del Pozo. Esto permite realizar maniobras más complejas que serían difíciles o imposibles con la laparoscopia convencional.

Para el paciente, la cirugía robótica mantiene y potencia las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva: “Menor dolor posoperatorio, cicatrices más pequeñas y una recuperación mucho más rápida”, explica el doctor. Los beneficios también incluyen menos dolor en la intervención, menos pérdida sanguínea y estancias hospitalarias más cortas, entre otras cuestiones. Todo ello facilita una reincorporación más temprana al trabajo, al deporte y a la actividad habitual.

REFERENTE EN SANIDAD PRIVADA

Con la incorporación del sistema Da Vinci, IMED Virgen de la Fuensanta se convierte en el primer centro privado de la Región de Murcia en contar con esta tecnología. Con este hito, IMED refuerza su compromiso con la innovación, la seguridad del paciente y la mejora continua de los resultados clínicos.

| IMED VIRGEN DE LA FUENSANTA

Contenido patrocinado

IMED
VIRGEN DE LA FUENSANTA
C. Padre Félix Sánchez
Blanco, s/n, Murcia
965 05 99 99



El Centro Regional de Enfermedades Raras atenderá a más de 86.000 pacientes

●El presidente de la Región de Murcia, Fernando López Miras, inauguró el pasado mes de abril el nuevo Centro Regional de Enfermedades Raras, una infraestructura estratégica “que va a permitir avanzar de manera significativa en el estudio, la detección precoz, el diagnóstico y el seguimiento de los pacientes con estas patologías”.

Las instalaciones ocupan un espacio de dos plantas dentro del complejo del hospital de la Arrixaca de Murcia, y desde ellas se realizará seguimiento a las personas diagnosticadas con alguna enfermedad poco frecuente. En la actualidad, más de 86.000 personas padecen una o varias enfermedades raras en la Región.

Los cerca de 270 metros cuadrados del centro están diseñados para facilitar el trabajo coordinado de un equipo de profesionales de diversas especialidades, lo que facilita el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, dada

su diversa sintomatología.

El centro dispone de dos salas de asesoramiento genético, una sala de atención para pacientes y una sala de telemedicina, que permite el seguimiento clínico sin desplazamiento. Esto resulta especialmente relevante en procesos de larga evolución y alta carga asistencial.

Este espacio de trabajo podrá también dar soporte en el futuro a nuevos procesos asistenciales, como la telemedicina, la colaboración con la plataforma ‘Únicas’ de atención a pacientes con enfermedades raras y mejorar la coordinación con atención primaria. De este modo, el proyecto refuerza la visión de un sistema asistencial interconectado, capaz de ofrecer respuestas coordinadas y ágiles para la Región.

DIAGNÓSTICOS MÁS ÁGILES

Con este nuevo modelo organizativo y

tecnológico se busca reducir de manera notable el tiempo de detección de la enfermedad poco frecuente, mejorar la coordinación asistencial y garantizar una atención más continua, segura y personalizada a lo largo de todo el proceso, tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario.

Este seguimiento avanzado es posible gracias al uso intensivo de la historia clínica electrónica, que permite analizar de forma detallada cada paso del itinerario asistencial del paciente con alguna de estas enfermedades. El sistema mide los tiempos parciales de pruebas diagnósticas, exploraciones radiológicas, análisis de laboratorio, interconsultas y otros hitos clave dentro de los procesos asistenciales de urgencias y hospitalización, para mejorar la eficiencia operativa y la seguridad del paciente.

| COMUNIDAD AUTÓNOMA
Contenido patrocinado



EVITA EL PLANTÓN

EL AÑO PASADO,
MÁS DE UN MILLÓN DE
PACIENTES NO ACUDIÓ
A SU CITA MÉDICA

CANCELA TU CITA,
OTRO PACIENTE
SE PUEDE BENEFICIAR



#EVITAEPLANTÓN



En salud, género es más que **sexo**

● Desde el año 1987, el 28 de mayo se conmemora el Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres. Impulsada inicialmente por la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe (RSMLAC) y la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (WGNRR), ha ido extendiendo la esfera de sus reivindicaciones científicas y públicas al estudio de peculiaridades de salud de las mujeres, a sus causas y a buscar soluciones.

En base a los genitales externos, al nacer nos atribuyen un sexo biológico: bien mujeres o bien hombres. El sexo biológico se corresponde, respectivamente, con los cromosomas XX o XY. Esos cromosomas están presentes en cada célula de nuestro organismo y son responsables de las diferencias sexuales. Pero otro tema es el género.

El término género se acuñó en los años setenta del pasado siglo y con él se indica lo femenino y lo masculino. Es decir, el género se construye cultural y socialmente. Sus atributos y formas, así como la conducta de cada individuo, va a depender de las costumbres y de las formas de la cultura y del momento histórico en el que le haya tocado nacer y educarse.

Estos condicionantes estructurales no solo se refieren al papel de la mujer como cuidadora universal, común a casi todas las culturas humanas, sino también a la discriminación, a las peores condiciones económicas y al estrés crónico al que están sometidas las mujeres por tener que dedicarse a diferentes tareas y responsabilidades. Todo ello afecta negativamente a su salud.

SALUD Y GÉNERO

Desde el ámbito de la salud, género es no solo un término alternativo diferente al de sexo. Con género se pretende diferenciar el determinismo biologicista que formalmente está instaurado en la ciencia y en los abordajes de investigación.

Si tradicionalmente el estudio de la salud de las muje-



res ha quedado relegado, en los últimos años, de forma tímida, está apareciendo y es obligatorio estudiar la dimensión de sexo biológico en todas las patologías. Sin embargo, lo que está costando más introducir es la concienciación de la importancia que tienen las dimensiones social, económica y cultural. Estos factores, que están en la base de las diferencias entre los sexos, dan lugar a circunstancias concretas que son determinantes en la salud, en la aparición de enfermedades y en la forma de responder a los tratamientos.

Saber contemplar y estudiar la realidad de la salud humana con el prisma de la dimensión de género implica abrir no solo la mente, sino también ampliar los objetivos científicos a la realidad humana en todas las culturas. Y es que la salud, como concepto global, no solo es física, ni tan solo psíquica, los seres humanos somos entes sociales y nuestra salud, nuestro bienestar, las maneras de enfermar y de enfrentar las posibles terapias implica una dimensión social y espiritual que supera lo meramente físico. Por tanto, no tener en cuenta esa dimensión conduce a conclusiones sesgadas, no científicas, de abordar la realidad, que nos arrastran hacia inexactitudes manifiestas que han sido históricamente asumidas y que, como axiomas erróneos, acarrear consecuencias nefastas para la mitad de la población del planeta.



des-igualdades que se plasman entre mujeres y hombres, teniendo en cuenta el contexto histórico, cultural, económico y social.

El género como sistema de relaciones sociales: se tienen en cuenta las estructuras y a las dinámicas de relaciones y de interacciones entre mujeres y varones, considerando el concepto simbólico de lo femenino frente a lo masculino, en un desequilibrio social que se decanta desfavorable para lo femenino.

FUTURO INMEDIATO

Si realmente se quiere enfrentar esta problemática histórica hacia la equidad, en salud se deberá comenzar promoviendo investigaciones diferenciales sobre la fisiología y la fisiopatología. Y ha de complementarse impulsando políticas públicas que entiendan y siempre tengan presentes las investigaciones de salud integral. Es decir, no solo utilizando el sexo biológico como variable de estudio, sino incorporando la variable de género.

Estos estudios deberán dotarse de financiación específica ya que será la única manera de que, en pocos años, podamos conocer las causas y consecuencias y las realidades de la salud de mujeres para, quizá conseguir cambiar la paradoja de que las mujeres vivan más años, pero con peor calidad de vida.

CAMBIO DE PARADIGMA

Es tiempo de rectificar y de cambiar el paradigma desde la base. La realidad en salud global es que investigar incorporando la dimensión de género contribuye a mirar la salud con un prisma diferente que conciba diseños y marcos de trabajo diversos, siendo conscientes que enfrentamos otros desafíos metodológicos y éticos.

El género puede entenderse en dos sentidos que, aunque están interconectados, son diferentes:

El género, como categoría analítica: se exploran y se interpretan no solo las diferencias, sino también las



MARÍA TRINIDAD HERRERO

Catedrática de Medicina de la Universidad de Murcia.
Directora del Instituto de Investigación en Envejecimiento de la Universidad de Murcia. Neurociencia Clínica y Experimental (NiCE-IMIB) de la UMu



Cuidamos de lo que más quieres

Nuevos puntos de Pediatría para estar donde nos necesitas

968 64 40 30



Crisis a la hora de la elección de Medicina de Familia en el MIR

● Más de 40 años de experiencia profesional dedicada a la Medicina Familiar (MF) me concede la impronta de seguir reflexionando sobre este campo de conocimiento y de actividad laboral. Deseo sistematizar algunos de los puntos axiales del debate alrededor de la MF que debe tenerse en cuenta para entender el estado de la cuestión.

En primer lugar merece la pena recordar lo siguiente: desde que la gestión pasó a unificarse en Gerencias de Área y se eliminaron las Gerencias de Atención Primaria en la Región, pudimos constatar declive manifiesto de la MF mientras el peso de la bota del Hospital se colocaba en la yugular de la Atención Primaria. Sucesos en los que la gestión presupuestaria -curiosamente dirigida por personas procedentes de la propia AP- ha cumplido un significativo papel.

En segundo lugar, lo cierto es que, desde el escenario directivo, nuestros gestores llegaron a tomas de decisión deficientes, carentes e incompletas a la hora de dar razón al universo que concita la AP, donde la transformación de esta estuvo a punto de generar la dimisión de todos los coordinadores de la Región evitada, a última hora, al lograrse acuerdos firmados por la máxima autoridad regional. Acuerdos que, posteriormente, fueron obviados como papel de paja.

En un artículo en la era post-covid, me atreví a vaticinar un futuro peor en ausencia de una planificación realista del sistema sanitario y sus servicios. Y surgió lo previsible: situaciones con profesionales como pollo sin cabeza, unido a un gasto descontrolado a la que la Hacienda autonómica se ve obligada a poner freno, remitiéndose al Gobierno central sin abandonar ni ocultar, los variados conciertos que nuestros gestores sanitarios llevaron y llevan a cabo con instituciones privadas y demás derivadas.

Incluir también las listas de espera desde la AP a las que podíamos unir cierta dejadez profesional y al supino desconocimiento que desde el hospital se tiene de la AP.

A estas alturas de mi relato no extrañará que, para mí, la

MF sea una de las especialidades más atractivas y estimulantes. Cito algunas funciones y actividades asociadas a la tarea del competente en MF para dar credibilidad a mis asertos: si se tiene la suficiente cultura profesional en el territorio de la salud podrá recordar que hace tan solo 35 años la interpretación de un ECG, la identificación de una arritmia, el control y seguimiento de un diabético o un gotoso, el ubicar el perfil de un hipertenso, el abordaje de una insuficiencia renal, etc., pertenecían casi en exclusiva al ámbito hospitalario. Hoy, son los MF los encargados de asumir estas tareas, entretanto realizan ecografías, solicitan TAC y RMN, realizan infinidad de estudios incluidos indicación de FISO y salud bucodental preventiva, sin olvidar el delicado control de embarazos normales y así otros muchos etcéteras...

Lanzo algunos de los cometidos necesarios para reforzar las tesis que estoy defendiendo:

- Una mejor formación preclínica, teniendo presente el MIR, así como unas condiciones de desarrollo laboral, suficientemente sólidas y atractivas.
- El reconocimiento de plazas especialmente aisladas que concedan un trato adecuado a sus profesionales.
- Políticas de incentivos sólidas, lo que significa huir de pequeños aumentos salariales unificadores y, si partimos de la base que el producto médico se puede medir (PIN), pues miel sobre hojuelas. Es posible conseguir objetivos en salud, previamente pactados, con nuestros directivos y encaminados a mejorar la salud de la población.
- Estos incentivos no solo deben ceñirse a lo económico, conviene institucionalizar su status y su prestigio social.

ASIGNATURA PROPIA

Ahora bien, el prestigio también se encuentra en la Universidad, de la que los MF hemos estado privados hasta hace dos años: tener una asignatura propia con contenidos propios es lo exigente ya que no se puede elegir lo que no se conoce. Son indispensables Cátedras que impartan saber y conocimiento sobre los asuntos específicos de la AP, tales como existen en Europa y USA.

EJE DEL SISTEMA SANITARIO

El 40% de los médicos serán MF en un futuro muy cercano y la especialidad debe hacerse más atractiva en contenidos y en todo aquello que fortalezca su desarrollo profesional. El MF es sobre todo 'especialista en personas' observadas desde la perspectiva de la salud, que desarrolla su trabajo de forma longitudinal desde que la persona nace hasta el final, integrando la labor de los especialistas hospitalarios, lo que propicia el poder asegurar que, sin una buena AP, no puede existir una buena asistencia sanitaria. De ahí que la MF debería ser el eje transversal y longitudinal del sistema sanitario.

Reivindico, por tanto una AP de calidad, sin dudas y asumiendo sus complejidades en el sistema sanitario actual. Una AP que impulse, reconozca y cuente con expertos profesionales en condiciones para realizar su trabajo, formando parte de la élite médica

y siendo capaces de, entre otros objetivos, convencer a nuestros dirigentes de que el futuro próximo va a acabar, o debería acabar, dándole a la AP lo que ha conseguido y se merece.

No voy a ocultar que mantengo también cierto pesimismo al analizar algunos de los movimientos de mi entorno. Me formé en la Arrixaca, con médicos que mantenían un alto nivel de profesionalismo exigente y responsable, muchos de los cuales coinciden con buena parte de mis reflexiones y afirmaciones. En las condiciones actuales pueden entender la natural prevención a ser MF, yo solo les puedo decir que he sido feliz siendo MF desde el año 85, y he hecho notar en multitud de foros que tenemos que ser mucho más reivindicativos en nuestras múltiples necesidades tanto como las de nuestros usuarios.

El viejo tópico de que solo existe vida inteligente en los hospitales ha sido sustituido por el 'coordinémonos para mejorar la atención a nuestros usuarios desde el hospital y ubicando la AP en un plano de absoluta igualdad'. ¿Se darán cuenta nuestros jefes de todo lo que está aconteciendo? Mi enfado y desasosiego tiene fundamento: si se conoce de cerca la evolución presupuestaria para toda la Sanidad y, concretamente, para la AP, acaba uno por preguntarse dónde van los recursos y en qué se utilizan.



Últimas palabras de aliento: les prometo que volvería a ser MF para seguir luchando en nuestra mejora profesional y personal, junto a mis compañeros, frente a los demonios que siempre han existido. No hubo luchas ni reivindicaciones en las que no me viera envuelto y la mayoría de ellas con poco éxito o frustración, pero mereció la pena si se piensa en la dimensión de lo obtenido a corto y medio plazo. Este es mi deseo para las nuevas generaciones: no os desaniméis ante los cantos de sirena de lo privado, de la magia del hospital, de la última tecnología, comprobad lo que digo, observad que es cierto y.... ÁNIMO, ser médico de familia es un honor.



JUAN ENRIQUE PEREÑÍGUEZ

Médico de familia y académico de la Real Academia de Medicina de Murcia

El arte de curar en la expedición de Magallanes y Elcano

● La expedición que entre 1519 y 1522 logró completar la primera vuelta al mundo no fue solo un hito geográfico, político y económico, también fue un inmenso experimento involuntario sobre los límites del cuerpo humano, la fragilidad de la salud en condiciones extremas y la práctica médica en un entorno impredecible.

Pocas empresas sintetizan con tanta claridad lo que significaba cuidar la vida en el tránsito entre la medicina medieval y la renacentista como la que emprendieron Fernando de Magallanes y, más tarde, Juan Sebastián Elcano. A bordo convivían cirujanos, barberos, sangradores y hombres que, sin título, conocían remedios vegetales que habían aprendido en puertos del Atlántico. Su labor, casi siempre a contracorriente, trató de preservar la integridad de marineros sometidos a enfermedades carenciales, infecciones, traumatismos y un aislamiento terapéutico que hoy cuesta imaginar.

LA FIGURA DEL CIRUJANO-BARBERO EN LA EXPEDICIÓN

En la expedición zarparon varios profesionales relacionados con las artes de curar. Los principales fueron los cirujanos-barberos, una figura híbrida y fundamental en la navegación del siglo XVI. No eran médicos universitarios, sino prácticos con habilidad para sangrar, suturar heridas, extraer proyectiles, reducir fracturas y manejar instrumental que hoy consideraríamos más propio de un herrero que de un profesional sanitario. Su labor abarcaba desde la higiene de la tripulación a la asistencia en las frecuentes peleas, accidentes y enfermedades que brotaban en un ambiente de hacinamiento.

Estos hombres viajaban con un pequeño arsenal terapéutico: vendas, ventosas, cáusticos para quemar tejidos necrosados, aceites y ungüentos de hierbas, pólvora para cauterizar, agujas curvilíneas, cañones de sangría y sustancias como el ruibarbo. También era habitual portar especias como el jengibre o la pimienta, empleadas como condimento y medicina, en un tiempo en que la distinción entre ambas era difusa.

Pese a sus esfuerzos, la capacidad de maniobra era reducida. En medio del océano, sin puertos donde reabastecerse ni posibilidad de conseguir nuevos medicamentos, los cirujanos tenían que improvisar. A menudo

usaban pequeñas tablas de madera para entablillar fracturas, preparaban cataplasmas con harina rancia o infusiones con las pocas hierbas secas que tenían disponibles. El mar, con su humedad constante, su movimiento y su salinidad, se convertía en enemigo constante de cualquier cura.

LA TRAGEDIA SILENCIOSA DEL ESCORBUTO

Si hubiera que elegir una enfermedad que simbolice la odisea médica de la primera circunnavegación, sería sin duda el escorbuto. Aunque su causa —la deficiencia de vitamina C— era desconocida en el siglo XVI, su presencia era sobradamente reconocida y temida. Para los marineros el escorbuto era un mal que avanzaba desde la boca, con inflamación de las encías, dientes que se aflojaban y caían, hemorragias, debilidad extrema y una sensación general de descomposición interna. No tardaba en convertir al afectado en un cadáver en potencia.

Durante la travesía del Pacífico, que duró 3 meses y 20 días sin tocar tierra, la tripulación consumió dietas basadas en galletas infestadas de gusanos, agua putrefacta y carne en salazón que llevaba meses en barriles. Nada en aquella alimentación proporcionaba nutrientes frescos. Las crónicas relatan que muchos hombres se derrumbaron incapaces de mantenerse en pie y que la enfermedad arrasó especialmente a aquellos de menor rango, cuyos racionamientos eran todavía más precarios.

Los cirujanos eran conscientes de que ciertos alimentos frescos aliviaban el mal, sin comprender por qué. Cuando alcanzaron las islas de la Micronesia y después Filipinas, el consumo de cocos, frutas tropicales y hojas tiernas produjo una recuperación casi milagrosa. La experiencia reforzaba la idea empírica de que la dieta tenía un papel decisivo, aunque faltaban siglos para que James Lind formulara el primer ensayo clínico moderno sobre el escorbuto.

OTRAS ENFERMEDADES DEL VIAJE

El escorbuto fue el protagonista trágico, pero no el único enemigo. La disentería acompañó a la expedición desde las pri-



meras semanas. Las aguas estancadas en pipas de madera, el consumo de alimentos contaminados y el hacinamiento favorecían brotes continuos de diarreas que debilitaban rápidamente a los marineros.

Las infecciones cutáneas eran otro problema habitual. Los marineros pasaban largas jornadas expuestos a la humedad, rozaduras y golpes. Heridas que en tierra firme habrían cicatrizado sin dificultades se convertían, en el mar, en puertas de entrada para bacterias que podían provocar gangrenas fulminantes. El instrumental quirúrgico apenas se limpiaba, y los cirujanos trabajaban sin noción alguna de asepsia. A veces recurrían a lavar las heridas con vino o aguardiente —uno de los mejores antisépticos disponibles entonces—, pero no siempre alcanzaba.

También afloraban enfermedades causadas por parásitos: piojos, sarna, lombrices intestinales. Los baños eran escasos y los cambios de ropa casi simbólicos. El calor de las zonas tropicales multiplicaba la proliferación de insectos, mientras que el frío extremo del estrecho de Magallanes llevaba a problemas respiratorios, congelaciones y reumatismos.

Los traumatismos completaban la lista. Caídas desde los palos mayores, golpes provocados por el vaivén del barco, accidentes durante maniobras o combates eran frecuentes. A los cirujanos les correspondía reducir fracturas, suturar heridas profundas y, en ocasiones, amputar miembros afectados por infecciones severas. La amputación, realizada sin anestesia, consistía en un procedimiento rápido y brutal: seccionaban el miembro con sierra y luego cauterizaban con hierro al rojo o pólvora.

Y es que, si la expedición de Magallanes y Elcano fue una proeza de navegación, también lo fue en cuanto a resistencia fisiológica y creatividad médica. En ella se entrelazaron la fragilidad del cuerpo humano, la valentía de los profesionales que los cuidaban y la fuerza implacable de un océano cuya historia, desde entonces, quedó unida para siempre a la de la humanidad.



PEDRO GARGANTILLA
 Universidad Francisco de Vitoria
 Unidad de Ciencia y Cultura
 del Hospital de El Escorial de Madrid

Más fuertes juntos: Semana Europea de la Salud Mental 2026



● La séptima edición de la Semana Europea de la Salud Mental tiene lugar este año del 4 al 8 de mayo de 2026. Una iniciativa paneuropea dirigida a concienciar sobre la importancia de la salud mental y coordinada por Mental Health Europe que se ha convertido en un evento europeo compartido que reúne a sus miembros, organizaciones de la sociedad civil, grupos comunitarios, responsables políticos, profesionales, personas con experiencia propia y el público en general.

‘Más fuertes juntos: Priorizando la salud mental en una Europa en transformación’ es el lema que sintetiza el cambio de narrativa. En estos momentos de profunda transformación, los cambios digitales, el aumento de las desigualdades, la creciente presión sobre los jóvenes y el acceso desigual a los sistemas de apoyo, están afectando a nuestra forma de vivir, conectar y desenvolvernos en el mundo.

Estos cambios pueden resultar abrumadores, generando incertidumbre y temor ante el futuro. Sin embargo, en medio de estos desafíos, una verdad permanece constante: somos más fuertes cuando estamos unidos,

afirman desde Mental Health Europe. Con su campaña de sensibilización buscan que, en lugar de seguir centrándonos en la crisis, nos enfoquemos en la conexión colectiva, la resiliencia y la esperanza y nos recuerda que el proceso de recuperación no se logra en situación de aislamiento, sino con apoyo social.

UNIÓN EN LA INCERTIDUMBRE

‘Más fuertes juntos’ es un llamado a la unidad en un momento histórico de división e incertidumbre: firme, centrado en las personas y lleno de esperanza. ‘Más fuertes juntos’ nos recuerda lo que nos une: nuestra necesidad de cuidado, conexión y dignidad. Es una invitación a personas, organizaciones y comunidades a avanzar de la mano, creando entornos donde todos podamos prosperar.

Y para lograr esta conexión, esta inclusión y participación social de las personas con problemas de salud mental, es prioritaria la lucha contra el estigma, abogar por una humanización de los espacios de una atención sanitaria que esté basada en los derechos humanos y que, desde las administraciones públicas, se tome en serio el abor-

daje de los factores sociales, económicos y políticos que están influyendo en el aumento del malestar psíquico de la sociedad.

Desde Fundación SOYCOMOTÚ, tenemos claro que el enfoque comunitario es necesario en los programas de intervención dirigidos a la recuperación de las personas con problemas de salud mental, de modo que la persona pueda tomar distancia de su rol como 'enferma-paciente' y adquiera el rol de ciudadana de pleno derecho; también, que pueda tomar conciencia de que un diagnóstico no le hace inferior, ni menos válida; y, muy importante, que no pierda la esperanza de que, una vez superada la fase crítica, podrá acceder al mundo laboral, escolar y/o social, y esto es responsabilidad de todos. No podemos dejar de comprometernos, y ahora menos que nunca, ya que las tasas de suicidio y de desempleo en personas con diagnóstico en salud mental y/o neurodivergencias son muy elevadas.

Desde la fundación nos unimos cada año a la celebración de la Semana Europea de la Salud mental colaborando en la programación de actividades con otras entidades del tercer sector y el Ayuntamiento de Murcia, organizando una mesa redonda, que, en esta ocasión, se centrará en las consecuencias del acoso escolar en la salud mental y abordajes efectivos, actividad programada para el 8 de mayo; también dinámicas de sensibilización a pie de calle, publicaciones de concienciación en redes sociales y un cineforum en el que se reflexionará sobre la importancia del apoyo social en el proceso de recuperación.

Además, y como novedad, el sábado 9 de mayo tendrá

lugar el primer encuentro para jóvenes en situación de soledad no deseada. 'Jóvenes que suman' es un nuevo proyecto de la Fundación que surge con fuerza y con voz propia a propuesta de algunas de las personas con diagnóstico en salud mental o neurodivergencias, participantes de algunos de nuestros programas inclusivos y que han colaborado en su puesta en marcha a lo largo de este primer trimestre con el apoyo del equipo técnico de la entidad.

Sabemos que entre todos podemos contribuir y potenciar la esperanza en un futuro donde la salud mental no sea estigmatizada, sino puesta en valor, porque, como dice el lema de esta séptima edición de la Semana Europea de la Salud Mental, juntos somos más fuertes.

Se puede acceder a más información sobre la programación de actividades para la Semana Europea de la Salud mental a través de la web de Fundación SOYCOMOTÚ: www.fundacionsoycomotu.org o llamando al 682170282



Mª NIEVES MARTÍNEZ-HIDALGO

Doctora en Psicología Clínica y Social
Presidenta y directora de Fundación SOYCOMOTU



SALVAESCALERAS
Rectos | Curvos | Plataformas

Su hogar sin límites.
Financiación a su medida.

Pide Cita
900 907 818

info@escendis.es
www.escendis.es



Central
Pol. Ind. La Polvorista
C/Algazas nº 11
Molina de Segura, Murcia

17 identidades en un cuerpo: la realidad de vivir con TID

Sergi March fue diagnosticado de trastorno de identidad disociativo a los 40 años

● A menudo el cine, los libros o las series de televisión ayudan a dar a conocer realidades que pueden ser desconocidas para el grueso de la población. Otras, por el contrario, hacen un flaco favor a las personas que conviven con esa realidad porque crean estigmas e ideas preconcebidas que poco tienen que ver con la verdad. Por desgracia, este segundo caso es el de las personas con trastorno de identidad disociativo o TID.



Sergi March.

Sergi March, de 41 años, tiene 17 identidades diagnosticadas y, para él, su vida comenzó hace dos años, cuando surgió su identidad. Divulgador en redes sociales y medios de comunicación sobre el TID, Sergi March aporta algo de rigor y luz en un trastorno que sufre el 1% de la población pero que está altamente infradiagnosticado.

“Se trata de un diagnóstico que se desarrolla entre los 5 y los 16 años de edad a raíz de un abuso sexual, una violencia continuada o un maltrato intrafamiliar”, explica Sergi March, que continúa: “Como el cerebro del niño o adolescente no está preparado para afrontar lo que está viviendo, el cerebro va a crear otra persona para que siga la vida de ese niño o adolescente. Esto va a continuar hasta que haya un diagnóstico y un tratamiento haciendo que, cada vez que la persona se enfrente a algo traumático o algo problemático a lo largo de su vida, se sigan creando identidades”.

Este punto de inflexión en el diagnóstico, explica el divulgador, demuestra la importancia vital que tiene el diagnóstico temprano en una persona con trastorno de identidad disociativo y la gravedad de la falta de profesionales especializados en este trastorno que deriva, a su vez, en diagnósticos erróneos: “Hace unos años, a otra identidad del ‘cuerpo’ (término que usa Sergi para referirse al individuo en el que convergen las identidades) se le diagnosticó trastorno bipolar. A otra, amnesia por estrés y a otra, trastorno límite de la personalidad. A mí, hace dos años y medio, me diagnosticaron por fin trastorno de identidad disociativo”.

Conseguir este diagnóstico no solo es complicado por la falta de profesionales sanitarios que sean expertos en el mismo, sino también porque la persona no es consciente de que tiene esa diversidad de identidades.



Sergi March **divulga** sobre el **trastorno de identidad disociativo** en redes sociales y medios de comunicación

“En mi caso – ejemplifica – lo que ocurrió fue que una de mis identidades, llamada Gi, se quiso casar con Xandra, que es mi pareja actual. La familia de ella descubrió que la ‘persona’ ya estaba casada. Xandra podría haber pensado que la estaba engañando pero a ella no le cuadraba, porque ya lo teníamos todo reservado y no haces todo eso si sabes que te van a pillar. También recordó que yo a veces me perdía por la ciudad y decidió que fuéramos a un psicólogo”. Tras diversos test psicológicos en septiembre de 2024, la respuesta para Sergi March fue clara: tenía trastorno de identidad disociativo.

VIVIR SIENDO ‘MUCHOS’

“Ahora que estoy en tratamiento solo me disocio cuando me asusto, me estreso o me chillan. Por eso, el objetivo de la terapia y la medicación es estar lo más tranquilo posible. Pero también ante situaciones concretas como, por ejemplo, si voy en el metro y se me acerca mucho un hombre. Porque en mi caso, el TID es fruto de un abuso

sexual infantil y, en ese momento, mi cerebro me ‘saca de ahí’ y al volver, esas dos o tres horas no las voy a recordar porque otra identidad ha tomado el mando y, además de TID, tengo amnesia disociativa como el 70% de las personas con TID”, apunta Sergi March.

En términos de frecuencia, apunta el divulgador, gracias a la terapia esta disociación ocurre entre tres y cuatro veces a la semana gracias al tratamiento, ya que antes, explica, le ocurría entre treinta y cuarenta veces al día. “El cerebro se acostumbra a ser una máquina de disociación, lo que hace es que el cerebro sabe con qué persona debe usar cada identidad. Entonces va cambiando y rellenando los huecos para que, por ejemplo, tú nunca te preguntes dónde has estado ese tiempo en el que ha habido otra identidad”.

También en términos de frecuencia, Sergi March es la identidad que está más tiempo presente en el ‘cuerpo’, pero las demás identidades conviven de manera independiente. “Cuando empecé la terapia con mi psicóloga me dijo que había dos opciones: la terapia de integración, es decir, que todas las identidades se fusionan, pero esta opción es complicada de conseguir a mi edad porque son muchas identidades; o la terapia de convivencia. Para explicar esta terapia, ella la llama ‘terapia del ejército’ porque consiste en enseñar a las demás identidades que tú (Sergi) eres el capitán general, y por debajo hay sargentos, cabos, tenientes, soldados... Lo estuve pensando y pensé que quién era yo para matar a identidades que tienen muchos más años de vida y de historia que yo. Así que decidimos la terapia de convivencia”.

Del mismo modo, explica Sergi March, antes de la terapia escuchaba un “batiburrillo de voces” en su cabeza, pertenecientes a las demás identidades que, aunque no están ‘fuera’ en ese momento, siguen existiendo. Ahora, con la terapia psicológica y la medicación, el divulgador es capaz de percibir las de manera ordenada, entenderlas y saber cómo responden ante cosas que él está viviendo. Esto resulta positivo para el divulgador porque le permite vivir sin ese vocerío dentro, pero también le exige vivir con diferentes ‘puntos de vista’ en todo momento. “A veces escuchó llorar al niño que sufrió el abuso. Otras identidades, por ejemplo, no quieren que sea divulgador y me insultan cuando hablo con periodistas o hago algún podcast”, explica.

Aunque las identidades no puedan morir, Sergi explica que “pueden quedarse como dormidas, aletargadas, salir con menos frecuencia. Hay 4 o 5 que no han salido desde hace un año. Quizá porque no tienen nada que aportar. Al final, el trastorno de identidad disociativo es una manera que tiene el cerebro de asegurar tu supervivencia, cada identidad tiene su función. Quizá, con el tiempo, pierden su función. Pero pueden salir, y se van a

acordar que en algún momento alguien, en mi caso Xandra, les explicó que tenían TID como parte de la terapia de convivencia”.

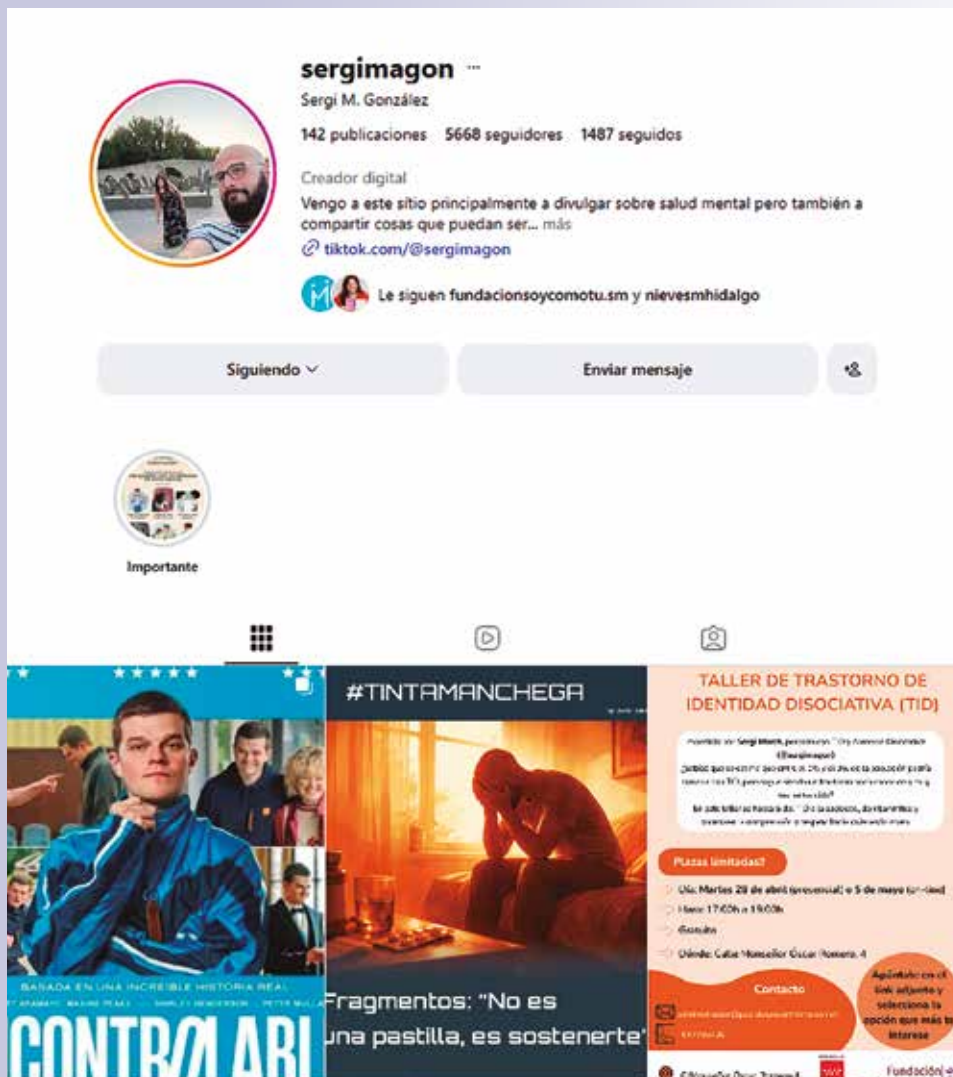
LAS PESADILLAS

Conocer su diagnóstico también ha resuelto una de las grandes dudas que ha perseguido al ‘cuerpo’ durante toda su vida: las pesadillas que, en realidad, son recuerdos. “Uno de los problemas que tiene el TID son los flashbacks cuando duermes. Es como un sueño, pero muchísimo más real porque estás reviviendo el trauma que sufriste en primera persona. Yo no sabía lo que era, hasta que me explicó mi psicóloga actual. Le dije que tenía muchas pesadillas y problemas para dormir y ella me preguntó si se repetían, le dije que sí y descubrimos que eran flashbacks, que estaba recordando el trauma. Esto me hizo preguntarle al entorno de otras identidades del ‘cuerpo’ si estas identidades dormían bien y me dijeron que no, que siempre habían dormido mal. Eso hace que siempre estés agotado”, explica el divulgador de TID.

Sergi llegó a tener **30 o 40 cambios de identidad** cada día antes del tratamiento

LAS ‘MENTIRAS’ Y LOS PREJUICIOS

La mencionada acción involuntaria del cerebro que constituye la disociación marca una diferencia fundamental en uno de los puntos más complicados de una persona con TID: que el entorno crea que, simplemente, está mintiendo. “Una persona con TID no miente, vive en una irrealidad, que es diferente. Mentir es el acto de decir algo sabiendo que no es cierto, pero una irrealidad es creer que tú vives en ese algo que no es real. Si el primer recuerdo que tiene una identidad es de Andorra, creerá



Perfil de Instagram de Sergi March, divulgador sobre el TID.



Mucha **gente oculta** que **tiene TID** por el **estigma asociado** y los problemas en el día a día

que es andorrano porque en cerebro construye la idea de que, como estás aquí, eres de aquí, para no hacerte dudar”, explica Sergi March.

Aunque el diagnóstico esclarece muchas dudas para la persona con TID y parte de su entorno, el divulgador reconoce que no todo el mundo encaja bien la idea de que un familiar o alguien cercano tiene TID: “solo ocurre en el 20% de los casos porque el resto cree que tienes algo, pero no eso. Esto, me explicó mi psicóloga, que es porque en realidad es el único trastorno de la salud mental que es culpa de la sociedad, que tiene un origen evitable. No puedes evitar tener TOC, o tener TLP, pero sí podrías haber evitado ese trauma que causa el TID”.

Además de encontrarse con un alto porcentaje de gente que cree que están mintiendo o que desestiman la existencia del TID, las personas con este trastorno se encuentran con gran cantidad de prejuicios en la sociedad, muchos derivados de personajes de series de televisión o películas en las que se muestra una imagen distorsionada y nada real del TID.

Uno de los casos más famosos es el de la película ‘Múltiple’, en la que el personaje principal se supone que tiene TID. “Para empezar – rebate Sergi March -, la OMS ya le cambió el nombre, ya no se llama ‘personalidad múltiple’, porque no cambia la personalidad, cambia la identidad. En cuanto a la personalidad de cada identidad, pueden ser diferentes las unas de las otras, pero no con cambios

Películas como **‘Múltiple’** muestran una **versión irreal** del **trastorno** de identidad disociativo

muy relevantes. En la película se enseña un hombre que pasó de ser una buena persona a un asesino. Eso no pasa con el TID”.

Otro personaje que muestra, aparentemente, a una persona con TID pero que se aleja mucho de la realidad de este trastorno es el del actor Carlos Areces en la serie ‘La que se avecina’. “Este personaje pasa de ser un señor nazi a una mujer inglesa o a un payaso. Esto será muy gracioso, pero no es real y resulta tremendamente estigmatizante”, acusa el divulgador.

Mostrar estas supuestas realidades del TID genera, como explica Sergi March, un gran estigma sobre el trastorno. “Esto se manifiesta de dos maneras: el que tiene miedo y el que no te cree porque opina que estás exagerando y te invalida”.

FALTA DE ASOCIACIONES

El enorme estigma alrededor del TID y las consecuencias tanto a nivel personal como profesional que perciben las personas con este trastorno hace que, a menudo, decidan ocultarlo y no comunicarlo. Esto, explica Sergi March, causa a su vez que no existan asociaciones de personas con TID ni familiares: “la gente no quiere decir que tiene TID por el estigma, pero es que, además, puede haber identidades que quieran decirlo y otras que no dentro del mismo cuerpo, como en mi caso, que algunas identidades no quieren que sea divulgador”.

SEÑALES DE ALERTA

En caso de tener sospecha de que alguien de nuestro entorno puede tener trastorno de identidad disociativo, el divulgador Sergi March recomienda “siempre ser directo. Lo mejor es decirle que estás notando cosas que no cuadran y que queréis buscar una solución. Si crees que se va a enfadar si le dices que tiene que ir a un psicólogo, prueba a decir que necesita ir a un neurólogo porque, aunque no sea nada neurológico en realidad, ya está dentro del sistema y el neurólogo le va a derivar. Pero no abandones a esa persona, no pienses de primeras que la persona es una mentirosa o que es una persona que vive en su mundo. Hay cosas que sí pueden ser mentiras pero si la persona te está diciendo que es de Almería y te deja su DNI donde pone que es de Barcelona, no te estará mintiendo sabiendo que le vas a pillar”.

La vida bajo el umbral del dolor

Los pacientes de migraña crónica son el retrato de una vida entre sombras

● Se estima que millones de personas viven bajo el yugo de la migraña crónica, una enfermedad que la Organización Mundial de la Salud sitúa entre las más incapacitantes. Sin embargo, el estigma persiste: 'Tómame un descanso', 'Es solo el estrés'...

Miriam Panalés sabe que no es así. Ella forma parte de ese grupo de pacientes que pierde, como mínimo, más de la mitad de su vida frente a un dolor que no deja cicatrices visibles, pero que altera profundamente su carrera, sus relaciones sociales y su identidad.

Para la mayoría, un día soleado es una invitación a salir. Para Miriam, puede ser el inicio de una pesadilla. Un des-



Miriam Panalés, durante una jornada de trabajo.

tello de luz fuera de lugar, el aroma intenso de un café o un cambio repentino en la presión del aire son los avisos de que 'algo' va a suceder. No es un simple dolor de cabeza; es la migraña crónica, una condición que transforma habitaciones en celdas oscuras y minutos en horas de un latido ensordecedor. En esta entrevista, nos adentramos en el mundo de quienes viven con el cerebro en alerta máxima, luchando contra una discapacidad que el mundo se obstina en ignorar.

¿Cuál es tu diagnóstico clínico? ¿Desde qué edad las padeces?

MIRIAM PANALÉS: Mi diagnóstico clínico es 'migraña crónica con o sin aura', y la padezco desde que tenía 15 años, o sea, que convivo con ellas alrededor de 35 años (tengo 50).

Si sumaras todos los días que has pasado a oscuras por la migraña este último año, ¿cuánta vida sientes que te ha robado la enfermedad?

M.P: El pasado 2025 ha sido desastroso. Por prescripción médica, llevo un calendario para mostrárselo durante las consultas. En ese calendario tengo que clasificar las crisis en tres niveles: leve, moderado o fuerte. Durante los 365 días del año pasado, padecí algún tipo de esos tres niveles todos los días.

La migraña crónica la definen los médicos por la presencia de cefalea durante 15 o más días al mes, de los cuales al menos 8 días presentan características de migraña, con o sin aura. La migraña con aura, a menudo llamada migraña clásica, se caracteriza por síntomas visuales o neurológicos previos.

¿Cómo se consigue intentar parecer 'normal' o funcional en el trabajo o con tu familia mientras padeces una migraña?

M.P: Es agotador tener que actuar como si todo estuviera bien cuando sientes que tienes una terrible cefalea. En el

trabajo, si siento que viene una crisis, bajo el sonido de la radio al mínimo y se lo comento a mis compañeras, a las cuales tengo que estarle agradecida por su comprensión y empatía hacia mi enfermedad. Luego es cuestión de disimular para que no noten mi cara de dolor o mi dificultad para encontrar palabras (esa odiosa afasia), y que no se preocupen demasiado.

En cuanto a mi familia, ya están acostumbrados; mi marido y mi hijo son maravillosos y me comprenden y ayudan en todo lo que pueden, manteniendo las luces casi en penumbra, evitando los sonidos altos, etcétera.

Millones de **personas** viven bajo el yugo de la **migraña crónica**

En cuanto al desconocimiento social, ¿cuál es el comentario o 'consejo' que más te frustra escuchar de la gente que no padece migraña?

M.P: La migraña no es un dolor de cabeza, es una enfermedad neurológica compleja que te apaga el sistema por completo. Yo soy consciente de que todos los consejos encierran buena voluntad, pero lo que yo padezco (y miles de personas más) no es un simple dolor de cabeza. Hay que dejar claro que decir que la migraña es un dolor de cabeza es como decir que un huracán es un poco de aire fuerte; no es para nada comparable. Es una condición que te roba días de vida, eventos familiares y productividad laboral.

Imagínate que, de repente, la luz del sol te quema los ojos como si fuera un láser, el sonido de una risa lejana te taladra el cráneo y el simple olor del café te provoca náuseas incontrolables. No es que seamos 'exagerados' o 'delicados'; es que nuestro sistema nervioso ha entrado en estado de crisis.

La migraña es una discapacidad invisible que nos obliga a elegir entre sufrir en silencio para 'no molestar' o desaparecer en una habitación oscura, sintiéndonos culpables por los planes cancelados y el trabajo acumulado.

El apoyo que pedimos a las personas de nuestro círculo no requiere que encuentren una cura, sino que comprendan nuestro dolor. Un "¿qué necesitas que haga por ti?" o simplemente bajar el volumen de la voz y la intensidad de las luces vale más que cualquier consejo médico no solicitado.

| PACO RABADÁN AROCA



“La migraña no es un dolor de cabeza, es una enfermedad neurológica compleja”



13.000 personas en España no saben que padecen **hepatitis C**

Los expertos insisten en la necesidad de continuar trabajando en la búsqueda de personas con la enfermedad

●Según datos del Ministerio de Sanidad, desde la llegada de los antivirales de acción directa (AAD), cerca de 172.000 pacientes con hepatitis C han sido tratados en España. Sin embargo, se estima que aún hay alrededor de 13.000 personas que no han sido diagnosticadas y por lo tanto no saben que

tienen hepatitis C.

Dada la relevancia de localizar a los pacientes no diagnosticados, los especialistas subrayan la necesidad de mantener una búsqueda activa. El doctor José Luis Calleja, del Hospital Universitario Puerta de Hierro, destaca que “con-

tamos con el Decálogo de Eliminación de la Hepatitis C, un documento que establece los requisitos que deben cumplir los hospitales para avanzar de forma estructurada hacia la eliminación de la enfermedad. Este marco proporciona a los centros una hoja de ruta clara, con criterios

definidos y orientaciones prácticas que facilitan la implementación de medidas eficaces en el proceso de eliminación”.

Sobre este y otros temas relacionados, se habló durante el 51 Congreso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), organizado por la compañía biofarmacéutica AbbVie, y celebrado en Madrid.

En el encuentro también se presentaron diversos casos de éxito implementados en hospitales españoles. Se trata de iniciativas que han optimizado el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C, con un enfoque prioritario en los colectivos de mayor vulnerabilidad.

Durante la ponencia ‘Estrategias de automatización para la detección del VHC: resultados y aprendizajes’, la doctora Gloria Sánchez-Antolín (Hospital Río Hortega, Valladolid) analizó cómo automatizar los procesos de laboratorio es fundamental para erradicar la enfermedad. La doctora compartió datos de su aplicación en la práctica real y subrayó las claves para integrar estos circuitos en el sistema sanitario de manera eficiente y sostenible.

“Este enfoque permite pasar de un modelo oportunista a uno proactivo, reduciendo la dependencia del azar o de la sospecha clínica individual. Los resultados en pacientes con alteración de las pruebas hepáticas han sido muy relevantes: se ha logrado detectar una tasa de he-



patitis C claramente superior a la observada en la población general, poniendo de manifiesto que este grupo concentra un elevado número de infecciones ocultas que hasta ahora escapaban al diagnóstico”, explicó la doctora Sánchez-Antolín.

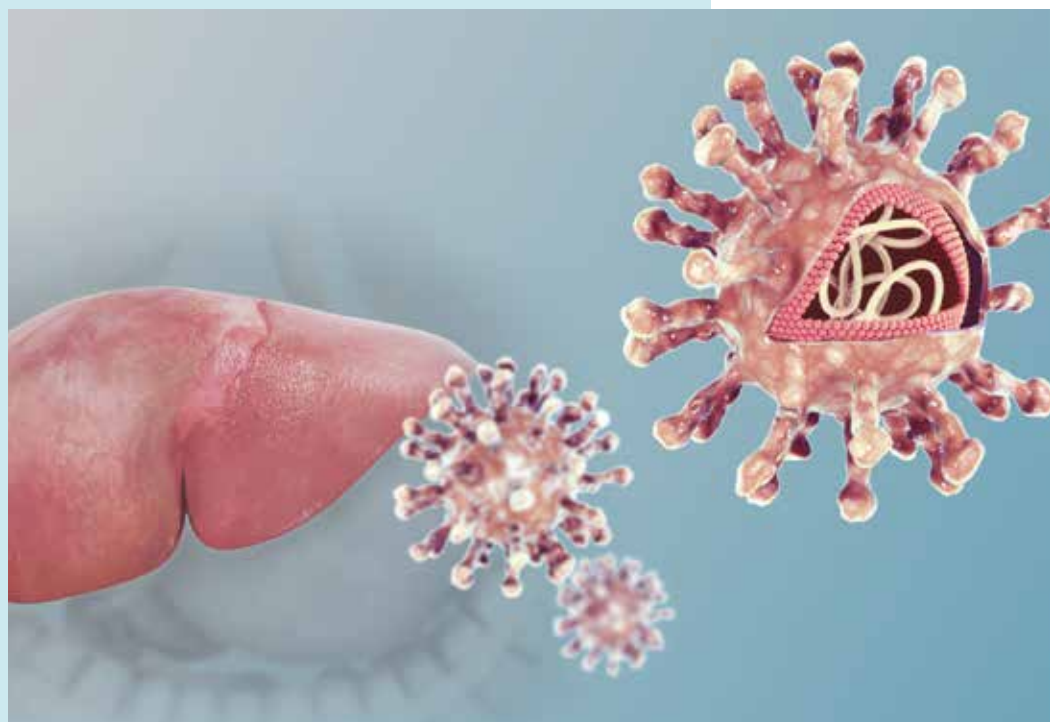
Por su parte, la doctora Gema Romero Herrera (Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva) presentó un proyecto colaborativo entre el Servicio de Hepatología y Atención Primaria de su área sanitaria. Esta iniciativa busca establecer una interconexión directa entre ambos niveles asistenciales para externalizar el tratamiento de la hepatitis C, permitiendo que el paciente reciba atención fuera del entorno hospitalario convencional. “Este proyecto ha permitido llegar a población vulnerable con escaso o nulo contacto con el sistema sanitario. Gracias a este enfoque, se ha podido brindar atención descentralizada a numerosos pacientes, tanto en el ámbito de Atención Primaria, como en la consulta especializada hospitalaria”, aseguró la doctora Romero.

El doctor Javier Crespo, Investigador del Instituto de Investigación de Valdecilla (Santander), habló sobre el éxito de Cantabria en la eliminación de la hepatitis C. “Durante la última década hemos impulsado estrategias de macro y micro eliminación que nos han permitido diagnosticar y tratar a un número muy significativo de pacientes con hepatitis C. Este avance demuestra que el objetivo es

“Automatizar los procesos de laboratorio es fundamental para erradicar la enfermedad”



Los especialistas subrayan la necesidad de mantener una búsqueda activa



alcanzable, pero exige que las diferentes comunidades autónomas trabajemos de forma coordinada, compartiendo casos de éxito y lecciones aprendidas, para acelerar de manera conjunta la eliminación definitiva de la enfermedad”, declaró el doctor.

Las experiencias presentadas en este Congreso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado, confirman que España cuenta con el conocimiento y las herramientas necesarias para erradicar la hepatitis C. Según el doctor Crespo, el desafío actual reside en estandarizar los modelos exitosos y fortalecer la cooperación entre regiones y niveles asistenciales. “La eliminación es una meta realista que solo requiere mantener el compromiso, la colaboración y la continuidad para asegurar que cada paciente sea diagnosticado y tratado”, concluyó.

| PACO RABADÁN AROCA

¿Debemos cambiar los 'dibujitos' de ahora por los de antes?

La neuropediatra Carmen Martínez recuerda que, sea como sea el contenido, hay que evitar las pantallas antes de los 6 años

● En las últimas semanas, muchos neurólogos y neuropediatras han alzado la voz en redes sociales y en diversos medios de comunicación para advertir de una situación que está pasando en muchos hogares: los 'dibujos animados' que ven los niños, aunque parezcan inocentes, pueden ser dañinos para su desarrollo por la velocidad con la que cambian los planos, los colores chillones y la música estridente. Como comparativa, indican que, mientras otras animaciones clásicas como Heidi a penas tiene 8 cambios de plano por minuto, otras como La Patrulla Canina unos 30 cambios de plano por minuto.



La doctora Carmen Martínez.

Las consecuencias de esta exposición rápida y muy estimulante pueden pasar por problemas de concentración, frustración y problemas para gestionar la demora de la gratificación en edades tempranas.

Sobre esto, la neuropediatra del hospital Santa Lucía de Cartagena, **Carmen Martínez**, indica que "es difícil evaluar las consecuencias a largo plazo de la exposición a unos dibujos y a otros porque no hay tantos estudios pero, usando el sentido común, está claro que esto no es adecuado para ellos". Además de estos colores, planos y música, la doctora advierte de que los dibujos con sucesos imposibles (producciones animadas donde las leyes de la física, la biología y la realidad no se aplican, como por ejemplo en los que se producen grandes golpes sin consecuencias físicas, cambios de tamaño irreales o animales que pueden hablar) "puede disminuir la capacidad del niño de inhibir impulsos y la capacidad de concentración".

SI PUEDES ELEGIR, ELIGE NO PANTALLAS

Por ello, desde la neuropediatría se recomienda que, en caso de que el niño vaya a ver dibujos animados, se elijan unos con planos y estética más calmada, con narrativas realistas, pero, más allá de esta elección, la recomendación principal es evitar las pantallas en la medida de lo posible hasta los seis años y, sobre todo, reducirlas a cero antes de los tres años.

En esta edad temprana (antes de los 3 años), sea cual sea el contenido, "este estímulo constante de cambios, luces y brillos durante muchas horas al día, va a provocar alteraciones en las funciones ejecutivas como pueden ser dificultades de atención o de control de los impulsos", advierte la doctora Carmen Martínez, que añade "ya está demostrado que las pantallas aumentan la irritabilidad

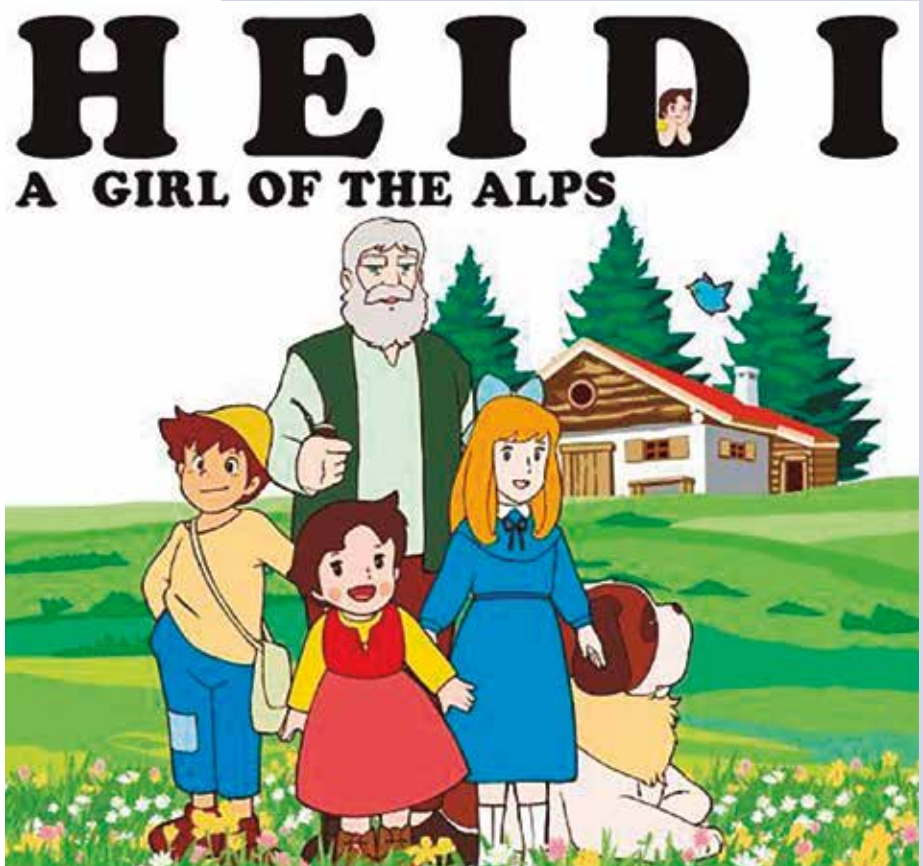
Las **pantallas** deben **evitarse hasta los 6 años** y, a partir de esa edad, **usarlas** como **último recurso** y no de forma habitual

y el humor en los adultos así que imagínate en el cerebro de un niño. A ellos les puede causar una disminución de las habilidades del lenguaje, de las habilidades sociales, peor regulación del control de impulso, irritabilidad, y por supuesto más sedentarismo y trastornos del sueño. Todos hemos visto dibujos de pequeños, pero el problema es que a día de hoy vemos a lactantes de seis meses en el carrito viendo Baby Einstein porque sus padres creen que es educativo o padres de niños de dos años que dicen que les gusta ver películas, aunque es imposible que un niño de esa edad mantenga la concentración durante una hora y media”.

Ante este tipo de estímulo, la neuropediatra recuerda que “su cerebro (el de los niños) no está diseñado para desarrollarse delante de una pantalla, necesita experiencias reales, sensoriales, emocionales. Los niños tienen que tener juego libre para interactuar, jugar con la tierra, en la playa, moverse”.

Después de los 3 años, y trayendo esta recomendación a la realidad de las familias españolas, la doctora Carmen Martínez reconoce que “a veces, necesitas 10 minutos y necesitas que el niño, que está cansado, con hambre o con sueño y está irritable, se esté quieto ese tiempo y le pones la televisión. Eso no está bien, pero la realidad es que se hace y puede hacerse, pero sabiendo que no es algo positivo y que debe usarse como último recurso, no de forma habitual”.

| CANDELA ALTABLE TORRES



El 39% de las enfermeras de la Región llevan una década con contratos temporales

1 de cada 3 enfermeras con puestos temporales no sabe cuál será la duración de su contrato

● El Colegio de Enfermería de la Región de Murcia realizó el año pasado un estudio-encuesta para conocer la realidad laboral y profesional de las enfermeras y enfermeros en nuestra Comunidad Autónoma. Casi 1.500 profesionales de la enfermería respondieron a estas preguntas sobre cuestiones que incluyeron su estabilidad laboral y su motivación.

En primer lugar, el estudio-encuesta recoge que la mitad de las enfermeras y enfermeros (50,2%) no cuentan con un contrato fijo, ya sea porque son interinos o porque su contrato es temporal.



Específicamente, el 42% del empleo no fijo es temporal mientras que el 58% es interino. Aunque no se trata de un contrato laboral fijo, sí presenta una mejora en las condiciones laborales de las enfermeras con respecto al 2016, donde 7 de cada 10 enfermeras y enfermeros con contratos no fijo tenían un puesto de trabajo temporal y solo 3 de cada 10 eran interinos o interinas.

Si hacemos la división entre el sistema público de salud y el sistema privado de salud, la diferencia se hace evidente: solo el 44% de las enfermeras o enfermeros del sector público tiene un contrato fijo mientras que esta cifra asciende al 79% en el sector privado.

Analizando únicamente los datos relativos a contratos de interinidad, un 20% de los profesionales de la enfermería con este tipo de contrato lleva más de 15 años en situación de temporalidad y un 39%, más de diez años.

Pasando de la temporalidad a la precariedad, es decir, excluyendo los contratos interinos dentro de los no fijos y centrándose únicamente en los contratos temporales, el 15% de las personas con este tipo de contrato lleva más de una década en esta situación y casi la mitad (45%) lleva más de cinco años en esta situación.

La precariedad aumenta teniendo en cuenta que un tercio de los contratos temporales son de duración indeterminada porque suelen ser para cubrir bajas sin fecha de alta fija. En el caso de aquellos contratos laborales temporales con duración determinada, la duración media de este contrato es de menos de siete meses.

MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN

En este estudio-encuesta también valoraron otros aspectos más personales de los y las profesionales de la

enfermería, como su motivación o su satisfacción. Este apartado arroja datos como que casi el 15% de las enfermeras y enfermeros encuestados no volvería a estudiar la carrera si pudiera volver a atrás y el 18% no está seguro o segura de que volvería a titularse de Enfermería.

En términos de motivación, la encuesta apunta que las enfermeras están más motivadas que los enfermeros y que la motivación es menor entre el colectivo joven que entre las personas con carreras más largas. Si se hace la división por sub-colectivos, se deduce que las enfermeras de 56 o más años son las más motivadas mientras que quienes trabajan en salud mental son los profesionales menos motivados.

Como última conclusión derivada de este estudio-encuesta del Colegio de Enfermería, el 11% de las enfermeras y enfermeros que ejercen en la Región de Murcia está pensando en trasladarse a otra Comunidad Autónoma, mientras que el 7% baraja la posibilidad de abandonar la profesión.

Esta última respuesta, apuntan desde el Colegio de Enfermería en las conclusiones del estudio, es cuatro veces mayor en la encuesta realizada por parte del Ministerio de Sanidad (el estudio del Ministerio recoge que un 27% de las enfermeras murcianas estarían pensando en abandonar la profesión). El órgano colegial deduce que esta respuesta es una expresión del descontento de la profesión enfermera para con el Ministerio, encargado de poner solución a alguna de las asignaturas pendientes que reclaman desde la enfermería.

| CANDELA ALTABLE TORRES

La mitad de las **enfermeras murcianas** son **interinas** o tienen contratos **temporales**



5 de mayo

Día Internacional de la Matrona

Matrona, especialista en cuidar de la mujer

Cuidamos a las mujeres a lo largo de toda su vida. Durante el embarazo, el parto y el puerperio, y también en todo lo que concierne a su salud reproductiva y sexual. Por eso, debe haber una plantilla adecuada de matronas en todos los centros sanitarios.

SATSE

Valorar, proteger, invertir y respetar a las enfermeras

12M

Día Internacional de la Enfermera

Invertir en enfermeras, respetarlas

valorarlas y protegerlas es esencial para garantizar unos cuidados seguros y de calidad. Sin su reconocimiento y condiciones dignas, no hay salud posible.

by
Lourdes
García



EXTRAER SANGRE: UN GRAN RETO



Aunque pueda parecer que es solo 'suerte', en realidad hay varios factores anatómicos, fisiológicos y ambientales que explican por qué en algunas personas encontrar una vena es más fácil que en otras.

Uno de los motivos es la visibilidad y accesibilidad de las venas. En personas con piel más gruesa, mayor tejido adiposo o venas más profundas, estas resultan menos visibles y palpables.

Otro factor clave es la temperatura corporal. Con el frío, las venas se 'cierran' ligeramente, lo que dificulta su localización. Por el contrario, con el calor se dilatan y se hacen más evidentes. También influye el estado emocional. El estrés o la ansiedad pueden activar el sistema nervioso simpático, provocando que las venas se contraigan ligeramente. Esto hace que la punción sea más difícil, especialmente en personas con miedo a las agujas o experiencias previas negativas.

¿POR QUÉ LA PIEL 'RECUERDA' EL SOL DURANTE AÑOS?



No es la primera vez que escuchamos la frase 'la piel tiene memoria', y es cierto. Esto se debe al fotoenvejecimiento, un proceso en el que la radiación ultravioleta (UV) va dejando una huella biológica acumulativa en las capas cutáneas.

Cuando la piel se expone al sol, especialmente a los rayos UVA y UVB, se producen pequeñas lesiones a nivel celular. Algunas afectan al ADN de las células de la piel y otras alteran estructuras clave como el colágeno y la elastina, responsables de la firmeza y elasticidad, y aunque el cuerpo tiene mecanismos de reparación, no siempre consiguen revertir completamente el daño.

Con los años, estos efectos se van sumando de manera progresiva. Por eso pueden aparecer arrugas, manchas o pérdida de firmeza tiempo después de haber tenido exposiciones solares intensas o repetidas. En estética y dermatología, a este fenómeno se le conoce como la 'memoria cutánea' del daño solar. Por eso, incorporar la fotoprotección diaria en tu rutina no es solo una medida estética, sino una inversión en la salud futura de tu piel: protégela hoy para prevenir el daño acumulado que no se ve ahora, pero que la piel sí recordará mañana.

¿DE QUÉ ALIMENTOS PODEMOS DISFRUTAR ESTE MES?



Con la llegada de mayo, el mercado se llena de colores, aromas y texturas que no solo conquistan el paladar, sino que también aportan un extra de salud.

Frutas como las cerezas, nísperos, albaricoques, verduras como las alcachofas o las berenjenas y pescados como la caballa o la sardina son alimentos de los que podemos disfrutar a partir del mes de mayo ya que están en temporada.

Elegir bien los alimentos es una forma sencilla y económica de comer mejor, con más sabor y más nutrientes.



¿QUIERES RECIBIR NUESTRA REVISTA?

THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE

por 4,95€/ mes

Recíbela donde quieras
(Revista gratuita, pagas solo el envío)

APOYA LA INFORMACIÓN INDEPENDIENTE
Y DE CALIDAD CON TU SUSCRIPCIÓN

Envía un correo a:
info@salud21murcia.es

poniendo tu dirección de correo postal,
una vez recibida la petición te informaremos del
método de pago

El tabaco: enemigo de tu piel y tu cabello

● Lucir una piel bonita y saludable es el objetivo de mucha gente. Cada vez más sectores de la población se concientizan de la importancia sobre usar cosméticos de calidad o proteger la piel del sol, pero también hay mucha gente que sigue teniendo un hábito que puede producir un daño extremo en la dermis: fumar.

El tabaquismo daña la piel desde diferentes puntos. El primero, y quizá el más obvio, es el aumento de posibilidades de desarrollar un cáncer de piel. En concreto, la posibilidad de tener carcinoma epidermoide (el segundo tipo de cáncer de piel más frecuente) es el doble en personas que

consumen tabaco en comparación con aquellas que no fuman.

En la línea de las lesiones en el rostro, fumar también empeora y dificulta la cicatrización y curación de cualquier daño que sufra la piel. En este punto puede afectar de manera drástica en caso de personas con tendencia a tener acné. El resultado de esto puede ser que lleguen a producirse heridas más grandes, tarden mucho más tiempo en cerrarse y la cicatriz que quede sea mucho más visible.

Esto se debe a la nicotina que contiene el tabaco y al monóxido de carbono que se produce al fumar. Estos dos

componentes, altamente perjudiciales para la salud, afectan a la calidad de los vasos sanguíneos, volviéndolos rígidos y a su capacidad para transportar oxígeno y otros nutrientes esenciales para la curación de las heridas en la piel.

Como es evidente, este empeoramiento de la calidad de los vasos sanguíneos derivado del hábito tabáquico también produce daños a nivel interno en la piel, en las células que la componen y que son las encargadas de mantener su bienestar, luminosidad y elasticidad.

Esto se debe, en primer lugar, porque



el tabaco destruye las células encargadas de producir el colágeno y elastina, reduciendo la cantidad presente en la piel de una manera mucho más rápida que en un proceso de envejecimiento habitual.

Además, reducir la oxigenación de las células, como se produce al fumar, genera radicales libres, que causan oxidación celular. El resultado de esto es que las células se vuelven disfuncionales y el envejecimiento aumenta en velocidad.

¿Y EN EL PELO?

El tabaco también afecta a la salud y buen aspecto de nuestro cabello. Tal y como ocurre con las células de la piel, el cuero cabelludo necesita unos vasos sanguíneos fuertes y capaces de transportar nutrientes, algo que el tabaco dificulta enormemente, y también está expuesto a que una oxidación celular a través de radicales libres impida su buen crecimiento y su bienestar, causando que esté más opaco, fino y que se caiga mucho más de lo habitual. Este estrés oxidativo también causa la aparición prematura de canas.

Además de esto, diversas investigaciones apuntan a que fumar aumenta la producción de testosterona, una hormona relacionada con el debilitamiento del cabello y su caída.

Por otra parte, el hábito tabáquico afecta a la probabilidad de desarrollar psoriasis, una enfermedad que

compromete el bienestar del cabello y su aspecto. Del mismo modo, en caso de que la persona ya padezca psoriasis, empezar a fumar aumenta el riesgo de producirse un brote y también de que los brotes sean más intensos.

| REDACCIÓN



7º Congreso para personas con cáncer y su entorno

21 de mayo de 2026

LUGAR:
Centro social universitario,
Campus Espinardo, Murcia

INSCRIPCIONES:
congresos.contraelcancer.es/murcia
900 100 036

Tu voz importa



INSCRIPCIÓN GRATUITA:
congresos.contraelcancer.es

O inscríbete
escaneando
código QR



Con la
colaboración de:



Disponibles 24h | 365 días
900 100 036
contraelcancer.es

Colaboran:



Organiza:



Rinoplastia abierta, cerrada o ultrasónica: ¿cuál elegir?

● La rinoplastia es una de las cirugías estéticas por excelencia. El enorme cambio que supone en la cara realizar una modificación en la nariz hace necesario elegir bien tanto la técnica como el profesional y el momento. La cirujana maxilofacial **Gabriela Cortez Ledo**, de Aura Clínicas en la ciudad de Murcia, explica que la rinoplastia abierta es “una técnica quirúrgica muy avanzada que permite al cirujano trabajar con máxima precisión sobre la estructura nasal. Se realiza mediante una pequeña incisión en la columela de la nariz (espacio entre orificios), lo que facilita un resultado mucho más preciso”.

Esta técnica de la rinoplastia abierta, continúa la doctora Gabriela Cortez Ledo, “es ideal para pacientes que buscan cambios más complejos o



La doctora Gabriela Cortez Ledo.



Antes y después de una rinoplastia realizada en Aura Clínicas.

personalizados: corrección de desviaciones, narices previamente operadas o modificaciones importantes en la forma y estructura”.

Para lograr estos cambios más complejos o personalizados, la rinoplastia abierta “se realiza en quirófano, con anestesia general, y suele durar entre 2 y 3 horas. El postoperatorio es muy bueno, no duele ni prácticamente hay inflamación. Es progresivo: en pocos días puedes retomar tu rutina, y en unas semanas ya se aprecian resultados muy naturales. La inflamación disminuye gradualmente hasta revelar el resultado definitivo que puede durar entre 1 y 1,5 años”, apunta la cirujana maxilofacial.

Para cambios más sutiles existe la ri-

noplastia cerrada en la que las incisiones se realizan dentro de la nariz, sin cicatrices visibles. Algunos de los objetivos que se pueden cumplir con esta técnica, explica la doctora Gabriela Cortez Ledo, son: limar una pequeña giba (protuberancia en la nariz que da un aspecto aligüño), afinar la punta o mejorar la armonía sin grandes cambios estructurales. “Pero la utilizamos también en rinoplastias complejas cuando hay que aumentar el tamaño de la nariz (por ejemplo, con injerto costal) o si el paciente tiene mala cicatrización”, añade la especialista.

En el posoperatorio, la rinoplastia cerrada permite que sea “más cómodo, con menor inflamación inicial. Pero la técnica ha mejorado tanto que ambos tipos de rinoplastia tienen un post-

peratorio muy bueno”, asegura la doctora de Aura Clínicas.

RINOPLASTIA ULTRASÓNICA Y RINOMODELACIÓN

Además de las dos opciones de rinoplastia ‘tradicionales’, esta cirugía ha avanzado todavía más con la llegada de la rinoplastia ultrasónica que, explica la doctora en cirugía maxilofacial, “utiliza tecnología ultrasónica para remodelar el hueso nasal con una precisión milimétrica”. Esta enorme precisión permite “afinar el dorso, corregir desviaciones y esculpir la nariz con resultados muy naturales, respetando los tejidos y reduciendo el trauma” y, para ello, “se usan instrumentos de última generación (motor de ultrasonido o piezoeléctrico) que actúan de forma selectiva sobre el hueso. Esto se traduce en menos inflamación, menos hematomas y una recuperación mucho más cómoda para el paciente” explica la doctora Gabriela Cortez Ledesma.

En caso de querer modificar la forma de la nariz sin pasar por un quirófano, también existe la rinomodelación, que es, en palabras de la cirujana maxilofacial, “ideal para corregir pequeñas

imperfecciones: disimular una giba leve, elevar la punta o mejorar el perfil de forma rápida y reversible”.

¿QUÉ ELEGIR?

Para saber qué técnica elegir “la clave está en tus objetivos y en la función respiratoria, ya que la rinomodelación no la mejora y la rinoseptoplastia ultrasónica sí. Trabajamos la forma de la nariz para mejorar la respiración de nuestros pacientes. Si buscas un cambio definitivo y estructural, la

rinoplastia (abierta, cerrada o ultrasónica) es la mejor opción. Si prefieres una mejora inmediata sin cirugía, la rinomodelación puede ser perfecta, pero no en todos los casos” argumenta la especialista, que concluye aconsejando: “lo más importante es una valoración personalizada: cada rostro es único, y elegir la técnica adecuada marca la diferencia entre un buen resultado y uno espectacular”.

| REDACCIÓN



La doctora Cortez en el quirófano.



MEDICINA ESTÉTICA Y CIRUGÍA PLÁSTICA
Cuidate con sentido

Avda. Miguel de Cervantes, 45
30009 Murcia
868 110 900

Avda. Ronda Norte 16 Entlo,
30009 Murcia
968 950 177



Todo lo que te han contado sobre tu pelo era un mito

● Conseguir una melena bonita, densa y brillante es el objetivo de mucha gente, y para conseguirlo a menudo nos dejamos llevar por ideas que pueden no ser ciertas, causando frustración e incluso llegando a dañar el cabello. Desde Hospital Capilar, corporación del sector capilar, enumeran las ideas más frecuentes y desvelan si son ciertas o no.

SECO O MOJADO

Tal y como expone la especialista capilar, la doctora Orozco, este mito es “parcialmente cierto” ya que el cabello mojado, al ser más elástico, es más frágil y susceptible a la rotura. Además, en algunas ocasiones puede tener la cutícula capilar abierta, lo que favorece a una mayor rotura, especialmente si se cepilla de una forma brusca.

“Sin embargo, si se utiliza un peine de dientes anchos y se cepilla suavemente, el daño puede ser mínimo. Además, cepillar el cabello mojado con suavidad puede ayudar a desenredarlo sin causar rotura. Para evitar daños, lo ideal es desenredar el cabello mojado de manera suave, empezando desde las puntas y trabajando hacia las raíces. También es recomendable el uso de productos que faciliten el desenredado, como acondicionadores sin enjuague”, añade la doctora Orozco.

LA LUNA AFECTA

Otro mito extendido es que cortar el

cabello en luna creciente hace que crezca rápido. En este punto no existe evidencia científica que demuestre que cortar el pelo durante una fase lunar específica afecte a su crecimiento. Como explica la doctora de Hospital Capilar, el crecimiento del cabello está determinado por factores como la genética, la nutrición y la salud en general, no por la posición lunar. Este es un mito que proviene de creencias populares relacionadas con la influencia de la luna en el crecimiento de las plantas, pero no tiene fundamento en la biología humana.

HAY QUE MASAJEAR EL CUERO CABELLUDO

Tal y como explican desde Hospital

Capilar, el masaje del cuero cabelludo puede estimular la circulación sanguínea en el área, lo que, en teoría, podría mejorar la nutrición de los folículos capilares y, por tanto, favorecer el crecimiento del cabello. Sin embargo, hacerlo en seco puede ser contraproducente, ya que la fricción excesiva sin productos lubricantes puede dañar los folículos y el cabello.

“Es más recomendable realizar el masaje cuando el cuero cabelludo está ligeramente húmedo o con aceites esenciales que faciliten el deslizamiento. Además, es importante apuntar que el masaje del cuero cabelludo es beneficioso para la circulación, pero es importante hacerlo con cuidado y utilizando los produc-



tos apropiados para evitar dañar el cuero cabelludo o el cabello”, concluye la doctora Orozco, de Hospital Capilar.

CADA CUÁNTO LAVAR EL PELO

La frecuencia de lavado del cabello “dependerá de tu tipo de cabello y de las condiciones del cuero cabelludo, además de los champús que utilices, pero siempre que se use un champú adecuado, se puede lavar sin preocupación el cabello. Para aquellas personas con un cabello graso o con ciertas condiciones como la caspa, lavar el cabello todos los días puede ser necesario para mantenerlo limpio y saludable”, argumenta la experta capilar.

Sin embargo, es importante puntua-

lizar que, lavar el cabello excesivamente puede eliminar los aceites naturales, lo que lleva a la sequedad y a la irritación del cuero cabelludo. Es por ello por lo que las personas con cabello seco o rizado pueden beneficiarse de lavar el cabello con menor frecuencia.

ARRANCAR CANAS

La idea de que arrancar una cana hace que salgan más es uno de los mitos más comunes, pero no es cierto, ya que no tiene ninguna base científica. En palabras de la doctora, arrancar una cana no causa que crezcan más canas en esa área, ya que cada folículo piloso tiene un ciclo de vida determinado y un número limitado de cabellos que producirá.

“Si se arranca una cana, es posible que un cabello nuevo crezca en su lu-

gar, pero no se multiplicarán las canas. Además, arrancar el cabello con regularidad puede dañar el folículo y hacer que el cabello no crezca más”, sostiene.

| REDACCIÓN



CENTROS AUDITIVOS
LA FLOTA® S.L.



Esta primavera, vuelve a escuchar la vida como te mereces.

Cuida tu audición,
celebra cada sonido y confía en
Centros Auditivos La Flota,
tus centros auditivos de confianza.

REVISA TU AUDICIÓN
ES GRATIS



AVDA. CARTAGENA, 33, BAJO C. 30840
ALHAMA DE MURCIA 868 61 35 35

RES: 40003863

C/ PINTOR VELÁZQUEZ, 17A, 30820
ALCANTARILLA 968 97 42 35

RES:40002490

AVDA/ DON JUAN DE BORBÓN, 8, 30008
MURCIA 868 07 73 83

RES:40000225

La estética como refuerzo de la salud



● Durante décadas, hemos cometido el error de encasillar la estética en el terreno de la vanidad. Se nos ha enseñado que preocuparse por la apariencia es un acto de egocentrismo, ajeno a las ‘cosas importantes’ como la salud física. Sin embargo, la ciencia y la psicología moderna han establecido una conexión. Hoy entendemos que la salud integral no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de equilibrio donde la autoimagen juega un papel importante.

La relación entre cómo nos vemos y cómo nos sentimos no es una cuestión de narcisismo, sino de psiconeuroinmunología. Los expertos hablan de que cuando una persona se siente cómoda con su imagen, su cerebro libera endorfinas y serotonina, neurotransmisores asociados al bienestar y la reducción del estrés. Por el contra-

rio, una percepción negativa del propio cuerpo puede derivar en cuadros de ansiedad, depresión y aislamiento social.

En este sentido, la estética actúa como una herramienta terapéutica. No hablamos únicamente de cirugía plástica, sino del cuidado diario: desde la salud de la piel hasta la higiene y el estilo personal. Estos actos son, en esencia, rituales de autocuidado que refuerzan la autoestima y proyectan hacia el exterior una señal de respeto por uno mismo.

Resulta fascinante observar cómo la mejora estética suele ser el catalizador de hábitos de vida saludables. Es el llamado ‘efecto dominó’, ya que una persona que invierte tiempo en cuidar su estética suele sentirse más motivada para mejorar su alimentación o iniciar

una rutina de ejercicio físico.

La belleza, de algún modo, no es un fin en sí mismo, sino el reflejo de un organismo que funciona en equilibrio.

Cuando nos vemos bien, estamos más predispuestos a cuidar el ‘templo’ que habitamos. La estética, por tanto, no es el enemigo, sino un buen aliado. Un tratamiento dermatológico que cura el acné, por ilustrar con un ejemplo, no solo mejora la superficie de la cara, sino que elimina una fuente de angustia y previene cicatrices físicas y emocionales a largo plazo.

No obstante, es vital marcar una frontera clara. La influencia de la estética en la salud integral es positiva siempre que nazca de la aceptación y no de la comparación obsesiva. En la era de los filtros digitales en redes sociales, el riesgo de perseguir una perfección imposible es alto. La verdadera estética saludable es aquella que busca la mejor versión de uno mismo, respetando la identidad y la diversidad biológica que la evolución y la genética nos haya asignado.



PACO RABADÁN AROCA

Redactor de la revista Salud21.
Redactor de la edición digital de la revista Salud21 y gestor de redes sociales.

El Gobierno delimita quién puede realizar cirugías estéticas

Modificado el Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios

- Esta reforma tiene como objetivo fundamental garantizar que los centros cuenten con profesionales sanitarios que posean la titulación oficial, así como las competencias y habilidades adecuadas a la asistencia que prestan.

La nueva normativa limita las intervenciones de cirugía estética a profesionales debidamente cualificados. Esta medida responde a las complicaciones detectadas en prácticas irregu-

lares y garantiza que solo especialistas titulados ejecuten estas cirugías.

La modificación establece los profesionales que pueden realizar cirugías estéticas y otras actividades asistenciales, tras casos graves vinculados a profesionales sin las competencias necesarias.

A través de la incorporación de un nuevo artículo, el Real Decreto esta-

blece la obligación legal a los centros y servicios sanitarios de asegurar que la atención sea prestada exclusivamente por personal con la titulación y competencias adecuadas. Para ello, los establecimientos deberán disponer de información actualizada de todo su personal sanitario, incluyendo de forma detallada su formación y especialidad oficial. Además, los centros tendrán la obligación de informar a los profesionales de nueva incorporación sobre las prácticas seguras implementadas para garantizar la seguridad del paciente.

La nueva normativa entrará en vigor el 1 de julio. A partir de esa fecha, se establecen los siguientes plazos:

- Un año para que las comunidades autónomas adapten su oferta asistencial a las nuevas definiciones recogidas en los anexos del Real Decreto.
- Seis meses para que los centros sanitarios dispongan de la información y expedientes actualizados de todo su personal en cumplimiento de las nuevas garantías de formación.

| REDACCIÓN



“El ajedrez es una herramienta terapéutica imprescindible”

El Club Deportivo Ajedrez Zarandona nació durante la pandemia

● Lo que comenzó como un grupo de aficionados que se reunía con mascarillas y guantes tras el confinamiento, se ha convertido hoy en un referente que agrupa a entre 80 y 100 personas, entre socios y simpatizantes. Su sede es un espacio abierto donde no es obligatorio ser socio para participar, fomentando un entorno cálido donde se prioriza a la persona por encima del ajedrecista.

Juan Carlos Chacón Cánovas no es solo un apasionado del tablero desde 1992; es criminólogo, psicólogo y educador social. Es también el presidente del Club Deportivo Ajedrez Zarandona, y ha transformado el juego en

un motor de inclusión y salud mental en Murcia. En esta entrevista, nos explica por qué su club prefiere definirse como un 'conglomerado social' antes que como una simple entidad deportiva.

Define su club como 'Deportivo y Social'. ¿Por qué es tan importante ese segundo apellido?

JUAN CARLOS CHACÓN: No concibo un club donde la gente solo venga, juegue su partida y se vaya. Queremos ofrecer un entorno cálido y social donde una madre pueda venir a contar los problemas de su hijo y encuentre un lugar donde la escuchen y también una respuesta. Somos un club abierto a todos los públicos: desde niños hasta personas mayores que buscan combatir la soledad.

Usted afirma que el ajedrez es una herramienta terapéutica. ¿Cómo la aplican en el ámbito de la salud mental?

J.C: El trabajo es transversal. No damos una clase de gestión de emociones, sino que las trabajamos a través del tablero, durante las diferentes partidas. El ajedrez es un deporte excelente para ayudar a controlar la ansiedad, y es también una forma de prevención primaria, secundaria y terciaria en salud. Para nosotros, es una herramienta imprescindible que incluso debería estar integrada en el currículo escolar.

¿Con qué colectivos específicos están trabajando actualmente?

J.C: Estamos colaborando con usuarios de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA). El ajedrez ayuda a estas personas a centrarse, a madurar sus elecciones y a elegir la mejor opción frente a una dependencia. También trabajamos con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA); sus familias nos cuentan que no hay nada que mejore tanto su evolución como lo hace este juego. Incluso tenemos compañeros con trastornos psicóticos que encuentran en el club un espacio de 'calor' y acompañamiento.



Juan Carlos Chacón Cánovas.

También mencionaba a la población mayor. ¿Qué beneficios aporta el ajedrez durante la tercera edad?

J.C: Como es obvio, es genial para combatir la soledad no deseada. Muchas personas jubiladas vienen a los cursos de captación, además de para practicar y aprender ajedrez, para socializar. También, numerosos estudios están demostrado que ayuda a prevenir la aparición del alzhéimer y el párkinson. Algunos nos comentan que el ajedrez "les devuelve la vida"; tenemos un socio veterano que, tras ser operado de un cáncer, lo primero que quiso hacer fue volver a dar su clase porque transmitir sus conocimientos es lo que le da energía.

Basado en su amplia experiencia, ¿cuál diría que es la capacidad psicológica que más se desarrolla frente al tablero?

J.C: Sin duda alguna, la toma de decisiones. El ajedrez es aprender a elegir la mejor opción y aceptar cuando te equivocas, gestionar el error y seguir adelante. Esa tolerancia a la frustración es vital para la vida diaria, donde tomamos millones de decisiones y muchas veces fallamos. Como decía Bobby Fischer (genio absoluto, una figura disruptiva y, para muchos, el mejor jugador de todos los tiempos), "el ajedrez es la vida".

Existe la creencia de que el ajedrez es solo para superdotados, ¿qué opina usted?

J.C: Ese estigma debe eliminarse: el ajedrez está al alcance de cualquiera. No hace falta ser un genio ni tener un coeficiente intelectual de 150. De hecho, es el ajedrez el que te hace inteligente, y no al revés. Es un deporte que iguala a todo el mundo; puede jugar un invidente, alguien en silla de ruedas o dos personas que no hablen el mismo idioma. Es la grandeza de este deporte, que es universal en el sentido más amplio de término.

Usted ha confesado que el ajedrez fue su propia terapia. ¿Cómo le ayudó personalmente?

J.C: Es un secreto que solo sabe mi entorno, pero yo soy hiperactivo. De niño era incontrolable, y gracias al ajedrez aprendí a controlarme. Estudié psicología para conocerme a mí mismo, pero fue el tablero el que me enseñó a hacer lo contrario de lo que un hiperactivo suele hacer: parar y pensar.



¿Qué mensaje le daría a alguien que nunca se ha acercado a este deporte?

J.C: Que lo prueben al menos una vez en la vida. El ajedrez es pasión y, por encima de la competición, lo que pretende es que te diviertas. En nuestro club, primero vemos a la persona y después al ajedrecista, y no al contrario.

¿Hay algún proyecto de futuro?

J.C: Sí. Estamos desarrollando un proyecto titulado 'Ajedrez y Bienestar Infantil', en colaboración con la Federa-

ción de Ajedrez de la Región de Murcia, y que nos gustaría ir introduciendo en hospitales e instituciones dónde hay personas ingresadas de media-larga duración. En marzo de 2012, el Parlamento Europeo adoptó el programa de la Unión Europea de Ajedrez 'Ajedrez en la Escuela', y este sería una extensión y consolidación del mismo.

A pesar de la afirmación de Juan Carlos Chacón sobre los objetivos prioritarios del club que preside, dicho colectivo también alberga a campeonas. Es el caso de Rebeca Jiménez Fernández.

“El ajedrez es como la vida, una constante toma de decisiones”



Rebeca Jiménez Fernández.

● A sus 21 años, **Rebeca Jiménez Fernández** ha tomado una decisión que muchos considerarían arriesgada: dejar sus estudios universitarios en Matemáticas y Física para dedicarse en cuerpo y alma al ajedrez. Natural de San Pedro del Pinatar y afincada en Murcia, esta joven nos explica cómo es el día a día de una profesional del tablero, los retos de la competición y por qué este deporte es mucho más que mover piezas.

Para quienes no te conozcan, ¿quién es Rebeca Jiménez?

REBECA JIMÉNEZ FERNÁNDEZ: Soy una chica de 21 años, de San Pedro del Pinatar, aunque actualmente vivo en Murcia. Comparto piso con otra jugadora y amiga, Adhara Rodríguez, que es canaria, con quien entreno a diario. Mi vida es 100% ajedrez; es mi pasión y mi profesión.

Empezaste muy joven, ¿cómo fue ese primer contacto con el tablero?

R.J.F: Empecé con solo 4 años. Mi padre sacó el tablero de mi abuelo y me enseñó los movimientos. A los 5 años jugué mi primer torneo y, aunque quedé de las últimas, me dieron una copa por ser la más pequeña. Esa satisfacción de ganar algo me motivó muchísimo para seguir.

Decidiste dejar una carrera universitaria comple-

ja para ser profesional del ajedrez. ¿Cómo se lo tomaron tus padres?

R.J.F: Mis padres, Víctor y Gema, siempre me han apoyado, aunque al principio reconozco que da miedo. Soy una persona muy organizada y les demostré que podía hacerlo bien, por lo que confiaron en mí. Muchas personas siempre me preguntaban si estaba segura, pero yo tengo claro que, con esfuerzo, la recompensa llega.

¿Cómo se gestiona la faceta económica de una ajedrecista profesional? ¿Se puede vivir solo de competir?

R.J.F: Vivir solo de los premios de competición es casi imposible si no eres de la élite mundial. Por eso, mi profesión se desdobra: soy jugadora y también entrenadora. Actualmente tengo 11 alumnos individuales y doy clases grupales en la federación española de ajedrez a niños con mucha proyección. Me encanta enseñar; es una forma de financiar mis competiciones que también me apasiona.

¿Qué es lo que más te engancha de este juego?

R.J.F: El ajedrez es un poco como la vida: una constante toma de decisiones. Todo el trabajo previo se traslada al tablero. Además, nos ofrece un 'mundillo' donde personas que quizá no encajan tanto en la sociedad actual, compartimos una pasión común y unos mismos principios.

¿Cómo gestionas los nervios y la presión en los torneos?

R.J.F: Con la experiencia vas aprendiendo, pero no es fácil. Por ejemplo, en el reciente Campeonato de Murcia, aunque llevaba la última partida a mi favor sabía que con un empate era campeona absoluta, y esa presión hace que tu cabeza no funcione igual que en una partida normal, por lo que quise asegurar. Cuando pierdo siento algo de frustración, pero se aprende a gestionar con la práctica y siempre entendiéndolo desde un enfoque profesional. En cualquier caso, la alegría de ganar compensa todo lo malo.

¿Tienes algún truco para 'resetear' tras una derrota?

R.J.F: Me funciona mucho caminar y despejarme. Salgo a que me dé el aire, escucho música y trato de resetear para la siguiente partida, porque en un torneo a las pocas horas tienes que volver a sentarte a jugar, y existe poco tiempo para lamentarte.

Un tema que suele sorprender es que en este deporte existan categorías separadas por género. ¿Qué opinas de esto?

R.J.F: Es un tema complejo. Aunque intelectualmente no hay diferencias, existen factores físicos y culturales. Las mujeres somos menos del 10% en este deporte. Las ca-



tegorías y títulos femeninos ayudan a la promoción y a que las niñas tengan referentes, pero a nivel regional o nacional, a mí me gusta más competir en la categoría absoluta contra todos y todas.

¿Cuáles son tus próximos objetivos?

R.J.F: A corto plazo, conseguir el título de Maestra Internacional femenina; ya tengo el ELO necesario (sistema de puntuación utilizado en el ajedrez para medir la 'fuerza relativa' de un jugador. Es una cifra que le dice al mundo qué tan bueno eres comparado con los demás) y me falta solo una 'norma' (Certificado de excelente desempeño en un torneo de alto nivel. Es el requisito más difícil de conseguir para obtener los títulos vitalicios más prestigiosos de la Federación Internacional de Ajedrez). Mi sueño sería entrar en la selección española para jugar una Olimpiada, que es el máximo sueño de cualquier deportista. También estamos buscando patrocinio para poder ir al Mundial por equipos en Hong Kong, este próximo mes de junio.

Las tres semanas en las que el **proyecto RemediOS** estuvo 'en jaque'

La iniciativa busca recuperar las ostras naturales del Mar Menor por su capacidad para filtrar el agua de la laguna

● El pasado mes de marzo, la renaturalización y mejora del Mar Menor estuvo en riesgo debido a la desaparición de uno de los lotes de ostras del proyecto RemediOS. Esta iniciativa se engloba dentro de las llamadas 'soluciones basadas en la naturaleza' con las que pretenden utilizar elementos naturales y sus propiedades para mejorar el estado de la laguna salada. En el programa RemediOS participan, además del IEO-CSIC, la organización naturalista ANSE, la Consejería de Medio Ambiente de la Región de Murcia y la Fundación Estrella Levante. Está financiada por el Programa Pleamar de la Fundación Biodiversidad (MITECO) con fondos europeos FEMPA.

En este caso, el elemento utilizado es un tipo de ostras o bivalvos que, hasta su desaparición, se encontraban de manera natural en el Mar Menor debido a su capacidad para filtrar y limpiar el agua de la laguna salada, además de servir como hábitat para que otras especies puedan criar y prosperar.

DESAPARICIÓN DE LAS OSTRAS

Este proyecto, que comenzó en 2022 y está a punto de entrar en su tercera edición (RemediOS 3), pendió de un hilo cuando uno de los dos lotes de ostras que crecían en unos flotadores en el Mar Menor desapareció. El equipo del IEO encontró cortados los dos cabos que mantenían los flotadores en su sitio cuando fueron a hacer sus habituales labores de control y análisis de las ostras.

Durante tres semanas se temió que las ostras hubieran sido sustraídas con el objetivo de comerlas o venderlas, aunque no eran aptas para el consumo humano y así lo advirtió el equipo de **Marina Albentosa** tras constatar la desaparición del lote de bivalvos. De los dos grupos de ostras, este es el más importante debido a que, como explica la bióloga marina "estas ostras, por un lado, era



El lote de ostras desaparecido había sido criado por el equipo de investigadores desde 2022

el lote de ostras de mayor edad que teníamos, porque habían nacido en el 2022. Eran ostras descendientes directas de las ostras salvajes del Mar Menor, con lo cual su potencial genético era singular”.

A su vez, continúa, “estas ostras las habíamos usado para experimentos de exposición a altas temperaturas en el canal de las salinas de San Pedro del Pinatar. Durante todos los veranos desde 2022 habíamos creado subgrupos los cuales algunos pasaban todo el verano en el canal sometidas a mucho estrés térmico y otras las manteníamos en el criadero para ver la diferencia. De esta manera, al analizar a las supervivientes a estas temperaturas, podíamos observar qué mecanismos tenían para conseguirlo”.

Al desaparecer las ostras de este lote, el equipo del IEO decidió sacar del agua del Mar Menor el otro lote para evitar que desapareciera también. “No nos atrevíamos a volver a dejarlas en el agua pero, claro – apunta la bióloga marina -, no tiene sentido tenerlas fuera del lugar donde tienen que estar para el proyecto”.

FINAL FELIZ

Pero la suerte estuvo del lado de la investigación científica cuando, el pasado 31 de marzo y tras haber difundido las imágenes del flotador desaparecido a través de todos los canales disponibles, el equipo de Marina Albentosa recibió una llamada: lo habían encontrado varado en la Isla del Barón.



En el barco de ANSE, su patrón Francisco Cózar (ANSE), Silvia Sánchez-Segarra (investigadora del IEO-CSIC) y Marina Albentosa, (investigadora del IEO-CSIC y responsable del proyecto RemediOS).

El propietario de la isla, Gonzalo Quijano, fue quien dio la voz de alarma al reconocer la infraestructura y ayudó al equipo de investigadores a llegar a la ubicación. “De camino, pensábamos que encontraríamos solo los flotadores. Íbamos con intención de recoger la infraestructura, pero, al levantar el primer flotador, vimos que los cestos de ostras seguían ahí”, explica Marina Albentosa.

Aun así, las expectativas seguían siendo bajas en cuanto al estado de las ostras: “pensábamos que sería imposible que estuvieran vivas y que, como mucho, al estar en la zona donde llega la última ola a la playa y se había cubierto de algas, podrían haber mantenido la temperatura y no se habrían secado demasiado. Pero las ostras se cierran y tienen muchísima capacidad para sobrevivir incluso semanas sin alimento, así que abrimos un par y vimos que estaban perfectamente vivas y que estaban bien”.

Estos dos golpes de suerte, encontrarlas y que las ostras estuvieran todavía vivas, ha sido lo que ha permitido mantener el proyecto RemediOS al ritmo al que iba hasta el momento. “Tendremos que apuntar en su serie temporal que han estado estas tres semanas en malas condiciones, pero en principio creemos que el proyecto no se verá muy afectado y que las ostras se recuperarán”, celebra Marina Albentosa, responsable del proyecto del IEO.

| CANDELA ALTABLE TORRES

Fundación Hefame y Aladina construyen en la Arrixaca el mayor gimnasio pediátrico de España

Fundación Hefame colabora con Fundación Aladina en la construcción del mayor gimnasio hospitalario para menores con cáncer y patologías complejas, en el hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, un proyecto pionero en nuestro país. El centro, que beneficiará a más de 1.000 niños al año, contará con más de 400 metros cuadrados destinados al ejercicio físico terapéutico y ofrecerá programas personalizados de recuperación. Para obtener los fondos necesarios Hefame está impulsando la venta solidaria de 'Pañuelos Aladina' en su red de farmacias, un reflejo más del compromiso de su Fundación con la humanización de los cuidados sanitarios y el bienestar infantil.



Olivos en el 'Arca de Noé': Llegan semillas a la gran bóveda ubicada en Noruega

●Proteger la biodiversidad del cambio climático y las otras amenazas que la ponen en peligro es un objetivo de primer nivel. Para lograrlo crearon un espacio que alberga más de un millón de semillas de diferentes especies de plantas comestibles procedentes de todo el mundo. Se trata de la Bóveda Global de Sval-

bard, en Noruega. Apodada el Arca de Noé, este espacio está destinado, como ocurre en el barco lleno de animales, a proteger y, en caso de pérdida total, recuperar estas especies de plantas comestibles. La revista National Geographic explica que, activo desde 2008, también se conoce como el 'banco de semillas del Día

del Juicio Final' a este espacio que, desde fuera, parece un pequeño edificio ubicado en la montaña, a más de 100 metros de altura, lo suficientemente alto para no quedar bajo el nivel del mar incluso si todo el hielo del planeta se derritiera. En su interior, alejado de cualquier amenaza y preservado a pesar de las bajas tem-

peraturas, se esconde un túnel de más de 130 metros de longitud.

Desde su creación, dos veces se ha tenido que recurrir a esta bóveda de seguridad para recuperar y regenerar especies de plantas perdidas. En ambas ocasiones fue derivado de la guerra, lo que demostró la importancia de contar con este espacio único de conservación.

El último en unirse a este programa de conservación de la biodiversidad ha sido el olivo, a través del Consejo Oleícola Internacional (COI), con sede en Madrid. Tal y como cuentan en una nota de prensa el propio COI fue un viaje complicado debido a las condiciones meteorológicas pero, finalmente Jaime Lillo, director ejecutivo del COI, y Kent Nnadozie, secretario del Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura (FAO), lograron llegar a la Bóveda Global de Svalbard.

EL TURNO DEL OLIVO

El olivo es una de las especies de plantas más emblemáticas de la cuenca del mediterráneo, asociado a un cultivo milenario que ha sido motor económico de miles de familias en nuestro país para producir el aceite más saludable del mundo. Desde el COI explican que el proceso ha requerido un trabajo científico riguroso que incluye la recolección de frutos, el procesado y secado de los endocarpios, la evaluación de la viabilidad germina-



Bóveda Global de Svalbard, en Noruega (Fotografía Grid Arendal).

tiva y la conservación en condiciones controladas, siguiendo los protocolos internacionales establecidos para depósitos de este tipo.

Las semillas proceden de árboles de polinización libre de la colección del Banco de Germoplasma Mundial de Olivo de Córdoba (BGMO-UCO) —que alberga más de 700 variedades originarias de países miembros del COI, como Albania, Argelia, Chipre, Croacia, España, Francia, Grecia, Italia, Marruecos, Portugal, Siria, Túnez y Turquía— así como de semillas procedentes de ejemplares silvestres (acebuches) de distintas poblaciones naturales de la Península Ibérica y las Islas Canarias recolectadas por la Universidad de Granada.

Las semillas se separaron en tres lotes, uno disponible para su utilización en la colección de BGMO-UCO y dos que se enviaron al Centro de Recursos Fitogenéticos, responsable de la conservación a largo plazo en España. Aquí se hicieron los ensayos de germinación para confirmar la viabilidad germinativa y se gestionó el envío a Svalbard de las semillas, en sobres herméticos especiales etiquetados con información detallada, y con la documentación asociada. Un lote las muestras se conserva en España, en el CRF, en recipientes herméticos a -18°C , en las mismas condiciones que en la Cúpula de Svalbard.

La iniciativa fue impulsada en el marco del proyecto europeo H2020 GEN4OLIVE y promovida posterior-

mente por el COI, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación de España (MAPA). Además

han colaborado en esta propuesta la Universidad de Córdoba (UCO), la Universidad de Granada (UGR), y el Centro de Recursos Fitogenéticos (CRF-INIA) del Instituto Nacional de

Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria (INIA) perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

| REDACCIÓN



Lotes enviados con semillas de olivo. (Fotografía: COI).



Acto de entrega de las semillas. De izquierda a derecha: Juan Antonio Polo, COI; Álvaro Toledo, Director TIRPAA; Åsmund Asdal, NordGen; Jaime Lillo, COI; Kent Nnado zie, Secretario TIRPAA. (Fotografía: COI).



Santi Hernández
Chef independiente

Berenjenas rellenas de gambón y beicon

Un plato gourmet que combina la suavidad de la berenjena, el toque ahumado del beicon y el sabor marino del gambón en una bechamel cremosa y ligera.

INGREDIENTES 4 PERSONAS

- 4 berenjenas pequeñas.
- 500 gramos de gambones.
- 175 gramos de beicon troceado.
- 1 cebolla grande.
- 2 dientes de ajo, fileteados.
- 1 litro de leche.
- 80 gramos de harina común.
- Aceite de oliva virgen extra.
- Sal y pimienta negra.
- Queso parmesano rallado (u otro al gusto).
- Opcional: guindilla.

ELABORACIÓN

Paso 1: preparar las berenjenas

- Cortar las berenjenas por la mitad longitudinalmente y realizar unos cortes en la pulpa.
- Espolvorear con sal y dejar reposar 30 minutos para eliminar el amargor. Secar con papel absorbente.
- Hornear a 180 °C durante 30 minutos hasta que estén tiernas. Dejar templar, vaciar y reservar la pulpa. No las dejes demasiado blandas porque se deshacen al rellenar.

Paso 2: infundir la leche de gambón

- Pelar los gambones y reservar los cuerpos.
- En una olla, calentar aceite y confitar los ajos.
- Añadir las cabezas y pieles de los gambones, aplastando para extraer el sabor.
- Incorporar la leche y cocinar a fuego suave 20–25 minutos. Colar y reservar caliente.

Paso 3: preparar el relleno

- Sofreír la cebolla hasta que esté bien pochada.
- Añadir el beicon y dorar ligeramente.
- Incorporar los gambones troceados y saltear brevemente.
- Agregar la pulpa de la berenjena y mezclar.

Integrar la bechamel sin grumos:

- Espolvorear 80 gramos de harina sobre el relleno y cocinar 1–2 min. removiendo.
- Añadir la leche infusionada poco a poco, removiendo hasta lograr una mezcla cremosa.
- Salpimentar y añadir guindilla opcional. Remueve constantemente y añade la leche poco a poco para evitar grumos.

Paso 4: rellenar y gratinar

- Rellenar las berenjenas con la mezcla.
- Espolvorear queso parmesano rallado por encima.
- Gratinar hasta que la superficie esté dorada y crujiente.
- Sirve recién salido del horno para mantener la textura cremosa del interior.



Limón: beneficios de esta fruta 'murcianísima' para la salud



● ¿Hay algo más murciano que echarle 'un chorrillo de limoncico' a todo? Seguramente no. Además de ser algo intrínsecamente nuestro, también es algo muy beneficioso para la salud. Esto es debido a su completa composición, especialmente por su alto contenido en vitamina C. Estos son algunos de sus beneficios más destacados:

▣ **Reduce o previene el estreñimiento.**

● **Es** El limón tiene una gran cantidad de fibra soluble (pectina), lo que favorece el tránsito intestinal y ayuda a tener digestiones más ligeras.

▣ **Es antiséptico y bactericida.** El limón contiene ácido cítrico, encargado de descomponer las paredes celulares de las bacterias y los hongos. Además, tiene un pH ácido, lo que evita el crecimiento de muchos microorganismos dentro de nuestro

organismo.

▣ **Ayuda a perder peso.** Además de por las mencionadas características diuréticas del limón, esta fruta contiene un alto porcentaje de vitamina C, lo que acelera el proceso de oxidación de las grasas y su eliminación por parte del organismo.

▣ **Cuida la piel.** Esta alta concentración de vitamina C también es beneficiosa para la salud de nuestra piel, ya que resulta fundamental para la normal producción de colágeno, aportando firmeza y elasticidad. También ayuda a que las heridas cicatricen antes y mejor, evitando las marcas del acné.

▣ **Mejora el control de la presión arterial.** El limón es rico en flavonoides, que ayudan a relajar y fortalecer los vasos sanguíneos. La consecuencia de esto es que la presión arterial se reduce.

CÓMO TOMAR LIMÓN

A pesar de todos estos beneficios, es cierto que muchos platos que aderezamos con esta delicia dorada no terminan de ser saludables. Pero existen alternativas para introducir el limón en nuestra dieta sin tener que ser mezclado con una cerveza o por encima de unas patatas fritas. Algunas de estas formas son:

▣ En ayunas, disuelto en agua tibia.

▣ En sopas de pollo o verduras caseiras.

▣ Rallando su cáscara y echándosela a la ensalada.

▣ Incluyendo rodajas de limón en el pescado antes de meterlo en el horno.



Feria de la Salud de Lorca: hábitos saludables, prevención y bienestar

• Lorca volverá a convertirse en referente de promoción de la salud con la celebración de la XIX Feria de la Salud, que tendrá lugar del 13 al 15 de mayo de 2026 en la Alameda de la Constitución, consolidándose una vez más como una cita abierta a toda la ciudadanía para acercar recursos, servicios e iniciativas relacionados con la salud, la prevención y el bienestar.

Organizada por la Concejalía de Sanidad y Consumo, en colaboración con entidades públicas y privadas, la feria reafirma su vocación de ser una gran plataforma divulgativa al servicio de la población, favoreciendo el contacto directo entre profesionales, instituciones, asociaciones y ciudadanía. Esta cita es, además, una muestra clara de la apuesta decidida del Ayuntamiento de Lorca por la promoción de hábitos de vida

saludable entre la población, impulsando acciones de sensibilización, prevención y educación para la salud que acerquen estos mensajes al día a día de vecinos y vecinas.

La feria contará con una representación amplia y diversa de expositores vinculados al ámbito sanitario, sociosanitario, formativo, preventivo y del bienestar, participando entidades relacionadas con la salud asistencial, colegios profesionales del ámbito sanitario, centros formativos, organismos públicos, asociaciones, servicios de prevención, iniciativas vinculadas a la promoción de hábitos saludables y otras propuestas especializadas orientadas al cuidado integral de la salud.

Uno de los grandes valores de esta edición será, precisamente, su carácter transversal. La Feria de la Salud de Lorca no se plantea solo como un escaparate expositivo, sino como un espacio de encuentro, sensibilización y participación ciudadana, pensado para que personas de diferentes edades puedan conocer de primera mano recursos útiles para mejorar su calidad de vida. El evento está diseñado para atraer al público general, con especial atención a jóvenes y personas mayores, e incluirá visitas concertadas y acciones orientadas a distintos colectivos del municipio.

Además, el programa volverá a combinar la zona de stands con una oferta dinámica de actividades paralelas, talleres, propuestas participativas y acciones divulgativas que contribuirán a generar una experiencia útil, cercana y atractiva para los visitantes. La organización trabaja con el objetivo de reforzar el componente práctico y experiencial de la feria, favoreciendo la interacción entre expositores y asistentes y promoviendo mensajes claros sobre prevención, autocuidado, actividad física, alimentación saludable y bienestar emocional.

En coherencia con los valores que promueve esta feria, el Ayuntamiento de Lorca anima a la población a dejar el coche en casa y acudir andando o en bicicleta, apostando así por una movilidad más activa, sostenible y beneficiosa para la salud.

XIX Feria de la Salud de Lorca 2026

13, 14 y 15
de mayo de 2026

Alameda de
la Constitución



¡Deja el coche en casa y ven andando o en bicicleta!



THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE

VISITA NUESTRA
EDICIÓN DIGITAL

www.salud21murcia.es



Con los mejores
contenidos sobre
salud y bienestar



Con enlaces directos
desde nuestras
Redes Sociales



Nuevo proyecto SOYCOMOTÚ: 'jóvenes que suman'

Crear vínculos también es salud mental

● En los últimos años, la soledad no deseada se ha convertido en una de las realidades más invisibles y, al mismo tiempo, más extendidas entre la población joven. No siempre se verbaliza, no siempre se reconoce, pero está presente. Se cuele en conversaciones superficiales, en planes que no terminan de llenar, en la sensación persistente de estar rodeado de gente y, aun así, sentirse solo.

En una sociedad donde las conexiones parecen inmediatas y constantes, hablar de soledad puede resultar contradictorio. Sin embargo, cada vez más jóvenes expresan dificultades para generar vínculos profundos, estables y significativos. Relaciones que vayan más allá de lo puntual, de lo circunstancial. Relaciones donde poder mostrarse tal y como uno es, sin miedo a ser juzgado.



Esta desconexión emocional no es un fenómeno menor. Diversos estudios señalan que la calidad de las relaciones interpersonales está directamente relacionada con el bienestar psicológico. Sentirse acompañado, formar parte de un grupo o contar con una red de apoyo no solo mejora el estado de ánimo, sino que actúa como un factor protector frente a problemas de salud mental.

Ante esta realidad, comienzan a surgir iniciativas que, lejos de centrarse únicamente en la intervención clínica, ponen el foco en lo relacional, en lo comunitario, en lo cotidiano. Propuestas que entienden que generar espacios de encuentro también es una forma de prevención. En este contexto nace 'Jóvenes que suman', un proyecto dirigido a jóvenes de entre 18 y 30 años de edad e impulsado por Fundación SOYCOMOTÚ que propone una forma diferente de entender el voluntariado y, sobre todo, de entender las relaciones.

Fundación SOYCOMOTÚ, como entidad que trabaja desde hace más de una década en el ámbito de la salud mental comunitaria, la inclusión social y la lucha contra el estigma, parte de una idea clara: la salud mental no se construye solo desde lo individual, sino también desde el entorno, desde las oportunidades de participación y desde la calidad de los vínculos que establecemos. Lejos de modelos asistencialistas, la fundación apuesta por generar espacios donde las personas puedan encontrarse desde la igualdad. Espacios donde no existan jerarquías rígidas entre quien 'ayuda' y quien 'recibe ayuda', sino relaciones horizontales basadas en el respeto, la escucha y el apoyo mutuo.

Los valores que guían nuestro trabajo, como la inclusión, la diversidad, la participación activa, la autonomía personal y la construcción de comunidad, se materializan en proyectos que buscan algo más que intervenir: buscan transformar. Transformar la forma en la que entendemos la salud mental, la forma en la que nos relacionamos y la forma en la que convivimos con la diferencia. "Jóvenes que suman" es un reflejo directo de esta filosofía.

El proyecto parte de una premisa sencilla pero poderosa: muchas veces, lo que una persona necesita no es tanto

una intervención estructurada como un espacio donde poder conectar con otros. Un lugar donde sentirse parte de algo.

Para ello, el programa utiliza el voluntariado como punto de encuentro. No como una obligación ni como una tarea que cumplir, sino como una excusa para compartir experiencias. A través de actividades diversas (formaciones, acciones de voluntariado, salidas culturales, talleres y convivencias) los jóvenes participan en dinámicas que favorecen el contacto, la cooperación y el conocimiento mutuo.



La clave está en que el vínculo no se fuerza. No hay presión por encajar, por hacer amigos rápidamente o por cumplir determinadas expectativas sociales. Las relaciones se construyen poco a poco, desde lo cotidiano, desde la repetición de encuentros, desde los pequeños momentos compartidos.

Preparar juntos una actividad, comentar cómo ha ido el día, reírse durante una salida o simplemente estar en silencio en un espacio seguro son experiencias que, acumuladas, generan algo más profundo: confianza. Y es en esa confianza donde empiezan a surgir relaciones más auténticas.

PERSONAS CON Y SIN DIAGNÓSTICO

Uno de los aspectos más relevantes del proyecto es su carácter inclusivo. En 'Jóvenes que suman' participan personas con y sin experiencias relacionadas con problemas de salud mental. Esta diversidad, lejos de ser una barrera, se convierte en una fortaleza. Permite generar espacios donde las diferencias se normalizan y donde las historias personales se comparten desde la empatía, no desde el juicio. En este contexto, las etiquetas pierden protagonismo. Lo importante no es el diagnóstico, sino la persona. Sus intereses, sus inquietudes, su forma de estar en el mundo.

Esta forma de relacionarse no solo beneficia a quienes participan directamente en el proyecto, sino que contribuye a cambiar la mirada social sobre la salud mental. Al generar espacios compartidos, visibles y normalizados, se rompe el estigma desde la experiencia. Se demuestra, en la práctica, que la convivencia es posible, enriquece-

dora y necesaria.

Pero, más allá del impacto social, hay algo que destaca especialmente en iniciativas como esta: su capacidad para generar pertenencia. Sentirse parte de un grupo, saber que hay un lugar al que acudir, tener personas con las que contar... son elementos que, aunque puedan parecer sencillos, tienen un efecto profundo en el bienestar emocional. En muchas ocasiones, son precisamente estos factores los que marcan la diferencia entre sentirse aislado o sentirse acompañado.

No se trata de grandes cambios inmediatos, sino de pequeños avances sostenidos en el tiempo. De pasar de no tener planes a tener un lugar al que ir. De no conocer a nadie a empezar a reconocer caras, nombres, historias. De sentirse fuera a empezar, poco a poco, a sentirse dentro.

En un momento en el que la salud mental ocupa cada vez más espacio en el debate público, resulta fundamental ampliar la mirada. Entender que, además de los recursos clínicos y terapéuticos, existen otras formas de cuidado que pasan por lo comunitario, por lo relacional y por lo cotidiano. Proyectos como 'Jóvenes que suman' recuerdan que cuidar la salud mental también implica crear oportunidades para el encuentro, para la participación y para la construcción de vínculos significativos. Porque, en el fondo, todos necesitamos lo mismo: sentirnos vistos, escuchados y acompañados.

El primer abrazo en medio de la catástrofe

Los equipos ERBE de Cruz Roja son los ojos y oídos del sistema de emergencias

● En el complejo engranaje de la gestión de catástrofes, existe una pieza cuya eficacia no reside en la gran maquinaria, sino en la proximidad. Hablamos de los Equipos de Respuesta Básica en Emergencia (ERBE) de Cruz Roja, la verdadera 'primera línea' que actúa cuando el tiempo es el recurso más escaso. En escenarios donde la rapidez marca la diferencia entre el caos y la contención, estos equipos personifican la filosofía del vecino preparado: aquel capaz de ofrecer desde una manta o una bebida caliente hasta una primera atención psicosocial tras una inundación o un incendio.

Conversamos con **Juan Antonio Soler**, coordinador de estos equipos en la zona del Mar Menor, un entorno donde el conocimiento del terreno y los riesgos locales son vitales. Los ERBE no solo alivian carencias urgentes; son también los 'ojos y oídos' del sistema, proporcionando información en tiempo real que permite activar de forma quirúrgica a los Equipos de Respuesta Inmediata (ERIE) de albergue o rescate.

A través de su experiencia, Soler nos ayuda a comprender cómo la formación y la cercanía cultural transforman la voluntad de ayudar en una herramienta logística de precisión, garantizando que nadie en los lugares más disgregados se quede atrás ante un contratiempo.

Juan Antonio, para alguien que nunca ha oído estas siglas, ¿cómo definirías la esencia de un ERBE? ¿Es el 'vecino preparado' la pieza que faltaba en el sistema de emergencias?

JUAN ANTONIO SOLER: Un Equipo de Respuesta Básica en Emergencias es, en esencia, un equipo de voluntariado de proximidad preparado para dar la primera respuesta básica en una emergencia en su propio municipio o comarca. Son personas que viven en el territorio, formadas exhaustivamente y equipadas para actuar en los primeros instantes ante riadas, nevadas, incendios, derrumbes, búsquedas de personas desaparecidas o incidencias que aíslan a una parte de la población. En ese sentido, ese 'vecino preparado' que comentas es justamente una pieza clave, alguien que ya está allí cuando ocurre algo, que sabe a quién llamar, cómo actuar, las vías de acceso, los recursos a movilizar y cómo apoyar a la población afectada, en todo momento, hasta que llegan los recursos más especializados que se requieran en la emergencia.

Se habla mucho de la 'proximidad' como un valor añadido. ¿Por qué es tan crítico que quien ayude conozca el terreno y la cultura local en los primeros minutos de un incidente?



Juan Antonio Soler durante una emergencia.

J.A.S: La proximidad es crítica por varias razones. Primero, porque reduce los tiempos de intervención, pues un equipo que sale desde el propio municipio afectado puede estar en minutos donde otros tardarían bastante más. Segundo, porque conocer el terreno (pistas, cauces, calles que se inundan, casas donde vive gente mayor sola) permite tomar decisiones más seguras y eficaces. Y tercero, porque compartir lengua, códigos culturales y confianza previa con los vecinos facilita que la gente colabore, haga caso a las indicaciones y se sienta acompañada en todo momento.

El abanico de funciones es enorme: desde buscar a un desaparecido hasta dar una bebida caliente. ¿Cuáles son las necesidades más comunes que os encontráis al llegar a una zona aislada o tras una emergencia?

J.A.S: Cuando llegamos a una zona afectada por una emergencia, las necesidades más habituales suelen ser muy básicas: abrigo, alimentos, agua y un lugar seguro donde estar. Muchas veces hay que apoyar en evacuaciones, preparar alojamientos temporales con camas provisionales y mantas, ayudar en traslados o colaborar en la búsqueda de personas desorientadas o desaparecidas.

También es frecuente que la gente necesite información clara sobre lo sucedido y qué va a pasar a partir de ese momento, así como consideramos fundamental el apoyo constante a las víctimas. En estos sucesos es clave poder contar con alguien que te escuche, que te explique los pasos a dar y que te ayude a gestionar pequeños trámites o contactos con la familia, por ejemplo.

En situaciones de alarma, a veces la contención emocional es tan urgente como la comida. ¿Qué formación reciben los voluntarios en atención psicosocial básica?

J.A.S: En estas situaciones de emergencia, el plano emocional es tan importante como lo pueda ser, por ejemplo, la logística para hacer llegar lo necesario a quien lo necesita. El voluntariado del área de emergencias recibe formación en primeros auxilios psicológicos y en habilidades de comunicación en crisis en aspectos como la escucha activa, el saber transmitir calma, o saber detectar reacciones de alto impacto emocional y cuándo derivar a las víctimas a los equipos psicosociales especializados. Aprenden pautas para acompañar a personas que aca-

“Conocer el terreno permite tomar decisiones más seguras y eficaces”



ban de sufrir una pérdida, un desalojo o el propio miedo e incertidumbre que generan estas situaciones, y también para cuidar de sí mismos y del equipo después de la intervención.

¿Con qué herramientas básicas cuenta un ERBE para ser autosuficiente en esos primeros momentos donde los recursos suelen escasear?

J.A.S: En cuanto a medios, un ERBE trabaja con un kit básico que le permite ser autosuficiente en las primeras horas de una emergencia, sea de la naturaleza que sea. Contamos siempre con un vehículo con capacidad de carga, material de abrigo, mantas y sacos, agua y bebidas calientes, alimentos no perecederos, material de primeros auxilios, material de higiene, equipos de iluminación, comunicaciones y señalización, y elementos sencillos de logística como camas plegables, mesas y carpas.

El objetivo es poder llegar, cubrir las necesidades básicas de la población afectada y organizar los espacios seguros, apoyando, en todo momento, a los servicios de emergencia hasta que una respuesta más amplia pueda desplegarse.

Conducción y personas mayores: ¿hasta cuando?



● Envejecer es un éxito evolutivo y social, sin duda alguna. Envejecer es normal, no una enfermedad. Me han oído y leído en este sentido en numerosas ocasiones. Y como cualquier otra fase de la vida, la vejez posee circunstancias propias que hasta cierto punto condiciona la manera en que esta es vivida. No es lo mismo envejecer con recursos económicos que sin ellos, o con familia que le cuide a uno que sin ella, o con buena salud que sin ella. Tampoco podemos obviar que, con el paso del tiempo, ocurren cambios en nuestro organismo que sin constituir síntomas en sí mismos pueden condicionar la manera como vivimos.

Aunque lo abordado hasta ahora parezca de simple sen-

tido común el no tenerlo en cuenta en ocasiones conlleva graves problemas en la vida diaria de las personas mayores y de sus familias.

Uno de los temas recurrentes en la consulta de geriatría es la preocupación familiar acerca del momento de empezar a poner límites a la capacidad de conducción del mayor. Quizás, para ordenar mejor las ideas resulte más instructivo plantearnos unas preguntas que intentaremos responder.

¿HAY UNA EDAD PARA DEJAR DE CONDUCIR?

No hay una edad concreta para dejar de conducir, como

tampoco la hubo cuando decidimos empezar a hacerlo. Conducir no tiene tanto que ver con la edad. Esto es relevante sobre todo cuando oímos voces que reclaman retirar el carné a una edad concreta, sin más argumentos. Al igual que comenzamos a hacerlo cuando aparecieron ciertas destrezas muy concretas, habría que plantearse cuando dejarlo cuando estas destrezas vayan fallando, sea cual sea la edad.

CÓMO SABER SI UN MAYOR MANTIENE SUS DESTREZAS PARA SEGUIR CONDUCIENDO

Conducir es una praxia, es decir, una función cognitiva superior que una vez se aprende se interioriza en nuestro día a día y la desarrollamos casi de manera automática. Para desarrollar las praxias (conducir, vestirse, caminar, comer, etc) durante toda nuestra vida hace falta que el cerebro esté sano y que algunas funciones como los reflejos funcionen a la perfección.

También debe funcionar perfectamente la capacidad cognitiva (memoria, orientación, atención y concentración, entre otras), la capacidad sensorial (la vista y el oído principalmente), y la motora (movimiento voluntario de piernas, pies, cuello, espalda, manos y brazos).

Mientras todas estas facultades neurológicas, motoras y sensoriales (FNMS) cumplan perfectamente su función no hay necesidad de plantearse dejar de conducir. Por lo tanto no es una cuestión de edad sino de capacidad.

Cuando alguien más joven tiene alguna alteración sensorial o de funcionalidad motora (aquellas con una paraplejia, por ejemplo) se suele determinar cual grado de alteración de la capacidad tiene para poder compensarla a través del uso de ayudas técnicas, órtesis (gafas) o adaptaciones personalizadas (cambio de marchas en el volante). Con los mayores hay que hacer lo mismo para no ser edadistas.

La clave estaría en insistir en recordar que los esfuerzos de los profesionales sanitarios relacionados con la valoración de estas capacidades debe ser determinar si es posible una adaptación o no; o si esta será permanente o pro-

visional; o si será parcial o total, o si bien no será posible la renovación del carné. El problema llegados a este punto es que estos exámenes previos a la renovación no son tan escrupulosos como entendemos que deberían ser.

¿CUÁNDO DEBEMOS REVISAR NUESTRAS FNMS?

Claramente cuando veamos que la persona mayor empieza a tener dificultades en su desempeño. A veces esto pasa, efectivamente, con el paso del tiempo; pero en muchas otras también surge a través de alguna incidencia como la aparición de problemas oculares o de oído, una fractura de cadera, caídas sucesivas o la concurrencia de algún deterioro cognitivo (problemas de memoria que pueda estar detrás de que se pierda o no sepa identificar bien las señales de tráfico).

En ocasiones nos tocará a los hijos dar la voz de alarma, mientras que en otras serán los profesionales sanitarios quienes lo hagan. También podemos recurrir a los informes médicos que ya disponemos para informar a los profesionales encargados de los reconocimientos médicos previos a la renovación del carné de aquellas circunstancias que puedan condicionarla. En las situaciones más extremas incluso deberíamos recurrir a las fuerzas de seguridad del Estado mediante denuncia al efecto.

Por muy extremas que puedan parecer estas medidas nunca serán suficientes si de evitar un accidente se trata.



CARMELO GÓMEZ

Enfermero especialista en geriatría en HCU Virgen de la Arrixaca. Catedrático de Humanización y Cuidados a los Mayores de la UCAM (Universidad Católica).

Julia ha vuelto a descubrir lo divertida que es "una noche de chicas".

Contamos con los mejores profesionales, programas e instalaciones para que sigamos descubriendo la vida.

RESIDENCIA PARA MAYORES BALLE SOL ALTORREAL
968 64 99 22 - 900 24 24 25
 C. Escultor Salzillo, 14 • 30506 Molina de Segura • Murcia
 (Urbanización Altorreal)

BALLE SOL
 ★ ★ ★ ★ ★

INFÓRMATE



ballesol.es



Del autocuidado a la hiperexigencia



● Informaciones del día en siete minutos. Tablas de yoga, fuerza, estiramientos, abdominales, glúteos, en quince minutos. Recetas para comer sano durante toda la semana en una hora. Trucos para dormirte en menos de diez minutos. Notas de voz a velocidad 1,5. Libros de autoayuda para conseguir en cien páginas lo que se consigue en seis meses de terapia.

Tras haber conquistado el autocuidado en la medida de lo posible para cada una – estar informada, comer bien, hacer ejercicio, descansar, cuidar tu piel, tu salud mental, tus rela-

ciones personales –, parece ser que hoy por hoy, está de moda intentar tardar lo menos posible en hacerlo y conseguir un ‘check’ en cada paso en tiempo récord. Y lo entiendo, quiero decir. Si cada vez incluimos más pasos en un lapso de tiempo igual, está claro que tendremos que correr para llegar a todo. Pero mi pregunta es la siguiente: ¿‘llegar a todo’ no era esa utopía que ya habíamos asumido como imposible?

Personalmente, me di cuenta de esto el otro día, en el supermercado: estaba recorriendo los pasillos, carrito

en mano, como si estuviera en uno de esos programas en los que puedes coger todo lo que quieras de forma gratuita durante un minuto. Me pregunté por qué lo hacía y la primera respuesta era evidente: quería llegar a cada cuanto antes después de un día de trabajo, aún tenía que hacer la comida del día siguiente y tenía en mente hacer una receta que me llevaría un rato. Después de eso, podría descansar. Así que sí, quería llegar cuanto antes. Pero ahí en medio, entre locuciones de ‘abrimos la caja seis’, el pasillo de la fruta y un montón de gente que iba tan acelerada como yo,

pensé: ¿los seis o siete minutos que voy a ganar de tiempo, merecen el semejante chute de cortisol que estoy metiéndole a mi cuerpo?

Relajé los hombros, la mandíbula, respiré hondo y comencé a caminar más despacio. Cierta es que esa revelación me distrajo y no cogí la mitad de las cosas que había en mi lista mental de la compra, pero llegué más tranquila a casa. En el trayecto, conduje más despacio. Al llegar, no intenté sacar toda la compra el maletero de una sola vez. Coloqué los productos con calma en su sitio. Tuve que corregirme varias veces desde la revelación en el supermercado hasta que hube terminado la tarea porque mi cuerpo se empeñaba en volver a subir las revoluciones, en volver a tensar los hombros, la mandíbula. No hice la receta saludable que tenía pensada y combatí la culpa cuando estaba preparando otra comida que no tenía tanto valor nutricional diciéndome: mañana, que no tengo que hacer la compra, tendré más tiempo y podré hacerla, con más calma.

Con este ejemplo no quiero que parezca que rechazo la asunción de importancia del autocuidado a la que hemos llegado últimamente. Tampoco es cuestión de excusarnos todos los días con lo ocupadas que estamos para saltarnos los consejos de los nutricionistas, para no ponernos crema solar antes de salir de casa. Pero que, si realmente lo estamos, si un día tenemos que abandonar a su suerte un cesto lleno de ropa por doblar, si un día se quedan mensajes sin leer en el grupo de whatsapp de tus amigos, si un día nos saltamos por una vez la doble limpieza o si un día no nos leemos las páginas necesarias para cum-

plir la absurda meta de leer un libro al mes, no pasa nada. Es mejor eso que conseguir hacerlo todo, pero llevandote tu cuerpo y tu mente al límite.

Cierto es que lo ideal sería que los trayectos al trabajo, las jornadas laborales, las obligaciones más primarias no le quitasen a la gente el porcentaje de tiempo diario que le quita en muchos casos. Pero eso sería lo ideal, y no vivimos en un mundo ideal sino en un mundo real. Y nos toca 'sufferlo' de la mejor manera que podamos, intentando como dicen 'llevar pa'lante la vida y no que la vida nos lleve pa'lante a nosotras'. Es por ello que, en realidad, este texto no es más que una petición de paciencia con nosotras. Cuidarnos no debería convertirse en una carga más a añadir dentro de nuestras ya muy cargadas mochilas vitales. Debería ser todo lo contrario: ese momento en el que cierras por dentro y te dedicas tiempo a ti misma, del modo que sea.

UN TRUQUITO

Entiendo que esta reflexión puede ser vista como otra utopía igual de inalcanzable que el hecho de llegar a todo y, por ello, comparto un truco que me dieron a mí en su momento y creo que funciona. El paso número uno es hacer una lista real de tareas pendientes para ese día, dándote tiempo a pensar para poder acordarte de todo. El paso número dos es organizarlas por prioridad, pero dando la importancia que merece el autocuidado en este orden, es decir, no dejándonos a nosotras mismas las últimas de la lista. El paso número tres es valorar de forma realista cuánto tiempo, de una manera que no nos suponga un estrés extra, nos va a llevar cada una de las

tareas. El paso número cuatro, el más fácil, es valorar si esa lista que hemos hecho en el primer paso es realista con la cantidad de horas que tenemos disponibles una vez cumplidas las tareas cuyo horario es inamovible (el trabajo, el trayecto al mismo, etc.). El paso número cinco, en caso de que el cuatro haya tenido como conclusión que es imposible llegar a todo, es tachar lo que esté al final de la lista y pasarlo a la lista del día siguiente si es necesario o modificar la lista para hacerla viable sin renunciar a las partes de autocuidado y sin 'ir aceleradas'.

También por experiencia sé que tener esta lista disponible de forma visual (en un cuaderno, una agenda o la aplicación de notas) ayuda a darnos cuenta de que, en muchas ocasiones, nos estamos ahogando por la idea de tener muchas cosas pendientes por hacer y no tanto por la lista de tareas.

En cualquier caso, espero que esta reflexión haya servido como un rato de desconexión, quizá incluso de autocuidado, para quien la lea. Para finalizar, otro consejo más rápido y que puedes aplicarte ahora mismo, mientras sostienes esta revista: relaja los hombros, relaja la mandíbula, coge aire y respira profundamente. Repítelo.



CANDELA ALTABLE TORRES

Periodista especializada en salud, ciencia, tecnología y medio ambiente por la Universidad de Murcia.

El mecanismo del botijo

Este enfriador utilizado durante siglos, es en realidad una obra maestra de la Termodinámica



● El botijo es, posiblemente, uno de los ingenios más brillantes de la cultura mediterránea. A simple vista, parece una vasija de barro cocido con un diseño más o menos caprichoso: un vientre abultado, un asa para el transporte, una boca ancha para el llenado (boca) y un orificio estrecho para beber (pitón). Sin embargo, tras esta apariencia rústica y de una simpleza absoluta se esconde un sofisticado sistema de refrigeración natural que desafía las altas temperaturas sin consumir un solo vatio de electricidad.

LA POROSIDAD DEL MATERIAL ES EL SECRETO

La magia del botijo no reside en su forma, sino en su composición. Está fabricado con arcilla porosa que no ha sido vitrificada (convertir en vidrio una sustancia). Esto permite que el agua del interior se filtre lentamente a través de las paredes del recipiente hasta alcanzar la superficie exterior.

Una vez fuera, el agua entra en contacto con el aire seco y cálido del ambiente. Aquí es donde entra en juego la Termodinámica: para que el agua se evapore, necesita energía. Esta energía, conocida como calor latente de vaporización, es extraída del propio cuerpo del botijo y del agua que permanece en su interior. Como resultado, el líquido interno se enfría, logrando descensos de temperatura de hasta 10°C o 15°C respecto al ambiente.

DINÁMICA DE FLUIDOS Y EL 'EFECTO BOTIJO'

Desde la perspectiva de la física, el funcionamiento del botijo es un equilibrio perfecto entre transferencia de masa y calor. El proceso se puede describir mediante la relación entre la humedad relativa, la velocidad del aire y la superficie de evaporación.

Para que el enfriamiento sea eficiente, el aire circundante debe estar seco. Si la humedad relativa es del 100%,

El botijo es uno de los ingenios más brillantes de la cultura mediterránea

el agua no puede evaporarse y el botijo 'suda' pero no enfría. Es un ejemplo clásico de 'enfriamiento evaporativo', el mismo mecanismo que utiliza el cuerpo humano a través del sudor para regular la temperatura.

En cuanto a la dinámica de fluidos al beber, el diseño no fue elegido al azar, sino que es totalmente funcional:

▣ El pitón: Actúa como una boquilla que estrecha el flujo, aumentando la velocidad del fluido (según el principio de Bernoulli) y permitiendo dirigir un chorro preciso hacia la boca sin que exista contacto físico.

▣ La boca: Permite la entrada de aire mientras el agua sale por el pitón, evitando que se cree un vacío que interrumpa el flujo, manteniendo una presión hidrostática equilibrada.

LA CIENCIA LO CONFIRMA

En 1995, los investigadores Gabriel Pinto y José Ignacio Martín de la Universidad Politécnica de Madrid, desarrollaron un modelo matemático para predecir el enfriamiento del botijo. Las ecuaciones diferenciales resultantes demostraron que el botijo es un sistema autorregulado: cuanto más calor hace, más rápido se evapora el agua y más eficiente es el enfriamiento, siempre que el aire no sea excesivamente húmedo.

El mecanismo del botijo aplica una regla básica de la dinámica de fluidos que asegura que, para que el agua se evapore, necesita energía. En el caso del botijo, la energía la proporciona el filtrado del agua por los poros de la arcilla. Una vez en contacto con el exterior, se produce dicha evaporación y el consecuente enfriamiento del agua que resta en su interior.

En ese sentido, la aplicación del mecanismo del botijo trasladado a una vivienda, para lograr su enfriamiento sin consumo eléctrico, fue lo que llevaron a cabo alumnos de Escuelas Técnicas de Arquitectura de Sevilla, Granada, Jaén y Málaga con su prototipo Lab Patio 2.12. Las paredes exteriores de una vivienda experimental fueron

Logra descensos de temperatura de hasta 10°C o 15°C respecto al ambiente



El mecanismo del botijo aplica una regla básica de la dinámica de fluidos

recubiertas con cámaras de aire cerámicas que reciben en su interior un riego por goteo de agua que, al evaporarse, disminuye la temperatura interior.

CIENCIA Y AVERVO POPULAR

El botijo es un recordatorio de que la tecnología más avanzada no siempre requiere microchips. Es una lección de física aplicada que utiliza la capilaridad, la evaporación y las leyes de la termodinámica para resolver una necesidad básica de forma sostenible, y así ha resultado ser durante siglos. En un mundo que busca soluciones ecológicas, volver la vista a la alfarería tradicional podría ser más que una nostalgia, una decisión científicamente inteligente.



El Milagro de Ana Sullivan: redención y perseverancia

● Helen Keller quedó sorda y ciega antes de cumplir los dos años. La causa fue un episodio febril agudo, posiblemente se trataba de meningitis. Durante muchos años su aislamiento e incomunicación la llevaron a una vida desordenada, incontrolada, casi animal. Cuando tenía 7 años empezó a recibir cierta educación en lenguaje y comunicación, pero

era un ser primitivo e intratable. Sus padres la pusieron a cargo de la profesora Anne Sullivan, traída de la Escuela Perkins de Boston. Anne padecía tracoma, una enfermedad que le afectaba a la vista severamente.

Con la ayuda de Anne, Helen estudió en una escuela de Cambridge, en Massachussets, donde se graduó. Posteriormente se licenció en Arte por la Radcliffe School. Anne y Helen vivieron juntas hasta 1936 cuando Anne falleció a los 70 años. Helen vivió hasta los 87. A pesar de las muchas dificultades que le acarrió su vida, Helen se fue superando hasta convertirse en escritora, activista por los derechos de los desfavorecidos y famosa conferenciante.

En 1962, se estrenó la película *El milagro de Ana Sullivan*. La dirigió **Arthur Penn**. **Anne Bancroft** hizo el papel de Anne Sullivan y **Paty Duke** el de Helen Keller. Ambas ganaron el Oscar femenino, **Anne** el principal y **Paty** en secundario.

LUCES Y SOMBRAS

...Vivirá. Esta afirmación es lo primero que oímos en la película *El milagro de Ana Sullivan*. Escueto, pero revelador. Antes vemos en el plano de apertura un bebé y a la madre que suspira aliviada cuando oye el diagnóstico del médico... Ahora puedo decirlo, creí que no se salvaría. Con ese "Vivirá", era suficiente, no hacía falta añadir más información, la elipsis nos ofrecía toda la información necesaria.

Es una escena iluminada a base de luces y sombras, como casi toda la película, porque lo que se cuenta es una historia de luces y sombras, tanto exteriores como interiores. Luces en los que ven, sombras en los que no ven. Luces en los que creen, sombras en los que no creen. Luces en los avances, sombras en los retrocesos.

La madre se queda a solas frente a la cuna. Habla a su hija recién nacida, se oye un llanto de esta, después silencio. La madre descubre que el bebé ni ve ni oye. El padre grita, ...¡Helen! Fundido a negro y nueva escena con las sombras de la niña y aparición de los títulos de crédito.

El cine dispone de recursos para gestionar el tiempo, y contar adecuadamente una historia en la pantalla exi-



ge necesariamente de economía en cuanto a tiempo. La mejor arma para lograr este objetivo es la elipsis. Y resulta magnífica, acertada y eficaz la utilizada en el comienzo de esta película, ...Vivirá. La puesta en escena es muy exacta en cuanto a iluminación a base de luces y sombras.

Vemos la figura de la sombra de la niña abriéndose paso por la casa, unas sábanas blancas dibujan figuras, la niña rompe un adorno navideño, en la casa no hay un solo cuadro u ornamento. Estos símbolos que nos muestran las primeras escenas nos meten en la historia desde el inicio, no explican la situación sin diálogo y sin que apenas nos demos cuenta.

Por eso procede el contraste entre la sombra de la niña y la claridad de las sábanas. El aislamiento y la soledad se reflejan en la ausencia de cuadros. El mal carácter de Helen (**Paty Duke**), que así se llama la niña, queda cumplidamente expuesto cuando rompe la bola del árbol de navidad en la que se ha visto reflejada su cara. La hemos visto nosotros, ella no, ella es ciega.

Estas sombras y contrastes tratadas por el director de fotografía, el cubano **Ernesto Caparrós**, sirven para que entremos en esa atmósfera claustrofóbica que supone la ceguera y la sordomudez. En el terreno de las acciones de Helen comprobamos que tiene ideas e instintos destructivos, pero también un deseo de comunicarse cuando pide a su madre que ponga unos botones a su muñeca en forma de ojos; ojos que no ven como los suyos. Inteligentes, hábiles y sutiles analogías y simbolismos.

LA LLEGADA DE ANA

Asistimos después a una discusión

familiar en busca de soluciones. La tía menciona la escuela Perkins de Boston, más tarde, en otra escena, se nos presenta Ana Sullivan (**Anne Bancroft**), y en su conversación con el profesor cuando están en el tren

violentamente. Las dos se van a la habitación de Ana y la primera impresión es que se puede llegar a cierto entendimiento. El trabajo empieza desde el primer minuto. Ana analiza los movimientos de Helen y pronto



ya entendemos que Ana es soberbia, testaruda, primitiva y con escaso tacto. Algo nos revela que es un alma en busca de libertad, de redención, de un tipo de resorte que la libere de sus amargos recuerdos... Díos me debe una resurrección. Ana era ciega a causa de la enfermedad de tracoma y recuperó buena parte de la visión. Inicia un viaje desde Boston hasta Alabama y por fin llega a su destino. Ana ha sido contratada para enseñar a Helen. Andamos por el año 1892.

Los Keller viven en una finca un tanto alejada de Tuscumbia en el condado de Colbert, Alabama, profundo sur de Estados Unidos. El encuentro entre Ana y Helen tiene connotaciones de algo animal. Ana simplemente observa, casi como un depredador. Helen huele, toca, palpa. Cuando Ana intenta acariciar a Helen, esta la rechaza

surge el primer conflicto. Como consecuencia Helen deja a Ana encerrada en su habitación. Le quita la llave. La llave es una metáfora, y elemento importante en la narrativa.

El film tiene otros personajes, muy pocos, y pueden parecer irrelevantes, pero tienen su peso. El capitán (**Victor Jory**), padre de Helen, es un hombre arisco, chapado a la antigua, un caballero de sur. La madre, Kate (**Inga Svenson**) está totalmente perdida y desorientada, a veces se nos antoja más ciega que la hija; pero es una mujer que tiene fe y esperanza, la que más confía de todos los personajes, la única que no ha perdido esas cualidades y no las va a perder. James, el hijo (**Andrew Pine**), se siente fascinado por el trabajo de Ana. Admira la labor de la profesora. Es un tipo escéptico, incrédulo. La tía Ev



(**Kathleen Comegys**), es una charlatana que habla y habla sin parar.

CULPABLES POR COMPASIÓN

Vamos siendo testigos de una pertinaz y sistemática insistencia en la EDUCACIÓN, y también en la PERSEVERANCIA. Ana se ha percatado de que antes de enseñar otra cosa, a la niña hay que educarla y no quiere interferencias de la familia, que es culpable de la nula educación de Helen. Culpable por COMPASIÓN.

Acertadamente el director va evitando que los espectadores, sintamos compasión. Nos necesita, de momento, al lado de Ana y por eso incluye muchas escenas en las que muestra a Helen como un ser insoportable, repulsivo, independientemente de su desgracia. Sus reacciones son claros oscuros, avances y retrocesos, una de cal y dos de arena. Esto aporta mucho para que sepamos entender y valorar que en Ana Sullivan hay varias virtudes, pero las que destacan son precisamente la perseverancia, la paciencia y la constancia.

...No sabrá deletrear hasta que no sepa lo que son las palabras, dice

Ana a la señora Keller, ...Y ¿cuándo aprenderá?, pregunta ésta, ...Quizás después de un millón de palabras. Aquí Ana deja claro que no tiene prisa, tampoco garantía de éxito. El trabajo encierra una terrible dificultad.

Ana dice que Helen es una malcriada y no es su culpa, es culpa de sus padres. Ana se rebela y están a punto de despedirla ...No puedo corregir tantos años de compasión. La compasión no es la forma de ayudar a Helen. Todos los enfrentamientos familiares tienen la misma causa: Helen.

Pasamos a continuación a una escena extenuante, un largo intercambio de bofetadas entre Ana y Helen, en la que Ana descubre que solo hay un camino posible: la rendición de Helen. Después de una lucha casi animal, Helen hace otro descubrimiento: está ante alguien que no se rinde y es ella la que se detiene en el intercambio de bofetadas. De un modo frustrante para ella, con gesto de rabia e impotencia, se rinde. Pero es una rendición momentánea, ocasional. Durante esta escena comprobamos cómo la familia y el servicio están aguardando expectantes el desenlace. El señor Keller, de clase

superior, acaba sintiendo auténtico respeto por Ana Sullivan, de hecho se siente intimado por ella.

El final de esa escena llega cuando Ana logra que Helen doble su servilleta. Es una metáfora muy inteligente, doblar la servilleta significa que se ha doblegado, se ha rendido. Ana entra en su dormitorio después de la terrible lucha y de nuevo le llegan sus amargos y traumáticos recuerdos de infancia. Piensa, coge el manual de Perkins. Helen juega en el jardín con su madre. Ana lee el texto de Perkins 'Desenterrar un cuerpo, desenterrar el alma', sobre una mujer que quedó sepultada: "Si alguien tuviera tanta paciencia como desnudo o fervor ("zeal" en la versión original), podría despertar el alma al conocimiento de su naturaleza inmortal. La posibilidad es muy pequeña, pero con otra menor hubieran hecho esfuerzos desesperados para desenterrarla. Y ¿acaso la vida del alma es menos importante que la del cuerpo?".

Ana ha descubierto que hay que trabajar el alma de Helen para llegar hasta ella. Cuando está leyendo el texto se acerca a la ventana y allí, en el cristal, queda reflejado su rostro y sobre él vemos el de Helen que está fuera. Impresionante este plano superpuesto. Le recuerda a ella misma en su infancia. Son dos almas gemelas, tienen que compartir. Un nuevo símbolo el de ese plano de los dos rostros en el cristal de la ventana y un nuevo término capital: COMPARTIR. Ana sabe lo que tiene que hacer.

El capitán Keller ha decidido despedir a Ana, ella entra en la habitación en la que está el matrimonio, ...Capitán Keller quiero hablar con usted. El capitán se siente incómodo por las gafas que lleva Ana, ...Cualquier luz me hiere los ojos, dice ella ...Señori-

ta Sullivan, he decidido... darle una segunda oportunidad. No se atreve a despedirla, Ana le impone e intimida, ...Debe haber un cambio radical de modales, dice el capitán ...¿En quién?, replica Ana.

Helen se espanta ante la presencia y cercanía de Ana, la rechaza abierta y desesperadamente. Helen no ve, no oye, no habla, pero tiene memoria e inteligencia, tiene sobre todo inquietud. Se está enterando de que Ana es su alma gemela, libre, inquieta, indomable. Ana intuye esa lucha interior.

...Aquí no hay esperanza, dice Ana

al capitán; no desea crear falsas expectativas, pero realmente Ana tiene esperanza y confianza, por eso sigue trabajando. ...La ceguera y la sordera no son el peor mal para Helen, sino su compasión, insiste Ana. Luego explica dónde pasó su infancia y otras circunstancias, un padre alcohólico y una madre tuberculosa. Dos hermanos, Mary y Jimmie. ...Es terrible, dice Kate, ...¡No!, eso me hizo fuerte. Hay momentos en los que Ana Sullivan puede parecer un ser insensible. Insensible y dura por causa de tantos padecimientos que le han creado un trauma y forjado un caparazón que la incapacita para amar, ...No tengo

por qué querer a Helen, no es mi hija, dice al capitán. Más que insensible es firme, porque cree en lo que hace.

DOS SEMANAS CON HELEN

Ana dispone de dos semanas a solas con Helen. Se trasladan a una casita apartada en la finca. Cuando Helen se percata de que se ha quedado a solas con Ana tiene una reacción terrorífica. Se acerca una nueva batalla. En ese momento es lógico que sintamos pena por la chica a la que vemos como un ser desamparado e indefenso frente a una mujer implacable. Contribuye a dicha sensación la astuta puesta en escena del director **Arthur Penn**.

Aparecen otra vez los recuerdos tormentosos de Ana. Siente remordimiento, cree que pudo y debió hacer más por su hermano Jimmie, ...Formábamos una buena pareja, un tuberculoso y una ciega, dice con sarcasmo. Pero Ana tiene ahora a Helen y es su posibilidad de redimirse, y a eso se aferra con todo su ánimo y todas sus fuerzas.

...Perdí la paciencia, pero cuento con Helen. Esa cabecita se muere por saber cosas. Tengo que aprovechar ese afán por saber. Helen es la proyección de su hermano Jimmy, Ana cree que debió hacer más por Jimmy, y ahora tiene la oportunidad de liberarse mediante Helen Keller.

El hermanastro de Helen, James, hace una visita a la casita y dice que existe el desaliento, la resignación, el abandono,...Tarde o temprano todos nos rendimos,...Tal vez lo hagan ustedes, así concibo yo el pecado original; rindiéndose. Luminosa reflexión y contundente respuesta. La película continúa con ese tono de lucha sin cuartel entre Ana y Helen, con el adi-



tamento de la familia observando, interfiriendo y finalmente dejando que Ana haga su trabajo, porque en el fondo ellos saben que Ana es la única que está segura de lo que hace.

De la convivencia entre Ana y Helen, con luchas continuas, con ligeros avances y muchos retrocesos, surge un plano mágico. Una escena de una estética bellísima y plena de emoción. Los planos son verdaderos cuadros. Helen duerme y Ana canta una nana a una muñeca. El plano mues-

batalla en la que Ana intenta ayudar a Helen a vestirse. Más que ayudarla, le está enseñando a vestirse ella sola. Durante el tiempo que conviven, Ana está pendiente de Helen las veinticuatro horas del día. Vigila hasta su sueño. Como dice la maestra,... Empiezo a querer a la niña.

Cuando logre que Helen asocie palabras con objetos habrá ganado la guerra. La educación y formación al servicio del final de las hostilidades. Una gran lección.

te y sabe lo expresa con palabras y ellas disipan las tinieblas. Con una sola palabra conseguirá poner el mundo en sus manos. Hermosa reflexión de Ana que viene a identificar el lenguaje con la claridad y la luz.

Han pasado las dos semanas. Nos encontramos con otro momento lleno de carga emocional y excelentemente rodado. Ana entrega a Helen a su madre, esta la coge en sus brazos y se alejan mientras Ana se queda sola en el umbral. El tono musical de **Lauren-**



tra un vaso de leche vacío en el suelo, la cama y la mecedora detrás; de ahí se pasa a otro plano en el que vemos a la desesperada señora Keller y otro con el capitán. Desesperanza. El montaje nos vuelve a fijar otro plano igual al primero, el vaso, la cama, la mecedora, Ana y la muñeca. Acompaña una música envolvente, melancólica y triste, es una adaptación de la nana que canta Ana. El plano se remata con un lento fundido a negro. Pura poesía en la pantalla.

Ese fundido a negro significa una tregua, un breve descanso, porque la siguiente escena, el siguiente plano de la nueva secuencia, es otra

En esa convivencia vemos a Helen que tiene un huevo en sus manos, el polluelo rompe el cascarón e intenta salir. Helen, palpa, sonríe. Ana le dice,...Tú también saldrás. Otra bonita metáfora. Se van sucediendo escenas en las que Ana enseña palabras a Helen con lenguaje de signos. La niña mueve los dedos y deletrea incluso en sueños, pretende enseñar el lenguaje de signos a un perro, otro plano interesante que nos viene a manifestar que, en realidad, ninguno de los dos sabe el significado. Esta escena es bastante aclaratoria de lo que son, de momento, esos signos para Helen: un juego. ...Todo lo que el hombre piensa, sien-

ce Rosenthal sube, y sus notas nos evocan sonidos redentores. En estos momentos Ana queda en segundo plano, siempre solitaria, con la compañía de sus recuerdos y traumas. ¿Es acaso su destino? Pronto lo vamos a descubrir. Se acerca el climax.

Ya en casa de los Keller, Helen llama la atención de su madre con ese gesto en el que se roza la mejilla con los nudillos de su mano. Le entrega un par de llaves. Es una señal y encierra un significado que descubriremos pronto. Quien tiene la llave tiene el poder. El contacto con la familia, la protección y la compasión surten efectos negativos en Helen. Cuando



se siente amparada reanuda sus acciones de mala crianza.

Se disponen a cenar. Helen es muy lista, muy despierta y quiere poner a prueba la nueva situación. Tira repetidas veces su servilleta. Se inicia otra discusión. Todos intervienen, incluso la tía charlatana. En otro arranque histérico la niña arroja el agua de una jarra a Ana, esta la coge de la mano y pretende sacarla del comedor,...No se atraviese en mi camino, no deshaga lo conseguido, le dice al capitán. Ana lleva a Helen hasta una fuente para que llene de agua la jarra que ha derramado. El contacto de la mano de la niña con el líquido la lleva por primera vez a asociar el signo, la palabra, con el objeto. Incluso intenta articular la palabra,...Waaater. Aaagua, ...¡Dios mío! Ana le coge la mano, se la lleva a su mejilla y mueve la cabeza afirmando, ...Sí. Después va deletreando mediante el lenguaje de signos otros objetos, ...Ground (Tierra), ...Sí. ...Pump (Fuente), ...Sí. ...Tree (Árbol), ...Sí. ...Step (Escalón), ...Sí. ...Bell (Campana), ...Sí. Revelador que todo empiece junto a una fuente, precisamente una fuente. Algo había dentro de Helen que esperaba y ansiaba brotar. Ana lo sabía, lo había dicho.

...¡Señora Keller, señora Keller!, repite Ana, ...Ha comprendido, grita desesperada de tanta emoción y alegría.

En ese momento se une todo. La cámara moviéndose emocionada, la música in crescendo y las dos actrices dándolo todo y culminando cien minutos de interpretación que tocan y atraviesan la perfección. Los movimientos de cámara giran en torno a Helen como vértice. Aún quedan algunas sorpresas, un par de perlas de regalo. Una obra así hay que rematarla a la altura y nivel que merece.

Helen está abrazada a su padres, se suelta y va donde está Ana, la señala, deletrea con los dedos, ... Maestra, ... Sí. Le pide las llaves a su madre y se las entrega a Ana, las pone en su mano y se la cierra, luego le toca la cara. Le está entregando su corazón, le está haciendo una confesión de amor y dando su agradecimiento. James y la tía miran la escena. La familia entra en la casa y Ana se queda sola en el jardín, sentada junto a una fuente. Extenuada. James va a entrar en casa, pero se da la vuelta y se queda mirando a Ana en señal clara de admiración. Por su parte, Ana ha encontrado lo que buscaba: redención. Si antes hemos visto el agradeci-

miento, en la escena final asistimos a la pura muestra de amor. Noche silenciosa y pacífica. Ana está sentada en una mecedora en la terraza, Helen se acerca, le palpa la cara, la besa y se recuesta en sus brazos. Ana le dice a Helen con el lenguaje de signos, ...Yo quiero a Helen. La cámara se va alejando lentamente. Mejor dejarlas en su intimidad. Eso es elegancia narrativa.

EL FINAL DE LA HISTORIA REAL

Ana y Helen estuvieron juntas cuarenta y nueve años, ya que Ana en realidad llegó a Tuscumbia para hacerse cargo de Helen en 1897, cuando la niña tenía siete años, y no en 1892 como se desprende de la película. El 20 de octubre de 1936, Ana Sullivan murió en New York en los brazos de su inseparable amiga Helen Keller. Ana tenía 70 años.

“En estos oscuros y silenciosos años, Dios ha estado utilizando mi vida para un propósito que yo desconozco, pero un día lo entenderé y entonces estaré satisfecha”. Esto lo escribió Helen Keller poco antes de fallecer. El 1 de junio de 1968 murió plácidamente en su casa de Connecticut mientras dormía. Poco antes había sufrido un infarto. Sus restos descansan junto a los de su amiga Ana Sullivan en la Catedral Nacional de Washington.



José Antonio Martínez Asensio
Escritor cinematográfico

RESIDENCIAL BENARÉS



**UNA
OPORTUNIDAD
DE INVERSIÓN.
UNA INVERSIÓN
OPORTUNA.**

www.residencialbenares.com

BENARÉS

Complejo
residencial y asistencial
médico geriátrico

INVERSÚS

Promueve:

VK
VESCOVO & KUMA

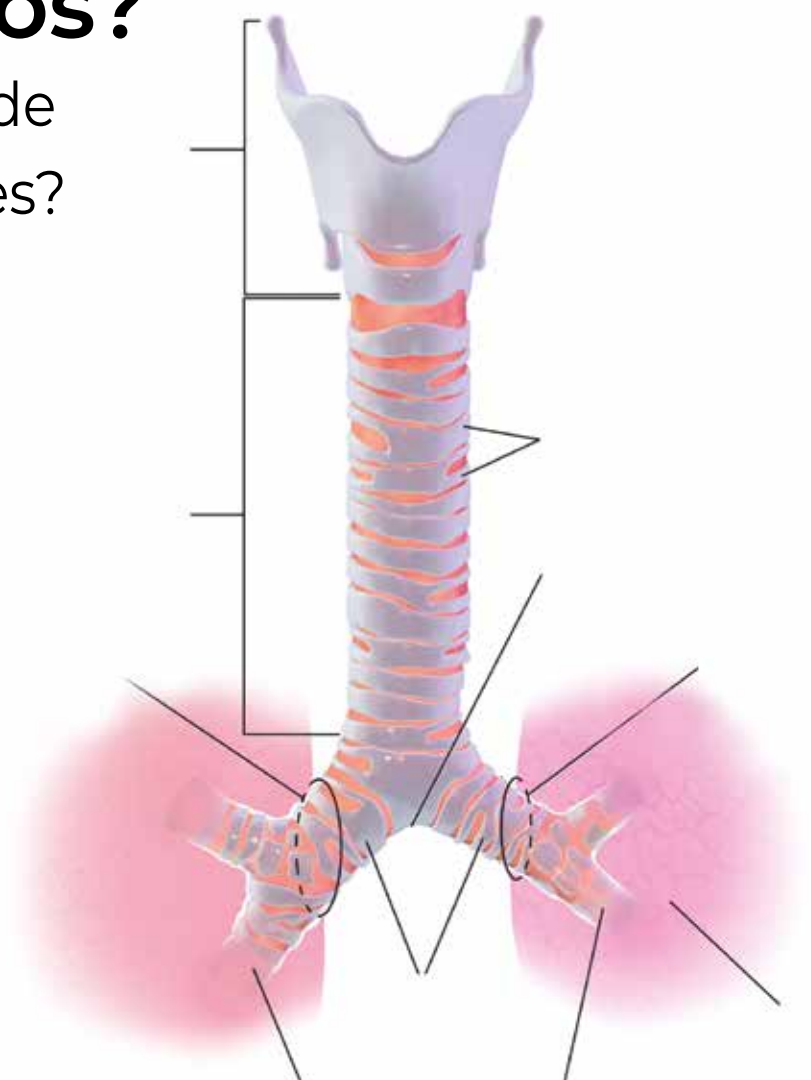
Información:

Av. Francisco Jiménez Ruiz, 7 - Bajo - 30007 Murcia

Centralita: 968 281 398

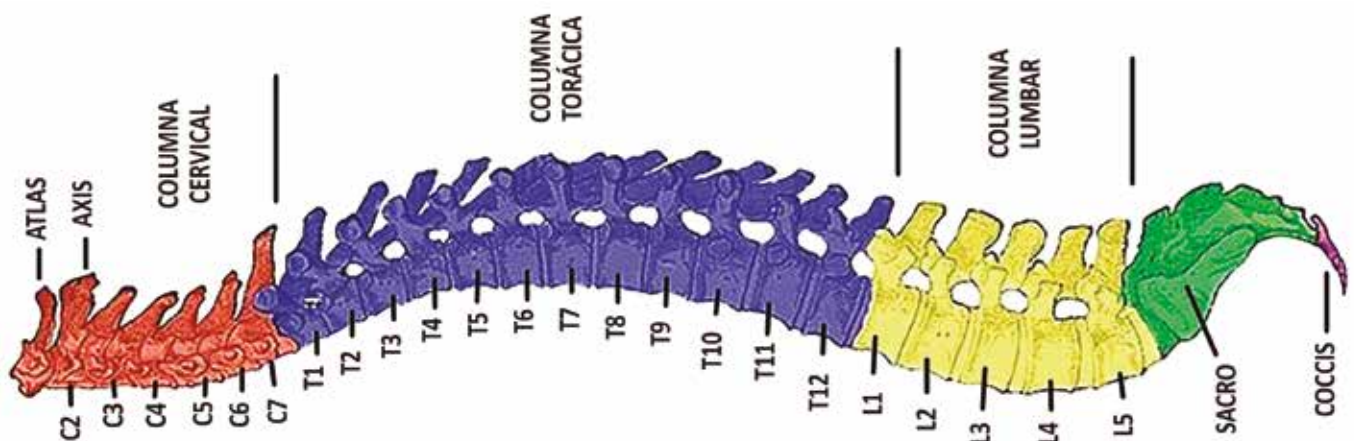
¿Aprendemos?

¿Cuántas partes de la tráquea conoces?



Soluciones en edición de junio

Soluciones de 'Aprendemos' edición abril



EXTRACCIONES DE SANGRE EN MAYO EN LA REGIÓN DE MURCIA



DÍA	LOCALIDAD	LUGAR EXTRACCIÓN	H. DE EXTRACCIÓN	DÍA	LOCALIDAD	LUGAR EXTRACCIÓN	H. DE EXTRACCIÓN
02/05/2026	EL PALMAR	CENTRO COMERCIAL THADER	10:00 A 14:00	15/05/2026	PURIAS	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
02/05/2026	EL PALMAR	CENTRO COMERCIAL THADER	16:00 A 21:00	18/05/2026	S. PEDRO DEL PINATAR	CENTRO DE SALUD	17:30
04/05/2026	SANTOMERA	CENTRO DE SALUD	17:30	18/05/2026	EL ALGAR	CENTRO DE SALUD	17:30
04/05/2026	LLANO DE BRUJAS	CENTRO DE SALUD	17:30	18/05/2026	LA APARECIDA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
04/05/2026	ZARANDONA	CENTRO DE SALUD	17:30	19/05/2026	MOLINA DE SEGURA	CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍN	17:30
05/05/2026	SANGONERA LA VERDE	POLICÍA NACIONAL MURCIA	9:00: A 14:30	19/05/2026	LA PACA	CENTRO DE SALUD	17:30
05/05/2026	ALJUCER	CENTRO DE SALUD	17:30	19/05/2026	LA ALCAYNA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
05/05/2026	MOLINA DE SEGURA	CENTRO DE SALUD ANTONIO GARCÍA	17:30	20/05/2026	SANGONERA LA VERDE	IES SANGONERA LA VERDE	9:00 A 14:00
06/05/2026	MURCIA	CONSEJERÍA DE HACIENDA	9:30 A 14:00	20/05/2026	LORCA	JISAP, POL. IND. SAPELORCA	15:00 A 19:00
06/05/2026	CIEZA	CENTRO DE SALUD CIEZA ESTE	17:30	20/05/2026	CIEZA	CENTRO DE SALUD CIEZA ESTE	17:30
06/05/2026	ZENETA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30	21/05/2026	ARCHENA	CEIP MIGUEL MEDINA	9:30 A 14:00
07/05/2026	CARTAGENA	IES JUAN SEBASTIÁN ELCANO	9:30 A 14:00	21/05/2026	LORCA	SANTA ROSA DE LIMA	17:30
07/05/2026	LORCA	C.C. MADRE DE DIOS	17:00 a 21:00	21/05/2026	MOLINOS MARFAGONES	CENTRO DE SALUD	17:30
07/05/2026	TOTANA	CENTRO DE SALUD TOTANA NORTE	17:30	21/05/2026	TOTANA	CENTRO DE SALUD TOTANA NORTE	17:30
08/05/2026	SANGONERA LA VERDE	CENTRO DE SALUD	17:30	22/05/2026	SANGONERA LA SECA	DISFRIMUR	9:30 A 14:00
08/05/2026	DOLORES DE PACHECO	CONSULTORIO MÉDICO	17:30	22/05/2026	ABANILLA	CENTRO DE SALUD	17:30
08/05/2026	LA ALJORRA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30	22/05/2026	LOS BARREROS	CENTRO DE SALUD	17:30
11/05/2026	CHURRA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30	22/05/2026	EL MIRADOR	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
11/05/2026	SAN GINÉS	FITOSOIL, POL. INDUST. S. GINÉS	9:30 A 14:00	25/05/2026	EL PALMAR	LA ARRIXACA	9:30 A 14:00
11/05/2026	SANTOMERA	CENTRO DE SALUD	17:30	25/05/2026	S. PEDRO DEL PINATAR	CENTRO DE SALUD	17:30
11/05/2026	MONTEAGUDO	CENTRO DE SALUD	17:30	25/05/2026	COBATILLAS	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
12/05/2026	MURCIA	C. SOCIAL UNIVERSITARIO UMU	9:30 A 14:30	25/05/2026	LAS PALAS	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
12/05/2026	UCAM MURCIA	1ª PLANTA CLAUSTRO MONASTERIO	9:30 A 14:00	26/05/2026	CARTAGENA	PARQUE SEGURIDAD POLICÍA LOCAL	9:30 A 14:30
12/05/2026	UCAM MURCIA	1ª PLANTA CLAUSTRO MONASTERIO	16:00 A 20:30	26/05/2026	MOLINA DE SEGURA	CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍN	17:30
12/05/2026	MOLINA DE SEGURA	CENTRO DE SALUD ANTONIO GARCÍA	17:30	26/05/2026	EL ALBUJÓN	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
13/05/2026	EL PALMAR	LA ARRIXACA	9:30 A 14:00	26/05/2026	RICOTE	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
13/05/2026	SANGONERA LA VERDE	C. NUESTRA SRA DE LOS ÁNGELES	16:00 A 20:30	27/05/2026	MURCIA	CONSEJERÍA DE AGRICULTURA	9:30 A 14:00
13/05/2026	CIEZA	CENTRO DE SALUD CIEZA ESTE	17:30	27/05/2026	LORCA	CONSULTORIO MÉDICO LA HOYA	17:30
13/05/2026	CASILLAS	CONSULTORIO MÉDICO	17:30	27/05/2026	CIEZA	CENTRO DE SALUD CIEZA ESTE	17:30
14/05/2026	CARTAGENA	CONSULTORIO MÉDICO, P. R. 5ª ANA	17:30	28/05/2026	TOTANA	CENTRO DE SALUD TOTANA NORTE	17:30
14/05/2026	LA ALGAIDA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30	28/05/2026	YECLA	HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO	17:30
14/05/2026	TOTANA	CENTRO DE SALUD TOTANA NORTE	17:30	29/05/2026	CARTAGENA	CENTRO DE SALUD OESTE	17:00 A 21:00
15/05/2026	LORCA	CEIP PÉREZ DE HITA	9:30 A 14:00	29/05/2026	SUCINA	CONSULTORIO MÉDICO	17:30
15/05/2026	PUENTE TOCINOS	CENTRO DE SALUD	17:30	29/05/2026	MORATALLA	CENTRO DE SALUD	17:30
15/05/2026	MOLINA DE SEGURA	LOCAL SOCIAL RIBERA DE MOLINA	17:30				

Reconocer un ICTUS rápido



THE NEW
salud21
HEALTH *free* MAGAZINE



Reconocer un ICTUS

1 CARA CAÍDA



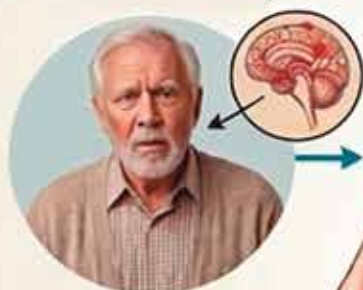
Pide una Sonrisa.
¿Está caída de un lado?

2 BRAZOS DÉBILES



Levanta los Brazos.
¿Uno se cae?

3 HABLA CONFUSA



Repite una frase.
¿Arrastras o
confundes palabras?

4 INESTABILIDAD



Pierde el equilibrio
bruscamente.
¿Vértigo?

5 VISIÓN BORROSA

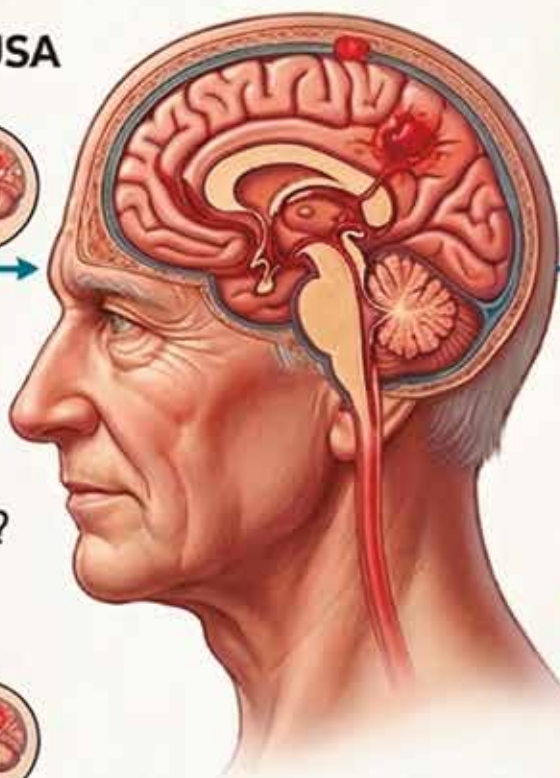


Dificultad repentina
para ver. ¿Doble?

6 LLAMA A EMERGENCIAS (112)



CADA SEGUNDO CUENTA.
NO ESPERES.
TLF. DE EMERGENCIA: 112



CALENDARIO DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES A LO LARGO DE TODA LA VIDA



EDAD	PRE NATAL	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	4 años	6 años	11 años	13-14 años	15-18 años	19-64 años	≥ 65 años
Poliomielitis			VPI	VPI		VPI				VPI					
Difteria - tétanos - tosferina	dTpa		DTPa	DTPa		DTPa				DTPa		Td	Td	Td	Td
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib		Hib									
Triple vírica							TV		TV			TV			
Varicela								VVZ	VVZ				VVZ		
Hepatitis B		HB	HB	HB		HB				HB					
Enfermedad meningocócica			MenB	MenACWY MenB		MenACWY MenB				MenACWY		MenACWY	MenACWY		
Virus del papiloma humano											VPH	VPH			
Enfermedad neumocócica			VNC20	VNC20	VNC20	VNC20		VNC20							VNC20
Gripe estacional	Gripe							Gripe							Gripe ≥60 años
Herpes zóster															HZ
Rotavirus			RV5	RV5	RV5										
Virus respiratorio sincitial															Vacuna ≥50 años

1. Completar vacunación hasta 5 años desde 15 a 64 años (incluido). No administrar dosis de recuerdo cada 10 años. Solo se administrará dosis de recuerdo a los 65 años a las personas que recibieron 5 dosis durante la infancia y la adolescencia.
2. En forma de tetraéctico (TV - VZV).
3. Se recomienda la vacunación en personas en vacunación documental nacidas en España a partir de 1978 (2 dosis separadas por 4 semanas).
4. Para nacidos a partir del 1 de enero de 2018 y a partir de 11 años de edad que no hayan padecido la enfermedad ni están vacunados previamente (2 dosis separadas por 4 semanas o completar pauta si lleva más de 1 dosis previa). A partir de los 15 años, en caso de duda de padecerla previamente, realizar serología previa a la vacunación.
5. Se administrará 4 dosis (3, 2, 4 y 11 meses) para hijos de madre con Aglutininas positivas en el embarazo. Primera dosis en primera 24 h de vida junto con inmunoglobulina. En personas hasta 18 años (incluido) se vacunará con anterioridad se administrará una pauta completa de vacunación de 5 dosis (3, 1 y 9 meses).
6. MenB para nacidos a partir del 1 de enero de 2023.
7. VACUNACIÓN ESCOLAR nacidos entre 2014 (durante 1er trimestre del año 2026 (2º trimestre escolar). Dosis única de vacuna frente a Meningococo y VPH (o zanamivir/oscilantina) en el preadolescente.
8. Recibirán una única dosis de vacuna frente a meningococo ACWY si no han recibido ninguna a partir de los 16 años.
9. Varones se vacunaron nacidos desde 2011 y mujeres hasta 18 años de edad, inclusive (nacidos en 2007 y años posteriores) con una única dosis, siempre que no hayan sido inmunizados. Las personas inmunizadas deben recibir siempre una pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses). Varones nacidos entre 1998 y 2010 se ha realizado captación progresiva según año de nacimiento (consultar años incluidos en lista <https://www.murciasalud.es/web/vacunaciones/vto/vto-varones/>). Igualmente, las mujeres que pertenecían a estas cohortes de varones no vacunados, también podrán beneficiarse de la vacunación si no se vacunaron cuando les correspondía.
10. Nacidos 1 de junio 2021 y posteriores que no hayan recibido una dosis de VNC20 (a pesar de vacunación correcta con VNC13) recibirán una única dosis de VNC20 con un intervalo mínimo de 8 semanas desde la dosis anterior de vacuna antineumocócica. Pueden recibir esta dosis de vacuna hasta el momento de la revisión de los 4 años.
11. VNC20 en personas de 65 años o más no vacunadas con anterioridad o vacunadas previamente con una dosis de VNC20 por debajo de los 65 años. Ofrecido entre esta dosis y la de VNC20 de, al menos, 5 años. Para vacunaciones, consultar protocolo específico. Para reevaluaciones, consultar protocolo específico en <https://www.murciasalud.es/web/vacunaciones/vacunacion-antineumococica/>
12. VACUNACIÓN ESCOLAR nacidos entre 2016 y 2025 (estas últimas siempre que tengan 2 años cumplidos). De 8 a 23 meses, se les administrará a partir de 2 años de edad en el centro de salud o en el centro de vacunación habitual.
13. Varones entre personas nacidos en 1990 (95 años) y 1940 (86 años). Se resguarda a las personas nacidas en 1938, 1909 y 1944 no vacunadas anteriormente.
14. Para nacidos a partir del 1 de enero de 2024, no se podrá iniciar la vacunación por encima de las 12 semanas de vida.
15. Inmunización de hecho los nacidos entre el 1 de abril de 2024 y el 31 de marzo de 2026. Los nacidos durante la campaña deberán recibir el antígeno monoclonal antes del día de la maternidad. Los nacidos antes de la campaña lo recibirán al principio de la misma en su centro de salud o punto de vacunación habitual. Consultar gráfico de riesgo en <https://www.murciasalud.es/web/vacunaciones/vto/respiratorio-sincitial/>
16. Una única dosis de vacuna al inicio de la temporada de vacunación 2025-2026 en personas de 50 años y más institucionalizadas. Para personas de 50 años o más con gran inmunosupresión, consultar protocolo específico en campaña en <https://www.murciasalud.es/web/vacunaciones/vacunacion-esp-temporada-2025-2026/>

Color Administración sistemática **Rayado** Administración en personas susceptibles, no vacunadas con anterioridad o en situación de riesgo



Las recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 se emitirán previamente a la campaña estacional.



UnitBlue

Correduría de seguros

Porque aseguraremos sólo las **coberturas que necesitas**.

Porque te ofrecemos un **servicio personalizado**.

Porque las **principales compañías** nos respaldan.

Porque queremos que estés **tranquilo**.

Porque estamos **muy seguros** de nuestros seguros.

www.unitblueseuros.com

Información:

Av. Francisco Jiménez Ruiz, 7 - Bajo - 30007 Murcia

Centralita: 968 281 398

info@unitblueseuros.com



Oferta académica de grados



Facultad de **Medicina**

- Medicina⁽¹⁾
- Medicina (**Cartagena**)⁽¹⁾
- Odontología⁽¹⁾
- Bachelor's in Dentistry (**Cartagena**)⁽¹⁾
- Psicología⁽¹⁾⁽³⁾
- Psicología (**Madrid**)⁽¹⁾
- Bachelor's in Psychology⁽¹⁾

Facultad de **Ciencias de la Salud**

- Veterinaria (Bilingüe)⁽¹⁾

Facultad de **Farmacia y Nutrición**

- Biotecnología⁽¹⁾
- Ciencia y Tecnología de los Alimentos⁽²⁾
- Ciencia y Tecnología de los Alimentos + Nutrición Humana y Dietética (**Madrid**)⁽²⁾
- Farmacia⁽¹⁾
- Gastronomía⁽¹⁾
- Nutrición Humana y Dietética⁽¹⁾
- Nutrición Humana y Dietética (**Madrid**)⁽¹⁾

Facultad de **Educación**

- Educación Infantil⁽¹⁾⁽²⁾
- Educación Primaria⁽¹⁾⁽²⁾
- Traducción e Interpretación⁽¹⁾

Facultad de **Economía y Empresa**

- Administración y Dirección de Empresas⁽¹⁾⁽³⁾
- Bachelor's Business Administration⁽¹⁾
- Marketing y Dirección Comercial⁽¹⁾⁽³⁾
- Turismo y Dirección de Empresas Turísticas⁽³⁾

Facultad de **Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional**

- Fisioterapia⁽¹⁾
- Fisioterapia (**Cartagena**)⁽¹⁾
- Fisioterapia (**Madrid**)⁽¹⁾
- Podología⁽¹⁾
- Terapia Ocupacional⁽¹⁾

Facultad de **Deporte**

- Ciencias de la Actividad Física y del Deporte⁽¹⁾
- Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (**Cartagena**)⁽¹⁾
- Bachelor's Physical Activity and Sport Sciences⁽¹⁾

Facultad de **Enfermería**

- Enfermería⁽¹⁾
- Enfermería (**Cartagena**)⁽¹⁾
- Enfermería (**Madrid**)^{(1)*}

Facultad de **Derecho**

- Criminología⁽²⁾
- Criminología (**Cartagena**)⁽²⁾
- Derecho⁽¹⁾⁽³⁾
- Relaciones Laborales y Recursos Humanos⁽³⁾

Facultad de **Ciencias Sociales y de la Comunicación**

- Periodismo⁽¹⁾
- Periodismo + Bachelor of Arts in Journalism and Digital Communication (University of Limerick)⁽¹⁾
- Comunicación Audiovisual⁽¹⁾
- Publicidad, Relaciones Públicas y Marketing de Contenidos⁽¹⁾
- Bachelor's in International Relations⁽¹⁾

Escuela **Politécnica Superior**

- Fundamentos de la Arquitectura⁽¹⁾
- Ingeniería Civil⁽¹⁾
- Ingeniería de Edificación (Arquitecto Técnico)⁽¹⁾
- Ingeniería Informática⁽¹⁾⁽³⁾
- Ingeniería en Tecnologías de Telecomunicación⁽¹⁾⁽³⁾

(1) Presencial · (2) Semipresencial · (3) Online
*En tramitación

