

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios

Año 25. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1972
Número 143 Volumen IV

Director

ANGEL M.^a RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Avda. Gmo. Franco, 547
BARCELONA 14

Redactores Jefes

RAMÓN FERRERÓ, O. H.
JOSÉ L. REDRADO, O. H.

Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria

Curia provincial
Hermanos de san Juan de Dios
Avda. Gmo. Franco, 547
Tel. 239 50 06
BARCELONA 14

<i>CON ALEGRÍA Y OPTIMISMO</i>	6
<i>EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS</i> <i>Por el padre PAULINO ALONSO, C.P.</i>	8
<i>HUMANIZACIÓN DEL HOSPITAL</i> <i>Por el doctor FRANCISCO ARDUZ, O. H.</i>	14
<i>LA TERMINOLOGÍA PSIQUIÁTRICA</i> <i>DESDE EL PUNTO DE VISTA OPERATIVO</i> <i>Por el doctor VALENTÍN CONDE</i>	20
<i>CRÓNICA DEL V CONGRESO MUNDIAL</i> <i>DE PSIQUIATRÍA</i> <i>Por el doctor R. FERRERÓ, O. H.</i>	32
<i>LOS ANESTESIOLOGOS-REANIMADORES</i> <i>EN DEFENSA DE SU ESPECIALIDAD</i>	34
<i>I JORNADAS NACIONALES DE ACCIÓN PASTORAL</i> <i>EN LOS CENTROS SANITARIOS</i>	35
<i>SALUDO Y OFRECIMIENTO</i> <i>Por LUIS MARÍA ESPARZA</i>	39
<i>ENCUENTRO PARA RESPONSABLES</i> <i>DE PASTORAL DE ENFERMOS</i>	40
<i>LAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA</i> <i>DE VALENCIA</i>	41
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	45

Por un hospital más humano

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
RARIA**

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.8

CON ALEGRIA Y OPTIMISMO

LABOR HOSPITALARIA inicia un nuevo año con alegría y optimismo. Con alegría por verse apoyada por un crecido número de lectores selectos. Con optimismo porque este viene reflejado en las frases de aliento que nos llegan desde muy diversas latitudes. Las cartas que recibimos con frecuencia de los amigos que nos leen asiduamente, dan ánimo. Empujan a proseguir la tarea comenzada. En ellas queda reflejada la estima en que tienen su revista. Consideramos que es muy importante que los lectores tengan la revista como algo muy propio. Ese estímulo nos afianza aún más en la línea recta que nos trazamos hace ya tiempo. Nuestra mirada seguirá fija en los enfermos, en los hospitales, en las personas que, a diario, que-man su vida en esta empresa admirable.

Este trabajo que nos es común, exige que sigamos íntimamente compe-netrados. Incumbe a todos trabajar por el logro de un hospital más humano. Por conseguir para el enfermo la asistencia digna que le pertenece en jus-ticia. Es necesario que mantengamos asimismo tensos los espíritus, para que no decaigan en el ejercicio de nuestro apostolado, fundamentado en la fe y en la misericordia (Mat. 23, 23).

Si la fe mantiene vivo nuestro entusiasmo y nos esforzamos por alcanzar el máximo bienestar para el enfermo, nuestro optimismo se hará extensivo a todos los que nos rodean. Todo el personal que gasta sus energías en la búsqueda del pronto alivio, de la total curación, de la mejor asistencia de cada uno de los que están bajo nuestra influencia directa, colaborará con nosotros sin obstáculo. Sin mayor esfuerzo por nuestra parte. Les basta el buen ejemplo que observan en nosotros.

Es verdad que nos hallamos ante una realidad más viva, más sentida, mejor canalizada hacia el logro de nuevos cauces que necesariamente han de producir su efecto en bien de nuestros asistidos. Pero conviene no dor-

mirse. Debemos estar siempre atentos para que sea real y efectiva esa comprensión que se ofrece más cordial; con un afecto que parece más sentido. Y también para que la ayuda material sea mejor distribuida por quienes pueden hacerlo y sea patrimonio de todos. No de unos pocos tan sólo. El enfermo nunca debe hallar fronteras de ninguna clase para alcanzar su curación. Ni por su nacionalidad, condición, religión o sexo, debe encontrar barreras infranqueables. Todos somos hermanos. (Mat. 23, 8).

Si logramos hacer realidad lo que acabamos de exponer, notaremos cómo van colmándose también las necesidades espirituales del hombre dolorido. Al abandonar el hospital lo hará con la paz de Dios en el alma. Nosotros saldremos igualmente beneficiados. El encuentro con el dolor del hermano nos habrá unido más estrechamente a él. Comprenderemos mejor que todos tenemos un Padre común que nos ama indistinta, personal y constantemente. A través de la circunstancia de ayudar al que sufre se conseguirá que éste quede también prendido en el amor de Dios. Al observar esa entrega desinteresada que hemos puesto a su servicio, por amor a Dios, —cuya imagen vemos los cristianos reflejada en cada prójimo— le será fácil comprender la verdad de que todos somos hijos de un mismo Padre, Dios.

Este es en síntesis, el mensaje que queremos transmitir a nuestros lectores a través de las páginas de los cuatro números de LABOR HOSPITALARIA que, a partir de ahora, serviremos a quienes dedican su vida a la asistencia corporal y espiritual del enfermo.

Jesús —que a su paso por la Tierra haciendo el bien a todos, nos trazó el camino— ilumine también el de todos nosotros para ser medicina y luz de los que se nos acercan en su dolor.

La revista también ha comprometido a un religioso pasionista, para que desarrolle el tema El Sacramento de la Unción de los enfermos. Lo hemos hecho con la esperanza cierta de que estos artículos despierten, no sólo el interés de todos nuestros lectores, sino —y es lo que vale más— orienten y enseñen acerca de este Sacramento. Los efectos que el mismo produce en el enfermo que lo recibe, son sobradamente conocidos de todos nuestros lectores. Pero conviene que todos cuantos dedicamos nuestras actividades materiales y religiosas al servicio total del paciente, tengamos ideas bien claras sobre este Sacramento que ahora se actualiza.

Los hermanos de san Juan de Dios han creído que estas dos cosas son el mejor obsequio que podían ofrecer a los lectores de LABOR HOSPITALARIA, al cumplir ésta los 25 años de actuación en el campo de los medios informativos.

EL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS

Por el padre PAULINO ALONSO BLANCO, C. P.

El padre Paulino Alonso hizo su doctorado en Roma. Actualmente es profesor del Centro regional de Estudios eclesiológicos de Zaragoza. La Teología la estudió en esta ciudad aragonesa. Luego pasó a la Ciudad Eterna. Realizado el doctorado, permaneció durante 10 años en la Curia generalicia de su Orden y 7 años más, de profesor. Aparte de las horas que dedica al alumnado del Centro de Estudios eclesiológicos, dirige tandas de ejercicios, da conferencias de espiritualidad, etc. Reside en Zaragoza en el convento de padres pasionistas de Casablanca.

INTRODUCCIÓN

En la reforma litúrgica y pastoral de los sacramentos no ha llegado aún el momento al de la Unción de los enfermos. El Concilio Vaticano II, en diversas Constituciones y Decretos —como se observará a su tiempo—, ha establecido algunos principios que han de dirigir su renovación y la puesta al día de la práctica sacramental.

Todos los que por su servicio parroquial administran el sacramento, y especialmente los dedicados a la asistencia espiritual en los centros sanitarios, reconocen la necesidad urgente de una revisión, a fin de obviar, ante todo, algunas de las dificultades que se encuentran, tanto en los enfermos, como en sus familiares, y procurar disponer, además, de material sólido y seguro que ayude a mentalizar a los cristianos sobre los diversos aspectos del sacramento.

Resulta en más de una ocasión ilógico, impropio y desproporcionado recitar algunas de las oraciones sobre quien está en los últimos instantes de su vida. Es evidente que ha de cambiarse o el ritual o el momento en que se confiere el sacramento de la Unción de los enfermos.

El estudio que ofrecemos comprende una primera parte introductoria, más bien general, sin pretensiones de originalidad, destinada exclusivamente a expresar la idea que se tenía de la enfermedad y de su curación antes de la venida de Cristo, o si se prefiere, hasta la institución del sacramento de la Unción de los enfermos.

El núcleo fundamental de la exposición abarcará los aspectos *institucional, histórico, teológico, litúrgico y pastoral*.

Se completará con dos estudios: la visita a los enfermos y el Viático, íntimamente ligados en el tiempo y en la espiritualidad al sacramento de la Unción de los enfermos.

ANTECEDENTES DEL SACRAMENTO DE LA UNCIÓN DE LOS ENFERMOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y SU CURACIÓN¹

Lo que válidamente se afirma del mensaje de Cristo y de su prolongación en y por la Iglesia, ha de confirmarse sobre cada tema en particular, que tenga valor de principio fundamental.

El sacramento de la Unción responde a una realidad humana de la que los hombres han tomado siempre conciencia más o menos clara. La exposición de la enfermedad y su curación hasta la institución de la Unción de los enfermos puede considerarse como una preparación, o si se quiere, el marco en donde fue colocado este sacramento.

Por lo demás, la exposición de todo tema religioso con fuerte base humana —en nuestro caso la enfermedad, y con proyecciones externas el sentido social y

¹ Entre otras publicaciones que ilustran este tema, indicamos las más accesibles a los lectores de la Revista.

DIDIER, J. Ch.: El cristiano ante la enfermedad y la muerte. Andorra, 1962, pp. 9-17.

DÍAZ, R., PIFARRE, C., OSB.: La actitud creyente de Israel frente a la muerte, en: Liturgia, n. 251 (1970), 415-428.

GIBLET, J., GRELOT, P.: Enfermedad y Curación, en: Vocabulario de Teología Bíblica de Léon-Dufour, Barcelona, Herder, 1967, pp. 237-239.

HAAG-VAN DEN BORN-DE AUSEJO: Enfermedad (1), en: Diccionario de la Biblia, Barcelona, Herder, 1970, col. 561.

JAMES, E. O.: Los dioses del Mundo Antiguo. Historia y difusión de la Religión en el Antiguo Oriente próximo y en el Mediterráneo Oriental, Madrid, Ed. Guadarrama, 1962, pp. 268-303.

MONDEN, L.: El milagro, signo de salud, Barcelona, Herder, 1963. Véase el milagro en las religiones no cristianas, pp. 227-245.

comunitario de la Unción— lleva implicaciones íntimas con la persona y sus actitudes, con la sociedad y sus manifestaciones, sobre lo que el hombre tiene por valores y su correspondiente importancia.

No es idéntica la actitud de los hombres ante la enfermedad, sobre todo, si se convierte en problema personal, porque entran además de otros factores, la cultura y la ideología filosófica.

El sufrimiento en general y la enfermedad con su última consecuencia, la muerte, han constituido siempre para la mayoría de los hombres fuente de angustias fundamentales. Plantea, sin género de duda, un problema a todos los hombres. Son muy aleccionadoras las soluciones que se han venido dando a través de las sucesivas generaciones, dependiendo en gran parte de la idea que se tiene del universo y de las fuerzas que lo dirigen.

Además de su tratamiento positivo por la medicina—somero y limitado por lo general a lo que se observa exteriormente— la enfermedad se la ha de considerar bajo el aspecto religioso, objeto de este estudio. De esta manera, tanto ella como su correlativo, la curación, forman parte del designio de salvación en la mayoría de las religiones, incluida la cristiana.

Instituido por Jesucristo en esta línea, el Sacramento de la Unción de los enfermos, entra en un cierto momento este sacramento en la historia del hombre sometido a la enfermedad.

Es, pues, válido el planteamiento de una visión previa a la institución del sacramento, tanto en el mundo gentil, como se expresarían las primeras generaciones cristianas, como en el ámbito judío del Antiguo Testamento.

LA VISIÓN RELIGIOSA DE LA ENFERMEDAD Y LA CURACIÓN EN EL MUNDO GENTIL HASTA LA VENIDA DE CRISTO¹

LA ENFERMEDAD CURADA POR LA ASTROLOGÍA

El dominio divino sobre el orden cósmico y sobre los procesos naturales de la misma naturaleza y del

¹ Desde este punto de vista la enfermedad y su curación están rozando cuestiones tan importantes como la muerte, la resurrección y el milagro. Hay que reconocer que se ha prestado más atención a estos tres temas y disponemos de estudios más amplios y profundos que los escritos sobre la visión religiosa de la enfermedad.

LABOR HOSPITALARIA, julio de 1969, pp. 104-111, ofreció a sus lectores un artículo de Basilius Steidle titulado: «Los enfermos en la antigüedad cristiana», en donde expone sus investigaciones desde el siglo IV a. d. Cristo hasta el siglo IV d. de Cristo. Tiene puntos de coincidencia con esta introducción al Sacramento de la Unción, pero con una orientación muy diferente. Mientras a Steidle le interesa el enfermo, aquí se intenta comprender las relaciones entre la curación de las enfermedades por una parte y la Unción de los enfermos por otra.

hombre, aspecto tan característico en las religiones del Próximo Oriente, encontró campo para evidenciarse, entre otros temas más importantes incluso, la enfermedad y su curación.

La astrología, sobre todo respecto a su influjo en la persona humana, y los diagnósticos que de ella derivan, fueron simplemente una evolución posterior de la adivinación con fines terapéuticos, y, una vez establecida, hubo que tomar varios sustitutivos, ya que no siempre era fácil obtener los hechos necesarios en el orden de los planetas.

La interpretación de los horóscopos seguía unos procedimientos muy complicados y las fórmulas mágicas y los ritos de acompañamiento que habían de cumplirse al recitar cada horóscopo, formaban una parte importante de las prescripciones en los textos médicos.

Se consultaba a los astros para todo y el astrólogo tenía siempre una respuesta a las necesidades más diversas. Por descontado la enfermedad.

En Roma se pondrá de su parte la filosofía estoica que veía confirmado el determinismo y la fatalidad de todo acontecer.

LA MAGIA, MEDIO DE CURACIÓN

BABILONIA Y SIRIA

Bajo los diversos métodos curativos empleados por los médicos de Babilonia y Siria, yacía un complicado sistema demonológico, con genios, fantasmas, vampiros y grandes hordas de espíritus hostiles que se encontraban por todas partes. Por donde aparecían, iban dejando enfermedades, muerte y toda clase de desgracias.

Se atribuía la enfermedad a espíritus malignos o espíritus enviados por los dioses, irritados por la culpabilidad de los hombres obligados a darles culto.

Esta creencia les llevó a la práctica, muy extendida, de los exorcismos y de fórmulas mágicas para curar las enfermedades. Era como una muralla contra los asaltos de estas fuerzas hostiles y sobrenaturales, ávidas de dañar el cuerpo del hombre, ya expuesto hereditariamente.

Se veneraban dioses como *Ea*, personificación del poder curativo divino, y su hijo *Marduk*, protectores los dos contra estos ataques malignos. Se les invocaba por medio de aguas medicinales que se hallaban bajo su dominio.

Todo ello con fórmulas poderosas, en forma de exorcismo, en los que por una parte se invocaba la divinidad de donde salía la virtud curativa y por otra se mencionaba al espíritu o demonio que se quería expulsar.

Después el paciente era rociado con agua, incensado y envuelto en harina o alguna sustancia protectora.

El curso de la operación expiatoria recibía su eficacia

del poder que se atribuía al agua como objeto mágico por excelencia para dominar al bando de los demonios o espíritus malignos.

Originariamente era el agua vivificadora, después el dios de la misma, la que expulsaba las influencias malélicas y las absorbía dentro de sí, librando a los enfermos del mal.

El sacrificio de algún animal, ofrecido como acto expiatorio, era porque había pasado el mal o el veneno a él y, al darle muerte, se destruía la enfermedad y el espíritu malélico que la había causado.

Sería largo contar otros ritos que tienen el mismo fin y son expresión de la misma mentalidad sobre la significación de la enfermedad y su curación misteriosa por medio de ritos y prácticas religiosas.

Casi no es necesario advertir que, en un mundo en donde tantas ocasiones había de ser atacado por fuerzas hostiles, el exorcista era un personaje importante que llegaba a ser uno de los funcionarios más destacados, como médico-exorcista.

EGIPTO

Parecida mentalidad religiosa reinaba en Egipto, en donde también se atribuían las enfermedades y heridas a agentes diabólicos o a cualquier otra especie de espíritus malignos. En lugar de la diosa *Ea*, será *Horus*, en cuyo nombre se conjuraba al espíritu del mal.

Dejando los particulares del rito, fundamentalmente en forma de exorcismo, vamos a destacar la figura del *sacerdote-médico*, que, por lo general, era ejercitado por la misma persona.

Practicaba su profesión como agente que manejaba poderes sobrenaturales, particularmente los de las divinidades curativas por una parte, y los de los dominios de la enfermedad por otra. Se creía que tenía fuentes secretas de información y que era el depositario de una ciencia y una potencia mágica y religiosa que le capacitaban para curar.

GRECIA

Aunque había antecedentes de oráculos terapéuticos en el santuario de Ptah en Menfis, conseguido por medio del sueño, donde se comunicaban ciertos remedios, es en Grecia hacia el siglo V antes de nuestra era, cuando el culto de Asclepio se extendió universalmente en relación con el Apolo de Delfos.

Asclepio pasó de médico a ser un semidios curador de enfermos hasta llegar a constituirse en *el salvador de todos*.

Desde Atenas, pasando por Egipto, llegó hasta Roma, en la Isla Tiberina, en donde latinizado se le llamará Esculapio y se le dará una consorte: la salud, la forma romana correspondiente a la divinidad helénica *Higia*,

de donde nace nuestra palabra higiene. Era atendido por sacerdotes, probablemente griegos, instruidos en el arte de curar.

Los enfermos, después de previos lavatorios y ritos, se dormían en el templo de Asclepio. Este templo comprendía una fuente sagrada y próximo a él, en comunicación directa, un doble pórtico que servía de dormitorio.

Tenían los enfermos visiones por la noche y despertaban curados, visitados antes por los dioses.

Las muchedumbres acudían en grandes peregrinaciones a pedir la curación inmediata o consejos que debían conducirles a recuperar la salud perdida.

Estos ritos eran conocidos por *incubación*. Por ella el paciente se sumergía en un descanso de espera sagrada, que le disponía a recibir las comunicaciones del dios.

La crítica moderna purifica estas descripciones, considerándolas como parte de narraciones populares que no expresan exactamente las enfermedades ni siquiera con la terminología técnica de la época.

Además poseemos datos suficientes para suponer que los encargados de los templos eran médicos o peritos en curación, utilizando los medios que estaban a su alcance: uso de ungüentos, de curas termales, de gimnástica.

Permanece con todo fundamentalmente el valor de la exposición, ya que es expresión de una mentalidad y una orientación religiosas, que es lo que interesa en nuestro caso¹.

El culto de Asclepio, que Juliano el apóstata quiso imponer en lugar de Cristo, fue practicado hasta que el arte médico pasó a los cristianos, al comienzo de su propagación, y las funciones y atributos del patrón epidáurico de los médicos fueron también transferidos a san Cosme y san Damián.

LA ENFERMEDAD EN LA FILOSOFÍA PRECRISTIANA

No vamos a exponer exhaustivamente la problemática sobre la enfermedad que existe en el pensamiento filosófico anterior al cristianismo. No tiene por lo demás mayor transcendencia en los diversos sistemas ya que centran sus explicaciones sobre otra temática. Estas breves indicaciones las consideramos simplemente como un complemento a lo expuesto en las páginas anteriores.

Los epicúreos verán en la enfermedad una privación de la salud y de la vida por la que se les limita e incluso destruye su posibilidad de disfrutar y gozar de los placeres humanos y corporales concedidos al hombre.

¹ Se puede encontrar una información más amplia en: Monden, L.: *El Milagro, signo de salud*, pp. 228-231. Véase, Steidle, o. c. pp. 104-105.

Su reacción es totalmente negativa sin que intervenga noción alguna religiosa sobre la enfermedad.

Otro grupo, no muy distante del anterior, con un programa eminentemente pragmático y volcado a las realidades materiales de la vida, prefiere seguir trabajando duramente en la tierra, aunque tengan que mezclar dolores y alegrías, penas y gozos. Por supuesto que a éstos no les halaga la enfermedad o estados similares.

La Magia encontrará una buena fundamentación en las corrientes filosóficas neopitagóricas y neoplatónicas por su demonización de la religión, elemento importante de su sistema y del estudio de los espíritus.

Sin duda, el entroncamiento de la magia con estos sistemas filosóficos consolidó su ejercicio. La práctica mágica era contemplada con cierta naturalidad ya que era presentada, en algunos aspectos, como basada en una elaboración suficientemente seria de la reflexión humana.

Para Sócrates y sus discípulos, la enfermedad tendrá importancia en su aspecto fatídico, inexorable. No se la juzgará como un mal, pues, si bien puede terminar todo en la muerte, en el fondo es abrir la puerta de la otra vida, es una liberación, es pasar a otro estado mejor que la situación presente.

Es un cambio que termina para siempre con la vida actual tan llena de miserias. Si a su vez se consigue otra vida, la esperanza mitiga la pena de perder la terrena.

Su carácter inexorable, al considerarla como una ley de la naturaleza, quita valor a la vida, a la vez que dispone para no despreciar la muerte.

Se dedica entonces la vida, como aconsejaba el Emperador Marco Aurelio a prepararse, lo más favorablemente que sea posible, a superar estos contratiempos de salud.

Se nutre la vida en la esperanza de una inmortalidad feliz, sacando de esta esperanza fuerzas para estar en una perpetua iluminación y en una superación de los males presentes, especialmente el más eficaz de todos, la enfermedad.

Se podrían resumir estas corrientes filosóficas en tres posiciones características.

En primer lugar un cierto escepticismo y materialismo mina toda inspiración religiosa de la enfermedad.

Otro segundo grupo considera la enfermedad y la muerte como algo importante en la vida del hombre ante lo que no se puede estar indiferente.

Finalmente, la esperanza del más allá, estado mejor que el presente, entronca la enfermedad en una convergencia de interpretación religiosa de la misma con un cierto valor para la vida eterna del espíritu.

LA ENFERMEDAD Y SU CURACIÓN EN ISRAEL

Si bien no puede hablarse de los antecedentes véterotestamentarios de los sacramentos como si se tratara de

una continuidad rectilínea, se advierte, sin embargo, una orientación fundamental idéntica entre el Antiguo y el Nuevo Testamento, consistente en la salvación y salud de la totalidad de la persona humana. La percepción de esta salvación va progresando con el correr de los siglos.

Por otra parte, numerosos puntos relativos a la muerte, existentes en el Antiguo Testamento, proyectan luz más o menos directa sobre la enfermedad. Al estar muerte y enfermedad íntimamente relacionadas, la doctrina sobre aquella contiene valiosos elementos que iluminan lo que los israelitas piensan sobre ésta.

Las ideas que los judíos tienen de la enfermedad, su significación y su curación están tan estrechamente ligadas a las de la muerte, que, en ocasiones, se identifican.

LA ENFERMEDAD DENTRO DEL CUADRO DE LA RELIGIOSIDAD JUDÍA

La mentalidad judía se abrió muy lenta y tardíamente a la concepción serena de la vida futura. Sus matices son tan numerosos y diferentes que imposibilitan una exposición sistemática.

La actitud del israelita ante la enfermedad y la muerte está centrada en una experiencia personal inmediata de creyente. Para el hombre religioso judío lo esencial es responder al interrogante: ¿qué significa la enfermedad para el que sufre? La respuesta es fundamentalmente religiosa.

Considerada la vida, la corporal incluso, como un don, una manifestación de la bondad de Dios, rechaza y se opone a todo lo que la debilita, la reduce, la limita en sí misma y en sus manifestaciones de fuerza y de acción. Recordemos que la prolongación y conservación de la vida es recompensa de una virtud practicada.

Esta concepción de la enfermedad presupone admitir pacíficamente que Dios dispone del derecho a la muerte y a la enfermedad [Dt 32, 39; 1 Sam 2, 6; Sal 30 (29), 4]. El israelita acepta la realidad como algo que no puede ser de otra manera. Reconociendo que Dios es el Señor de la vida y de la muerte, acepta sin objeciones, como algo necesario, esta manifestación de la fuerza soberana de Dios que manda la enfermedad y la muerte.

Admite, igual que para otros aspectos del acontecer de la vida, que la enfermedad depende de la causalidad divina, ya directamente como un golpe que hiere al hombre, un castigo que le da [Job 16, 12-14; 19, 21; Sal 94 (93); Ez 11, 8-15; Eclo 38, 9], ya indirectamente por la intervención de seres, incluso superiores al hombre (2 Sam 24, 12-17; 2 Re 19, 35).

Como, según su concepción, la sanción del bien y del mal no podía ser más que temporal, se comprende que, reflexionando seriamente sobre la enfermedad e invadidos por un pesimismo universal, aflorara la tentación

de rechazar a Dios para dedicarse al goce epicúreo del disfrute de la vida.

Pero no son más que aspectos marginales. Aun amando la vida, la limitación o privación de la misma, al centrarse en un marco esencialmente religioso (Gen 2, 17), hace que se supere cierto fatalismo por que se acepta esta privación en una línea de fidelidad; fruto de su conciencia de creyente [Sal 90 (89)].

Precisamente por esta conciencia de creyente y sobre todo de quien se sabe destinado al culto del Señor, tiene en grande estima la posesión de la vida. Gracias a ella puede participar en el culto de alabanza, centro de gravedad del mundo de los vivos. La muerte pone fin a la actividad cultural del creyente.

La enfermedad del cuerpo es para un israelita como un estado de flaqueza y de debilidad [Sal 38 (37) especialmente vv. 2-11], como una experiencia del poder de la muerte o sea en nuestro caso, una exclusión del culto del Señor, un abandono de Dios, una anticipo del Scheol.

Este estado de flaqueza y de debilidad en la enfermedad adquiere toda su fuerza de expresión si se constata el carácter negativo, de lejanía de Dios, de lugar oscuro, de prisión que se da en el Scheol, lugar donde residen los muertos [Job 10, 21-22; 17, 13; 38, 17; Sal 88 (87), 11-12].

La idea de salvación y redención de la enfermedad que comporta el Sacramento de la Unción puede verse reflejada, aunque lejanamente, en esta posición de la mentalidad religiosa del pueblo judío sobre la enfermedad y, por supuesto, mejor aun sobre la muerte.

LA ENFERMEDAD, EFECTO DEL PECADO, Y SU CURACIÓN, EFECTO DE SALVACIÓN

En la historia de Israel, la concepción de la enfermedad y de la muerte, como cualquier otro pensamiento religioso, va evolucionando hasta esclarecerse en sus líneas fundamentales.

Notamos este progreso a partir del exilio, cuando nuevos fulgores iluminan la piedad judía. Se prestará mayor atención a la acción de los demonios, espíritus maléficos. Precisamente la enfermedad es una de las manifestaciones de su influjo y acción entre los hombres.

La explicación de esta intervención demoníaca y las ulteriores reflexiones de orden religioso, lleva a descubrir que la condición mortal del hombre procede del pecado que ha destruido la relación salvífica con Dios.

De esta manera se establece un nexo íntimo y causal entre la enfermedad y el pecado. Aquella tendrá como uno de sus objetivos recordar al hombre su condición de pecador. El simple hecho de estar enfermo es prueba de culpabilidad o pecado (Is 53, 4).

Consecuentes con esta concepción, al pedir la cura-

ción, incluían la confesión de sus faltas [Sal 38 (37), 2-9; 39 (38), 8-12; 107 (106), 10-12].

El hombre enfermo, situación a la que ha llegado por su pecado, que desea conseguir la salvación de la totalidad de la persona humana, comprende la necesidad de la intervención del Señor.

Ante la vanidad de las cosas terrenas, que al fin no eliminan la enfermedad y la debilidad del cuerpo —como no liberan de la muerte— se va depositando lentamente la esperanza para después de la muerte humana. El Eclesiastés (12, 7) lo expresa con toda claridad: «vuelva el polvo a la tierra, a lo que era, y el espíritu vuelva a Dios, que es quien lo dio».

Esta esperanza acompaña al israelita en su vivir, pero sobre todo en los momentos en que ve más cerca la muerte, en la enfermedad. Al no reducir el destino del hombre a una existencia puramente terrena, la enfermedad adquiere una nueva visión, expresada en dos ideas fundamentales: Dios, autor de la vida y de la muerte —según 1 Sam 25, 29, la vida, amenazada por la muerte, están en las manos del Señor— tiene poder sobre la salud y, por lo tanto, sobre la enfermedad del hombre. Por otra parte, éste puede superar la muerte, preparándose y mereciendo la satisfacción final (Ecl 17, 22-24).

Nacido el hombre para la felicidad, la enfermedad, como todos los otros males, es contraria a esta intención profunda. Pero además, y así la enfermedad entra más claramente dentro de un plan de salvación, el justo enfermo prueba, soportándola, su fidelidad a Dios (Tob 12, 13).

Culminará este pensamiento en la figura del Siervo de Jahvéh, en quien las enfermedades y debilidades adquieren el valor de expiación por las faltas de los pecadores (Is 53, 4-11).

En un mundo escatológico liberado del pecado, deben desaparecer las consecuencias de éste y por lo tanto no se encontrarán enfermos. Cuando el justo tome sobre sí nuestras enfermedades, seremos curados gracias a sus llagas (Is 25, 8-9; 35, 5-6; 65, 19-20).

En virtud de esta esperanza, el israelita no piensa descender al Scheol porque Dios no dejará a su fiel caer en la fosa (Sal 16, 10). Sobre todo en el libro de la Sabiduría (3, 1-7) se reconocerá claramente la inmortalidad. Es más diáfano todavía el pensamiento en Daniel (12, 2-3) y en los Macabeos (1 M 2, 1-40; 12, 38-46), al hablarnos de la resurrección de los cuerpos.

Esta fe en la resurrección —además de otras consecuencias como la valoración de la existencia vivida con Dios o la necesidad de retribuir al justo que sufre —lleva consigo una reintegración de la enfermedad en la respuesta que el israelita da a su Dios.

En el momento de la enfermedad o debilitamiento de la vida, pondrá en Dios su confianza, ofreciéndose para que le ayude en la recuperación de la salud corporal y le prepare a superar las consecuencias de la debilidad y de la limitación que encierra el ser criatura.

Se usa ciertamente la medicina para curar las enfermedades como en los casos de Ezequías (2 Re 20, 7) y de Tobías (11, 8.11-13). Se buscan incluso las prácticas mágicas (2 Re 1, 1-4) que tanta importancia alcanzarían en el mundo gentil¹.

Pero desde nuestro punto de vista y en relación con el sacramento de la Unción de los enfermos, ante todo es a Dios, Señor de la vida, a quien hay que recurrir para curarse de la enfermedad. Es el médico por excelencia del hombre (Dt 32, 39; Sal 6, 3).

El enfermo se dirige al sacerdote, incluso como encargado de los mismos (véase los capítulos 13-14 del Levítico, Mt 8, 4) y a los profetas (1 Re 14, 1-13; 8, 7-8), ambos como representantes de Dios.

La curación es una gracia que puede llegar a ser un milagro, signo de que Dios se ha inclinado sobre la humanidad doliente para aliviar sus males.

¹ Oñate, J. A.: Los médicos en la Escritura. En: *Cultura Bíblica*, 4, (1947), 287-290, 307-312.

Los medios que comúnmente serán usados para obtener la curación a nivel religioso serán, además de los sacrificios y votos, la oración [2 Re 20, 3; Sal 38 (37); Eclo 38, 9-15] y el ayuno (2 Sam 12, 16).

El progreso es evidente. Poseemos elementos valiosos como la relación íntima entre el pecado y la enfermedad, la concepción de la curación como algo más que una acción simplemente terapéutica, la intervención de los sacerdotes como ministros de Dios en favor de los enfermos, elementos que nos acercan al Sacramento de la Unción de los enfermos.

Falta, es verdad, la plena luz que ilumine claramente la significación, comprensión y superación de la enfermedad. Se advierte la confusión entre los aspectos humanos y religiosos de la enfermedad.

Será Cristo quien con sus obras, enseñanzas e institución del Sacramento de la Unción de los enfermos ofrezca la visión perfecta de este aspecto doloroso de la vida de los hombres: la enfermedad, el puesto que ocupa en la acción total salvífica de Cristo y la respuesta que el hombre ha de dar a Dios en su condición humana.

HUMANIZACION DEL HOSPITAL

Por el doctor FRANCISCO ARDUZ, O.H.

Sanatorio san José, Ciempozuelos

EL ENFERMO VA AL HOSPITAL PARA CURARSE

De acuerdo con la definición preconizada por la Organización Mundial de la Salud, el hospital debe proporcionar asistencia completa, cuyos servicios se irradian hasta el ámbito familiar, y así es como la Medicina se extiende más allá de los tradicionales aspectos curativos y preventivos, haciéndose integral y llegando a las últimas consecuencias de la reincorporación total del enfermo a la sociedad, facilitándole en todas sus facetas su libre y eficaz actividad ordinaria.

Todo enfermo que llega a un hospital lo hace con un fin determinado y claro, que es el de curarse; y para él esto no sólo significa la eliminación de la enfermedad que en ese momento padece, sino la prevención de futuras complicaciones de todo orden. En realidad, el fin último que persigue es su reintegración a la sociedad a la que pertenece y a la que ha dejado de pertenecer por su enfermedad.

Aunque de ordinario lo que manifiesta el paciente, como motivo de su ingreso al hospital, es su sintomatología subjetiva, el equipo de profesionales médicos tiene que descubrir los otros factores o consecuencias, a veces ocultos, cuya importancia suele ser primordial, es decir, la sintomatología objetiva que comprende los aspectos somático y psíquico en conjunto.

El primero de estos factores es la seguridad del individuo que condiciona la habilidad para adaptarse primero y luego superar enfermedades graves o menos graves, lesiones, invalidez más o menos prolongada e incluso condiciones económicas y sociales.

En muchos casos los prejuicios sociales agravan el cuadro general, las más de las veces lo hacen las situaciones familiares, otras los problemas económicos, laborales o de trabajo, y casi siempre la ansiedad o angustia que acompaña a la enfermedad.

El componente mental de la enfermedad juega un papel importante porque no es posible separar el problema somático del problema psíquico en el total ajustamiento del individuo, en el que hay necesidad de evaluar su personalidad al momento de dar un diagnóstico y, sobre todo, al estimar un pronóstico.

Un individuo con su estructura física, prácticamente intacta, puede ser un inválido e incapaz para el trabajo como resultado de una profunda neurosis. Estos síntomas emocionales pueden estar asociados con enfermedades crónicas y hasta con simples deficiencias nutricionales.

El hombre que enferma se enfrenta súbitamente con una variadísima gama de problemas, además de los dolores, incomodidad y molestias propias de la enfermedad en sí misma; por ello Dick afirma que *estar enfermo es ser extraño, desnudo, desprovisto de vigor, debilitado por falta de determinación, angustiado por falta de ayuda, perturbado por la confianza traicionada; un extraño entre gente extraña al que incluso los propios vestidos le han sido cambiados. Estar enfermo, prosigue, es pasar a través de lugares extraños del espíritu; es soportar la incertidumbre del diagnóstico, la soledad de la convalecencia, las dificultades de un encararse a la vida como un baldado o inválido. Estar enfermo, termina, es estar en prisión aprisionado en una cama, en una habitación, en una sala, en un edificio; prisionero de la propia soledad y desvalimiento; aprisionado en la propia invalidez y encadenado a la amenaza de la muerte.*

TRABAJEMOS POR HACER UN HOSPITAL MÁS HUMANO

Cada enfermo es un conglomerado de problemas parciales correlacionados entre sí, que necesita que, a base de muchas soluciones parciales, se realice la solución total de su problema humano; pero esta complicada realidad ha pasado inadvertida, o ha sido relegada a segundo plano, en las últimas décadas en que, paralelamente a la socialización de la medicina, se ha dado el fenómeno de la deshumanización en los hospitales, nacida principalmente de la tecnificación excesiva de los departamentos administrativos que dieron mayor importancia a la producción y rendimiento que al aspecto humanístico, transformando las atenciones médicas en procesos automatizados en los que, cada sintomatología,

tiene un tratamiento «standard» prefabricado, hasta con recetorios impresos en los que, a veces, no figuran sino números o claves que son suficientes para que el farmacéutico, las enfermeras y todo el personal lo realicen sin dificultad.

Con ayuda de la ingeniería industrial se organizaron grandes complejos hospitalarios casi a la perfección en cuanto al rendimiento del personal; cada médico, cada enfermera, cada miembro del personal auxiliar, administrativo, etc., dispone de medios técnicos, facilidades de movilización dentro y fuera del hospital, horarios, espacios de trabajo y comodidades materiales que le permiten el máximo rendimiento; y este rendimiento se ha contabilizado con mentalidad preeminentemente cuantitativa que ofrece unos resultados estadísticos y costos que satisfacen altamente a los cuadros directivos, los cuales se mueven casi siempre por motivos políticos.

Los centros de prestaciones médicas creados por las leyes sociales, han sido organizados, generalmente, a espaldas de los Colegios Médicos. Ello no quiere decir que éstos se opusieran a dichas prestaciones, pero no han intervenido en su organización, por lo menos oficialmente, como entidades científico-gremiales de la Medicina. De ahí ha resultado que en algunos Colegios de la Asociación Médica Americana se haga una clara diferenciación entre los médicos «practicantes», que son los que ejercen diferentes especialidades puramente médicas o quirúrgicas, y los «no practicantes», que son los que se han dedicado a las labores organizativas estatales y que, de ordinario, están absorbidos por esa mentalidad comercialista o productiva de la Medicina, creándose verdaderos conflictos gremiales de difícil solución.

Esa orientación preponderantemente administrativa, hace que un señor que es cabeza de familia, que en su casa es el amo y señor, la persona más importante, querida y respetada de la familia, al enfermar y tener que acudir a uno de estos grandes centros médicos, en los que tiene derecho a recibir asistencia en virtud de las leyes sociales, se convierte en el ser más insignificante, en uno más de los cientos de pacientes que acuden diariamente a las consultas. De entrada suele no haber nadie que lo atienda en forma personal, sino que una voz misteriosa, anónima, viene de unos altavoces artísticamente camuflados y anuncia: *Las tarjetas azules que pasen por el pasillo C al consultorio 5. Ya no es él. Es una tarjeta azul. Otra voz incógnita llama al 3.475. Ese número es él, que tiene derecho a determinado tiempo frente a un médico, a quien no llega a conocer casi ni por su nombre. Nuevamente llaman al 3.475 para pasar a rayos X; y por ser tarjeta azul le toca venir al laboratorio el próximo lunes, en donde sigue siendo el 3.475.*

Y toda esta frialdad porque el médico tiene que ver un número determinado de pacientes por hora y *no puede perder tiempo*; y en rayos X hay que cubrir el mínimo de radiografías diarias y *no se puede perder tiempo*; y en el laboratorio se tienen que tomar todas

las muestras correspondientes a la mañana y *no se puede perder tiempo*. Y las estadísticas suben, y el rendimiento es bueno, y la organización es casi perfecta. El tiempo es oro.

Y sin llegar a enterarse bien del diagnóstico, se encuentra frente a una nueva persona, a quien antes no ha visto, que le informa que tiene que operarse, y le hace firmar un formulario con tantos apartados impresos que no hay tiempo de leerlos. Luego lo desvisten, lo ponen en una camilla y lo llevan, por pasillos y ascensores, a la cama B de la sala número 15, ala norte del séptimo piso. *Y ése es su nuevo nombre.*

Y así sucesivamente, le inyectan un líquido del frasco B-15, y le dan a tomar unas pastillas marcadas B-15, y la comida de la bandeja B-15, y no hay posibilidad de error; le quitan los puntos y está mejor, ya se siente bien; la operación ha sido un éxito y se va a su casa.

Ha visto muchas caras: unas amables, otras preocupadas, algunas muy serias, muchas sonrientes, pero no ha llegado a conocer a nadie, a trabar amistad con nadie porque todas eran personas *tan importantes* que no han tenido tiempo para una pequeña charla amistosa, para detenerse a consolarlo un poco. Y las estadísticas suben, el rendimiento es magnífico y el hospital sigue probando su organización casi perfecta.

Pero las características de la enfermedad han sido tales, que han dejado como secuela una invalidez parcial irreversible que lo incapacita a ocupar el mismo puesto de trabajo que ha venido desempeñando por muchos años, y ahora deberá dedicarse a otra ocupación acorde con su limitada capacidad actual. Y gracias a las leyes sociales esto no es ningún problema, porque de acuerdo con el artículo pertinente del capítulo correspondiente, él está incluido en la clasificación de invalidez parcial que lo hace acreedor a un porcentaje de su salario mensual, dividido por un coeficiente «standard», multiplicado por los años de servicio, más la compensación establecida por la tabla de reintegros y la escala de bonificaciones por familia, menos las contribuciones sindicales y los descuentos por Seguridad Social, etc. Y así le hacen un complicado cálculo que no admite error porque es una computadora electrónica la que se ha encargado de realizarlo.

El hecho es que recibe una compensación económica equivalente a la pérdida salarial a que se ve sometido por tener que ocupar un puesto de menor rendimiento y, por tanto menos retribuido.

Sucesivamente se ha venido solucionando satisfactoriamente lo referente a una tarjeta azul, a la cama B-15, al caso número 3.475. Pero el paciente ¿qué? Ese hombre que no sólo era un cuerpo enfermo; ese hombre con problemas emocionales, familiares, laborales, económicos, ¿ha sido consolado en su dolor?, ¿ha recibido una palabra de aliento?, ¿se le ha preparado para esta nueva forma de vida?, ¿está mentalizado con esta nueva situación?, ¿podrá soportar bien este cam-

bio?, ¿se le ha capacitado para otro trabajo?, ¿está viable ese nuevo empleo que es capaz de desempeñar?

Y su familia, ¿ha tenido algún paliativo para su amargura durante la enfermedad y la operación?, ¿está preparada para recibir a ese ser querido ahora disminuido en su integridad?, ¿se le ha mentalizado con esta nueva situación de cambio que seguramente ha desvanecido muchos proyectos para el futuro?

EL HOMBRE TOTAL

Afortunadamente, la tecnificación científica, progresiva, de la medicina, tiende a corregir este fallo de deshumanización, teniendo en cuenta que el individuo que llega al hospital no solamente es un cuerpo enfermo, sino un hombre en su totalidad, y al estudiarlo para emitir un diagnóstico y prescribir un tratamiento, se le debe ver y entender como tal, para devolverle su integridad, en sus aspectos somático y psíquico que, al formar un todo, no se pueden desligar; ya que existen algunos rasgos psíquicos predisponentes a determinados padecimientos que, algunas veces, no tienen base orgánica, y otras se ven agravados, o por lo menos influidos en su génesis y evolución por factores emocionales.

De esta realidad se ha derivado una visión integral de la medicina, apareciendo lo que ha dado en llamarse Medicina Psicosomática o Antropológica, que, como dice el doctor García León, nace cuando los descubrimientos científicos que aclaran la etiología y anatomía patológica de muchas enfermedades, hacen que se abandone el pensamiento hipocrático y se considere al enfermo poco menos que un portador de determinada entidad nosológica, sintiéndose entonces la necesidad de estudiar al enfermo como un ente total.

La Medicina Psicosomática es, para algunos, una verdadera especialización, dentro de las ciencias médicas, que se ocupa de un grupo de enfermedades consideradas psicosomáticas, por la existencia de conflictos emocionales que se manifiestan a través del sistema nervioso vegetativo; mientras que, para otros, es una modalidad médica que supera el dualismo entre lo somático y lo psíquico, considerando al enfermo como una unidad bio-psico-social.

CONSIGAMOS UNA ATENCIÓN MÁS PERSONAL PARA TODO ENFERMO

Por su parte, las reglamentaciones modernas de asistencia hospitalaria legislan sobre los derechos y deberes del hombre enfermo, teniendo en cuenta todas estas consideraciones que afectan profundamente las funciones orgánicas, y pormenorizan sus derechos en el aspecto

puramente clínico, en la asistencia espiritual, en el trato diligente y correcto, en la comodidad de las instalaciones materiales y hasta en lo referente a la alimentación, de modo que, en uso de sus derechos estatuidos, el enfermo puede obtener una atención más personal, una mejor información y prestación más integral.

La Organización Mundial de la Salud preconiza la reducción de pacientes hospitalizados, concibiendo al hospital también como coordinador de un servicio domiciliario de salud, y como centro de medicina preventiva, y no simplemente como lugar de tratamiento; y esto lo aconseja por medio de prestación domiciliaria de la medicina bajo la supervisión del hospital, que permite atender al mayor número posible de enfermos en sus propias casas, y por programas de saneamiento ambiental, así como servicios de salud personal ocupacional y social.

También, teniendo en cuenta las desventajas que acarrean los hospitales muy grandes, por la masificación de los pacientes y la tendencia a transformarse en algo impersonal y frío con la consiguiente deshumanización, recomienda un término medio de 500 camas para un hospital general, pues este número permite ya establecer buenos servicios en las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, y justifica la contratación de especialistas a tiempo completo.

Igualmente recomienda que se establezca estrecha relación con los médicos que no forman parte del cuerpo facultativo del hospital, a fin de que puedan utilizar los departamentos especiales de diagnóstico. Esto libera a los pacientes de la *necesidad* de recurrir a los médicos del hospital por contar con instalaciones mejores, y permite aprovechar ese algo personal, afectivo, de amistad, de confianza, que existe con el médico de la familia, con su propio médico.

EN FAVOR DE LA DIGNIDAD HUMANA DEL ENFERMO

Del cumplimiento final de este noble y cristiano ideal se ocupa la Rehabilitación, procurando el máximo desarrollo de las capacidades físicas, mentales y vocacionales que le quedan al paciente después de completar su curación por medios médicos y quirúrgicos.

La rehabilitación, trabajando en favor de la dignidad humana, descubre los grandes recursos todavía existentes en el hombre lesionado por la enfermedad, para utilizarlos convenientemente y orientarlos hacia el normal desenvolvimiento de su vida ciudadana.

Este descubrir los recursos secretos, que provienen de factores biológicos de seguridad y supervivencia, ha sido calificado por Mary Switzer como *un puente entre lo inútil y lo útil, entre la desesperanza y la esperanza, entre el abatimiento y la felicidad.*

Desde el punto de vista puramente médico, se con-

sideraba la Rehabilitación como el empleo de la medicina física en forma suplementaria de tratamientos médicos y quirúrgicos para favorecer la recuperación del paciente. Pero en la actualidad es concebida con mayor amplitud por todos los profesionales dedicados a la atención de los pacientes disminuidos, y se considera que rehabilitar es restaurar al inválido hasta sus máximos límites físico, mental, social, vocacional y económico posibles, es reconstruir la vida total del enfermo.

Rehabilitar es reemplazar el concepto de dependencia por el de actividad, desarrollando al máximo las capacidades remanentes del inválido por medio de medidas médicas y no médicas. Las primeras incluyen la exploración y diagnóstico, valoración de la capacidad de trabajo, cirugía general, plástica o reconstructiva, tratamientos médicos, cuidados de la convalecencia, acondicionamiento físico, terapéutica ocupacional y prótesis.

Las medidas no médicas comprenden principalmente: la orientación vocacional aplicando la psicología para la medición de las aptitudes individuales, inteligencia, interés, destreza y experiencia, así como para la selección las actividades donde se consiga el máximo aprovechamiento del talento; la enseñanza vocacional, que incluye la educación escolar y universitaria en todos sus niveles, así como la preparación profesional laboral y técnica, y el empleo o consecución de puesto de trabajo a base de la habilidad o destreza iguales a las exigidas al trabajador normal. Es decir, que, a pesar de las limitaciones físicas y sociales que supone la invalidez, se consiga la satisfacción personal del individuo a través de su logro profesional.

De ordinario en los hospitales un gran número de pacientes sufre afecciones que acarrear incapacidad parcial o total transitoria o temporal, de la que se recuperan simultáneamente con su curación o eliminación de la enfermedad como resultado de los tratamientos médicos o quirúrgicos, sin recurrir, la mayoría de las veces, a la medicina física, pues las potencias reparadoras del propio enfermo son los factores esenciales que eliminan el mal, capacitándolo a volver a sus actividades normales anteriores a la enfermedad.

Hay otros casos, también numerosos, en los que la recuperación puede retardarse por los estados de ansiedad o por secuelas residuales, como son los casos de algunos accidentes traumáticos o infecciosos que reclaman para su rehabilitación tratamientos de psicoterapia o medicina física por tiempos relativamente cortos que no requieren repeticiones periódicas.

Los hay, por último, los que quedan incapacitados para volver a la normalidad, a pesar de haber recibido intensivos tratamientos médicos y quirúrgicos, haciéndoles imperativa la rehabilitación con utilización de todos sus recursos.

Estos pacientes son muchos y forman un sector más numeroso de lo que ordinario se piensa. Se encuentran entre ellos los que sufren graves accidentes de trabajo, de tráfico o de cualquier otro tipo, los que nacen con

defectos congénitos de los tejidos blandos o del esqueleto como son los defectos visuales, auditivos, fisuras palatinas, deformaciones óseas, etc., o los que las adquieren a consecuencia de enfermedades como la polio-mielitis, infecciones, neoplasias, etc.

También aquí debe incluirse otro grupo numeroso que siempre se hace presente en la humanidad, y es el de los mutilados de guerra. Es digno de anotarse que los últimos conflictos bélicos mundiales forzaron notablemente el desarrollo y progreso de las técnicas modernas, llegándose a alcanzar el elevado nivel que hoy ocupa la rehabilitación.

Por último, también son objeto de cuidados especiales de rehabilitación los que padecen enfermedades crónicas, como cardiopatías, epilepsia, tuberculosis, y tantas otras enfermedades que impiden, o por lo menos limitan, el normal transcurso de la vida cotidiana.

Vemos, pues, cómo todos los esfuerzos convergen en una corriente de humanismo que da sentido cristiano de justicia hacia el hombre enfermo.

IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES HUMANAS

Pero un factor que interviene con importancia imponderable es el ambiente del hospital, que se da por todo el personal que labora en él a través de las relaciones humanas que mantienen entre ellos y con los enfermos.

En cualquier organización, y en forma especial en el hospital, el trabajo no se realiza bien si no existen buenas relaciones humanas entre los miembros del personal que lo componen y que se basan en las características sociales y emocionales de los mismos.

La integración o articulación de los elementos humanos y materiales, tan necesaria para el buen funcionamiento del hospital, debe ser constante. Se manifiesta en mayor grado al iniciarse la selección del personal en general, y la adquisición del equipo, material e instrumental, todo lo que debe estar enfocado a un máximo rendimiento en favor del enfermo por medio de la sincera colaboración, comunicación y armónica reunión de todos y cada uno de dichos elementos.

Es decir, que importan grandemente las relaciones humanas, evitando entre el personal los malos entendidos, fricciones, hostilidad y falta de cooperación, conviviendo todos cristianamente, trabajando cordialmente con los grupos de personas y con los individuos.

En estas relaciones dentro del hospital hay cuatro elementos primordiales: el trabajador, el trabajo, el paciente y los directivos. El trabajador, es decir, el médico, la enfermera, el auxiliar de limpieza, el portero, etc., o sea, toda persona que presta servicio, en mayor o menor grado, en beneficio del paciente.

Las relaciones de cada uno de estos elementos con el paciente, y las que guardan entre ellos, dan la riqueza

sociológica al hospital, que es una organización médico-social donde las múltiples relaciones interpersonales deben estar animadas de espíritu de buena voluntad y colaboración.

En estas relaciones están obligados a contribuir todos los miembros del personal: los religiosos y los seculares, los empleados de administración y los de limpieza, los médicos, las enfermeras, asistentes sociales, etc., a fin de que, entre todos, se realice la humanización del hospital, que debe manifestarse en todas sus actividades médicas y paramédicas, administrativas, en las distracciones, las visitas, los locales, menús, etc.

Los problemas principales que entorpecen la armonía entre el personal son las diferencias en preparación académica, en sueldos y el papel más o menos espectacular que le toca a cada uno desempeñar.

Hay una diferencia notable en el esfuerzo de convivencia pacífica que tiene que desarrollar una persona que trabaja, por ejemplo, en un quirófano, con un ambiente frecuente de nerviosismo, que llega a veces a lo dramático, y otra en el que desempeña su trabajo en la sala de recién nacidos de la maternidad, donde reina la tranquilidad; entre el portero, que tiene que enfrentarse con todas las personas que vienen al hospital por mil motivos diferentes, y generalmente fuera de las horas establecidas, y el jardinero, que pasa el día entre flores. Y de ese esfuerzo al que todos están obligados, depende que en el hospital predomine el nerviosismo o la tranquilidad, la violencia o la paz.

Es decir, que el trabajo produce diferentes estados emocionales que pueden influir en el comportamiento social dentro del hospital.

El trabajo contrasta en diversos aspectos, como son: los locales, equipos, ambiente y, principalmente, la vocación. Hay algunos servicios en los que por lo general existe armonía y unión entre el personal porque todos están en un mismo local, con relativa independencia, dentro de la dependencia orgánica del servicio, como sucede en un laboratorio, en la lavandería, la cocina, archivo, etc., en que se forman equipos en los que no hay facilidad de que se produzcan interferencias en la labor de los trabajadores. En cambio en otros, como el de intendencia, suele haber desunión, competencia y hasta contraposición, que, generalmente, provienen de la tendencia que tiene cada uno de adquirir los suministros de determinadas firmas comerciales, con el objeto de aprovechar ventajas de precios o calidad, que no todos aprecian igualmente.

El paciente, que, siendo la razón de la existencia del hospital, debe encontrar un ambiente en el que no se sienta aislado ni despersonalizado, sino que pueda captar claramente que está en un centro de múltiples relaciones humanas que cuidan de su personalidad total.

El está en desventaja y necesita auxilio con diversas facetas. Es el *cliente* o *consumidor* de la atención médica, que no asiste al hospital por gusto, sino por necesidad.

AMBIENTE CÓMODO, SANO, AMIGABLE PUESTO AL SERVICIO DEL ENFERMO

Como hemos visto, la problemática del paciente suele ser tan compleja y con repercusiones tan graves fuera de su propia persona que, cuando viene al hospital, se podría decir que es todo un grupo familiar el enfermo, cuya mentalidad está determinada por la curación del que se ha puesto en tratamiento médico.

A su llegada demuestra temor, recelo y desconfianza, y emite signos de la enfermedad que el médico entiende o interpreta. Ellos dependen del ambiente que se respire en el hospital. Cuando éste es adverso el paciente emite signos que no se llegan a percibir, o de hecho deja de emitir los más reveladores de la enfermedad, por lo que el médico tiene que ser capaz de ganar su simpatía para estar en condiciones de recibir la totalidad de mensajes que emite, estando plenamente convencido de que, como dice el doctor Rof Carballo, *por ser el único que conoce las profundidades del hombre, tiene que ser algo más que un rodaje en el mecanismo social; que su papel en la creación de un nuevo tipo de hombre, más libre, más lleno de amor, más feliz, y de un nuevo tipo de sociedad, es absolutamente fundamental, necesitando del poderoso auxiliar de la ambientación apropiada.*

En un ambiente cómodo, amigable, el paciente se siente confiado y actúa con sinceridad.

Se puede decir que los hospitales tienen una personalidad que la modulan todos esos factores en los que influyen las características locales o regionales, así como las costumbres y tradiciones, y al formar parte de una colectividad son influidos por ella, que es el medio en el que viven tanto los trabajadores como los pacientes.

HORIZONTE DE OPTIMISMO

Pero las relaciones humanas están muy influenciadas por la personalidad de los directivos que en gran parte se refleja en todo el personal.

Muy diferente será un hospital cuyos directivos sean autócratas de los que los tengan demócratas; directivos competentes o incompetentes; directivos apáticos o dinámicos. Según sean los directivos, reaccionarán los empleados con actividad o pereza, con paros y sabotajes o colaboración sincera, etc.

Existe la tendencia a imitar el ejemplo del director o administrador, repercutiendo esa situación sobre el paciente y sus familiares y amigos.

Los directivos deben conocer personalmente a los empleados, hacerles sentir la importancia parcial de su trabajo dentro del gran todo, tratarlos como individuos pero formando parte de un grupo, mantenerlos informados para evitar malos entendimientos, darles intervención en las decisiones que determinen los cambios que les afecten.

Así se podrán evitar muchos problemas y fricciones, no habrá pérdida de tiempo ni de energías, se aceptarán fácilmente los cambios razonables y se desarrollará el trabajo en un ambiente favorable de paz y de armonía.

Esta labor de coordinación para el buen funcionamiento del personal, de éste con los enfermos y con sus familiares y amigos y, en general, las relaciones humanas entre todos, la realizan principalmente los funcionarios encargados de las relaciones públicas, de asistencia social y servicios religiosos.

Queremos insistir en que esa ambientación favorable, esa personalidad atractiva que invita a la confianza, y que ofrece un horizonte de optimismo, tiene que ser obra de todos y cada uno de los componentes del personal, que con la eficiencia en el desempeño de sus funciones, la alegría en el trabajo, y la bondad y comprensión en sus relaciones humanas, hacen del hospital un verdadero centro de amor y de esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

- GARCÍA DE LEÓN: «Medicina psicosomática: Concepto y mecanismos patogénicos». (P. C. Enero de 1971.)
- R. LLEWELYN-DAVIS y H. M. C. MACAULAY: «Planificación y administración de hospitales». (O. M. S. 1970.)
- GUILLERMO FAJARDO ORTIZ: «Teoría y práctica de la administración de la atención médica y del hospital». (México, 1970.)
- J. K. WING: «Social and Psychological Aspects of Rehabilitation of the Disable in the United Kingdom». (Rehabilitation. April-June 1945.)
- T. WHEELER: «Hospital Design and Function». (Mc.Graw-Hill Book Co. 1964.)
- F. ESCARDO y E. GIBERTI: «Hospitalismo». (Editorial Universitaria. Buenos Aires, 1964.)
- SMALLEY AND FREEMAN: «Hospital Industrial Engineering». (Reinhold Publishing Co. 1966.)
- GÓMEZ J.: «Manual de procedimientos contables de hospital». (U.N.A.M. México, 1962.)
- JUAN RICARDO PARREÑO: «Sociología de la Rehabilitación». (1970.)
- RAFAEL GONZÁLEZ MAS: «Rehabilitación en Psiquiatría». «Tratado de Rehabilitación Médica». (1969.)
- HENRY H. KESLER: «Concepto de Rehabilitación». (1969.)
- C. BELLY: «L'école Primaire et le College D'enseignement Industriel». (L'Hospital Raymond Poincaré. 1964.)
- N. RATHBONE: «Corrective Physical Education». (1964.)
- SERVICIO BRITÁNICO DE INFORMACIÓN: «Rehabilitation and Case of the Disable in Britain». (Mayo de 1965.)
- DEPARTAMENTO DE SALUD, EDUCACIÓN Y BIENESTAR DE ESTADOS UNIDOS: «Rehabilitation of the Disable in Fifty One Countries». (1965.)
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS: «Summary of Information on Projects and Activities in the Field of Rehabilitation». (1965.)
- JUAN ROF CARBALLO: «Diferentes niveles en los que se realiza la Comunicación entre el médico y el enfermo». (1971.)

LA TERMINOLOGIA PSIQUIATRICA DESDE EL PUNTO DE VISTA OPERATIVO

Por el doctor VALENTIN CONDE LÓPEZ
Hospital psiquiátrico Nacional Leganés-Madrid

En nuestro actual número seguimos publicando alguna de las conferencias pronunciadas en el Curso Monográfico sobre Organización de Hospitales Psiquiátricos celebrado el pasado setiembre en Castellón.

El tema que reproducimos ahora se refiere al mismo tema de la nosología y nosografía psiquiátricas, pero expuesto desde el punto de vista operativo. Tomado conjuntamente con el del doctor Mezquita supone una puesta al día muy útil para ulteriores trabajos de investigación y aun para el cotidiano manejo de los datos clínicos.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Una de las grandes esperanzas de la psiquiatría del último siglo, —sobre todo de orientación centroeuropea con su consiguiente influencia en la psicopatología española—, ha estado centrada en los progresos de los métodos diagnósticos, y a su vez en la búsqueda de cualquier intento etiopatogénico, sobre la base de ese conjunto de materias que ha sido dado en llamar de una manera académica «Disciplinas Básicas», es decir, el resto de las ciencias aplicables a aquella. En otras palabras, se trata de la búsqueda de *modelos etiológicos* y *etiopatogénicos* de esa gran mayoría de síndromes y complejos sintomáticos, agrupados de una forma tan poco precisa y lógica en la historia de la psiquiatría. Esta ausencia de conocimientos etiopatogénicos ha sido una de las causas, al menos en nuestra opinión, de que esta asignatura haya tenido un carácter secundario en el conjunto de la medicina académica, cuando su impacto y su necesidad social, —en el más amplio sentido de esta palabra—, obligan a una mayor trascendencia histórico-asistencial, como se ha podido comprobar en las orientaciones seguidas en el último cuarto de este siglo. Un postulado básico, —después de los fracasos de la psiquiatría romántica y somaticista del siglo XIX— ha sido la necesidad de establecer modelos teóricos, polidimensionales y multifactoriales operativos, que permitan resaltar los rasgos y características de mayor significación y fiabilidad de una agrupación semiológica determinada. Al mismo tiempo, constituye otra peculia-

ridad de la psiquiatría actual lo que podríamos denominar, «presión terapéutica», es decir, el impacto producido en la realidad clínica por el conjunto de técnicas empíricas, cuya operatividad y racionalidad sería un buen tema de discusión. Dentro de los mitos modernos a este respecto, está el mismo hecho de considerar como hipótesis de trabajo la posibilidad de establecer una clasificación en los diversos niveles de la semiología psiquiátrica, fundada en los resultados terapéuticos obtenidos. De una manera paradigmática y anecdótica, este intento estaría tan justificado como la búsqueda de la etiología infecto-contagiosa, basándose en los resultados de los hallazgos pragmáticos, cuando no casuales, conseguidos por los antibióticos.

Así como la psiquiatría académica germánica de la segunda mitad del siglo pasado, con una proyección que llega a alcanzar hasta la derrota de este grupo cultural en la segunda Guerra Mundial, o sea, un siglo después, se caracteriza por, una constante búsqueda de nosologías y nosotaxias psicopatológicas, habiendo señalado algunos historiadores esta época, como prácticamente no existía psiquiatra acreditado que no propusiera su propia clasificación, por factores socio-culturales y políticos complejos, tanto la Psiquiatría Germánica como Anglosajona de las dos últimas décadas han vertido sus esfuerzos en la búsqueda de un sistema semiológico, al menos comunicable objetivamente.

Ya Kraepelin a principios de siglo, insistía en la necesidad de establecer un catálogo de síntomas psiquiátricos lo suficientemente amplios como para permitir el des-

arrollo de sus postulados psicopatológicos básicos. Y es precisamente a través de éste, donde se puede establecer un verdadero punto nodal en la operacionabilidad del quehacer psiquiátrico, considerándole como un puente entre «la Psiquiatría Nosológica» del siglo XIX y la «Psiquiatría Semiológica» del siglo XX. Sería una injusticia histórica el olvidar la Semiología francesa, que también por una serie de factores socio-culturales complejos, no se traza como objetivo la operatividad de sus descripciones y la posibilidad de establecer unos esquemas nosológicos, más o menos teóricos, sino objetivos empíricos más concretos. En este sentido, el ideal Kraepeliniano se mantiene como una de las estructuras generales o si se prefiere de los modelos teóricos, no superados aún en nuestro siglo. Kraepelin mismo, fue un magnífico ejemplo de ello en su intento de poner una epistemología psicopatológica a la altura de su tiempo, y de aplicar unos conocimientos médicos, tanto teóricos como prácticos, a su medio psiquiátrico hospitalario y académico.

Desde un punto de vista más concreto una de las ventajas de una codificación de un conjunto básico de datos psicopatológicos sería la posibilidad de vehicular una medicina en equipo con independencia relativa de las habituales presiones socio-económicas. En este sentido la moderna sociología ha expuesto con claridad cuánta irracionalidad, y en todo caso, cuántos postulados básicos enraizados en cuestiones metapsiquiátricas, existen en nuestra disciplina. Las distorsiones ideológicas son más difíciles de eliminar, aunque se pueden neutralizar hasta formar una «perturbación de base», común en todos los investigadores, con independencia también relativa, del medio doctrinal previo, con tal de que sean capaces de aceptar las «reglas de juego» del programa en cuestión.

A este respecto quizá se pudiera diferenciar entre medicina en equipo y medicina en grupo. En la práctica, la segunda viene siendo un hecho hospitalario indiscutible desde la aparición de la medicina empíricopositivista, hace más de un siglo. La historia de la psiquiatría vista desde esta perspectiva, es una sucesión de grupos, escuelas, opiniones, dogmas y creencias, que salvo raras excepciones y hasta hace un cuarto de siglo, rara vez trascendían de una nación o un distrito académico. Como se ha insistido el problema nosológico y nosográfico, aún no está resuelto en nuestra especialidad. Con la aparición de las nuevas posibilidades de comunicación y para poner un hito histórico, con los primeros informes de la OMS, la situación tiende a cambiar, hacia una internacionalización de los esfuerzos psicopatológicos, sobre todo a un nivel bioestadístico. De aquí que hablemos de una medicina en equipo conceptualizada en un doble plano. En primer lugar, el trabajo intra y extrahospitalario en grupos *interdisciplinarios*, —por ejemplo psiquiatras, asistentes sociales, psicólogos, sociólogos, enfermeras especializadas, etc.— e *intersubespecializados*, v. g. gerontopsiquiatras, paidopsi-

quiátras, internistas, genetistas, etc. La Organización Mundial de la Salud ha insistido lo suficiente como para ahorrar aquí la repetición de sus normativas. En segundo lugar, la comunicación conjunta sobre la base de un sistema de términos aceptados dentro de los diversos equipos, con independencia de sus doctrinas previas, sus presiones ideológicas o su separación geográfica.

Los peligros de una *psiquiatría en equipo* semejante saltan fácilmente a la vista. Burocratización, anquilosamiento, positivismo y realismos ingenuos, irresponsabilización de médico o del equipo mismo, preselección de intereses asistenciales limitados, etc. Todo ello justificaría otra comunicación, pero con la asistencia de especialistas en las diversas ramas de las llamadas ciencias humanas o ciencias de hombre, podrían obviarse algunos de estos defectos y errores. Por otra parte, esta psiquiatría en equipo pretende objetivarse críticamente, huyendo tanto de las implicaciones ideológicas y epistemológicas de la psiquiatría liberal clásica, —ya que no decimonónica, con los inconvenientes de toda artesanía burguesa—, como de la psiquiatría sociologicada y masificada actual, con todas las manipulaciones económico-políticas imaginables. Además, y en el contexto de esta comunicación, los objetivos de una psiquiatría en equipo son más limitados, en el sentido de aprovechar al máximo de la objetivación posible los medios tecnológicos actuales. Sus objetivos serían superar los límites económicos, técnicos, sociales y políticos, que con unos medios limitados, presionan las tres grandes misiones de toda medicina: asistencial, docente-investigadora. Precisamente una de las ventajas de la operatividad de un campo científico estriba en el aprovechamiento máximo de los recursos disponibles y de su neutralidad científica.

Nuestra comunicación no pretende ser un proyecto en metodología psiquiátrica y no es tampoco el resultado de una experiencia, sino el intento de abordar un problema que se encuentra en el ambiente de nuestro quehacer psiquiátrico hospitalario y que presenta quizá la característica de encontrarse entre los diversos estamentos de la administración, —encuadrables en este caso dentro del P.A.N.A.P.— y nuestras cotidianas dificultades en intercambiar y manipular ese conjunto de datos clínicos, que constituye el mejor bagaje de todo médico. Por ello he de insistir en el carácter de *proposición*, que no de *proyecto*, insistiendo en su provisionalidad y subrayando mi intención de no presentar más de una base de discusión e intercambio de ideas.

Una primera hipótesis —mantener es nuestra convicción sobre la posibilidad de agrupar sistemáticamente los métodos clínicos y de laboratorio utilizados en psiquiatría, o por lo menos en alguna parte de los mismos—. Aun siendo conscientes de los peligros de todo reduccionismo epistemológico, ha de estar en la mentalidad de todo clínico los resultados obtenidos y obtenibles en la normalización operativa conseguida en otras ciencias médicas. Por otra parte, es preciso acep-

tar el hecho real de las inexistencias en la psiquiatría clínica de trabajos operativos que cumplan con requisitos bioestadísticos mínimos e ideales, siendo una impresión subjetiva, aunque probablemente objetivable, el predominio de numerosos trabajos descriptivos en la psiquiatría nacional, basándose en último término en inducciones clínicas, de cuya importancia nadie puede dudar, pero que ofrecen grandes dificultades respecto a la formalización y objetivación. Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que esta situación no es exclusiva de nuestro país, sino que estas dificultades suponen uno de los problemas clave en la psiquiatría de los países considerados tecnológicamente desarrollados.

Una segunda hipótesis se basa en la limitación unida a todo subjetivismo clínico, sea mantenido por una persona o por un solo equipo. En otras palabras se insiste en la necesidad de agrupamiento y asociaciones cada vez más amplios de investigadores y centros hasta conseguir una adecuada cobertura comunicativo-asistencial.

Un tercer problema consiste en la selección de métodos necesarios para recoger las informaciones precisas, partiendo de un «mínimo de información común». Es fácil demostrar que los métodos fenomenológicos han aportado un material que en cierto modo ha anegado las posibilidades operativas del psiquiatra, al no permitir, por ejemplo, obtener informaciones suficientes sobre los factores significativos de un modelo etiopatogénico, las características fundamentales que influyen en el proceso terapéutico, y en todo caso la simbolización de las informaciones recogidas tanto en la experiencia clínica como durante los experimentos clínicos controlados o controlables, no es tampoco una novedad el cierre del sistema de información por un exceso e incluso una avalancha de datos, con todos los peligros que ello entraña.

El cuarto problema consiste en plantearse la cuestión de la mejor manera y método de utilización de todo un conjunto de informaciones psicopatológicas. No se trata aquí de exponer complejas teorías matemáticas o de desarrollar programas estadísticos o cibernéticos, que habitualmente trascienden no sólo los conocimientos sino también el mismo interés del clínico. Para ello basta insistir en la necesidad de la psiquiatría en equipo, y sobre todo en la creación de centros de recogida, manipulación y emisión de datos, como misión intransferible de los centros rectores de la psiquiatría en nuestro país. Se trata principalmente de insistir en la necesidad de realización de un estudio sistemático y científico sobre las diversas etapas y en las diversas regiones naturales españolas de programas que cumplan estos fines. En mi experiencia es la fuente más frecuente de frustración en el clínico joven, la incapacidad factica de integrarse en un equipo, al menos asesor, que le permita el aconsejamiento y manipulación de los datos elementales manejados cotidianamente, con el fin de satisfacer la necesidad de una investigación general y básica, latente en todo espíritu universitario.

LAS CLASIFICACIONES PSIQUIÁTRICAS DESDE EL PUNTO DE VISTA OPERATIVO

Aunque teóricamente la clasificación oficial de enfermedades mentales es la elaborada por el Consejo rector del P.A.N.A.P., raro es el clínico que no dispone de sus propios criterios de clasificación, al menos en la práctica.

Las discusiones sobre la importancia, métodos y dificultades de establecer un sistema operativo de clasificación en psiquiatría constituyen una de sus constantes históricas. Consecuentemente en la revisión siquiera somera de la misma, nos llevaría demasiado lejos. Por ello preferimos aceptar la clasificación propuesta por la OMS aun consciente de sus límites, y al mismo tiempo de las dificultades que entrañaría su válida implantación, siquiera en una agrupación de Centros asistenciales.

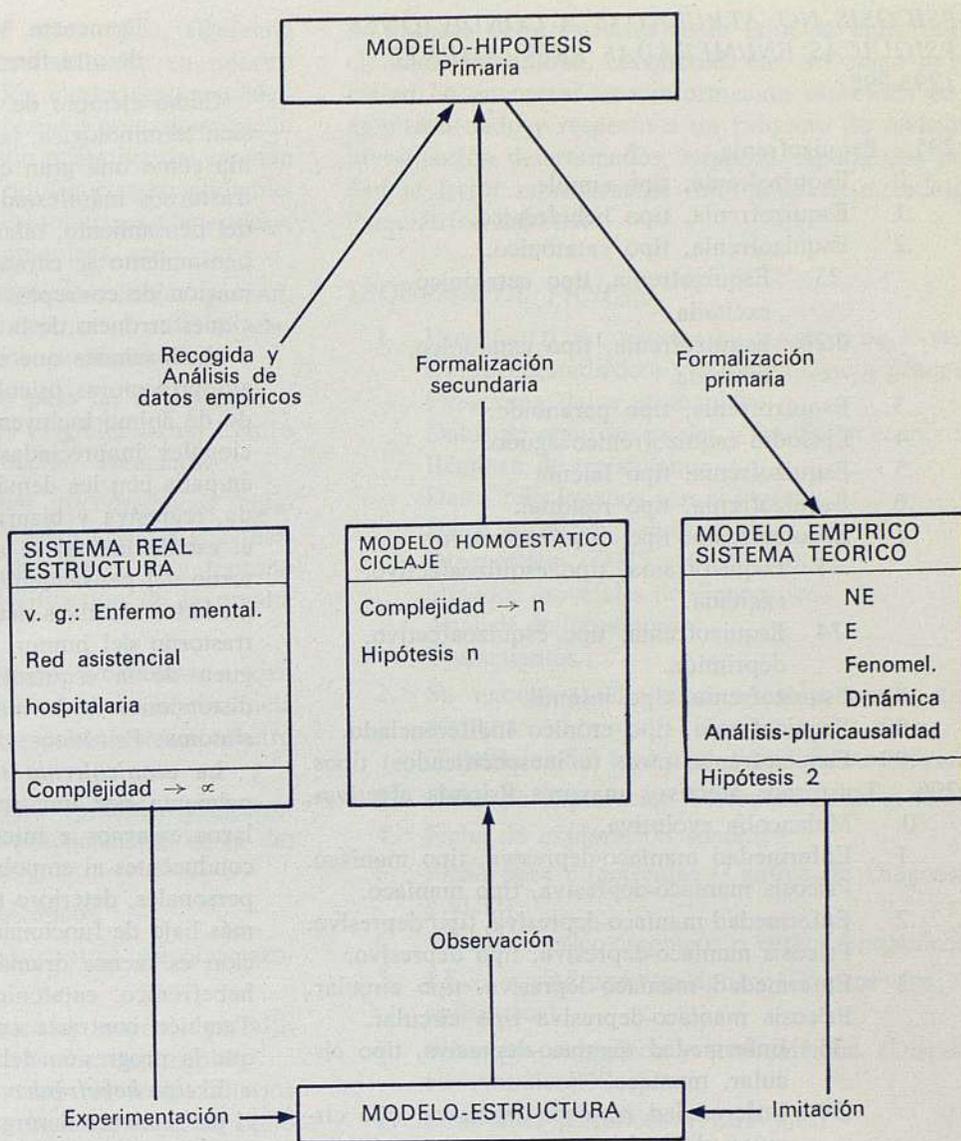
Dando por supuesto un conocimiento de la clasificación Internacional de Enfermedades en su última remisión de la OMS (1968) el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su 2.^a edición del Comité de Nomenclatura y Estadísticas de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en 2.^a edición de 1968 y de la clasificación del PANAP, puede ahorrarnos la descripción de todos y cada uno de los términos en ellas incluido, ya que prácticamente en los manuales de las dos primeras se aclaran lo suficientemente cada uno de estos. Sin embargo siempre existen discordancias, dudas, como han resaltado numerosos autores.

Las dificultades son menores en relación con los *síndromes psicoorgánicos* o *síndromes cerebral-orgánicos*, definidos como trastornos mentales causados o asociados con afectación de la función tislular cerebral (APA).

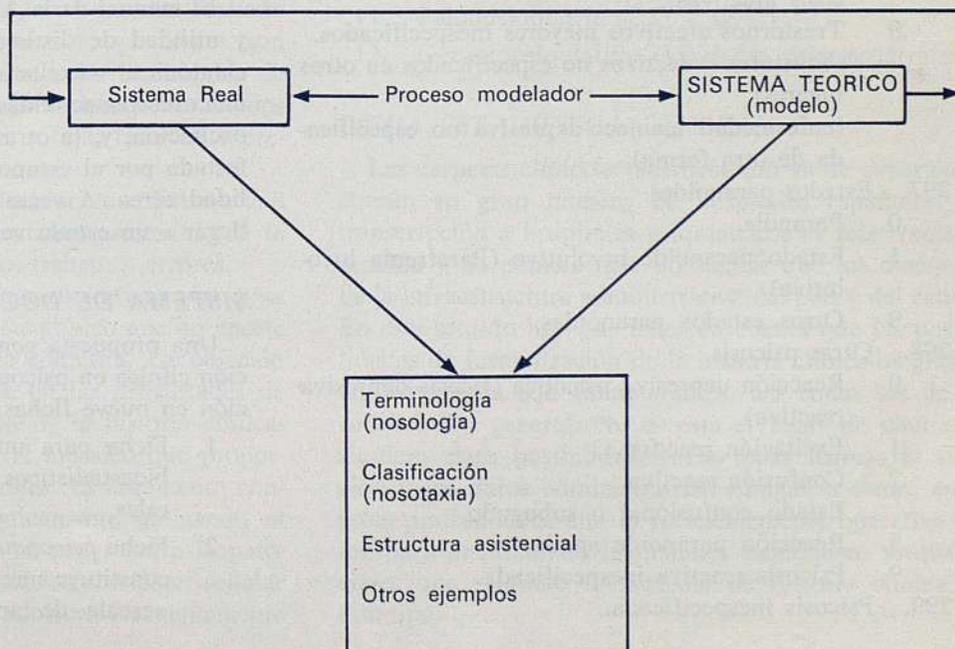
Los problemas son mayores cuando se refieren a la *psicosis no atribuible a condiciones físicas enumeradas previamente* y que recogen los apartados 295-298, que incluyen fundamentalmente los grandes núcleos clásicos de Psicosis Endógenas. Las descripciones propuestas pueden ser rebatidas basándose en doctrinas previas, lo que ningún caso puede considerarse operativo, o bien pueden basarse en dificultades técnicas de manipulación, análisis y comparación como se ha visto en estudios internacionales. De aquí que las posibilidades sean dobles: En primer lugar, la regional, nacional o internacional, postulando el subjetivismo sus guías terminológicas actuales. En segundo lugar, aceptar críticamente unos conceptos o definiciones operativas básicas en forma de un sistema no solo criticable sino corregible, como consecuencia de estudios experimentales. Esta segunda tendencia parece ser la más frecuente en la mayoría de los países.

Otra posibilidad consiste en la comparación entre dos clasificaciones tomadas como referencia y tendiendo a elegir la más, cuando no la única operativa, previa experiencia correctora del análisis comparativo de ambas.

**COMPROBACIÓN
OPERATIVA
Y UTILIZACIÓN
GENERAL
DE LOS MODELOS**



**EXPLICACIÓN
OPERATIVA**



PSICOSIS NO ATRIBUIDAS A CONDICIONES
PSÍQUICAS ENUMERADAS PREVIAMENTE
(295-298)

- 295. Esquizofrenia.
 - .0 Esquizofrenia, tipo simple.
 - .1 Esquizofrenia, tipo hebefrénico.
 - .2 Esquizofrenia, tipo catatónico.
 - .23 Esquizofrenia, tipo catatónico, excitada.
 - 0.24 Esquizofrenia, tipo catatónico, inhibida.
 - .3 Esquizofrenia, tipo paranoide.
 - .4 Episodio esquizofrénico agudo.
 - .5 Esquizofrenia, tipo latente
 - .6 Esquizofrenia, tipo residual.
 - .7 Esquizofrenia, tipo esquizoafectivo.
 - .73 Esquizofrenia, tipo esquizoafectivo, excitada.
 - .74 Esquizofrenia, tipo esquizoafectivo, deprimida.
 - .8 Esquizofrenia, tipo infantil.
 - .90 Esquizofrenia, tipo crónico indiferenciado.
 - .99 Esquizofrenia, otros (e inespecificados) tipos.
- 296. Trastornos afectivos mayores Psicosis afectivas.
 - 0. Melancolía evolutiva.
 - .1 Enfermedad maníaco-depresiva, tipo maníaco. Psicosis maníaco-depresiva, tipo maníaco.
 - .2 Enfermedad maníaco-depresiva, tipo depresivo. Psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo.
 - .3 Enfermedad maníaco-depresiva, tipo circular. Psicosis maníaco-depresiva tipo circular.
 - .33 Enfermedad maníaco-depresiva, tipo circular, maníaca.
 - .34 Enfermedad maníaco-depresiva, tipo circular, depresiva.
 - .8 Otros trastornos afectivos mayores (otras psicosis afectivas).
 - .9 Trastornos afectivos mayores inespecificados. (Trastornos afectivos no especificados en otros lugares) (enfermedad maníaco-depresiva no especificada de otra forma).
- 297. Estados paranoides.
 - .0 Paranoia.
 - .1 Estado paranoide involutivo (Parafrenia involutiva).
 - .9 Otros estados paranoides.
- 298. Otras psicosis.
 - .0 Reacción depresiva psicótica (sicosis depresiva reactiva).
 - .1 Excitación reactiva.
 - .2 Confusión reactiva. Estado confusional o subagudo.
 - .3 Reacción paranoide aguda.
 - .9 Psicosis reactiva inespecificada.
- 299. Psicosis inespecificada.

Demencia, Vesania, o Psicosis no especificada de otra forma.

Como ejemplo de punto de partida para una discusión terminológica, la APA conceptualiza la esquizofrenia como una gran categoría que incluye un grupo de trastornos manifestados por alteraciones características del pensamiento, talante y conducta. Los trastornos del pensamiento se caracterizan por alteraciones de la formación de conceptos que puede conducir a interpretaciones erróneas de la realidad y algunas veces a delirios y alucinaciones que se presentan frecuentemente como autoprotectoras psicológicamente. Los cambios de estado de ánimo incluyen la ambivalencia, respuestas emocionales inapreciadas y restringidas y pérdida de la empatía con los demás. La conducta puede ser fracasada, regresiva y bizarra. Las esquizofrenias, en las que el estado mental se atribuye primariamente a un trastorno del pensamiento han de distinguirse de las enfermedades afectivas mayores que se denominan como un trastorno del humor. Los estados paranoides se distinguen de la esquizofrenia por la proximidad de sus distorsiones de la realidad y por la ausencia de otros síntomas Psicóticos.

La *esquizofrenia tipo simple* se caracteriza principalmente por una reducción lenta e insidiosa de los lazos externos e intereses y por apatía e indiferencia conducentes al empobrecimiento de las relaciones interpersonales, deterioro psíquico y ajustamiento a un nivel más bajo de funcionamiento. Habitualmente esta condición es menos dramáticamente psicótica que los tipos hebefrénico, catatónico y paranoide de esquizofrenia. También contrasta con la personalidad esquizoide, en que la progresión del trastorno es mínima o no existe.

El *tipo hebefrénico* de esquizofrenia se caracteriza por el pensamiento desorganizado afectos inapropiados, conducta impredecible regresiva y manielismos y frecuentes quejas hipocondriacas.

El manual de la APA señala la frecuente posibilidad, y utilidad de distinguir dos subtipos de esquizofrenia catatónica —excitada e inhibida— una caracterizada una excesiva actividad motora, a veces violenta, así como excitación, y, la otra por inhibición generalizada manifestada por el estupor, mutismo, negativismo o flexibilidad cérea. A veces algunos casos se deterioran hasta llegar a un estado vegetativo.

SISTEMA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Una propuesta general de un sistema de documentación clínica en psicopatología, consiste en nuestra intención en nueve fichas:

1. Ficha para un *programa general* con los datos bioestadísticos epidemiológicos y analítico generales.
2. Ficha *psicopatológica general*, que en ningún caso constituye una «escala de evaluación conductal», «escala de apreciación», «Rating Scale», etc.,

sino un simple catálogo semiológico, siguiendo los criterios sintomáticos habituales en nuestro medio de clara orientación clínico-fenomenológica, cuya combinación permita una descripción adecuada y una traducción operativa del examen clínico del paciente. De aquí que tampoco hablemos de «Cuestionarios Psiquiátricos Generales», «Historias Clínicas computables», etc.

3. Una ficha para la *exploración clínica general*, es decir un catálogo semejante al anterior cargado de síntomas y signos somáticos.
4. Un subprograma selectivo para las *oligofrenias* y en relación con los datos exigibles en un Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutico.
5. Una ficha para *síndromes psicoorgánicos* incluyendo en ellos todos los rasgos clínicos generales que se incluyen habitualmente en este término y en relación con la clasificación de la organización mundial.
6. Una ficha para los *síndromes alcohólicos y toxicomanías*, apoyándonos de nuevo en la existencia de Dispensario para estos trastornos en nuestro país.
7. Una ficha para el síndrome epiléptico y electroencefalografía adaptada prácticamente de la del doctor Oliveros.
8. Ficha para síndromes psicóticos.
9. Ficha para evaluación y control psicofarmacológico.

El empleo de un «lector óptico de marcas» ya utilizado en numerosos países ofrece una ventaja triple:

En primer lugar suprime todos los intermediarios entre el observador que apunta un síntoma o un signo y el registro de éste para el ordenador electrónico.

En segundo lugar el formulario o la ficha utilizada puede contener en un espacio relativamente limitado una gran cantidad de informaciones, y además son siempre las mismas, con lo que se evita la ausencia de «datos positivos y negativos» voluntariamente excluidos por el explorador, por la prisa, rutina, falta de representatividad del síntoma, olvido, etc.

En tercer lugar el paso del documento o ficha a una tarjeta perforada se posibilita automáticamente, con la consiguiente ganancia de tiempo, trabajo y errores.

Las objeciones en este sistema son numerosas y se puede también decir que no existe clínico que no aporte su grano de arena a una crítica conjunta. La objeción más frecuente suele establecerse en las dificultades de obtener una rápida comprensión de la historia clínica-biográfica del paciente, debido al mosaico que proporcionan todos los datos computables. El argumento contrario se podría establecer irónicamente obligando al clínico habitual, a rellenar todo un programa psicopatológico general con una historia clínica corriente; señalar que las anamnesis tradicionales adolecen frecuentemente

de grandes defectos, tales como falta de uniformidad, claridad, comodidad, completud, etc. así como la dificultad en encontrar una información específica en un momento dado y respecto a un proyecto de revisión o investigación determinados, tampoco supone una novedad al lector minimamente informado en metodología Psiquiátrica habitual.

ESQUEMA DE FICHAS

1. PROTOCOLO DEL PROGRAMA GENERAL DE ENTRADA
Datos bioestadísticos y epidemiológicos generales.
Filiación y datos personales.
Datos de seguros sociales y condición económica.
Régimen de tratamiento.
Datos relacionados con el ingreso.
Datos correspondientes al alta.
Diagnósticos (OMS y PANAP).
Métodos especiales de diagnóstico.
Análisis de laboratorio.
Tratamientos.
2. SU PROGRAMA GENERAL DE EVALUACIÓN TERAPÉUTICA
(Especialmente biológica y psicofarmacológica)
3. Ficha de exploración Psicopatológica general.
4. Ficha de exploración somática.
5. Ficha para oligofrenias (Centros de Diagnóstico y O.T.)
6. Síndrome psico-orgánicos o cerebral-orgánicos.
7. EEG. y síndrome epiléptico (Dispensarios anti-epilépticos).
8. Síndrome alcohólico y toxicomanías. (Dispensario Antialcohólico).
9. Síndromes psicóticos. (Hospitales).
10. Síndromes neuróticos y psicósomáticos. (Policlínicas y hospitales).
11. Paidopsiquiatría (C.D. y O.T.)
12. Gerontopsiquiatría. (Unidades psicogeriatricas).

FICHA ESTADÍSTICA GENERAL

Las carpetas clínico-estadísticas son ya de experiencia común en gran número de hospitales españoles. Su transcripción a hospitales psiquiátricos es relativamente sencilla y no plantea más problemas que los derivados de la infraestructura administrativa del país y del centro. En este sentido hay que tener en cuenta que las posibilidades de formalización de la historia clínica-biográfica en psiquiatría son innumerables, así como las de su codificación general. No es este el lugar de enumerar siquiera estas posibilidades. De todas formas la filiación y los datos administrativos obligan a tomar entre estas posibilidades una lo suficientemente operativa como para justificar las inversiones económicas y asistenciales que requiere un sistema de historia clínica de este tipo.

En las figuras siguientes puede observarse las dos posibilidades de codificación.

En todo caso los apartados más importantes son los siguientes:

1. Datos personales.
2. Datos de la Seguridad Social, Seguros Sociales y condición económica.
3. Régimen de tratamiento.
4. Datos relacionados con el ingreso.
5. Datos correspondientes al momento del alta.
6. Diagnósticos.
7. Métodos especiales de diagnóstico.
8. Métodos de tratamiento.

El programa general con los datos bioestadísticos y epidemiológicos generales constituye un denominador común cuya obligatoriedad debería exigirse en todos los Centros. Por otra parte presenta la ventaja de constituir también un común denominador todo el amplio tronco de las especialidades médicas, con todas las ventajas que entraña una información básica común. Si bien en la actualidad se está comenzando a aplicar en nuestro Centro una ficha estadística general común a otros Centros, la proposición de la ficha actual establece un modelo distinto.

Predominantemente se refiere a un conjunto de datos que en su mayor parte no permiten ambigüedad o interpretación sugestiva al menos por parte del clínico.

La transcripción de datos tales como la edad, sexo, profesión, hospitalizaciones anteriores, grado escolar de escolaridad, etc., no exigen una explicación especial. Además tiene la ventaja de poderse aplicar en gran parte por una Enfermera o incluso por Personal Auxiliar.

TRANSCRIPCIÓN DE FORMULARIO

1. Datos personales.
2. Datos seguridad social y condición económica.
3. Régimen de tratamiento.
4. Datos relacionados con el ingreso.
5. Datos correspondientes al alta.
6. Diagnóstico.
7. Métodos especiales de diagnóstico.
8. Tratamientos.

FICHA PSICOPATOLÓGICA GENERAL

La ficha psicopatológica general no se refiere tanto a una semiológica, que plantea en principio los arduos problemas de toda psicopatología, es decir, la selección previa e implícita de los síntomas elegidos —variable significativa—, sino más bien encontrar una posibilidad de descripción y cuantificación de las ricas sintomatologías psiquiátricas, en términos tales que pueda evaluarse de una forma si no idéntica sí semejante y su-

perponible —fidelidad, o fiabilidad— correlación total o parcial o bien qué diferencia puede hacer un mismo explorador para un síntoma preciso siguiendo la modificación del conjunto o complejo sintomático —variación y variabilidad—.

Los grados o niveles de cuantificación plantean un conjunto de problemas difíciles de resolver, desde el momento en que a mayor número de posibilidades, mayor dificultad de apreciación y menor de errores y viceversa. De aquí que a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las escalas de evaluación conductal utilizadas por nosotros, se proponga un baremo sencillo de posibilidades, que en esquema puede resumirse de la manera siguiente:

3 = + + + -	= grave o profundo
2 = + +	= mediano
1 = +	= ligero
0 = 0	= no presente
ϕ = -	= empeorado

Estas diferentes apreciaciones no equivalentes de hecho, sino que, se sitúan en niveles diferentes de juicio de un signo que derivan el uno del otro según una cierta lógica.

Cuando se evalúa la intensidad de un síntoma o signo ello presupone que implícitamente se ha decidido:

1. Su presencia o ausencia.
2. Su certidumbre o incertidumbre respecto a su existencia.
3. Si es constatable o no, es decir observable o no, y en qué grado en una situación patológica y estas tres posibilidades una antes de la otra.

Trastornos de la conciencia

- Obnubilación
- Estado confusónico
- Estado crepuscular
- Otros

Trastornos de la atención de la memoria

- Comprensión
- Concentración
- Atención
- Memoria
- Confabulación
- Otros

Trastornos del yo y de la personalidad

- Despersonalización
- Sentimientos de extrañeza
- Autismo
- Robo del pensamiento
- Pensamiento impuesto
- Sentimientos de influencia
- Otros

Trastornos afectivos

- Sentimientos de insuficiencia

- Sentimientos de poder
- Sentimientos de culpabilidad
- Sentimientos de ruina
- Ambivalencia
- Afectividad inadecuada
- Labilidad afectiva
- Incontinencia afectiva
- Rigidez afectiva
- Otros

Trastornos de la orientación

- Temporal
- Espacial
- Situacional
- Personal
- Otros

Trastornos del curso del pensamiento (formal)

- Inhibición
- Bloqueo
- Enlentecimiento
- Estrechamiento
- Disgregación
- Perseveración
- Aceleración-fuga de ideas
- Pararespuestas
- Incoherencia-disociación
- Pensamiento interceptado
- Otros

Trastornos tímicos

- Perplejidad
- Hipotimia
- Impresión o sentimiento de vacío afectivo
- Pérdida de la iniciativa
- Depresión-tristeza
- Desesperación-desesperanza
- Ansiedad-angustia
- Euforia-hipertimia
- Distimia-disforia
- Desconfianza-hostilidad
- Tensión
- Intranquilidad-inquietud interior
- Tendencia al llanto
- Otros

Ideas sobrevaloradas, obsesivas y fóbicas

- Ideas hipocondríacas no delirantes
- Ideas sobrevaloradas o prevalentes
- Pensamientos obsesivos
- Compulsiones
- Rituales obsesivos
- Fobias
- Otros

Delirios

- Temple delirante
- Interpretación delirante

- Intuición delirante
- Delirio en evolución (dinámica)
- Delirio sistematizado
- Ideas de culpabilidad
- Ideas hipocondríacas
- Ideas de ruina
- Ideas de grandeza
- Ideas de referencia
- Ideas de perjuicio y persecución
- Ideas de celo
- Otros

Trastornos psicomotores

- Adinamia
- Inhibición psicomotriz
- Estupor
- Mutismo
- Hiperactividad
- Agitación psicomotriz
- Paracinesias-esterotipias
- Negativismo
- Manierismo
- Desestructuración del lenguaje-neologismos
- Logorrea
- Otros

Trastornos de los instintos, impulsos, conducta social y de la necesidad de cuidados

- Disminución del contacto social
- Exageración del contacto social
- Gnosognosia
- Anosognosia
- Falta de conciencia enfermedad
- Rechazo del tratamiento
- Tendencia al suicidio
- Tentativas de suicidio
- Impulsos agresivos
- Actividades agresivas
- Hipersexualidad
- Hiposexualidad
- Desviación de la actividad sexual
- Rechazo de alimentos
- Dependencia para alimentarse
- Dependencia para arreglarse
- Incontinencia de esfínteres
- Ergoterapia difícil
- Tendencia a encamarse
- Otros trastornos

Trastornos sensorio-perceptivos

- Ilusiones
- Alucinaciones verbales
- Otras alucinaciones auditivas o acústicas
- Alucinaciones visuales
- Alucinaciones cenestésicas
- Alucinaciones olfativo-gustativas
- Otros trastornos sensorio-perceptivos
- Otros

Variaciones dictamerales

- Mejoría vespertina
- Mejoría matinal
- Exacerbación nocturna
- Otros

ESCALAS DE EVOLUCIÓN CONDUCTAL

«Aun siendo consciente de la ingente cantidad de problemas planteados y no resueltos, de las dificultades prácticas de actuación en nuestro ambiente, y del esteticismo ideológico que impregna frecuentemente este tipo de exposiciones, se intentará exponer dentro de los problemas inmediatos de todo intento de mesuración o cuantificación del comportamiento patológico, los más elementales y perentorios en nuestra experiencia, dejando para otras reuniones, y en función de los resultados de la presente, la discusión de los mismos.

En esta primera aproximación, y de modo esquemático, se pueden enumerar los siguientes:

1. Criterios nosológicos y nosográficos generales.
2. Elección del método y técnicas de cuantificación.
 - 2.1. Métodos y técnicas clínico-fenomenológicas: escalas de evaluación conductal.
 - 2.2. Métodos y técnicas psicodiagnósticas, psicométricas, psicológicas, etc.
 - 2.3. Métodos y técnicas biológicas, psicofisiológicas, etc.

A su vez y de estas tres últimas, centraremos el tema en algunas cuestiones generales las Escalas de Evaluación Conductal (E.E.C.).

CRITERIOS NOSOLÓGICOS Y NOSOGRÁFICOS

El modelo médico-clínico de enfermedad psiquiátrica sigue siendo el más utilizado en nuestro país. Gnoseológicamente se halla situado entre los bioantropológicos de las «ciencias del espíritu» y los fisionalógicos o lógico-matemáticos, a los que tienden cada vez más los modelos de enfermedades orgánicas actuales. Los modelos psicopatológicos puros, tanto intensivos como extensivos en el sentido de tener como base un modelo psicológico del que deriva, aún no ha sido desarrollado satisfactoriamente, incluso con los más diversos métodos matemáticos, en especial analítico-factoriales, o antropológicos, por ejemplo analítico-estructurales.

No es este el lugar de comentar de nuevo la tantas veces citada «situación babélica» de la psiquiatría. En relación con las E.E.C. estas representan una clara ventaja, como instrumento de trabajo, a través de una exigitiva y exhaustiva conceptualización previa que en ningún caso plantea pseudodicotomías, por ejemplo entre el «arte» y la «ciencia» clínica. Ello conlleva dos cuestiones: en primer lugar, no implica ningún proceso gnoseológico, que no sea la simple descripción —tan cara a la asistemática fenomenología— y la elaboración

lógica de un método de medición, que esté a su vez definido con toda claridad en sus diversas etapas; en segundo lugar, las dimensiones, factores, rasgos, tipos, etcétera, elaborados, permiten establecer una clasificación que, a su vez, refrenda a la clínica existente y le sirve de comparación o elimine duplicidad innecesarias para una manipulación objetiva de sus datos. Por otra parte, este tipo de análisis no parece capaz de permitir actualmente el establecimiento de leyes o reglas de correlación, causalidad, relacionabilidad, etc. en una teoría unitaria, que es en el fondo lo que busca toda teoría psicopatológica, reflejada en este caso en una clasificación determinada. En todo caso, no es nada nuevo considerar que el lenguaje psicopatológico ha de dejar de ser metafórico para tender hacia lo científico, o al menos intentar que sea comunicable y si es posible cuantitativamente comunicable o mensurable.

No es este el lugar de exponer las innumerables críticas aparecidas a lo largo del último siglo sobre los diversos intentos de aprehensión lógica de los modelos de enfermedad, entidad nosológica, síntoma, signo, etc. psiquiátricos, así como tampoco a los límites, incorrecciones e insuficiencia de toda clasificación. Baste considerar que la descripción y clasificación de los fenómenos son un primer paso de todo proceso científico, incluido el psicopatológico.

Un resumen de las necesidades actuales de una clasificación psiquiátrica en España exigiría probablemente más de una reunión de expertos en estos problemas. De todas formas pueden hacerse algunas consideraciones generales. En primer lugar, tanto la clasificación psiquiátrica de la Liga de Higiene Mental como el P.A.N.A.P. pueden considerarse como insuficientes e inadecuadas en el estado actual de la nosología psiquiátrica. Consecuentemente sería preciso proponer una nueva clasificación nacional sobre la base de las posibilidades clínico-asistenciales de los diversos centros, las posibilidades de evaluación y control de un mínimo de datos de interés epidemiológico general, y por último, sobre la base de las clasificaciones propuestas por otros países europeos y americanos, especialmente las recomendadas por la O.M.S. y A.P.A. En este sentido habríase de considerar los problemas de una duplicidad de clasificaciones, por ejemplo la de la O.M.S. y la propuesta en el futuro con todos los problemas estadístico-epidemiológicos consiguientes. En segundo lugar, sería recomendable la utilización de técnicas de recogida de datos, evaluación y clasificación computables, comunes y convergentes, al menos en algunos de sus aspectos, utilizando, a ser posible diversos modelos útiles en la investigación clínica. También aquí hay que resaltar la importancia de la creación de centros de elaboración de los datos obtenidos, que permita una contribución científica eficaz a los centros y regiones asistenciales menos dotadas tecnológicamente. Por otra parte, tampoco es preciso resaltar el hecho de que la aceptación de una nueva clasificación de las enferme-

dades mentales ha de dirigirse no sólo a efectos administrativos y legales, sino también y preferentemente, a facilitar todo tipo de estudio empírico epidemiológico, psicofarmacológico, terapéutico, asistencial, etc. Sin una unificación, o al menos una conceptualización común de los términos nosológicos y nosográficos utilizados, difícilmente podrán llevarse a cabo estudios comparativos, incluso en los niveles más sencillos de investigación.

LAS ESCALAS DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL O RATING SCALES

A continuación se exponen algunas de las mejor conocidas por nosotros, con el único objeto de facilitar su conocimiento, y sin pretender en ningún momento una enumeración exhaustiva.

Clasificación de las escalas de evaluación en función del observador

- Psiquiatras
- Médicos
- Psicólogos
- Sociólogos
- Asistentes sociales
- Ayudantes técnicos sanitarios
- Personal auxiliar
- Otros

Clasificación de las escalas de evaluación en función de su objeto.

Clasificación de las escalas de evaluación en función de su objeto

1. E.E.C. del comportamiento psicótico general:
 - M.M.P.I. de HATHAWAY y Mc KINDLEY (1942)
 - Escala de evaluación psiquiátrica de MALAMUD y SAND (1947)
 - Escala de evaluación psiquiátrica de WITTENBORN (1950)
 - Escala de GOODRICH (1953)
 - Escala de evaluación multidimensional para pacientes psiquiátricos o I.M.P.S. de LORR (1953-1963)
 - Escala de evaluación sintomática para psicóticos de JENKINS y cols. (1959)
 - Breve escala de valoración psiquiátrica o B.P.R.S. de OVERALL y GORHAM (1962).
 - Escala de valoración de las apreciaciones de factores o F.C.R.S. de OVERALL (1967)
 - Escala para la cuantificación de la profundidad sintomática psicótica de CASSESE y CASTROGIOVANNI (1967)
 - Inventario del síntoma-signo o S.S.I. de FOULDS (1962)
 - Escala para delirios de FOULDES y HOME (1969)
2. E.E.C. para la medida de la depresión
 - Escala de JONES (1950)
 - Escala de HAMILTON (1960)

Cuestionario para la depresión de BECK y col. (1961)

Escala de cuantificación de la depresión de CUTLER y col. (1961)

Escala de evaluación de la depresión de WECHSLER y col. (1963)

Escala autoaplicada para la medida de la depresión de ZUNG (1965)

Escala de evaluación de los estados depresivos de BOJANOVSKY y CHLOUTKOVA (1966)

3. E.E.C. para la medida de la esquizofrenia
 - Escala de estados prepsicóticos esquizofrénicos de PHILLIPS (1953)

Escala de aptitud o madurez social relativa de ZIGLER y PHILLIPS (1960)

Escala para la evaluación de la esquizofrenia crónica de HONIGFELD y KLETT (1965)

4. E.E.C. para la medida de la ansiedad y/o neuroticismo

Escala de personalidad para la ansiedad manifiesta o constante o E.A.C. de TAYLOR (1953)

Cuestionario S.A. IPAT de CATTELL (1968)

Escala verbal de Gleser y col. (1961)

Método de determinación de frases para ansiedad, dependencia y hostilidad de RENNER y col. (1962)

Cuestionario para la medida de los componentes histeroide-obsesivo de la personalidad de CAINE y HAWKINS (1963)

Escala de ansiedad y depresión de SHIPMAN y PRESSET (1963)

Escala de neuroticismo-ansiedad-depresión de COSTA MOLINARI (1969)

Al lado de todas ellas podrían situarse las innumerables escalas de personalidad, de neuroticismo, sobre todo las de fundamentos no clínicos, las pronósticas, etc. En cierto modo sería también este lugar de citar los innumerables modelos propuestos para la evaluación de historias clínicas psiquiátricas, en especial para un análisis estadístico posterior más complejo.

En resumen, una descripción de los criterios de selección de las muestras, recogida de datos, tipos de diseños experimentales, técnicas y métodos de manipulación y evaluación de resultados, cuestiones psicosociales, etc.; una enumeración de los problemas teórico-doctrinales, éticos, sociales, económicos, tecnológicos, etc., rebasaría los límites propuestos. De la bibliografía española sobre el tema se desprende una serie de puntos de convergencia y un afán de superación en todo este campo metodológico. La necesidad de criterios nosológicos comunes, de un lenguaje mínimo plenamente intercambiable, de unos métodos básicos semejantes y realmente aplicables a la actividad práctica de nuestro medio ambiente, la exigencia de un mínimo de requisitos científicos en la investigación y publicación de los resultados y la necesidad de centros nacionales de elaboración de datos, parecen imponerse para un mayor desarrollo de los diversos programas de trabajo. Dada la complejidad del

proyecto, todos los organismos interesados en éstos problemas deben incluirse en su solución evitando tanto duplicidades innecesarias como exclusivismos ineficaces».

FICHA PSICOFARMACOLÓGICA GENERAL

Frente a la orientación primitiva de la psicofarmacología preferentemente de tipo clínico descriptivo, ha ido creciendo en el transcurso del último decenio, un incremento progresivo de las preocupaciones y publicaciones sobre los métodos operativos de control terapéutico.

En nuestro país esta inquietud cristalizó recientemente en la primera reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre psicofarmacología celebrado en Barcelona hace un par de años y al que ya me he referido.

Dentro de las hipótesis de trabajo, en principio aceptables se pueden enumerar algunas que constituyen las bases de resolución de los problemas que plantea la operatividad de la terminología psiquiátrica frente a los avances biológicos de los últimos 50 años.

En primer lugar, y al menos, en el terreno de las llamadas clásicamente «Psicosis Endógenas», no parece actualmente posible establecer un modelo diagnóstico etiopatogénico definitivo o único. Consecuentemente no parece tampoco posible el establecimiento de una clasificación psiquiátrica de tipo etiológico.

En segundo lugar, parece una tendencia común la psiquiatría europea «La regresión histórica» a unos niveles semiológicos cada vez más depurados, frente a la «Inflación sindrómica y nosológica de hace unas décadas. En otras palabras, la búsqueda, obtención y preparación de un material clínico operativo, a partir de datos psicopatológicos y psicológicos básicos o mínimos, al menos desde un punto de vista informacional. Consecuentemente y sin que ello suponga una crítica previa a los esquemas nosológicos clásicos kraepelinianos y postkraepelinianos, que llegan hasta la actualidad por medio de las diversas clasificaciones aceptadas en los diversos países, incluidos la A.P.A. y la O.M.S. y de una manera harto paradójica, hasta que pudo demostrarse experimentalmente su escasa comunicabilidad y operatividad las entidades nosológicas, sindrómicas y diagnósticos clínicos habituales, por ejemplo «esquizofrenia, esquizofrenia procesual paranoide depresión ciclofrénica, etc. no pueden servir a priori de informaciones elementales o complejas para un análisis operativo. La metodología científica actual exige precisamente que sean el resultado experimental obtenido por métodos depurados. En este sentido numerosos clínicos parecen no darse cuenta de la semejanza existente entre el establecimiento de «enfermedades» según las hipótesis entre el establecimiento de «enfermedades» según las hipótesis experimentalistas clásicas, por ejemplo de Claudio Bernard, y las exigencias metodológicas actuales, que en principio no piden más que una comproba-

ción de «estas impresiones e intuiciones clínicas», y el establecimiento de otras nuevas, pero teniendo en cuenta, no sólo los recursos tecnológicos actuales, sino la inclusión del mayor número de variables intervinientes posibles en el establecimiento de un sistema nosológico y nosográfico, —que en el caso de la psicofarmacología a de caracterizarse, además del resto de las características de cualquier sistema científico, de una gran neutralidad y asepsia nosográfica—.

Precisamente en la citada reunión, ya insistimos en la necesidad de establecer tres grandes «camino reales», en la metáfora preudiana para la investigación psicofarmacológica, los métodos psicométricos y psicodiagnósticos estandarizables, las escalas de evaluación conductual y un sistema nosográfico operativo de comparación.

En tercer lugar y como ya se indicó en otro lugar, parece una tendencia natural, el salir del aislamiento doctrinal y crear agrupaciones más o menos naturales, especialmente de tipo regional, principalmente con una estructura económico-administrativa común, que permita, entre otras cosas amortizar los elevados costos de una investigación básica en este terreno. Sin embargo, y a pesar de esta tendencia, existe un exceso de técnica psicométrica y de evaluación conductual, que no parecen disminuir o presentar una clara tendencia a la disminución en los últimos años.

Aunque durante más de 4 años hemos utilizado un conjunto de datos clínicos para la evaluación de los efectos psicofarmacotropos de las diversas terapéuticas psiquiátricas actuales, nuestra mayor dificultad en el momento de trabajar con estos datos ha sido la de su manipulación científica, o si se prefiere de su comparación de estadísticas. Por ello en la actualidad se ha elaborado el adjunto modelo de fichas psicofarmacológica general basándose en unos presupuestos básicos tan elementales como concretos.

En primer lugar, establecer con la ayuda de un sistema de cuantificación de un número limitado de síntomas y módulos conductuales claros, una representación tan completa como sea posible, del complejo sintomático psicótico, en general y del conjunto de posibles síntomas y signos variables tras el impacto terapéutico. Todo ello tanto al comienzo de la exploración, en nuestro caso intrahospitalario, en las sucesivas exploraciones de control, y por supuesto en lo que se podría denominar «Exploración final de evaluación».

En segundo lugar, y con la consiguiente redundancia en relación con las fichas anteriormente escritas, se han pretendido recoger un conjunto de síntomas y signos que tanto en la experiencia de los diversos autores como en la nuestra son claramente influenciados por los psicofármacos y terapéuticas biológicas. Por supuesto que una numeración de este tipo tiene que ser limitativa. Además, y aunque ello pudiera repugnar a una clínica basada en postulados ideológicos previos sin confirmación positiva, hemos incluido tanto algunos rasgos so-

máticos considerados «secundarios» como otros considerables también «tóxicos» y, esto es no sólo importante sino nuestra principal innovación, un conjunto de rasgos psicopatológicos y evolutivos a priori incluíbles dentro del cuadro clínico de la enfermedad, pero que en todo caso se encuentran abiertamente modificados o modificables por los efectos psicotrópicos.

Para la preparación de la codificación de los datos a manipular estadísticamente se sigue prácticamente el sistema clínico anterior de cuantificación de cinco posibilidades después de preparar al equipo en la homologación y observación de estos datos.

Es obvio que estos datos están estrechamente relacionados con los de las tres primeras fichas expuestas y en principio son relacionables con el resto de las propuestas de tal forma que tiende hacia la formación de un subproblema.

Por otra parte y tras una observación somera de este modelo, resalta el hecho de encontrarse cargado especialmente de síntomas y signos somáticos y psicóticos, por lo que la hemos adjetivado de «general», tratando en todo caso de disminuir en lo posible la redundancia en relación con los modelos anteriores, y dejar una apertura suficiente como para incluir escalas y métodos más específicos por ejemplo para el estudio de las sintomatologías depresivas, prepsicóticas, etc.

FICHA PERFORADA DE ELARGEN PARA SINTOMAS SOMÁTICOS

1. Tendencia a la somnolencia durante los períodos de sueño habitual.
2. Fatiga persistente.
3. Tendencia al sueño durante el día.
4. Letargia.
5. Perturbaciones del ritmo sueño-vigilia.
6. Activación onírica.
7. Ligera inhibición de los estímulos.
8. Clara inhibición de los estímulos.
9. Inquietud psíquica.
10. Agitación motriz.
11. Fenómenos impulsivo-obsesivos.
12. Ligera labilidad circulatoria (vértigos y obnubilación durante la sobrecarga ortostática).
13. Labilidad circulatoria más grave (peligro de colapso).
14. Taquicardia.
15. Incremento de las necesidades de líquidos.
16. Incremento del apetito.
17. Incremento de otras conductas instintivas.
18. Disnea ligera.
19. Crisis respiratorias.
20. Trastornos de la deglución.
21. Trastornos claros de la masticación y deglución.
22. Exantema.
23. Ictericia.
24. Estreñimiento.
25. Diarrea.
26. Fenómenos gastrointestinales subjetivos.
27. Fenómenos irritativos disestésicos.
28. Aumento de la salivación.
29. Sialorrea.
30. Babeo.
31. Sequedad de boca.
32. Trastornos de la respiración nasal.
33. Lagrimeo con irritación de la conjuntiva.
34. Hipersecreción bronquial.
35. Incremento de la secreción sebacea (Piel brillante).
36. Hiperhidrosis.
37. Apariencia grasienta.
38. Edema con fovea a la presión del dedo.
39. Temblor ligero únicamente perceptible a la palpación.
40. Temblor claro del tronco o extremidades.
41. Hiperquinesia de tipo extrapiramidal.
42. Crisis histeriformes.
43. Ligera disminución de la motilidad espontánea y de la mímica (pobreza de expresión y ausencia del balanceo).
44. Actitud parkinsoniana clara con intensa reducción de los movimientos asociados.
45. En flexión.
46. En extensión.
47. Comportamientos estuporosos.
48. Flaccidez del sistema muscular.
49. Incremento del tono muscular con rigidez.
50. Sintomatología cataléptica.
51. Sintomatología catatónica.
52. Disminución de la actualidad de los contenidos psicopatológicos o morbosos (patológicos).
53. Disminución de los módulos conductuales psicóticos.
54. Disminución clara de la «producción espontánea», psicótica.
55. Tendencia a la transformación del contenido patológico o comienzo del «distanciamiento».
56. Distanciamiento «crítico», percepción del estado patológico, crítica de la enfermedad.
57. Incremento de la actitud al contacto real o interpersonal o disminución de la inhibición.
58. Mejoría de la situación tímica (humor, talante, estado de ánimo fundamental) hasta su normalización.
59. Normalización del estado de ánimo.
60. Reactivación del contenido psicótico o de los módulos conductuales.
61. Provocación de los contenidos psicóticos y de los nódulos de comportamiento patológico.
62. Disminución de la capacidad de contacto o incremento de la inhibición.
63. Incremento de las distimias o cambios de estado de ánimo.
64. Incremento de las tendencias suicidas.

CRONICA DEL V CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

México, 28 noviembre - 4 diciembre 1971

Por el doctor R. FERRERÓ, O. H.

NUMEROSA ASISTENCIA

Tras el multitudinario IV Congreso Mundial de Psiquiatría celebrado en Madrid el año 1966, la celebración del V en un país americano parecía abocada a una depresión en cuanto a asistencia se refiere. Sin embargo, no fue así, la asistencia fue tan numerosa como al Congreso español y los motivos podemos clasificarlos en varios apartados. Por una parte existía la atracción propia de la nación organizadora, México, que es hoy uno de los países que suscitan más curiosidad en el mundo occidental, por otra parte hay que tener en cuenta que la Psiquiatría en América tiene numerosísimos profesionales, y siendo el temario del Congreso tan amplio, acudieron en masa sus representantes. Finalmente, las casas comerciales facilitaron en gran manera la afluencia de representantes europeos que, con comunicaciones o sin ellas, llevaron al Nuevo Mundo, las tendencias más modernas de los países de más historia psiquiátrica.

INIGUALABLE MARCO

El Congreso tuvo su inicio en la recepción oficial hecha a los congresistas en el inigualable marco del Museo de Antropología de México. La suave brisa del invierno mexicano permitía a los asistentes admirar el continente y contenido del mejor museo del mundo en su materia, enclavado en el populoso parque de Chapultepec.

ACTO INAUGURAL PRESIDIDO POR EL LICENCIADO LUIS ECHEVERRÍA

Al día siguiente, en el Auditorio Central de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional dio comienzo la actividad científica del Congreso.

Asistió al acto inaugural el Presidente de la Nación, Licenciado Luis Echeverría. Tomó la palabra en primer lugar el doctor López Ibor, como Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, dando la bienvenida a los asistentes y congratulándose del éxito de participantes. Luego pasó revista a las actividades de la Asociación Mundial durante los 5 años de su mandato que ahora finalizaba con la celebración del V Congreso Mundial. Dio las gracias al Comité organizador por la colaboración con la Asociación Mundial en la magna tarea que había supuesto la organización.

A continuación el doctor don Ramón de la Fuente, Presidente del Congreso, glosó en un breve discurso las vertientes de la Psiquiatría Mundial en los últimos años. Hizo notar la importancia de la misma en los problemas que actualmente preocupan al mundo y a la civilización: tales como las razones de la agresividad del hombre, las drogas, las creencias, las tensiones raciales, etc.

Aludió de forma rápida a la coacción de que son objeto numerosos intelectuales en algunos países, siendo recluidos en centros psiquiátricos. Alusión que suscitaba posteriormente airadas protestas de algunos representantes que se sintieron aludidos.

Un selecto coro mexicano interpretó algunas partitu-

ras de su repertorio, espectáculo poco frecuente en congresos y que fue muy bien acogido por los asistentes.

Finalmente el Presidente de la nación declaró inaugurado el Congreso.

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Ese mismo día comenzaron ya los trabajos científicos, debiendo por la multitud de comunicaciones presentadas, dividirse las exposiciones entre 14 aulas, procurando agrupar las de temas más afines.

El congresista debía elegir aquella aula que considerase de más interés y resignarse a perder numerosas intervenciones de las otras trece aulas.

Menos mal que la organización del congreso, previendo esta circunstancia había distribuido con la documentación inicial, el libro de resúmenes y ello facilitaba, por una parte, la elección de aula conociendo el contenido de las intervenciones, y por otra permitía tener una idea de conjunto de lo que se había tratado en el Congreso.

Sería imposible reseñar con detalle los temas afrontados en el congreso.

Únicamente a modo de resumen e índice se pueden enumerar algunas de las sesiones de mayor relieve y originalidad.

Tales son las celebradas en el auditorio central que recogían habitualmente la tónica de cada día de congreso: Los temas tratados en ella fueron:

- Trabajo de la O.M.S. en Psiquiatría
- El paciente y la familia y la familia como paciente
- Correlatos bioquímicos de las enfermedades psiquiátricas
- Drogas psicoactivas, uso y abuso
- Aspectos psiquiátricos de la agresividad
- Dependencia de las drogas durante la adolescencia
- La función actual del Psiquiatra
- Enseñanza de la Psiquiatría y la función del Psiquiatra
- Rehabilitación en Psiquiatría
- Áreas de desarrollo en psiquiatría geriátrica
- Ecología y Psiquiatría

LA PSIQUIATRÍA TOMA NUEVOS DERROTOS

Tras su lectura podemos ya formar un juicio de los derroteros que la Psiquiatría mundial inicia con este Congreso. Es evidente la preocupación por algunos aspectos de la civilización moderna en los que la Psiquiatría ha de jugar un papel importante en los años venideros. El problema de la guerra relacionándolo con la

agresividad humana y su origen. El uso y abuso de drogas en la juventud, y su repercusión sobre la conducta de los jóvenes en el mundo. La atención hacia los aspectos familiares de las enfermedades mentales. El interés por la psicogeriatría. Y la delimitación de los campos que el psiquiatra deberá atender y para los cuales deberá formarse.

Además de estos temas, fueron numerosos los trabajos de investigación presentados, en especial en el terreno farmacológico. El resultado de los mismos es en general, favorable, aunque de todos es sabido que la farmacoterapia aun no puede considerarse como tratamiento etiológico en la mayoría de los síndromes psiquiátricos.

De ahí que se precise cada vez más intercambiar experiencias en el terreno de la rehabilitación del enfermo mental, problema que sigue preocupando a todos los países, dada la alarmante cifra de invalideces de tipo psiquiátrico que se dan en el mundo (en los últimos 20 años se considera que han aumentado dichas invalideces en un 25 %).

Como el ejercicio de la psiquiatría cabalga sobre terrenos familiar, social, laboral y aun político, no era de extrañar que durante el desarrollo del Congreso se diesen discrepancias derivadas de los distintos sistemas sociopolíticos de las naciones participantes. En general la actividad se desarrolló por cauces de normalidad. Solamente al final, la acritud de algunos grupos ocasionó pequeños tumultos que no tuvieron consecuencias.

Bajo la piel del Congreso se estaba celebrando otro congresillo en el que las personas y las teorías tenían distinta aceptación que la manifestada en el aula durante la exposición.

ACTOS SOCIALES

Pero todo se iba pasando, amenizado por los actos sociales que los organizadores habían programado con sinigual acierto. Tanto la Noche Mexicana en Tepotzolan, como las numerosas exposiciones de arte, el ballet Folklórico y la cena-baile fueron muy concurridas y permitieron a los congresistas intensificar sus contactos y estrechar lazos de amistad, una de las funciones que más logran los congresos mundiales, ya que la labor científica queda difuminada entre el «maremagnum» de temas y la escasez de tiempo para someterlos a coloquio y conclusiones compartidas.

No obstante el Congreso obtuvo los frutos esperados y parece probable que en el futuro sigan celebrándose con la misma multitudinaria asistencia.

El último día del Congreso fue elegido Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría, el que lo fue de la Asociación Americana, Profesor Howard P. Rome, consultor de la Clínica Mayo y Catedrático de la Escuela de Graduados de la Universidad de Minnesota.

LOS ANESTESIOLOGOS-REANIMADORES, EN DEFENSA DE SU ESPECIALIDAD

Por ARTURO DEL VILLAR

Los anesthesiologos-reanimadores se han sentido inquietos ante la tendencia actual a cambiar la denominación de Reanimación por la de Cuidados Intensivos, al crearse la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. En su asamblea general reglamentaria de fin de año, celebrada en Barcelona, la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) decidió convocar una asamblea general extraordinaria para el día 9 de enero, en Madrid, con objeto de discutir los problemas profesionales de la especialidad y tomar unos acuerdos acerca de ellos.

La asamblea estuvo muy concurrida, puesto que asistieron representantes de todas las delegaciones regionales, y resultó muy animada, ya que intervinieron muchos especialistas que hablaron con apasionamiento a veces. Presidieron esta asamblea extraordinaria el presidente de la Sociedad, doctor Arias Álvarez; vicepresidente primero, doctor Nalda Felipe; secretario, doctor Cantero Gómez; tesorero, doctor Cabarrocas, y los vocales doctores Covián Varela, Colunga Cuervo, Ferrández, Gavarot, González Calpena, López Contreras y Puente Egido.

El doctor Arias dio la bienvenida a los asistentes y anunció haber recibido una comunicación informando que los anesthesiologos-reanimadores de la Seguridad Social que hayan prestado servicio hasta 1970, serán confirmados en sus puestos; asimismo, dijo que le han comunicado que en lo sucesivo las plazas de anestesiología de la Seguridad Social se darán a la Sociedad para que ésta convoque a los anesthesiologos españoles.

COMPETENCIA DE LA ESPECIALIDAD

El tema de la competencia de la especialidad de anestesiología-reanimación fue tratado muy en detalle y dio origen a numerosas intervenciones. Creada la especialidad por una disposición de octubre de 1952, se recordó que la anestesiología-reanimación es imprescindible en un centro hospitalario y una de las más importantes secciones, ya que prácticamente todos los servicios médicos y quirúrgicos requieren su colaboración. Por ello, se mantuvo el criterio de que la especialidad debe ser equiparada y tratada como una de las de más rango dentro del hospital y sin ninguna división ni separación de sus misiones.

Se dijo que la tendencia a cambiar la denominación de la reanimación por cuidados intensivos es un subterfugio derivado de la concentración de los pacientes tributarios de reanimación en un servicio de mayor independencia: se acordó que en lo sucesivo las unidades de reanimación de la Sociedad se llamarán simplemente así, como ya se dijo en la reunión de San-

tiago, y que si se plantean problemas de creación de nuevas unidades, los anesthesiologos pertenecientes a la SEDAR las reclamen para sí y exijan llevar su dirección.

Se comentó también que la decreciente vocación por esta especialidad en las nuevas promociones puede derivar de la tendencia iniciada por algunos sectores de la Sanidad en España a reducir su campo de actuación, cuando en el resto del mundo sucede lo contrario.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Otro punto señalado en el orden del día era el relativo a los problemas de organización de los servicios. Se llegó al acuerdo de pedir la creación de un Departamento de Anestesiología-Reanimación, entendiéndose por departamento un conjunto de personas, instrumental y locales que aseguran una función e integrados para ser más eficaces, más seguros y económicos para servir al fin, en régimen de plena dedicación, no adscrito a otro departamento o servicio.

El acuerdo tomado pide la creación del Departamento de Anestesiología-Reanimación en todos los hospitales del sector público, sea cualquiera el organismo de que dependan y con el máximo rango y equivalente dependencia orgánica de las demás unidades básicas que existan en dicho centro, en tanto en cuanto no se modifique la estructuración actual de las ciudades sanitarias de la Seguridad Social.

Tras este acuerdo se pasó al punto siguiente, referido a la estimación del número profesional de anesthesiologos-reanimadores. Las conclusiones adoptadas indican esto: en los centros que exista departamento, un jefe de departamento; en los demás, un jefe de servicio. Por su parte, en el departamento habrá tantos jefes de servicio, y con la misma jerarquización que en los demás departamentos, como residencias u hospitales haya. Por cada jefe de servicio habrá como máximo siete jefes de sección, y por cada uno de éstos habrá dos adjuntos como máximo.

Las retribuciones y los honorarios por acto médico fueron debatidas a continuación. Se acordó que la retribución asignada a los anestelistas-reanimadores, por ser fija y periódica, no es divisible en diferentes conceptos y responde a lo que la legislación vigente define como sueldo; por tanto, los impuestos, beneficios sociales, etc., deben corresponder a la cantidad total devengada mensualmente.

Igualmente se acordó que debe reconocerse, sin excepción, el Derecho a percibir honorarios por anestesia-reanimación a los especialistas que realicen estos actos médicos, desapareciendo la discriminación actual entre los médicos de ésta y de otras especialidades. Los honorarios devengados por reanimación de estos pacientes deben ser modificados y establecidos en relación con la duración del tratamiento, y lo mismo para los honorarios por acto anestésico. En ningún caso la percepción debe estar mediatizada ni intervenida por otro especialista. Además, deben establecerse tarifas mínimas y uniformes.

El punto quinto se titulaba «planteamiento de la enseñanza de post-graduados a nivel nacional». Escuchadas las intervenciones del doctor Nalda, de la delegación levantina, y de otros varios asistentes, ante la importancia de este asunto, se acordó nombrar una comisión en la que estén representados todos los sectores de la anestesiología y reanimación españolas, en contacto con la Universidad y con la Comisión Interministerial de Acreditación de Hospitales, con el fin de que lo estudien detenidamente.

Finalmente, se aprueba, por unanimidad presentar estos acuerdos a todas las jerarquías gubernamentales, con el apoyo de la SEDAR, y estando dispuestos todos los anestesiólogos-reanimadores españoles a llevarlos a feliz término por los medios a su alcance, ya que en otro caso se perjudicaría notablemente el buen funcionamiento de los hospitales, el desarrollo de la especialidad y los legítimos intereses profesionales de los especialistas.

N-P

I JORNADAS NACIONALES PARA SACERDOTES DEDICADOS A LA ACCION PASTORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ESPAÑA

Han sido organizadas por el Secretariado de Pastoral Sanitaria
Se celebrarán los días 18, 19, 20 del próximo abril

PRESENTACIÓN

ANTECEDENTES

—¿Por qué una reunión de Capellanes de Centros Sanitarios?

Respondemos con palabras del tercer Sínodo de Obispos celebrado en Roma en 1971:

—«En los últimos años, sobre todo a partir del Concilio Vaticano II, la Iglesia está experimentando un profundo movimiento de renovación, *que debe ser continuado por todos* con gran gozo y fidelidad al Evangelio. Se ve ahí actuando la virtud del Espíritu Santo, para iluminar, corroborar y *perfeccionar nuestra misión*. Toda renovación, en el verdadero sentido de la palabra, produce indudablemente beneficios de gran valor para la Iglesia. Y sabemos muy bien que, a raíz del reciente Concilio, *los sacerdotes se han sentido inflamados por*

un nuevo ardor y que ellos han contribuido notablemente a fomentar esta renovación».

Adelantándose a este impulso renovador, por lo menos en el frente de la acción pastoral junto a los enfermos, se había sentido la urgencia de hacer más efectiva —humana y evangélicamente— la coordinación de cuantos por misión espiritual trabajaban dentro del mundo sanitario. Y así, aun sin haberse celebrado el Vaticano II, una diócesis *creaba* el Instituto de Pastoral Sanitaria, presentado y reconocido por la entonces Junta de Metropolitanos de España, con el deseo de que llegase a ser un plan a seguir en toda la nación. En su articulado, entre otras cosas, se decía:

ART. II. Finalidad general del mismo será la de definir y concretar una unidad de acción, de acuerdo con la más eficiente aplicación de métodos y procedimientos, en el ejercicio de la

Las retribuciones y los honorarios por acto médico fueron debatidas a continuación. Se acordó que la retribución asignada a los anestelistas-reanimadores, por ser fija y periódica, no es divisible en diferentes conceptos y responde a lo que la legislación vigente define como sueldo; por tanto, los impuestos, beneficios sociales, etc., deben corresponder a la cantidad total devengada mensualmente.

Igualmente se acordó que debe reconocerse, sin excepción, el Derecho a percibir honorarios por anestesia-reanimación a los especialistas que realicen estos actos médicos, desapareciendo la discriminación actual entre los médicos de ésta y de otras especialidades. Los honorarios devengados por reanimación de estos pacientes deben ser modificados y establecidos en relación con la duración del tratamiento, y lo mismo para los honorarios por acto anestésico. En ningún caso la percepción debe estar mediatizada ni intervenida por otro especialista. Además, deben establecerse tarifas mínimas y uniformes.

El punto quinto se titulaba «planteamiento de la enseñanza de post-graduados a nivel nacional». Escuchadas las intervenciones del doctor Nalda, de la delegación levantina, y de otros varios asistentes, ante la importancia de este asunto, se acordó nombrar una comisión en la que estén representados todos los sectores de la anestesiología y reanimación españolas, en contacto con la Universidad y con la Comisión Interministerial de Acreditación de Hospitales, con el fin de que lo estudien detenidamente.

Finalmente, se aprueba, por unanimidad presentar estos acuerdos a todas las jerarquías gubernamentales, con el apoyo de la SEDAR, y estando dispuestos todos los anestesiólogos-reanimadores españoles a llevarlos a feliz término por los medios a su alcance, ya que en otro caso se perjudicaría notablemente el buen funcionamiento de los hospitales, el desarrollo de la especialidad y los legítimos intereses profesionales de los especialistas.

N-P

I JORNADAS NACIONALES PARA SACERDOTES DEDICADOS A LA ACCION PASTORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ESPAÑA

Han sido organizadas por el Secretariado de Pastoral Sanitaria
Se celebrarán los días 18, 19, 20 del próximo abril

PRESENTACIÓN

ANTECEDENTES

—¿Por qué una reunión de Capellanes de Centros Sanitarios?

Respondemos con palabras del tercer Sínodo de Obispos celebrado en Roma en 1971:

—«En los últimos años, sobre todo a partir del Concilio Vaticano II, la Iglesia está experimentando un profundo movimiento de renovación, *que debe ser continuado por todos* con gran gozo y fidelidad al Evangelio. Se ve ahí actuando la virtud del Espíritu Santo, para iluminar, corroborar y *perfeccionar nuestra misión*. Toda renovación, en el verdadero sentido de la palabra, produce indudablemente beneficios de gran valor para la Iglesia. Y sabemos muy bien que, a raíz del reciente Concilio, *los sacerdotes se han sentido inflamados por*

un nuevo ardor y que ellos han contribuido notablemente a fomentar esta renovación».

Adelantándose a este impulso renovador, por lo menos en el frente de la acción pastoral junto a los enfermos, se había sentido la urgencia de hacer más efectiva —humana y evangélicamente— la coordinación de cuantos por misión espiritual trabajaban dentro del mundo sanitario. Y así, aun sin haberse celebrado el Vaticano II, una diócesis *creaba* el Instituto de Pastoral Sanitaria, presentado y reconocido por la entonces Junta de Metropolitanos de España, con el deseo de que llegase a ser un plan a seguir en toda la nación. En su articulado, entre otras cosas, se decía:

ART. II. Finalidad general del mismo será la de definir y concretar una unidad de acción, de acuerdo con la más eficiente aplicación de métodos y procedimientos, en el ejercicio de la

caridad y del servicio espiritual y social al enfermo.

ART. III. Como *responsable coordinador* de actividades pastorales en orden a los enfermos, pondrá a disposición de la diócesis, aquellos servicios que hagan más útil el desvelo de las organizaciones diocesanas por los enfermos y sus familias. En este sentido será misión suya, la de conocer y controlar, cuando fuese necesario, en orden a una mayor efectividad, cuantas organizaciones existan en la diócesis, en cualquiera de sus aspectos y que mantengan alguna relación con el mundo sanitario, siempre que estén bajo mi autoridad episcopal.

ART. IV. Tomará a su cargo, como una de las tareas más positivas, la dirección pastoral y el apoyo, en todos los órdenes, para mejor colaboración con las mismas, o donde sea necesario, para más completa capacitación y actuación de sus funciones, de todas las Capellanías de Centros Sanitarios.

ART. VI. En el orden doctrinal, correrá a su cargo la dirección de aquellos procedimientos que se crean más aptos, a fin de orientar, mediante cursos, Semanas de Estudio, publicaciones, conferencias, retiros, etc., todo lo relacionado con una ágil pastoral de testimonio y de servicio a los *enfermos* en su vida, en sus problemas y en su esfera de relación social...

¿No hay en todo esto un signo claro de conciencia de responsabilidad que buscaba fórmulas, pedía criterios nuevos y apoyos, precisamente para el sector de la Iglesia, *al que hemos de pertenecer todos*, y dentro del cual, *suele ser*, más fácil o más dificultoso, el encuentro con la amistad de Dios?

Por eso, aisladamente, pero *con enorme visión* del problema y un espléndido espíritu de *práctica* generosidad, últimamente han venido algunos Capellanes, celebrando reuniones con vistas a estos mismos inquietantes deseos de echar a andar una pastoral de auténtica garra apostólica junto a los enfermos.

SENTIDO DE ESTAS JORNADAS

¿No está así ya suficientemente justificada esta reunión de abril, a escala nacional?

Se trata del primer encuentro que vamos a tener los sacerdotes que *trabajamos por y para* los enfermos. Existen, por consiguiente, *problemas comunes*, algunos a escala nacional también, otros a nivel diocesano, o de la misma diferenciación específica del grupo social de enfermos en que *se realiza la Capellanía*.

Vaticano II, renovación, catequesis de la fe, reflexión socio-pastoral de las relaciones humanas en los centros sanitarios, puntualizaciones teológicas sobre la enferme-

dad, deontología *ministerial* de los Capellanes, y otras muchas cuestiones, podrían plantear vivísimos temas de diálogo, para una y múltiples asambleas.

Estas primeras jornadas nacionales para sacerdotes dedicados a la acción pastoral en los Centros Sanitarios de España, partiendo de unos temas más bien técnicos y doctrinales que servirán de base, abrirán paso a las reuniones de grupo.

No se han preparado, por consiguiente, grandes conferencias, ni meticulosos estudios estadísticos.

En el programa completo veréis que la fuerza de estas jornadas ha de estar, en la propia presentación de problemas y experiencias que, al crearse dentro de este sector de la pastoral de la Iglesia, exigen una metodología y tratamientos adecuados.

A ésta habrán de seguir otras reuniones, pero ya sobre la ruta y hacia la meta que ya habremos abierto en el primer encuentro de abril en Majadahonda.

Es cita de responsables. Es decir, de quienes se sientan con arrestos suficientes para empezar una nueva etapa, más al aire recio y limpio del Evangelio, en el compromiso que une a los Capellanes de Centros Sanitarios, para ser *los primeros gestores* de la Pastoral de Cinjunto en la amplia y delicada tarea de iniciar, mantener y avivar la evangelización en el mundo sanitario de España.

ASISTENTES A LAS JORNADAS

¿Quiénes deben acudir?

Naturalmente la respuesta es absoluta: todos. Pero aquí el lleno hasta la bandera, es peligroso. No contamos con un lugar apropiado para recibir, aunque no sea más que para tres días, a *mas de dos mil capellanes*, número sorprendente, de sacerdotes que en España atienden a sus enfermos.

Yo mismo me asusté al hacer un rápido estudio de la geografía hospitalaria española y me sorprendí al descubrir este *regimiento sacerdotal de la caridad*.

¿Qué podríamos hacer para encontrarnos todos alguna vez? En Majadahonda propondré una idea. Creo que os gustará y al mismo tiempo que nos ha de unir más, permitirá que nos hagamos más permeables a las profundas corrientes de caridad que llegan de todas partes, cuando se trata de ser y proporcionar algo para los enfermos.

En principio, a Majadahonda, en abril, sería conveniente que llegara uno o dos representantes por Diócesis.

Es por eso, por lo que he escrito al señor Obispo de cada Diócesis, para que sea él mismo quien, hablando con los propios Capellanes de los Centros Sanitarios de su Diócesis, solucione y decida en la designación de la persona que ha de representarles y *traernos la voz de su sector*.

Como entra en nuestros proyectos la celebración de *asambleas regionales* —Galicia, Cataluña, Andalucía,

etcétera— entonces habrá lugar a REFLEXIONAR EN MÁS ÍNTIMO CONTACTO SOBRE LOS PROBLEMAS Y AMBIENTACIÓN PASTORAL DE LAS ZONAS RESPECTIVAS.

De todo ello, se hablará en abril.

NORMAS A SEGUIR

¿Qué deben hacer los que hayan de venir?

Comunicarlo a esta dirección: *Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. Responsable técnico de actividades. Alfonso XI, 4.º, 2.ª. Madrid (14).*

Es suficiente que envíen tan sólo, rellena a má-

quina o con letra bien clara, la cédula de inscripción.

Cuando se hayan recibido las correspondientes inscripciones se enviará a los asistentes materiales de estudio y programas completos, a fin de que puedan preparar mejor su participación.

La matrícula, que se hará efectiva al normalizar la inscripción en Majadahonda, Madrid, Residencia san Cristóbal y recibir la carpeta de trabajo de las Jornadas, tendrá un valor de QUINIENTAS pesetas.

La pensión completa es de un total de QUINIENTAS pesetas.

Confianza en la ayuda de Dios y en la hermandad de todos, al servicio de la IGLESIA, por los enfermos.

PROGRAMA

MARTES 18

- 18.00 SESIÓN INAUGURAL
- Oración comunitaria.
 - *Origen, significación y metas de las «Primeras Jornadas Nacionales para Sacerdotes dedicados a la Acción Pastoral en Centros Sanitarios de España»* por el Rvdo. don Luis María Esparza, Director del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria.
- 20.00 CELEBRACIÓN DE LA EUCARISTÍA con homilía: Celebrante principal, el Excmo. y Rvdo. don Damián Iguacén Borau, Obispo de Barbastro, Presidente de la Sección de Pastoral Sanitaria de la Comisión Episcopal de Pastoral.
- 21.00 Cena.

MIÉRCOLES 19

- 8.00 Desayuno.
- 8.30 Oración comunitaria
- Laudes
 - Meditación por un padre Camilo.
- 9.30 REUNIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO, sobre los temas de:
- Pastoral Diocesana y Centros Sanitarios
 - El Capellán: dimensión jurídico-canónica, laboral (jornada plena, exclusividad, delegado parroquial o diocesano...) socio-ministerial (¿trabajo manual-enfermería...?)
 - Liturgia de Centros Sanitarios
 - El Capellán y la Evangelización del Centro Médico: libertad religiosa y problemática.
 - El Capellán en relación con la difusión cultural
 - El Capellán y la asistencia social.
- 11.30 SESIÓN PLENARIA
- PONENCIA: *«El Capellán de hospital: problemática y exigencias»*, por el Rvdo. don José Manuel Arenal, Médico-Sacerdote
 - Puesta en común de los Grupos de Trabajo y resumen de las opiniones recibidas.

Trabajad unos junto a otros, luchad unidos, corred a una... como administradores de Dios, como sus asistentes y servidores.

SAN IGNACIO DE ANTIOQUÍA

- 13.00 CELEBRACIÓN DE LA EUCARISTÍA con homilía.
- 14.00 Comida.
- 16.30 SESIÓN PLENARIA
 - PONENCIA: *El Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria*, por el Rvdo. don Luis María Esparza.
 - Coloquio en base a la ponencia y resumen de las opiniones recibidas.
- 18.00 Tiempo libre.
- 18.45 REUNIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO, sobre los temas de:
 - Coordinación diocesana y regional de Capellanes de Centros Sanitarios.
 - Problemas de preparación, conservación y enriquecimiento teológico y moral de Ética y Pastoral Sanitaria en la Misión salvífica de los Capellanes CES.
- 20.30 Vísperas.
- 21.30 Cena.
- 22.00 Puesta en común de los Grupos de Trabajo y resumen.
- 23.00 Encuentro con la Virgen en oración por los enfermos.

JUEVES 20

- 8.00 Desayuno.
- 8.30 Oración comunitaria.
 - Laudes
 - Meditación por un capellán de Centro Sanitario de Madrid.
- 9.30 SESIÓN PLENARIA
 - PONENCIA: *«La Pastoral en los Centros Sanitarios»*, por el Rvdo. padre José Luis Redrado, O.H.
 - Coloquio en base a la ponencia con referencia a las diversas cuestiones que pueden plantearse por la misma diferenciación médica de los Centros Sanitarios.
- 11.30 Tiempo libre.
- 12.00 REUNIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO
 - *Evangelización: Espiritualidad*
 - *Evangelización y Servicio: Obras Sociales*
 - *Evangelización y Testimonio: Encarnación en la caridad por la verdad.*
- 13.00 Puesta en común de los Grupos de Trabajo y resumen.
- 14.00 Comida.
- 16.00 SESIÓN PLENARIA
 - *Integración para la eficacia en la pastoral de conjunto*, por el Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Ramón Echarren, Obispo Auxiliar de Madrid.
- 17.00
 - Coloquio en base al tema desarrollado.
 - Reunión de Responsables de Grupo.
- 18.30 SESIÓN DE CLAUSURA: Conclusiones de las Jornadas.
- 19.30 CELEBRACIÓN DE LA EUCARISTÍA con homilía: celebrante principal el Presidente de la Conferencia Episcopal Española.

Los Presbíteros han de tener entrañas de misericordia, compañeros para todos, tratando de traer a buen camino lo extraviado, visitando enfermos...

SAN POLICARPO VI, 1

SALUDO Y OFRECIMIENTO

Un sacerdote santo lanzó hacia los enfermos, a su más representativo realizador de la Pastoral Sanitaria

Por LUIS MARIA ESPARZA

Hoy que, en estas mismas páginas, se anuncian «Las Primeras Jornadas Nacionales, para Sacerdotes dedicados a la acción pastoral en los centros sanitarios de España», me parece un deber brindar por el grupo religioso de la caridad, humilde, total, permanente y, por ello mismo, sana y audazmente progresista, que un intérprete genuino del Evangelio sin glosas, preparó para los más pobres del Pueblo de Dios.

Juan de Dios se creó en las mismas fuentes del Evangelio. Hasta su arrepentimiento tuvo el gesto del buen Pedro cuando le decía al Señor que Él sabía que le amaba, aunque no podía desasirse del recuerdo de las negaciones. El hombre portugués de las calles granadinas —barba y todo, como nuestros jóvenes de hoy— tampoco era amigo de templos y sermones.

Hasta que pasó el santo. Hasta que la palabra de Juan de Ávila hizo clima de inquietudes por la región y entró en la capital. Es una demostración a muchas de las cosas a las que hoy podríamos dar solución de reajuste espiritual, si en el ambiente entráramos agitadores profundos, signos —fe y evidencia, de sanidad.

A Juan de Dios, piedra firme de generosidades espontáneas, sinceras; cantera dura para afirmaciones inamovibles, le estalló bien la voz de Dios. El sacerdote Juan de Ávila era auténtico a todos los niveles y traía lo sobrenatural a flor de labios y en propia experiencia de vida ascética. Llevaban cargas que podían dar luz y encendieron entre los dos una colosal hoguera de intenso calor evangélico que alcanza hasta hoy.

El convertido, no tenía tiempo para detenerse en quietas contemplaciones místicas. Dentro poseía el secreto de una presencia admirable del Espíritu, que le hablaba y le empujaba a encontrarse con el Verbo Encarnado en los mil lugares de la tierra...

Así fue como Juan de Dios, se presentó a la Olimpiada del servicio a los enfermos, porque era a Dios, al que deseaba encontrar, para repetirle cuánto tenía que amarle y cuidarle y mimarle, hasta el heroísmo, pues que Él, tanto le había regalado, en la fe, en el perdón, en la alegría interior que le desbordaba.

Al presentarme por primera vez en esta revista que ofrecen los Hermanos suyos al mundo de la Sanidad, no debía olvidar este comprometedor prólogo del Fun-

dador. Si un sacerdote inició al Santo de los enfermos —porque era un santo sacerdote— es necesario que en la base de toda acción pastoral por este campo de la geografía sanitaria de España, repitamos ediciones sucesivas del mismo espíritu.

Ahora, que técnica y eficacia suelen ir muy ensambladas, creamos con más insistencia que, a pesar de todo, por el elemento humano al que hemos de consagrarnos, los grandes principios de espiritualidad cristiana, bien asimilados y comprometidamente vividos en comunidad de intereses y aspiraciones, han de constituir la primera piedra en la tarea de evangelizar el mundo sanitario.

Por eso, esta es mi presentación a la querida orden de san Juan de Dios, una oración:

«A ti Juan que, por tu completa identificación con Él, integrando vida interior contemplativa y donación absoluta a los enfermos, mereciste que te señalaran siempre con la proclamación de que eras *de Dios*, te pido como sacerdote responsable de la Pastoral Sanitaria de España, que nos revistas de aquella misma disponibilidad e intrepidez tuyas en los cuidados a los enfermos, a los que tú, contemplando al Señor, convertías en apóstoles de caridad, en la fe robusta y en la esperanza. Intercede para que cuantos hemos sido convocados por Él, para animar humana y apostólicamente la Pastoral Sanitaria, alegremente hermanados en ilusión de cimas muy altas, no descansemos hasta que este sector de la Iglesia de los pobres, sea el que mejor anuncie que, por nuestra ofrenda a él, el Evangelio es un testimonio y fermento de maravillosa renovación».

Pero junto a esta oración que hago, desde esta mañana madrileña del primer domingo de cuaresma, también añado: ...y que estas piedras que hemos de encontrar en el camino, no nos detengan y se conviertan en sabroso pan de unidad, que alimente el ardiente y sincero apetito de trabajo que todos tenemos. Y que no se olvide que ya hay un pobre sacerdote que durante muchos años sirvió a enfermos y se metió en sus más graves problemas, que ahora es amigo, servidor y discípulo de los que luchan en la batalla de la renovación sanitaria.

ENCUENTRO PARA RESPONSABLES DE PASTORAL DE ENFERMOS

Tuvo lugar en La Granja-Segovia del 8 al 12 del pasado febrero

POR QUÉ

La nueva situación cultural y la conciencia actual de la Iglesia nos exigen una revisión de nuestros planteamientos apostólicos.

Convencidos de que la importancia del sector sanitario merece una atención específica y de que falta una reflexión seria en este sentido, hemos celebrado este encuentro promovido por el Movimiento Mundo Mejor.

PARTICIPANTES

Estuvieron representadas 16 Diócesis y los siguientes sectores del Pueblo de Dios:

H. Hospitalarios de san Juan de Dios	10
Sacerdotes Camilos	4
Sacerdotes Diocesanos	7
(Tres de ellos, Delegados de Pastoral Sanitaria de las Diócesis de Santiago, Valencia y Sevilla)	
Jesuitas, Consiliarios de Fraternidad de Enfermos	2
Trinitarios	1
Hijas de la Caridad	12
Hnas. de la Caridad de santa Ana	5
Carmelitas Misioneras	5
Terciarias Capuchinas	8
Franciscanas M.D.P.	2
Sagrada Familia de Burdeos	2
Padre Palotino (Extranjero)	1
San Felipe Neri (Seglares)	1
Fraternidad Católica de Enfermos (Seglares). O.N.C.E. y Legión de María (Seglares)	6
Asistentes Sociales	3
Moderadores del Encuentro	2
Visitadoras de Hospitales (Seglares)	2

Compartieron también alguna de nuestras jornadas:

El señor Obispo de Barbastro, don Damián Igua-cén, Presidente del Secretariado de Pastoral Sanitaria y don Luis María Esparza, Director del mismo.

ESTILO

No ha sido un cursillo doctrinal o técnico (donde se diera más importancia a la temática y al equipo de especialistas). Ha sido sobre todo una oportunidad de compartir con libertad y sencillez nuestras inquietudes, esfuerzos e iniciativas y de reflexionar juntos sobre la urgencia y las líneas básicas actuales de una Pastoral de enfermos en sus diversas situaciones.

TEMA CENTRAL

«Hacia una pastoral de enfermos renovada»

La abundante problemática abordada en los seminarios y reuniones plenarias podría centrarse en los siguientes aspectos:

- Condicionamientos estructurales de la asistencia sanitaria y compromiso cristiano.
- Dimensión psicológica, social y religiosa del enfermo.
- Presencia actual de la Iglesia en el sector sanitario. Revisión.
- Agentes de la pastoral de enfermos. Colaboración y coordinación.

CONCLUSIONES

Al hablar de pastoral sanitaria entendemos la que se dirige a todos aquellos que se relacionan con la enfermedad y sus consecuencias, ya por padecerlas, ya por trabajar en su prevención, curación y rehabilitación.

Conscientes de nuestra responsabilidad eclesial en asunto tan importante como el tratado estos días, hemos llegado a unas conclusiones que quisiéramos que fueran más prácticas que teóricas para que entrañen un compromiso real concreto:

1. La liberación que entraña evangelizar, nos compromete a cuidar con esmero cualquier aspecto que contribuya a la promoción integral del enfermo en todas sus situaciones y en la medida de sus posibilidades.
2. Como miembro de la Iglesia, y especialmente por su condición, el enfermo tiene un lugar importante como agente de esta pastoral sanitaria.
3. Que las comunidades religiosas, antes de aceptar un servicio asistencial, consideren y valoren la exigencia evangélica de atender a los sectores más deprimidos y marginados.
4. Las personas integrantes del encuentro somos conscientes de nuestra limitación en orden al enjuiciamiento y soluciones del enorme problema que entraña hoy la sanidad en nuestro país, pero nos comprometemos a colaborar con la jerarquía para que adquiera un conocimiento lo más realista posible de la situación y pueda iluminarla adecuadamente.
5. Siendo imprescindible la integración de la pastoral sanitaria en la diocesana, vemos la necesidad de dar a conocer a los responsables de ésta (Obispos, con sus presbiterios y Consejo Pas-

- toral) la realidad de la pastoral de enfermos y sus exigencias actuales.
6. Vista la diversidad de Asociaciones y Movimientos interesados en el campo sanitario, nos parece conveniente ir suscitando contactos encaminados a una verdadera coordinación.
 7. Debe buscarse la integración del servicio religioso en el hospital. Para ello, debemos responsabilizarnos, tanto de la actualización de dicho servicio, como de conseguir que se admita su efectiva integración en el organismo funcional del centro.
 8. Reactivar la línea comunitaria de la pastoral del propio centro:
 - sensibilizando e integrando la colaboración de personas, lo más variadas posibles (capellán, enfermeras, médicos, comunidad religiosa, enfermos, asistentes sociales, movimientos apostólicos, etc.).
 - Programando y revisando la actuación con esas personas.
 9. Siendo un deber de la sociedad el integrar a los disminuidos, aprovechando y potenciando sus facetas válidas, creemos imprescindible el testimonio de la Iglesia, ofreciéndoles en sus propias instituciones, puestos de trabajo, en todos sus derechos laborales.
 10. Dado que la asistencia hospitalaria es una realidad temporal de enormes posibilidades en el campo pastoral, se sugiere la promoción e integración en el mismo de seglares católicos técnicos en las distintas ramas de este sector asistencial.
 11. Supuesta la responsabilidad de todo el Pueblo de Dios, se estima necesaria la participación activa en la composición del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, no solamente de elementos clericales y religiosos, sino también de técnicos seglares comprometidos y de enfermos. Con tal de que todas ellas sean personas actualizadas en esta pastoral y que la base haya intervenido previamente en su designación.

LAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA DE VALENCIA

Desarrollo y fruto

ESPLÉNDIDO MARCO

Los días 19 al 22 del pasado mes de octubre se celebraron, bajo la presidencia del señor Obispo Auxiliar de esta Diócesis, don José Gea, de monseñor Damián Iguacén y del Rvdo. don Juan Blanquer —Vicesecretario de Pastoral del Arzobispado—, en el espléndido marco del Aula Magna de la Facultad de Medicina, cedida generosamente por el Ilmo. Sr. Decano, doctor Carlos Carbonell —al que desde aquí damos las gracias—, las Jornadas de Pastoral Hospitalaria, que fueron solemnemente clausuradas, ya muy avanzada la tarde del día 22, tras una larga deliberación sobre las Conclusiones a proponer y una devotísima misa concelebrada con el señor obispo de Barbastro.

ASISTENTES

Asistieron sesenta y cinco religiosas y veinte sacerdotes y religiosos de diferentes órdenes hospitalarias. Quince Damas de la Caridad, cinco médicos, cuarenta y tres enfermeras, dos estudiantes de medicina y ciento

veintisiete alumnas de las diferentes escuelas de A.T.S. de Valencia, que sumaron un total de doscientos setenta y seis asambleístas.

Es de destacar la asistencia de sacerdotes, religiosos, religiosas y enfermeras de Albacete, Alicante, Badajoz, Barcelona, San Baudilio de Llobregat, Bilbao, Archanda, Cádiz, San Fernando, Sevilla, Castellón, Córdoba, Las Palmas de Gran Canaria, Logroño y Manresa que nos honraron con su presencia y activa participación, con la que no contábamos al programar estas Jornadas a nivel diocesano.

Hemos de reconocer que, en cambio, fue poco numerosa la asistencia de la Diócesis. Alcoy (2), Buñol (2), Denia (6), Gandía (2), Játiva (3) y Paterna (4).

LECCIONES MAGISTRALES

Las Lecciones Magistrales: «Historia y evolución de los hospitales cristianos». — «La corresponsabilidad entre capellán, médicos, religiosas, enfermeras, etc., de cara a una acción cristiana con el enfermo». — «La

- toral) la realidad de la pastoral de enfermos y sus exigencias actuales.
6. Vista la diversidad de Asociaciones y Movimientos interesados en el campo sanitario, nos parece conveniente ir suscitando contactos encaminados a una verdadera coordinación.
 7. Debe buscarse la integración del servicio religioso en el hospital. Para ello, debemos responsabilizarnos, tanto de la actualización de dicho servicio, como de conseguir que se admita su efectiva integración en el organismo funcional del centro.
 8. Reactivar la línea comunitaria de la pastoral del propio centro:
 - sensibilizando e integrando la colaboración de personas, lo más variadas posibles (capellán, enfermeras, médicos, comunidad religiosa, enfermos, asistentes sociales, movimientos apostólicos, etc.).
 - Programando y revisando la actuación con esas personas.
 9. Siendo un deber de la sociedad el integrar a los disminuidos, aprovechando y potenciando sus facetas válidas, creemos imprescindible el testimonio de la Iglesia, ofreciéndoles en sus propias instituciones, puestos de trabajo, en todos sus derechos laborales.
 10. Dado que la asistencia hospitalaria es una realidad temporal de enormes posibilidades en el campo pastoral, se sugiere la promoción e integración en el mismo de seglares católicos técnicos en las distintas ramas de este sector asistencial.
 11. Supuesta la responsabilidad de todo el Pueblo de Dios, se estima necesaria la participación activa en la composición del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria, no solamente de elementos clericales y religiosos, sino también de técnicos seglares comprometidos y de enfermos. Con tal de que todas ellas sean personas actualizadas en esta pastoral y que la base haya intervenido previamente en su designación.

LAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA DE VALENCIA

Desarrollo y fruto

ESPLÉNDIDO MARCO

Los días 19 al 22 del pasado mes de octubre se celebraron, bajo la presidencia del señor Obispo Auxiliar de esta Diócesis, don José Gea, de monseñor Damián Iguacén y del Rvdo. don Juan Blanquer —Vicesecretario de Pastoral del Arzobispado—, en el espléndido marco del Aula Magna de la Facultad de Medicina, cedida generosamente por el Ilmo. Sr. Decano, doctor Carlos Carbonell —al que desde aquí damos las gracias—, las Jornadas de Pastoral Hospitalaria, que fueron solemnemente clausuradas, ya muy avanzada la tarde del día 22, tras una larga deliberación sobre las Conclusiones a proponer y una devotísima misa concelebrada con el señor obispo de Barbastro.

ASISTENTES

Asistieron sesenta y cinco religiosas y veinte sacerdotes y religiosos de diferentes órdenes hospitalarias. Quince Damas de la Caridad, cinco médicos, cuarenta y tres enfermeras, dos estudiantes de medicina y ciento

veintisiete alumnas de las diferentes escuelas de A.T.S. de Valencia, que sumaron un total de doscientos setenta y seis asambleístas.

Es de destacar la asistencia de sacerdotes, religiosos, religiosas y enfermeras de Albacete, Alicante, Badajoz, Barcelona, San Baudilio de Llobregat, Bilbao, Archanda, Cádiz, San Fernando, Sevilla, Castellón, Córdoba, Las Palmas de Gran Canaria, Logroño y Manresa que nos honraron con su presencia y activa participación, con la que no contábamos al programar estas Jornadas a nivel diocesano.

Hemos de reconocer que, en cambio, fue poco numerosa la asistencia de la Diócesis. Alcoy (2), Buñol (2), Denia (6), Gandía (2), Játiva (3) y Paterna (4).

LECCIONES MAGISTRALES

Las Lecciones Magistrales: «Historia y evolución de los hospitales cristianos». — «La corresponsabilidad entre capellán, médicos, religiosas, enfermeras, etc., de cara a una acción cristiana con el enfermo». — «La

psicología del enfermo». — «Acción pastoral con los enfermos». — «Impacto del hospital en las Congregaciones religiosas sanitarias. Dificultades y perspectivas». — «Organización y función del hospital de hoy». — «El sufrimiento humano y su valor sobrenatural». — «Valores antropológicos del dolor», fueron desarrolladas amplia y magníficamente por el doctor López Piñero, Sor Cecilia Collado, doctor José Espín, Rvdo. padre César Vaca, Rvdo padre José Redrado, doctor Eduardo Agustín, Rvdo. padre José Manuel Arenal y doctor Belloch. Produjeron en el auditorio, tan deseoso de una actualizada y eficaz orientación en cuanto se relaciona con los enfermos hospitalizados, una gran impresión y favorable impacto.

Se escucharon con gran interés las Comunicaciones «El Hospital visto por un enfermo periodista», de Hernández Perpiñá; «La enfermera y el enfermo», de María Dolores Gaudisa; «Grupos seculares interesados en un apostolado hospitalario», de Lutgarda Lizandra, y «Ancianos, convalecientes, incurables», del estudiante de medicina Francisco Ben.

TEMAS DE DEBATE

Los siguientes temas de debate fueron ampliamente discutidos bajo la dirección del moderador de las Jornadas don José Ivancos. «La vida sacramentaria y los enfermos hospitalizados. Realidad diocesana y objetivos a alcanzar». — «La Palabra de Dios y los enfermos hospitalizados. Realidad diocesana y objetivos a alcanzar». — «La sección caritativa y social y los enfermos hospitalizados» y «La Parroquia, el enfermo y el centro hospitalario», a cargo, respectivamente, del padre José García Boiz, Rvdo don José Ivancos, María Dolores Bejar y el Rvdo. don Pascual Calafat.

OPTIMISMO

Si antes de la celebración de las Jornadas las creíamos de la máxima importancia, los comentarios escuchados, el ambiente, las Conclusiones que de ellas han resultado, nos convencen de que han venido a centrar una inquietud, un deseo de querer trabajar y, además, trabajar bien, en beneficio de los enfermos hospitalizados. Queda bien patente que es éste un terreno muy propicio para una profunda acción pastoral, que requiere adecuada preparación y coordinación.

Se acordó solicitar quede formada oficialmente o canónicamente la Comisión que ha de ser como portadora de esta inquietud pastoral en favor de los enfermos hospitalizados y que, no dudamos, arrastrará tras de sí, con su entusiasmo, y aprovechando las sabias lecciones recibidas en las Jornadas, a religiosos, religiosas, sacerdotes, médicos, personal A.T.S., sanitarios y organizaciones interesadas en el apostolado de hospitales y cris-

tianos todos, a favor de nuestros hermanos enfermos, en todo lo largo y ancho de nuestra Diócesis.

Demos gracias a Dios y que Él nos ayude, para su gloria.

CONCLUSIONES

En la tarde del 22 de octubre de 1971 la asamblea plenaria de las Jornadas, presidida por monseñor Iguacén, obispo presidente del Secretariado Nacional de Pastoral Hospitalaria, y por don Juan Blanquer Copoví, jefe de la Vicesecretaría de Pastoral del Arzobispado de Valencia, siendo ponente don José Ivancos Bru, presidente de la Comisión diocesana de Pastoral en Centros hospitalarios y moderador de las Jornadas, se aprobaron las conclusiones siguientes.

Estas conclusiones se han clasificado en tres niveles distintos: uno (A) para proponer a la Asamblea Plenaria del Episcopado Español; la segunda (B) para el ámbito de nuestra Diócesis; las del tercer grupo (C) van orientadas a todos y cada uno de los Centros hospitalarios de nuestra Diócesis.

Aprobadas mayoritariamente por la Asamblea se presentarán al excelentísimo señor Arzobispo de la Diócesis, puesto que las Jornadas tenían inicialmente carácter diocesano; también a monseñor Iguacén, en razón de su responsabilidad en este sector apostólico ante la Comisión Episcopal de Pastoral y ante toda la Asamblea Plenaria del Episcopado Español.

CONCLUSIONES A NIVEL NACIONAL

- Solicitar a la Conferencia Episcopal Española que, en alguna de las Facultades de la Iglesia —preferentemente en la de Pastoral, dependiente de la Universidad Pontificia de Salamanca— se establezca la especialización de «pastoral de enfermos», abierta a sacerdotes, religiosos, religiosas y seculares.

Que dicho Centro organizara cursos monográficos abreviados, principalmente en verano, para mayor alcance de esta especialización.

Que los Obispos y Superiores Religiosos, al promover personal propio a Centros hospitalarios —sobre todo si son importantes—, hagan lo posible por que dicho personal curse esta especialización; al menos, en sus ciclos más breves.

- Recomendar que en el curso práctico de pastoral de todos los Centros de Estudios Eclesiásticos se incluyan enseñanzas y prácticas sobre la pastoral hospitalaria.

Fomentar por parte del Secretariado Nacional de Pastoral Hospitalaria, Asambleas y Jornadas a nivel nacional y, sobre todo, regional.

- Interesar al Secretariado Nacional de Catequética para que en las catequesis de adultos se *mentalice* sobre

el alcance del Sacramento de la Unción de los enfermos; que no es un Sacramento para morir, sino para *consagrar la enfermedad*, que es un estado más en la vida del hombre.

- Urgir, por medio de la Conferencia Episcopal Española, la atención por los Organismos competentes y por la Seguridad Social de los enfermos incurables, crónicos, mentales, convalecientes y ancianos, dado el gran número de estos enfermos y de los problemas de desequilibrio familiar y social que originan, aparte de ser en su mayoría insuperables económicamente.
- Dada la importancia que toman los problemas de reglamentación de horarios y contratos de trabajo de las religiosas en los hospitales se pide a la FERS nacional que ilumine, promueva y revise cuanto a estos problemas atañe.
- Solicitar al Secretariado Nacional de Pastoral Hospitalaria que promueva la creación de la Asociación nacional de Capellanes de hospitales.

CONCLUSIONES A NIVEL DIOCESANO

- Constituir oficialmente la Comisión diocesana de apostolado en Centros hospitalarios, según esquema que figura en el apéndice.
- Intensificar la vitalidad del Equipo sacerdotal diocesano de pastoral hospitalaria.
- Que en las Escuelas de A.T.S. se mentalice a los alumnos en la necesidad de una mayor humanización y de prestar atención a los aspectos pastorales.
- Que se tenga muy en cuenta la exhortación que hace el Vaticano II a los seglares, invitándoles a unirse más estrechamente a la misión salvadora de la Iglesia en sus diversas formas de apostolado, recordando aquellas palabras «Tengan presente los obispos, párrocos y demás sacerdotes de uno y otro clero que la obligación de ejercer el apostolado es común a todos los fieles, sean clérigos o seglares, y que éstos tienen también su cometido en la edificación de la Iglesia». Que siguiendo esta línea, los seglares interesados en el apostolado en el campo hospitalario, no se sientan, en la práctica, como «ciudadanos de segunda línea», o como si tratasen de usurpar puestos que no les conciernen; o que si llegan a ocuparlos no es por derecho, sino por pura condescendencia.
- Que los seglares, integrados en asociaciones o a título personal, interesados en un apostolado en Centros hospitalarios, desean estar realmente preparados, cada vez mejor y más a una labor de amor y entrega eficaz al prójimo enfermo. Por ello solicitan que se formen diferentes grupos, al frente de los cuales haya personal idóneo, que les formen y orienten por medio de cursillos,

conferencias, diversas formas de asesoramiento, sobre todo con publicaciones específicas, etc., a fin de que en su día, y cuando las respectivas Direcciones de los Centros hospitalarios den facilidades para ello, los seglares pueden entrar a integrarse plenamente en los equipos pastorales que ya en ellos funcionen.

- Se manifiesta el deseo de que los Centros hospitalarios sean acondicionados debidamente, según requiera la atención del enfermo. Aspecto básico para poder montar una acción pastoral seria y eficaz.
- Sobre la formación permanente. — La Comisión diocesana deberá preocuparse de que periódicamente se celebren cursillos para la mejor preparación de cuantos están inmersos en las tareas hospitalarias: aspectos técnicos, psicológicos, sociales y pastorales. Dichos cursillos deberán destinarse conjuntamente a sacerdotes, religiosas y seglares, a fin de que, por la convivencia y mutuos contactos, se logre una mejor compenetración. La Comisión diocesana, recogiendo el sentir de los diversos grupos apostólicos, deberá organizar con frecuencia la repetición de estas Jornadas de Pastoral Hospitalaria.
- Relación Parroquia-Centros hospitalarios. — La Comisión diocesana estudiará los cauces para una compenetración en este importante sector pastoral, pensando en la conveniencia de celebrar algún cursillo a nivel de zona; pensando que las zonas pastorales de nuestra Diócesis tengan sus delegados o representantes para este apostolado específico. Por los medios de difusión eclesial se cuidará recomendar el intercambio de datos y noticias sobre los enfermos hospitalizados entre los Centros y las Parroquias.
Asimismo se recomienda que las parroquias, como comunidades eclesiales, incluyan con frecuencia o asiduamente la oración por los enfermos.
- Labor de concienciación. La Comisión diocesana deberá promover acciones en orden a formar la conciencia de los fieles sobre los aspectos pastorales del apostolado en los Centros hospitalarios.

CONCLUSIONES A NIVEL DE CENTROS

- Se recomienda se forme en cada Centro hospitalario un equipo o equipos que, voluntariamente, se responsabilice y se comprometa en la acción apostólica con los enfermos.
- Constituidos estos equipos se procurará al máximo el intercambio de experiencias y problemática de unos Centros con otros; bien a nivel diocesano o a nivel de zona.
- Promover, en la medida de lo posible, la inserción de la pastoral hospitalaria en el organigrama de los Centros hospitalarios, intentando que no quede a la iniciativa pri-

vada del capellán —aunque éste sea pieza clave—, sino que llegue a interesarse por este aspecto la dirección y gestión del Hospital.

- El servicio religioso hospitalario en cada Centro debe organizarse de la manera más eficaz; al efecto, sería bueno que en cada equipo de los Centros se crearan comisiones de estudio, ejecución, promoción de fe, liturgia, etc.

Los equipos pastorales deberán cuidar la formación de sus miembros a base de reuniones periódicas o de la forma que se crea más eficaz, esforzándose todos y cada uno para que lleguen al enfermo todas aquellas cosas que su enfermedad requiera, física, psíquica y moralmente; promoviendo el espíritu de entrega y sacrificio.

APÉNDICE

- Se constituye oficialmente la Comisión diocesana de apostolado en Centros hospitalarios en la Diócesis de Valencia.

- Estará constituida por un Pleno y una Permanente.

- El Pleno estará integrado por:

- el Delegado diocesano de este campo de pastoral hospitalaria

- un sacerdote de cada uno de los Centros hospitalarios de la Diócesis

- un médico de cada uno de los Centros

- una religiosa de cada uno de los Centros

- una A.T.S. por cada Centro

- una asistente social por cada Centro

- una representante del Consejo Diocesano de Damas de la Caridad

- una Dama de la Caridad, que trabaje en Centro hospitalario

- representantes de otras organizaciones de apostolado seglar en contacto con Centros hospitalarios

- representantes de todas las escuelas de A.T.S. de la Diócesis

- La Comisión Permanente la compondrán:

- el referido Delegado diocesano

- un sacerdote representante por cada uno de los cuatro Centros hospitalarios oficiales y mayores de la Diócesis: Hospital Provincial, Hospital Clínico, Residencia Sanitaria General Sanjurjo y Ciudad Sanitaria La Fe de la Seguridad Social.

- un sacerdote representante de los capellanes de los Centros privados menores

- un médico por cada uno de los Centros citados

- cuatro religiosas del campo sanitario

- tres A.T.S.

- una asistente social

- una representante del Consejo diocesano de Damas de la Caridad

- una representante de las Damas de un Centro hospitalario

- dos representantes de las Escuelas de A.T.S. de Valencia

- un representante de otras organizaciones de apostolado en contacto con estos Centros.

- Se procurará que en cada Centro hospitalario se constituyan uno o varios grupos pastorales o apostólicos.

- La Comisión Permanente deberá reunirse no más tarde de transcurrido un mes de estas Jornadas, para recoger el resumen de las mismas y ofrecer a todos unas líneas de trabajo.

- Antes de terminar el curso 1971-1972 deberá reunirse el Pleno. En esta reunión cada representante deberá proponer al que, a partir de esa fecha, represente a su grupo o grupos en la Comisión diocesana a nivel de pleno y permanente.

APROBACIÓN DEL ARZOBISPO

La constitución de la Comisión diocesana de apostolado en centros hospitalarios y las conclusiones de las primeras Jornadas de Pastoral hospitalaria, fueron aprobadas por el señor Arzobispo, en los siguientes términos:

Con el fin de coordinar y promover la pastoral que desde muy antiguo se viene realizando en los centros hospitalarios de nuestra diócesis, en la que el Venerable Padre Jofré fundó el primer hospital, y atendiendo a lo solicitado por los participantes en las jornadas recientemente celebradas en nuestra ciudad, con el fin de profundizar en las necesidades características de este sector pastoral y la adecuada preparación requerida para actuar en el mismo, por las presentes erigimos la *Comisión diocesana de apostolado en centros hospitalarios*.

Esta Comisión estará integrada por los representantes designados por los centros y organismos correspondientes a tenor del contenido del anexo de las Conclusiones de las Primeras Jornadas de Pastoral Hospitalaria celebradas en ésta durante los días 19 al 22 del pasado mes de octubre.

Leídas y estudiadas detenidamente las Conclusiones acordadas por los participantes en las primeras Jornadas de Pastoral Hospitalaria, celebradas en la ciudad de Valencia, durante los días 16 al 19 de octubre de 1971, las aprobamos y bendecimos en lo que afectan a la pastoral diocesana.

Dado en Valencia, a 20 de noviembre de 1971. — † José María, Arzobispo de Valencia. — Por mandado de S. Excia. Rvdma. El Canciller Secretario, doctor José Richart. — Secretaría de la Comisión.

LATOURELLE, RENÉ

CRISTO Y LA IGLESIA SIGNOS DE SALVACIÓN

Ediciones Sígueme, Salamanca, 1971.

El autor presenta un estudio de los signos de salvación que el hombre a través de la historia humana ha palpado y vislumbra en la época actual.

Todo su contenido es una riqueza cristológica-eclesial apoyándose en la constitución *Dei verbum*, del Concilio Vaticano II que nos presenta a Cristo como la epifanía de Dios en la carne y el signo de la autenticidad de esta epifanía.

Latourelle es un experto en la ciencia de la salvación y nos plasma con sabiduría y elegancia el problema clásico en teología fundamental de los signos de la revelación y salvación, pero dentro de una perspectiva de una búsqueda del sentido del cristianismo y la afirmación cristiana.

Alude a una parte histórica-práctica, en la cual el hombre realiza una conversión mediante la vivencia testimonial de los signos de salvación.

JOSÉ SARRIÓ

KAHLEFELD, E.

EL SERMÓN DE LA MONTAÑA

Ed. Verbo Divino, Estella. Navarra (1965), p. 170.

Como consecuencia del auge escriturístico nacido en el Concilio Vaticano II, el autor expone una exégesis clara y una doctrina profunda de las enseñanzas del Sermón de la Montaña.

No sólo interesa al sacerdote o catequista que explica la Palabra, sino a todo cristiano que quiera escuchar y entender las exigencias que dimanar de esta Palabra.

El autor está en la línea de los mejores exegetas actuales y sabe exponer de tal manera el mensaje, que el hombre de hoy comprende que va dirigido a él, dándole amplias y ricas perspectivas para vivir su cristianismo.

JOSÉ FIGUERAS

KAHLEFELD, E.

PARÁBOLAS Y EJEMPLOS DEL EVANGELIO

Ed. Verbo Divino, Estella (Navarra), 1967, p. 335.

El autor, uno de los mejores escrituristas del campo católico, nos propone esta obra para entender qué significado

tienen las parábolas y los ejemplos que propone Jesús.

Hace un análisis de todas ellas, sacando una o varias conclusiones o enseñanzas de cara a nuestra vida cristiana. Por eso, es útil a los catequistas y necesario para preparar las homilias y poder dar enseñanzas evangélicas.

Además del estudio completo de los textos, hay que resaltar la sencillez con que los explica, teniendo en cuenta lo dificultoso y complejo que resulta hacer una exégesis completa.

JOSÉ FIGUERAS

KAMPMANN, T.

EL ANTIGUO TESTAMENTO HOY

Ed. Verbo Divino, Estella (Navarra), 1965, p. 415.

Es una obra enfocada más hacia fines catequísticos que hacia fines exegéticos o dogmáticos; de manera que no es de tipo erudición o estudio, sino de cara a una vivencia cristiana, a una explicación del mensaje, para la predicación, iniciado en el Antiguo Testamento y culminado en el Nuevo.

Sin duda que es un exponente más del redescubrimiento, que se está dando hoy, de las auténticas fuentes del cristianismo, que arranca ya del Antiguo Testamento.

El libro se divide en dos partes: En la primera muestra una serie de pautas de tipo catequético del Antiguo Testamento. En la segunda se reduce al libro del Génesis, en el cual se inicia la Historia de Salvación y se desarrollan temas muy interesantes.

JOSÉ FIGUERAS

CONSORCIO DE MÉDICOS CATÓLICOS RESPONSABILIDAD MÉDICA Y PERSONA HUMANA

Ed. Guadalupe. Buenos Aires, 1971.

Con motivo del 40 aniversario del Consorcio de médicos católicos de Buenos Aires se celebraron, conjuntamente con el arzobispado de esta capital, unas jornadas hospitalarias, del 29 de octubre al 7 de noviembre de 1969 bajo los títulos de «Pastoral de la salud» y «Primer Congreso de Deontología médica»; las jornadas han cristalizado en este libro que comentamos.

Temas de máxima actualidad, tanto en el campo de pastoral —presencia de la Iglesia en el hospital, mensaje del capellán y religiosa...— como en el campo

deontológico —nueva visión de la medicina, responsabilidad del médico, ética de la investigación terapéutica, y otros más, son las materias allí presentadas.

La exposición no es ambiciosa, pero sí lo suficientemente clara y completa, base y punto de referencia para ulteriores desarrollos. Lo recomendamos al médico, y en general a todo el personal —religioso y laico— vinculado al hospital.

JOSÉ L. REDRADO

SARRIA AMIGOT, J. FUERTES JOVELLAR, A. MEDICINA SOCIAL Y EDUCACIÓN SANITARIA

Ed. Verbo Divino, Estella, 1971.

Un libro resumen, claro y amplio por las materias que toca; un libro al mismo tiempo didáctico y «complemento» de otras muchas ideas en temas afines. Va desde los conceptos sobre medicina social, pasando por las técnicas de investigación social, estadística sanitaria, educación sanitaria, enfermedades sociales y profesionales, hasta la organización sanitaria y social.

Un buen auxiliar y texto base para diversas profesiones: Asistentes Sociales, Ayudantes técnicos sanitarios, etc.

JOSÉ L. REDRADO

ARIAS, J.

DEVOLVEDNOS A CRISTO

Ed. Sígueme. Salamanca, 1971.

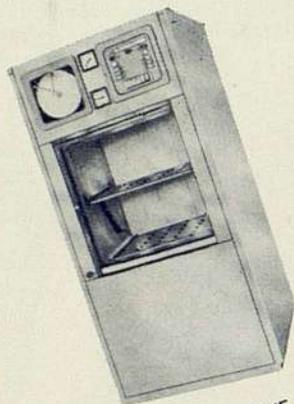
«Devolvednos a Cristo». Este es el grito del comunista Roger Garaudy; un grito fuerte, expresivo, como de algo que se nos escapa.

El padre Juan Arias ha recogido el eco de este grito, le ha dado forma, lo ha canonizado con este libro que comentamos. Para quien conozca otro de sus títulos —«el Dios en quien no creo»— no le será difícil comprender qué mensaje lleva este grito acuñado. El autor reflexiona ante los jóvenes y se pregunta: ¿qué Dios es el que ha muerto? ¿De verdad que el Dios auténtico ha muerto en el hombre, en la conciencia, en el amor, en la política, en la Iglesia? No. Solamente ha muerto nuestro pobre «dios», el imaginado por nosotros, porque el real es siempre nuevo y se nos presenta cada vez más rico, más atractivo, sólo que hay que descubrirlo. El autor quiere ayudarnos a ello.

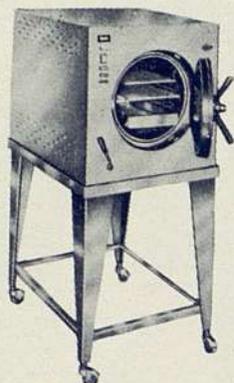
JOSÉ L. REDRADO

ANTONIO MATACHANA, S. A.

DEPARTAMENTO ESTERILIZACION
PLANIFICACION Y MONTAJE
DE CENTRALES DE ESTERILIZACION



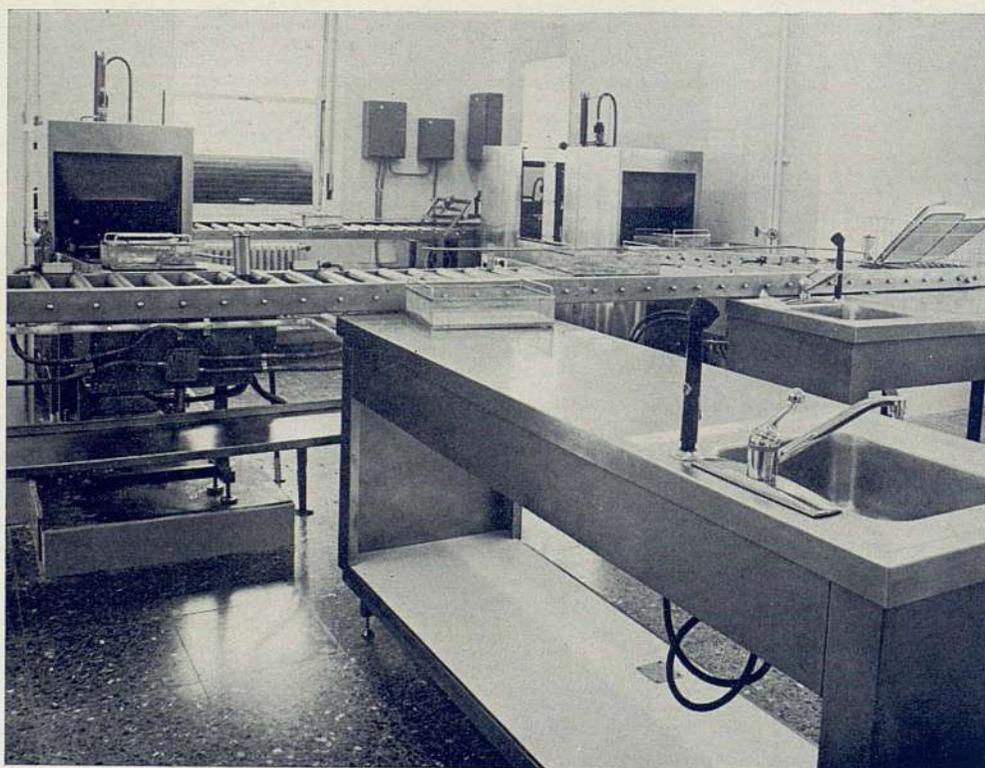
AUTOCLAVE
PUERTA AUTOMATICA



MINICLAVE EXTRARRAPIDO
CICLO TOTAL 8 MINUTOS



AUTOCLAVE
PUERTA BISAGRA



GETINGE

DEFINE LOS NUEVOS CONCEPTOS
EN AUTOCLAVES AUTOMATICOS



ANTONIO MATACHANA, S. A.
EXPOSICION Y VENTAS

VIA AUGUSTA, 11
CONDE SALVATIERRA, 10
Tels. 2279483 - 2279935
BARCELONA (6)

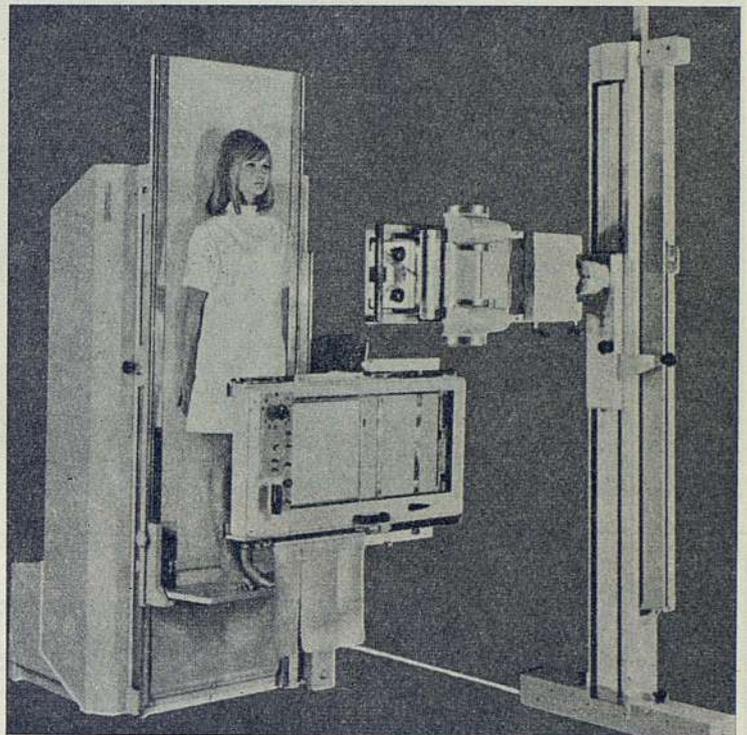
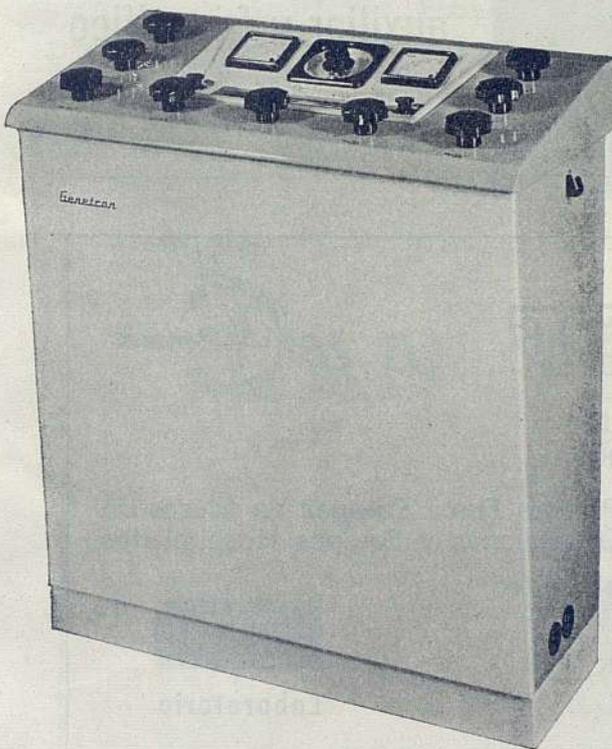
POR FIN...

un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica
y fabricado por

GENERAL ELECTRICA
ESPAÑOLA

Mesa GENEMATIC

SERIOGRAFO completamente automático
TABLERO DE EXAMEN MOVIL: 40 y 20 cms.
PLANIGRAFO vertical y horizontal
COLIMADORES motorizados
BUCKY de alta calidad y equilibrado en todas las posiciones
FRENOS electromagnéticos



NUEVO GENERADOR DE RAYOS X GENETRON 400 mA - 140 Kv

Su potencia,
su calibración radiográfica
y alta calidad de sus componentes
aseguran óptimos resultados

Onda plena rectificada por Kenotrones o
rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43
BARCELONA-7

Plaza Federico Moyúa, 4
BILBAO-9

Alvarez Garaya, 1
GIJON

General Sanjurjo, 53
LA CORUÑA

Génova, 26
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47
MALAGA

Apóstoles, 17
MURCIA

Castelar, 25
SEVILLA

Eduardo Bosca, 20
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21
ZARAGOZA

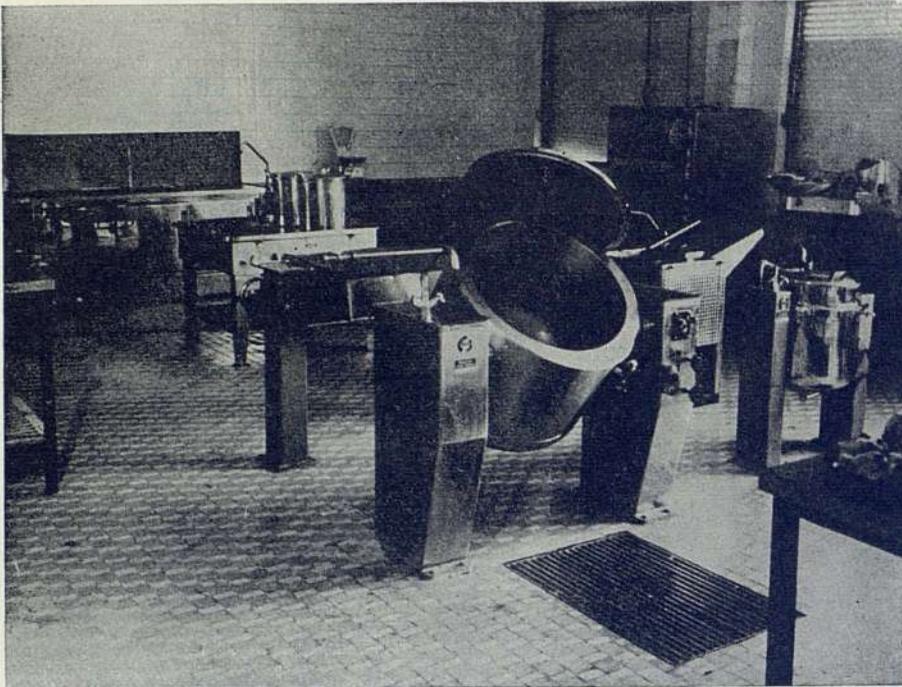
ANTONIO MATACHANA, S. A.

DIVISION DE COCINAS

EXPOSICION Y VENTAS
Vía Augusta, 11 Tel. 227 94 83

Barcelona

FABRICA Y SERVICIO TECNICO
Tánger, 73 Tel. 245 57 00



Planificación y
montaje de cocinas

Fabricación propia
de mobiliario
auxiliar y frigorífico



MAQUET

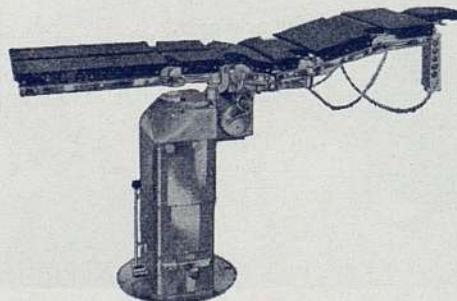


RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)

Primera Firma Europea en Mesas de
Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

VALENCIA 8 - Lorca, 7 y 9 - Tel. 26 33 05*
ZARAGOZA - Paseo Calvo Sotelo, 31
Teléfono 21 34 46



Electromedicina



Símbolo de la calidad de nuestros equipos hospitalarios

**GENERAL  ELECTRICA
ESPAÑOLA**

Ofrece:

Equipos Radiológicos para
exámenes convencionales y
de alta especialización.

Equipos de Cobaltoterapia.

Medicina nuclear.

Ecoencefalografía.

Sistemas de cuidados intensivos.

Marcapasos.

Anestesia y Oxigenoterapia.

Cirugía.

Esterilización.

Amplia gama de accesorios.

Rambla de Cataluña, 43 - BARCELONA-7
Plaza Federico Moyúa, 4 - BILBAO-9
Alvarez Garaya, 1 - GIJON
General Sanjurjo, 53 - LA CORUÑA

Génova, 26 - MADRID-4
Cuarteles, 47 - MALAGA
Apóstoles, 17 - MURCIA
Castelar, 25 - SEVILLA

Gral. Primo de Rivera, 6 - LAS PALMAS
Eduardo Bosca, 20 - VALENCIA-11
Plaza de Madrid, 3 - VALLADOLID
P.º de la Independencia, 21 - ZARAGOZA

JUAN TRABAL S. en C.



SUMINISTROS MENAJE COCINA Y SERVICIO MESA
PARA HOTELES, RESTAURANTES, HOSPITALES
CLÍNICAS, COLEGIOS Y COMUNIDADES

TALLERS, 45 frente Jovellanos

(CASA SOCIATS)

TEL. 222 47 65

Plaza Palacio, 4

Teléfono 219 92 41

Barcelona 3

FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

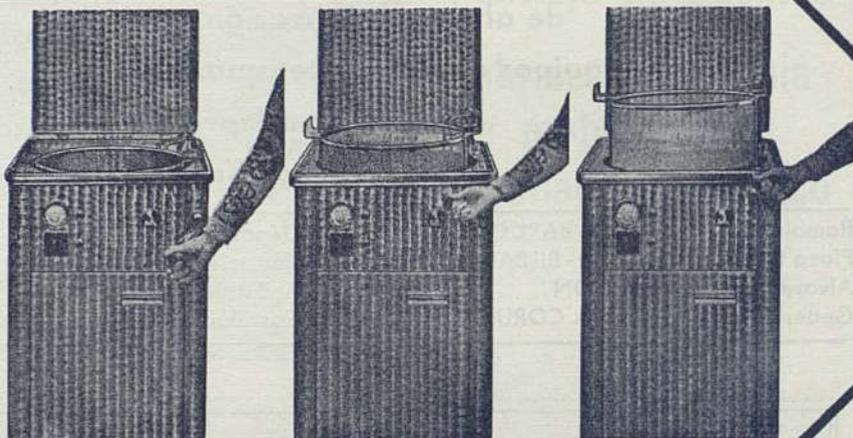


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

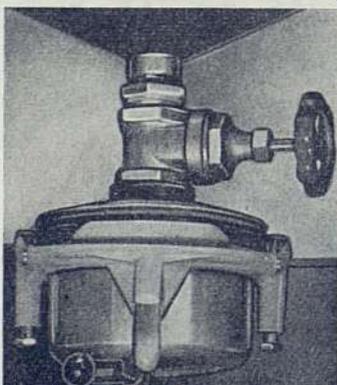
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.



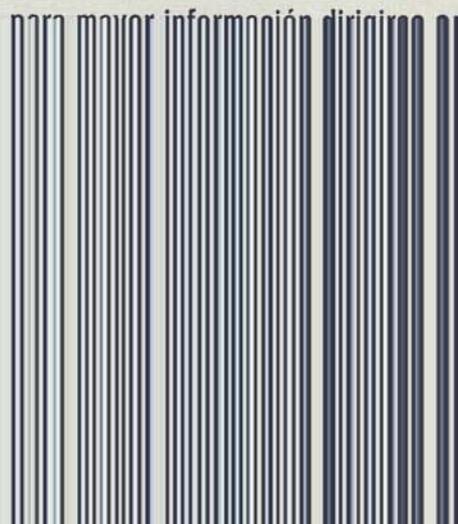
PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

Sensacional y simple sistema de filtro que le permitirá limpiar la freidora de residuos, sin necesidad de interrumpir el trabajo.



*Una amplia gama de capacidades y especialidades para atender todas las necesidades del mercado.

*La freidora de calidad internacional



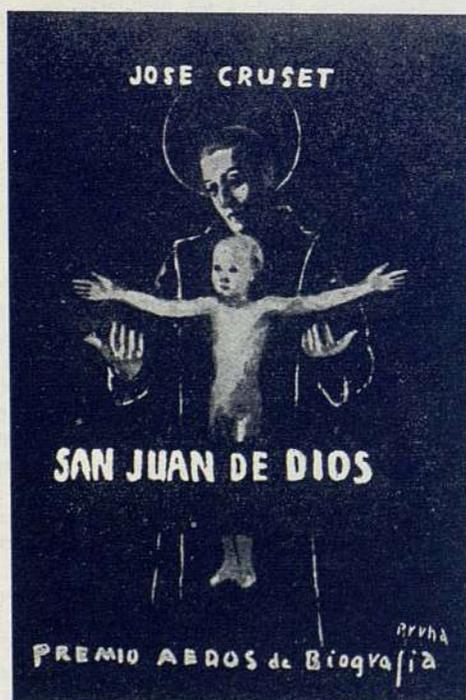
NOVEDAD

CRONICA HOSPITALARIA

JOSE CRUSET

con su peculiar estilo ha escrito la Historia
de los 25 primeros años de la Provincia de Aragón

Pedidos a la redacción de
LABOR HOSPITALARIA



José Cruset

San Juan de Dios una aventura iluminada

Moderna biografía del Patrono de hospitales, enfermos y enfermeros de ambos sexos, de todo el mundo, galardonada con el Premio Aedos de biografía castellana, y vertida hoy a varios idiomas extranjeros. Joya de la literatura y de la historia, por su lirismo y por la crítica de los datos que utiliza en su redacción.

Precio del ejemplar: 150 pesetas

Pedidos: redacción de LABOR HOSPITALARIA



Mesa de partos Modelo M-40

**Características
principales de la
Mesa de partos
Modelo 40**

DIMENSIONES:

Encimera cuerpo cen.	114 × 57	cm.
» auxiliar	69 × 40'5	»
Altura mínima de trab.	78	»
» máxima	106	»

CONSTRUCCION:

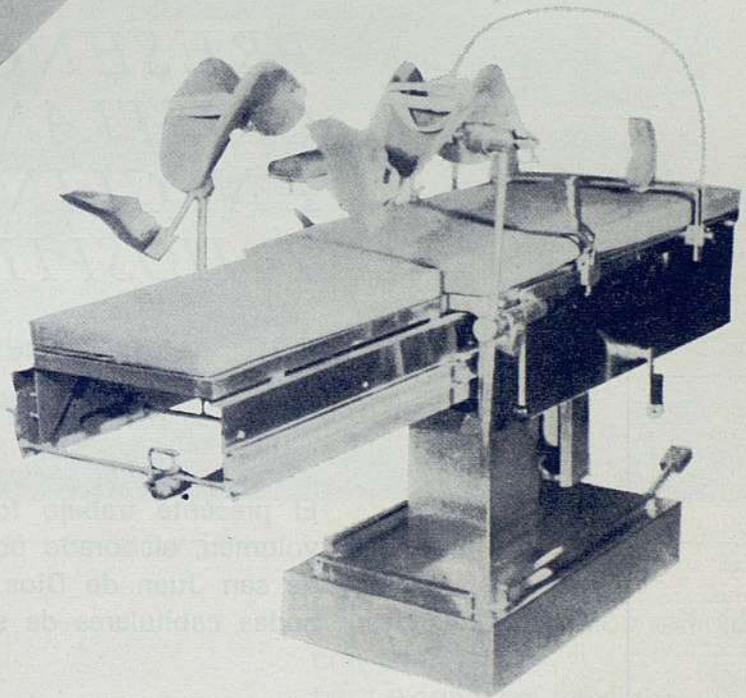
Cuerpo central, laterales y encimera de plancha de acero inoxidable. Agarraderos abatibles, en ambos laterales, hombreras, arco de Kocher, apoyabrazos, recubierto con colchoneta. Por medio de un gatillo permite colocarlo en cualquier posición describiendo un círculo de 180°.

Las perneras de gran seguridad son graduables mediante simple rotación a 90°.

En ambos laterales del cuerpo central se hallan colocadas las manetas de tren y anti-trendelenbourg, las cuales son plegables para evitar molestias.

Esta parte superior central tiene también una encimera auxiliar que se puede retirar con suma facilidad.

La construcción de la mesa es a base de planchas de acero inoxidable y las encimeras están cubiertas con colchonetas. El manejo de la bomba hidráulica es facilísimo. Para el desplazamiento de todo el conjunto dispone de cuatro ruedas.



HIJO DE JOSÉ MANI

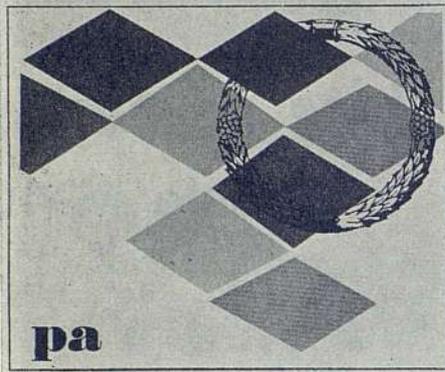
**Instalaciones clínicas
Esterilización
Aparatos médicos**

Taller: 239 22 45 - Alcolea, 141

Oficina: 239 21 23 - Melchor de Palau, 31-87
Barcelona 14

José L. Redrado

***Presencia cristiana
en
clínicas y hospitales***



*PRESENCIA
CRISTIANA
EN CLINICAS
Y HOSPITALES*

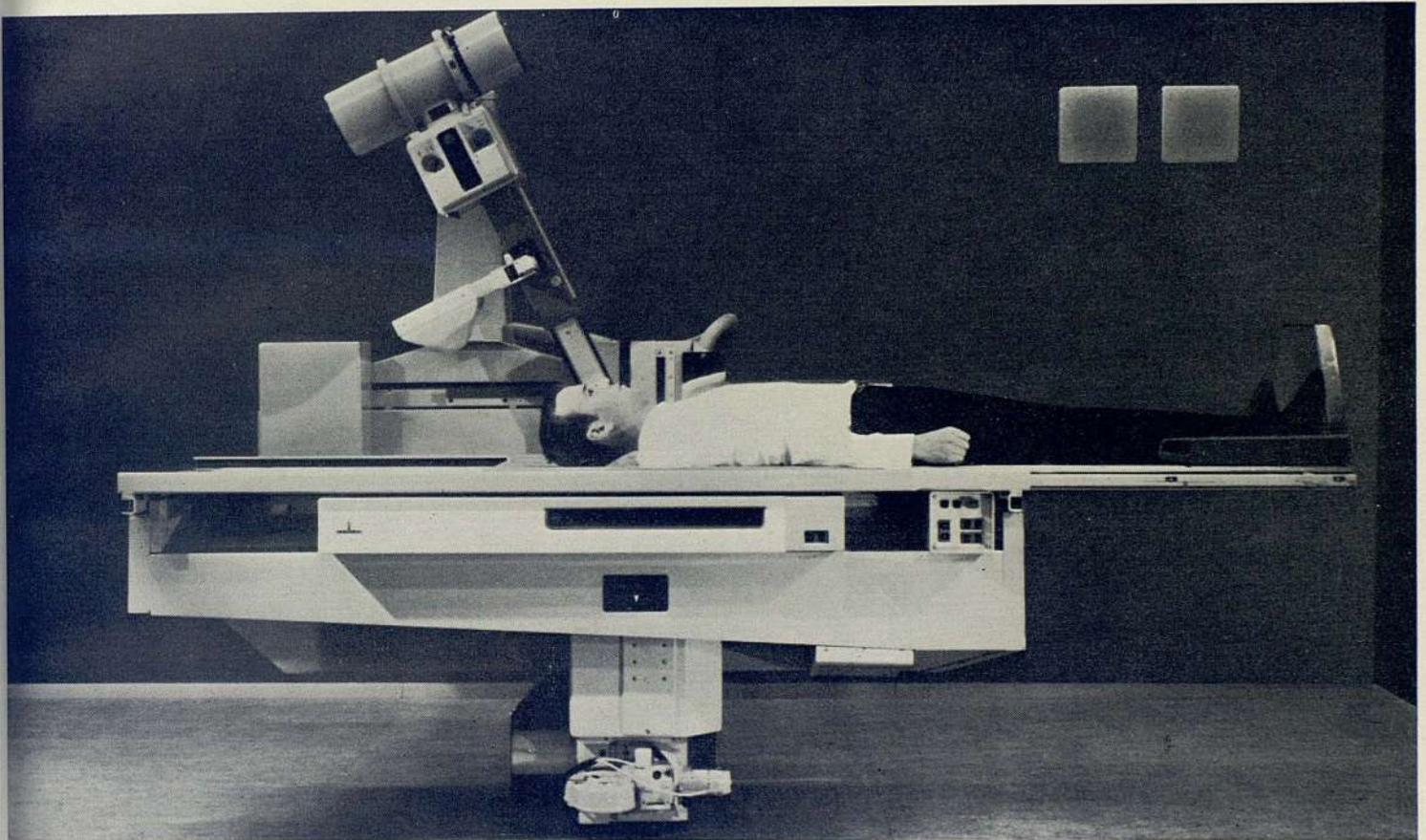
PPC. Madrid 1969

El presente trabajo forma parte de un grueso volumen, elaborado por un equipo de religiosos de san Juan de Dios, como base para las jornadas capitulares de su provincia.

El libro tiene dos partes bien diferenciadas: una reflexión doctrinal sobre la enfermedad y el dolor en la Biblia, y las líneas que definen la pastoral en el hospital.

Lo recomendamos al médico, a las religiosas sanitarias, capellanes y personal vinculado al hospital.

Con telemando



Con telemando –
que no es nada extraordinario en la
era de la técnica moderna.
Pero sí es extraordinario el equipo
de exploración radiológica SIREGRAPH
con telemando, por sus múltiples
aplicaciones y con ello también por su
elevado grado de utilización.
Una de sus muchas ventajas:
El seguimiento automático del intensi-
ficador en caso de radiación oblicua,
con lo cual se evita el desplazamiento
del objeto en la pantalla.

Equipo de exploración radiológica
con telemando,
para exigencias máximas

SIREGRAPH

SIEMENS ELECTROMEDICA
ESPAÑOLA, S.A.
Madrid 4, Fuencarral, 45, 5º

