

**ORGANIZACION  
Y PASTORAL DE  
HOSPITALES**

**LA  
BOR  
HOS  
PITA  
LARIA**

# LABOR HOSPITALARIA

## Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios  
Barcelona

Año 28. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1975

Número 156 Volumen VII

### Director

ANGEL M.<sup>a</sup> RAMÍREZ, O. H.

Curia provincial

Hermanos de San Juan de Dios

Carretera de Esplugas  
BARCELONA 17

### 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

Carretera de Esplugas  
Tel. 203 40 00  
BARCELONA 17

---

EL PROBLEMA DE LA SELECCIÓN  
EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERAS 54

Por AMELIA FONTAN

---

LA PROBLEMÁTICA HUMANA  
DE LA FAMILIA DEL ENFERMO 62

Por la doctora CARMEN COMECHE

---

DERECHO A LA VIDA Y DERECHO A LA MUERTE 64

Por JOSÉ LUIS REDRADO, O. H.

---

ORIENTACIONES TEOLÓGICO-BÍBLICAS  
SOBRE PASTORAL DE ENFERMOS 69

Por ALFREDO MARTIN

---

LA ENFERMEDAD PRUEBA DE LA FE 75

Por CARLOS M.<sup>a</sup> ZABALA, trinitario

---

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCIÓN HOSPITALARIA 82

### NOTICIARIO

Noticias de Hispanoamérica 83

Noticias de España 88

Noticias Generales 91

---

BIBLIOGRAFÍA 93

---

Por un hospital más humano

# EL PROBLEMA DE LA SELECCION EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERAS

Por AMELIA FONTAN

*Directora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Navarra*

---

## LA SELECCIÓN

La selección de la persona más apta para desempeñar cualquier encargo, requiere que el procedimiento establecido (concurso, oposición, etc.) sea capaz de detectar cuáles son los conocimientos y destrezas ya adquiridos por los candidatos. En cambio, la selección de las futuras alumnas de un centro de enseñanza ha de basarse en la apreciación de aptitudes y capacidades que luego habrán de ser desarrolladas por el aprendizaje y la formación profesionales. Para las carreras en que lo fundamental sea la acumulación de conocimientos, los factores de selección serán preferentemente intelectuales; para aquéllas que requieran sobre todo destrezas —como en las Artes—, se tendrán en cuenta las aptitudes específicas; para las que comportan particularmente una dedicación de servicio, habrá de predominar la apreciación de la aptitud general, de la actitud íntima, de la disposición del ánimo. Ciertamente toda profesión es un servicio y que supone una vocación; pero hay algunas que requieren una especial disposición de entrega y que, por ello, son más intensamente vocacionales. Entre éstas está la de la enfermera.

Históricamente, como profesión técnica, cuenta poco más de cien años; pues fue en 1860 cuando Florence Nightingale fundó la primera Escuela en el Hospital londinense de Santo Tomás. Pero como servicio caritativo hunde sus raíces en la entraña misma del mensaje cristiano, que trajo al mundo una visión nueva del enfermo y un mandamiento nuevo respecto a la atención que le es debida.

Ya no es el doliente un pecador al que los dioses afligen (como en el Antiguo Oriente) ni simple naturaleza alterada (como en la Grecia clásica) que habrá de ser ayudada mientras pueda hacerse algo, y abandonada a su suerte cuando los remedios hayan fracasado. El enfermo, en la perspectiva evangélica, es un miembro privilegiado de la comunidad (que sufre en unión con Cristo crucificado), redimido, que deberá ser atendido amorosamente —sea cual sea su estado físico— hasta el último momento de su existencia. Y como todos son iguales ante Dios, los que no puedan procurarse los necesarios cuidados en sus casas, han de ser atendidos por la sociedad.

**APTITUDES APROPIADAS  
AL QUEHACER DE LAS  
FUTURAS ENFERMERAS**

Por ello, al establecer los criterios de selección, hemos de exigir, sin duda, cierta base de conocimientos previos que eviten que la enseñanza comience a un nivel deficiente; pero, mucho más, unas aptitudes apropiadas al quehacer que las futuras enfermeras han de llevar a cabo y, sobre todo, una actitud interior que —sin mengua del más estricto respeto a la libertad de las conciencias— responda a la aceptación de ciertos valores (amor al enfermo, espíritu de servicio, o capacidad de sacrificio) que, aunque se presenten a veces con formulaciones puramente humanísticas o filantrópicas, son esencialmente cristianas, y se harán tanto más eficaces —técnicamente hablando— cuanto más se acerquen a su genuina y radical autenticidad.

No cabe duda de que las cualidades de delicadeza, comprensión, cuidado de los detalles, abnegación, etc. tan necesarias para el trabajo de enfermería, aunque preferentemente femeninas, esencialmente son humanas y pueden darse también en el varón; de igual manera, las virtudes antes aludidas, que son radicalmente cristianas, pueden ser poseídas por quienes estén más o menos apartados de la fe. Pero sea cual sea el contexto en que coloque estos valores la conciencia de cada uno, sin duda deben existir como tales en la concepción de la vida que tenga quien aspire a esta profesión.

«Nursing, sometimes a trade, sometimes a profession, ought to be a religion», decía Sir William Gull, médico inglés del siglo pasado.

Estamos de acuerdo, al menos por la actitud de espíritu que exige como soporte de una acción que ha de ser siempre consecuente.



Mesa redonda presidida por Pilar de Viala, presidenta del Colegio de enfermeras ATS de Barcelona, con quien Labor Hospitalaria tiene deudas de gratitud y Amelia Fontán, directora de la Escuela de enfermeras de la Universidad de Navarra y que en fecha reciente giró una visita al Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Es autora de este ponderado escrito. (Aparacen en la fotografía de izquierda a derecha) doña Josefina Escós, Supervisora del Departamento de Pediatría de la Clínica Universitaria; doña María del Carmen Asiain, Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria; doña Concepción Brun, Secretaria de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Navarra; Profesor Ortiz de Landázuri, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra; doña Pilar de Viala, Presidenta del Colegio de Enfermeras ATS de Barcelona; doña Amelia Fontán, Directora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Navarra; doña Mercedes Espí, experta en Enfermería por la OMS

## MÉTODO DE SELECCIÓN

Escribo sobre el método de selección que empleamos actualmente en la Escuela de Enfermeras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra. No pretendo afirmar que este método sea mejor que ningún otro; porque estoy convencida de que el mejor en cada caso es el que más fielmente permita detectar si las aspirantes poseen o no las cualidades y disposiciones que necesitarán para cursar sin contratiempos su carrera en el Centro en que vayan a cursarla, y convertirse, así, en enfermeras que respondan a la imagen que el Centro tenga de esta profesión. Me limitaré, por tanto, a describir lo que hacemos aquí para seleccionar a las alumnas. Pero no podría hacerlo en modo alguno, si no expusiera antes lo que en esta Escuela pretendemos que adquieran las alumnas, el tipo de enfermeras que intentamos formar. El método de selección a que voy a referirme —lo he señalado ya— es el que empleamos actualmente: difiere en muchos puntos de los de años precedentes, porque lo revisamos cada curso para aprovechar la experiencia acumulada.

## LA ENFERMERÍA ES ANTE TODO UN MEDIO DE SERVIR A LA HUMANIDAD

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la enfermera es una «persona que ha completado un programa de educación básica de enfermería, y está calificada y autorizada en su país para proporcionar los servicios más responsables de enfermería que tienden a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. La educación básica en enfermería es un programa educacional planificado, que suministra un fundamento amplio y seguro para la práctica efectiva de la enfermería y una base para estudios avanzados».

Pero cada Escuela tiene su propia filosofía educativa, de acuerdo con la cual plasma en objetivos claramente definidos, reales, asequibles y dinámicos, su peculiar respuesta al porqué, a para qué y al cómo de la educación que imparte, y subraya, de este modo, los valores que considera son fundamentales. Es un dato de experiencia, a este respecto, que las enfermeras reflejan, en el modo como reaccionan ante los problemas con que las enfrenta el ejercicio de su profesión, el sistema de valores que recibieron en la Escuela. Quien, poniendo un ejemplo que tomo de Ami Frances Brown, piensa que *ser enfermera es motivo de orgullo* sin más, quizás será incapaz de realizar algunas de las muchas funciones que impone la profesión y reclama el bienestar del enfermo. Desgraciadamente, se olvidan con frecuencia los fines esenciales de la profesión, al paso que se exalta la importancia de aspectos que deberían ser de orden secundario, tal como ocurre, por ejemplo, con la remuneración. Todo discurre, en cambio, por cauces muy distintos, cuando se considera la enfermería como un medio de servir a la humanidad; como una vocación, un arte y una ciencia dedicadas al cuidado del hombre en todos sus aspectos: espiritual, mental, social y también físico; como una profesión que exige, en las personas que la ejercen, sensibilidad ante las necesidades de ese miembro privilegiado de la sociedad que es el enfermo, y un profundo sentido de responsabilidad. Tales son, en esta Escuela, las bases sobre las que sentamos nuestros objetivos.

## LA ENFERMERA PIEZA CLAVE DEL EQUIPO CLÍNICO

Los avances de la Medicina actual obligan cada vez más, a la enfermera (que es pieza clave del equipo clínico), a realizar técnicas que antes estaban reservadas a los médicos. Y a medida que aumentan las responsabilidades que pesan sobre ella, necesita mejor preparación teórica y práctica, puesto que una aplicación inteligente del plan establecido por el médico no se identifica con una aplicación a ciegas: hay que tener en cuenta que la enfermera se ve obligada muchas veces a tomar decisiones por sí misma, y debe —para ello— contar con una base de conocimientos sólidos, que adquirirán perfiles grandemente útiles por el simple hecho de que la enfermera pasa muchas horas junto a cada enfermo. Y es precisamente porque en muchas ocasiones ha de tomar decisiones por sí misma, por lo que necesita mantener permanentemente una actitud íntima



La preparación técnica y el profundo espíritu que anima a las jóvenes enfermeras preparadas en la Escuela de la Universidad de Navarra, son la mejor garantía de una humana y caritativa asistencia a nuestros hermanos enfermos

de ponderación, un interés vivo por el estado del enfermo y un espíritu de observación fiel, delicado y atento al desarrollo y efectos del plan que el médico fija para cada caso. Es necesario, pues, que quienes ingresen en la Escuela sean capaces de adquirir los conocimientos que requiere la moderna asistencia sanitaria, y reafirmen las cualidades personales y morales indispensables en el ejercicio de la profesión.

### CUALIDADES DE LA ENFERMERA

Pretendemos con la selección, precisamente, detectar en qué medida las aspirantes cuentan con la capacidad intelectual y los conocimientos básicos precisos para aprender lo que tienen que aprender, y hasta qué punto poseen (al menos, germinalmente) el sentido de los valores y las disposiciones y actitudes básicas que les servirán para utilizar debidamente los conocimientos que lleguen a adquirir.

Estoy convencida de que la enfermera no necesita una inteligencia privilegiada: yo diría que le basta con un talento medio, siempre que sea constante en el estudio o la labor que realiza. En definitiva, lo mismo ocurre en muchos otros campos; hasta el punto que ha podido afirmarse, con razón, que las grandes empresas son obra de talentos medios. Pero, en cambio, es indispensable que la futura enfermera esté dotada de cualidades tales como:

**LABORIOSIDAD.** Una enfermera consciente, valora —hasta ponerla en primer lugar— la calidad de su trabajo, porque sabe que atiende a un ser personal, redimido, que sufre físicamente (sin olvidar que, en ocasiones, mayor que el físico es el dolor moral), todo lo cual la obliga a poner en práctica el mandamiento

del amor, desbordando las exigencias estrictas de su contrato laboral —que, quizá, fueran las únicas a tener en cuenta en otras profesiones—.

SENCILLEZ, para lograr la confianza que tan positivo es tenga el enfermo con quien está tan próxima a él para servirle. Sólo así salvará la enfermera multitud de dificultades por las que el paciente suele atravesar; porque le habrá dado pie para que las plantee.

SENTIDO DE RESPONSABILIDAD, porque quien está al cuidado de un enfermo ha de prestar atenciones y afrontar riesgos muy distintos a los de un vendedor de mercancías, por ejemplo. Todos conocemos que la omisión en la administración de un medicamento a su debido tiempo, puede tener resultados fatales; y aunque esto no ocurra, es fácil que el enfermo sufra por un hecho así durante horas, pese a que tiene derecho a ser aliviado en su dolor. Los ejemplos podrían multiplicarse.

ESPÍRITU DE SERVICIO Y CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN; dos cualidades exigibles a cualquier enfermera, para el ejercicio de una profesión tan profundamente cimentada en la entrega.

SENSIBILIDAD PARA LOS VALORES TRASCENDENTES, unida a la fortaleza que precisa para dar a conocer al enfermo la situación a que está abocado en determinados momentos, en los que —por otra parte— la enfermera ha de extremar su *delicadeza*. Es entonces cuando adquiere particular relieve la afirmación de Sir William Gull: «Nursing ought to be a religion».

CAPACIDAD DE OBSERVACIÓN, puesto que deberá recoger y transmitir al médico datos y síntomas que amplíen la historia clínica de los enfermos a su cargo y faciliten el diagnóstico o la terapéutica. Muchas veces sucede que la enfermera tiene que hacer notar al médico, cuando éste visita al paciente, síntomas de los que ella se había percatado con anterioridad.

RECTO JUICIO E INTELIGENCIA EQUILIBRADA, para captar en sus justos límites el proceso de la enfermedad, y no incurrir en falsas alarmas o en posibles desconciertos.

PRUDENCIA, DISCRECIÓN, Y RESPETO AL SECRETO PROFESIONAL; cualidades que le ayudarán a saber cuándo y cómo ha de hacer uso de las informaciones de que dispone.

VIVO INTERÉS POR EL AMBIENTE EN QUE TRABAJA, Y POR LAS PERSONAS QUE CON ELLA CONVIVEN Y SE RELACIONAN.

GENEROSIDAD, pues sólo si la tiene podrá cumplir su tarea con toda la abnegación y el espíritu de servicio exigidos por la profesión.

ESMERO EN EL TRABAJO, por insignificante que pueda parecerle: quien no comprende la importancia de cosas tan pequeñas como aparentemente son algunas de las tareas preliminares de enfermería, manifiesta una grave falta de interés por su futura profesión.

LA ENFERMERA SIRVE  
A SERES HUMANOS,  
HIJOS DE DIOS

Podría alargarse indefinidamente esta relación de cualidades, pero no es necesario hacerlo, porque están —sin duda— en la mente de ustedes. Me he limitado a señalar aquéllas que, a nuestro juicio, tienen más interés. Por otra parte, todas ellas no son más que manifestaciones de un *modo de ser* que se detecta globalmente observando a las alumnas durante el período de selección, y que

probablemente no es descomponible en apartados a los que puedan aplicarse instrumentos de medición exactos. A lo más, esto podría hacerse con los conocimientos básicos y con determinadas aptitudes intelectuales. Pero —como decía hace un momento— no son éstos los que consideramos decisivos para la selección. Un profesor de la Universidad de Navarra me recordaba hace unos días que Oscar Wilde decía que a la Administración Pública le conviene que cada uno de sus funcionarios sea un gentleman, porque si no lo es, cuanto más sepa es peor. De alguna forma, me parece que algo similar ocurre con las aspirantes a enfermera: si no son conscientes de que su acción se vuelca sobre seres humanos (es decir, sobre hijos de Dios, compuestos de alma y cuerpo), con todo lo que ese hecho radical comporta, les será difícil tratarles con la delicadeza, el respeto y el cariño que merecen y, por supuesto, necesitan; y, en definitiva, la eficacia de sus conocimientos y destrezas será realmente inapreciable.

### *NUESTRO OBJETIVO*

Lo que pretendemos con la selección no es precisamente identificar los talentos más sobresalientes. Nuestro objetivo es averiguar cuáles son las aspirantes que tienen mayores posibilidades de llegar a ser enfermeras competentes, de acuerdo con lo que la Escuela entiende que una enfermera competente debe ser. Admitir en la Escuela a quienes no reunieran dichas condiciones, redundaría en perjuicio de las admitidas (que, quizá, encontrarían en otras profesiones el modo de sacar partido a sus capacidades, sin frustración ninguna), de la sociedad, y de la Escuela. Son razones estrechamente vinculadas al sentido de responsabilidad social, precisamente, las que nos obligan a ajustar el número de aspirantes admitidas a la capacidad de la Escuela para atenderlas adecuadamente, y —repito— a seleccionar a aquéllas que parecen reunir las condiciones requeridas para convertirse —aunque sea con esfuerzo— en enfermeras competentes.

### *PROCESO DE SELECCIÓN*

El proceso de selección se inicia con una entrevista. Cuando la aspirante llega a ella, quien la recibe (que es la persona que la Dirección designa para cada caso) ha examinado ya su expediente académico y los datos que constan en la solicitud escrita, que la aspirante envió con anterioridad. La entrevista tiene como fin completar de alguna forma el conocimiento de las aspirantes, darles a conocer a grandes rasgos las características de la profesión, y dejar muy claro cuáles son los objetivos de la educación que en la Escuela se imparte de acuerdo con el espíritu cristiano que la informa.

En la Escuela exigimos que las aspirantes hayan aprobado el bachillerato superior. Ello contribuye —desde luego— a elevar el nivel de los estudios; pero sirve, además, para que las que no sean aceptadas en la Escuela se orienten sin dificultad hacia otras carreras universitarias. De hecho, así ocurre; como ocurre, a la inversa, que se presentan a las pruebas de ingreso de la Escuela solicitantes que proceden de otras carreras universitarias: entre las que se presentaron a las de este curso, por ejemplo, había licenciadas en Filosofía y Letras, alumnas de cursos avanzados de Ciencias Biológicas con buenas calificaciones, y alumnas de cursos iniciales de Medicina, Artes Liberales, Magisterio y Asistencia Social.

El 38 % de las aspirantes fueron orientadas hacia otras carreras después de la entrevista. Las demás (es decir, el 62 %) iniciaron la segunda parte de la prueba.

Esta se prolonga 60 días lectivos, de julio a septiembre. Durante ellos, la aspirante toma contacto con las bases científicas de la enfermería y pone de manifiesto el tono y el nivel de sus disposiciones y actitudes básicas. Durante los primeros 20 ó 25 días, las aspirantes reciben 5 horas diarias de clase, entre las que se

incluyen 2 de Teoría de la Enfermería; las demás se dedican al estudio de materiales tales como Anatomía y Fisiología, que nos esforzamos sean vistas por las aspirantes como fundamentos de su profesión y no como barreras más o menos incómodas. Las clases de Teoría de la Enfermería comprenden prácticas que todas las aspirantes realizan de un modo sistemático. A los 20 ó 25 días, las clases se reducen una hora diaria, pero el programa de estudios se completa con 3 ó 4 horas, también diarias, en los servicios clínicos. Así, las aspirantes suman a sus conocimientos teóricos de lo que es la carrera, la imagen viva de ella que les da el contacto con el ambiente en que se ejerce la profesión; y la Escuela percibe mejor si reúnen las condiciones necesarias para proseguir su aprendizaje, que tiene lugar en las aulas y en los servicios clínicos y se ajusta a una orientación individualizada, de acuerdo con lo propugnado por el Seminario de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra en 1971; «se entiende por aprendizaje —decía— la adquisición y el desarrollo, por la estudiante, de conocimientos, hábitos intelectuales y actitudes que transforman y enriquecen su persona y la acercan a la imagen que la Escuela tiene de lo que debe ser una enfermera graduada (...). El aprendizaje es un proceso individual y activo, influido por un conjunto de enseñanzas que las estudiantes reciben a través de profesores y del contacto con el ambiente de la institución».

La evaluación de la segunda parte de la prueba toma en cuenta: los resultados de los exámenes parciales y finales de las asignaturas teóricas; los de los finales de las teórico-prácticas; los informes de las instructoras y supervisoras de los servicios clínicos; y, en fin, el de la instructora encargada de la orientación individual de cada una de las aspirantes. Este Curso, superaron esta segunda parte de la prueba el 80 % de las aspirantes que aprobaron la primera; es decir, el 48 % del total de solicitantes. Adquirieron, por tanto, la condición de alumnas de la Escuela, e iniciaron sus estudios en octubre, al mismo tiempo que los demás alumnos de la Universidad.

### SIEMPRE SE TIENEN COSAS QUE MEJORAR

Ya señalé al principio que el sistema de selección se retoca anualmente, pues no se nos oculta que siempre tiene imperfecciones: de no tenerlas, todas las aspirantes admitidas terminarían la carrera, todas las graduadas serían enfermeras excelentes, y no se excluiría a ninguna aspirante realmente capaz de serlo también si cursara la carrera. A esto aspiramos, convencidas de que tendremos cosas que mejorar. Pese a este *inconformismo* de principio, debo hacer constar que los resultados obtenidos hasta ahora con el sistema de selección establecido son aceptablemente buenos. Prácticamente todas las alumnas que inician los estudios de enfermera los terminan; un número elevado de graduadas ocupan puestos de responsabilidad en centros sanitarios y Escuelas del país, y varias ejercen su carrera en EE. UU. y Canadá, donde residen por razones familiares; la plantilla de enfermeras de la Clínica Universitaria está constituida por graduadas en la Escuela, sin otra excepción que la de nueve que vinieron a cursar una especialidad; son también graduadas de la Escuela las instructoras y las supervisoras; la mayor parte de las enfermeras que se especializan en la Escuela, se graduaron en ella (actualmente es posible cursar las especialidades de Obstetricia, Fisioterapia y Rehabilitación, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Psiquiatría, Cirugía Ortopédica y Traumatología); y, en fin, son también bastantes las graduadas que ponen de manifiesto el buen recuerdo que tienen de la Escuela, incorporándose a la Asociación de Amigos de la Universidad, de la que ésta recibe una ayuda importante y el respaldo moral que le alienta a proseguir su misión de servicio.

# LA PROBLEMATICA HUMANA DE LA FAMILIA DEL ENFERMO



Por la doctora CARMEN COMECHE VILLANUEVA  
Profesora de Psicología y Relaciones humanas  
en la Escuela de dirección y administración hospitalaria

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad del hombre implica una serie de problemas, no solamente individuales, sino también en el orden familiar. Por una parte, la necesidad de asistencia al enfermo, domiciliaria u hospitalaria y, por otra, las alteraciones que su enfermedad puede acarrear a la familia bajo los puntos de vista afectivo, laboral o económico.

Los cambios sociales de estos últimos tiempos —industrialización, aumento de la población activa, incorporación de la mujer al mundo del trabajo, formación de grandes núcleos urbanos y la emigración de la población rural a las ciudades—, influyen poderosamente sobre estos problemas.

También hay que analizar la incidencia de una serie de enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes laborales o de tráfico, así como sus respectivas secuelas, que configuran las patologías actuales, con unos rasgos distintos en cuanto necesidades terapéuticas y asistenciales que en tiempos pasados.

Todos estos puntos queremos estudiarlos de una forma esquemática, para ver la forma de paliar la grave situación que plantea —de una forma especial—, la asistencia a los enfermos crónicos.

Analizaremos primero, los rasgos característicos de la enfermedad y del enfermo, para estudiar posteriormente los que corresponden a la familia.

## LA ENFERMEDAD

El estudio de la enfermedad tiene extraordinario interés para nuestro trabajo.

### TIPO DE ENFERMEDAD

- 1) Enfermedades agudas que necesitan hospitalización.
- 2) Enfermedades agudas de tratamiento domiciliario.
- 3) Enfermedades crónicas con tratamiento hospitalario obligatorio (enfermos mentales e infecciosos).
- 4) Enfermedades crónicas con tratamiento hospitalario conveniente.
- 5) Enfermedades crónicas con tratamiento extrahospitalario.

### RASGOS PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD

- 1) Posibilidades de convivencia familiar.
- 2) Dificultades de adaptación a la enfermedad por parte del enfermo.
- 3) Trauma familiar: sufrimiento, ansiedad, temor y angustia.

### OTRAS CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES SON:

- 1) Grado de invalidez que conlleva la enfermedad.
- 2) Tipo de cuidados que necesita.

EN LAS ENFERMEDADES AGUDAS QUE NECESITAN HOSPITALIZACIÓN la problemática familiar se reduce, preferentemente, a los problemas afectivos; y que la enfermedad no interfiere —de una manera total y permanente—, en la vida común.

LOS ENFERMOS AGUDOS CON ASISTENCIA DOMICILIARIA, pueden ser motivo de un gran conflicto familiar que estará en función de la gravedad, del miembro de la familia afectada, de la actividad doméstica... Una gripe, un cólico nefrítico, hepático o una gastroenteritis aguda, pueden crear un difícil problema asistencial en una familia con un alto grado de dedicación laboral; agravado, aún más, en las ciudades por las dificultades de comunicación y solidaridad.

#### ENFERMEDADES CRÓNICAS CON TRATAMIENTO HOSPITALARIO OBLIGATORIO

— Enfermedades infecciosas: Existe un miedo familiar al contagio, lo que presupone la aparición de una serie de conflictos afectivos; no hay realmente problemas asistenciales, aunque sí pueden producirse económicos (si el enfermo es un miembro activo).

— Enfermedades mentales: Los trastornos de conducta de estos enfermos, producen alteraciones en la convivencia familiar, por lo tanto hay una tendencia al rechazo del enfermo y un deseo —más o menos consciente—, de segregación del mismo por parte de los familiares.

ENFERMEDADES CON HOSPITALIZACIÓN CONVENIENTE. Son todas aquellas que por la necesidad de una asistencia controlada —medicación permanente, terapéuticas específicas o por el grado de invalidez—, exigen que estos enfermos sean ingresados en el hospital, por lo menos, en las fases de agudización de su dolencia.

Estos enfermos representan un grave problema familiar, por las necesidades asistenciales que plantean; tanto por su temporalidad, como por el grado de dedicación que exigen a alguno de los familiares.

ENFERMEDADES CRÓNICAS CON ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA. Conjuntamente con las precedentes, son las que más dificultades plantean a la familia. Estas vendrán determinadas por el grado de invalidez (hemiplejía, paraplejía, incontinencia...) y por el régimen terapéutico que necesitan.

## EL ENFERMO

Los rasgos personales del enfermo tienen una gran trascendencia, dentro del conflicto familiar.

En primer término, hemos de estudiar la situación que ocupa dentro de la estructura familiar. Las implicaciones familiares serán distintas, bajo el orden económico, afectivo o social, según sea el padre, la madre o un hijo. Y también influirá, por supuesto, la edad de los mismos.

En segundo lugar, tenemos que analizar la situación laboral del enfermo. No sólo por la trascendencia económica, sino también por las dificultades de adaptación a la enfermedad o a la rehabilitación que entraña.

Y por último, es importantísimo la actitud que el enfermo tome ante la enfermedad. El clima psicológico que él sepa crear o, por el contrario, se forme espontáneamente en función de la gravedad, del sufrimiento o de la desesperación influirá sobre las posibilidades de convivencia familiar.

## LA FAMILIA

En la situación familiar, vamos a estudiar múltiples factores.

— SITUACIÓN ECONÓMICA. Es evidente que una economía débil puede agravar el problema; aunque no es el factor determinante, ya que existen otros que pueden ser más decisivos. Pues aun teniendo posibilidades económicas, es casi imposible la contratación de personal asistencial domiciliario o el ingreso hospitalario de enfermos crónicos.

— ACTIVIDAD LABORAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. La asistencia domiciliaria a los enfermos, es un grave conflicto cuando existe una completa dedicación al trabajo de todos sus miembros, cualquiera que sea la situación económica de la familia.

— RELACIONES AFECTIVAS. Es un elemento de gran trascendencia —en principio—, para la coexistencia familiar del enfermo. Si estos lazos afectivos —por

razones personales, culturales o sociales—, se han enfriado, las dificultades en la asistencia, así como la despreocupación y rechace a los familiares enfermos será cada vez mayor.

— MEDIO DONDE ESTÁ UBICADA LA FAMILIA. Es totalmente distinto —en cuanto a posibilidades asistenciales se refiere—, el medio rural y el urbano. En el medio rural, el enfermo puede tener menos medios técnicos a su servicio, pero siempre tiene una mayor atención humana. Las posibilidades de comunicación —y por tanto también de solidaridad—, son mayores. Una actividad laboral más independiente y una mayor dedicación doméstica de la mujer, hacen que el anciano o el enfermo pueda sentirse más arropado y ser —generalmente—, mejor soportado en la comunidad rural que en la urbana.

Los problemas se hacen mayores a medida que aumenta la población. En las grandes ciudades, las dificultades de comunicación psíquica y física (transportes, grandes distancias...), así como el incremento de la población activa, crean un grave conflicto familiar ante la enfermedad de alguno de sus miembros.

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Los cambios de las estructuras sociales, el aumento de supervivencia en determinadas enfermedades y la incidencia mayor de procesos invalidantes, hace que la asistencia a los enfermos crónicos y también a los agudos —en algunas ocasiones—, planteen serios problemas familiares. Esta situación tiende a agravarse progresivamente por razones de tipo laboral (aumento de población activa) y social (cultural y religiosa). Ante esta situación es necesario adoptar una serie de soluciones. Nosotros proponemos algunas de ellas para mejorarla.

— Es necesario —siempre que se trate de resolver una situación colectiva—, pensar en los derechos y deberes de ambas partes.

— El enfermo, como miembro de una familia, tiene derecho a permanecer en ella, siempre que no perturbe —psíquica, económica o socialmente—, gravemente a la misma. La familia tiene pues obligación de ayudar a un miembro enfermo; pero la sociedad no puede abandonar ni al enfermo ni a los familiares en esta difícil situación.

— No es solamente la ayuda económica, sino la personal la que se necesita en estos casos. El aislamiento del enfermo —cuando este no es asistencialmente necesario—, rompe los vínculos afectivos entre él y su familia produciendo, siempre, un mayor perjuicio en la parte más débil.

— La organización de una perfecta red asistencial de carácter domiciliario, disminuirá ostensiblemente los gastos de inversión y sostenimiento de los hospitales y daría un aumento de puestos de trabajo, beneficiando el nivel social del país.

## CONCLUSIONES

Propugnamos, por lo tanto, la necesidad de una planificación y organización correcta de la asistencia al enfermo.

1.º Dar asistencia hospitalaria a todo aquel que la necesite, temporal o permanentemente.

2.º Prestar ayuda asistencial de carácter domiciliario mediante la formación de personal apropiado: Médico de zona, técnico auxiliar sanitario, AS, la sectorización y las ayudas económicas convenientes para medicación y alimentación que el tratamiento requiere.

3.º Dejar —siempre que sea posible y no perturbe excesivamente la vida familiar— al enfermo (lo mismo diremos del niño y del anciano), en su propio —y natural— medio. Sin segregarlo en medios artificiales que serán muy útiles —en cuanto a la agilización y rendimiento de una sociedad muy activa laboralmente—, pero que tanto al niño como al anciano, al enfermo como a la familia le coartan sus derechos a la experiencia, al afecto, al respeto, a la comunicación. En fin, a la propia vida como proceso de interacción y perfeccionamiento.

# DERECHO A LA VIDA Y DERECHO A LA MUERTE

Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.

## EL HOMBRE AMA LA VIDA

Existe en el hombre como un *instinto de vida*:

- aspiraciones, deseos;
- seguridad, autoafirmación, comprensión;
- crear, producir, relacionarse;
- hombre buscador de dicha y felicidad;
- calidad de vida.

Este instinto vital, tan agudo en nosotros, está *lleno de misterio y de ignorancia*: desconocemos muchas veces por qué deseamos y hacemos esto o aquello, por qué nos apasionamos, por qué vivimos, hacia dónde caminan nuestras vidas.

La vida es un bien, un tesoro, un misterio que se nos da y que hay que realizar. Pero metidos en nuestros interrogantes y en nuestras ignorancias encargamos al médico que la cuide y la defienda, le exigimos seguridad y conocimiento. El médico estará presente en el nacer, en el transcurso de la vida y luchará contra lo que la limite.

«No conocemos las razones profundas de la vida ni de la muerte. Sólo sabemos un poco lo que es la vida y sobre todo cómo es la vida. Una vida que nos es dada al nacer, ya que ni siquiera nacemos nosotros, sino que como decía don Miguel de Unamuno, nos hacen y después nos nacen... Como seres vivos somos excitados y reaccionamos frente al medio; tomamos lo que nos conviene y rechazamos lo que nos ofende... El hombre es un animal de realidades —como decía Zubiri—; el hombre no sólo ve, prevé, siente y presiente su vida y su mundo, sólo prevé y presiente su muerte. El concepto de la muerte no encaja en la lógica de la experiencia personal ni en la de los demás; entonces se recurre al mundo de la imaginación y de los sentimientos.»<sup>1</sup>

*La enfermedad*, sin embargo, nos está hablando de nuestras limitaciones, es una amenaza al instinto de vida; es una experiencia para reflexionar. Es un recordatorio y entrenamiento para la muerte. El hombre *necesita* continuar la vida, pero sabe que camina hacia la muerte. La enfermedad nos habla de lo pequeño, lo transitorio y caduco de la vida, pero también nos levanta hacia la trascendencia.

En la medida que aceptemos, que personalicemos la enfermedad, —el *me*, el *mi* y el *yo* de que nos habla Zubiri (me duele, a mí me pasa, yo siento)—, a medida que aceptamos, que personalicemos la muerte afirmaremos y daremos sentido a la vida. «El olvido de la muerte engendra el olvido de la vida» (Boros).

## ¿TIENE EL HOMBRE DERECHO A MORIR?

Se habla del derecho a la existencia, a la integridad física, a un nivel de vida digno, y esto como algo propio, inherente a la persona. Pero, ¿no formará también parte de la persona el derecho a morir su muerte, y ya no tanto como derecho, sino simplemente como algo propio de su naturaleza contingente? ¿Es que la muerte es algo separado, lejano, o será mejor verla como algo pegado, ceñido, incrustado en la misma noción de *vida contingente*?

El teólogo Moltmann nos dirá: «El hombre tiene derecho a su muerte de igual manera que tiene derecho a su vida».

«La muerte es de la vida, como el nacer» —nos dirá el poeta Tagore—.

Tomadas así las cosas, nos vemos obligados a la siguiente reflexión: Existe una tendencia a considerar la muerte no como algo que nos encamina hacia el más allá, sino a considerarla como el acto mismo de morir<sup>2</sup>. Esta forma de pensar nos aporta dos opiniones distintas: Los

<sup>1</sup> Víctor Bustamante. (Conferencia dictada en la semana de Pastoral sanitaria. Bilbao. 1972.)

<sup>2</sup> Revista *Concilium*, N.º 94, pág. 67.

que no admiten mezcla vida-muerte, y entonces se prefiere la muerte repentina. Los que piensan que la muerte pertenece a la esencia de la vida del hombre y, por consiguiente, es un tiempo fuerte de esta vida, y entonces el hombre tiene el deber de vivir la muerte lo más humanamente posible.

Morir es, pues, equivale, a tener relación consciente y voluntaria con la propia muerte.

### IMPACTO E INTERROGANTES QUE NOS PRESENTA LA MEDICINA

Los pasos dados en la ciencia médica es algo que sorprende por su rápida evolución, por sus posibilidades y por sus interrogantes.

De la medicina mágico-sacerdotal, de la medicina científico-natural, hemos pasado a una medicina social con el consiguiente reconocimiento del derecho de todo hombre a la salud, con un enriquecimiento de posibilidades técnicas y con un acercamiento a una medicina de equipo y a sistemas de control. Todo esto está ya entre nosotros; pero, ¿qué nos prepara la ciencia médica del futuro? Trasplantes de órganos. Órganos artificiales, sustitutos de plástico o electrónico. Producción de piezas de recambio. Válvulas cardíacas artificiales. Aparatos acústicos insertables<sup>3</sup>.

Los interrogantes saltan a la vista:

- ¿Cuál será el concepto de vida y muerte?
- ¿Qué impresión causará el sentirnos mezcla de protoplasma y transistor?
- ¿Será todo esto un hombre o una máquina?

Las cosas así, ¿quién no sentirá la tentación de manipular las decisiones? Lo que antes era —pertenece— al enfermo y allegados se ha hecho patrimonio del hospital con sus técnicas; los técnicos —el médico y los otros profesionales— son los que ostentan el poder y el saber, cada vez más difícil y complicado, y por ello puede existir el peligro de manipulación, atenuando, acortando, retrasando el dolor y la muerte.

¿Hasta dónde entran, pues, en juego las decisiones y hasta un cierto tipo de manipulación?

### CONCEPTOS, ÁMBITO E IMPLICACIONES SOBRE LA EUTANASIA

#### EUTANASIA

- «Muerte buena y honorable» (Häring).
- «Muerte suave, indolora, sin agonía...; arte de bien morir» (Augusto León).

<sup>3</sup> Toffler. *El shock del futuro*. Ed Plaza & Janés.

#### DISTINCIÓN

*Negativa*: Omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida.

*Positiva*: Planificación de una terapia encaminada a procurar la muerte antes de lo que sería esperada en otro contexto.

• Debemos responder con un *no* categórico a la *Eutanasia positiva*. ¿Quién aprueba hoy el siniestro decreto de Hitler del 1 de septiembre de 1939? Allí se exhortaba a los médicos a identificar personalmente, para proceder a su terminación, a las personas que luego de un examen médico profundo, fueran declaradas incurables. Miles de personas vieron la muerte a consecuencia del decreto.

Por encima de los caprichos, de los regímenes sin escrúpulos, de las planificaciones utilitaristas; por encima de la materia, el confort y la eficacia está la dignidad de la persona humana.

¿Dónde estaría el sentido de la libertad del hombre? ¿no quedaríamos horrorizados por los atropellos y los abusos inadmisibles? ¿Intuimos la degradación que manifestaría la humanidad si aceptase unánimemente esta clase de Eutanasia? ¿Dónde estarían el valor *vida* y el valor *muerte digna*?

Respondemos una vez más: *No* a la Eutanasia positiva, *no* a un traspaso de valores, *no* a ir en contra de la libertad y dignidad humanas.

• Por el contrario, los enfoques y las respuestas que entran en juego con la llamada *Eutanasia negativa* son múltiples y variados.

Hemos visto anteriormente los avances de la medicina y podemos caer en la cuenta de los interrogantes que presenta de cara a una realidad práctica. ¿Qué hacer? ¿Prolongamos la vida? ¿Dejamos que la naturaleza siga su curso?

«Para algunos es preferible errar realizando un tratamiento activo, a dejar de hacerlo, en base a los siguientes argumentos:

- El médico es falible y la situación puede no ser realmente irreversible.
- El médico, por tradición, ha sido entrenado para luchar activamente contra la enfermedad.
- El médico no es competente para determinar, a capacidad plena, la *calidad* de una vida, y si prolongarla tiene objeto.
- El médico que se arroga la prerrogativa de determinar cuándo una vida debe concluir o continuar, se sitúa en una posición poco confortable, por lo menos desde el punto de vista moral.
- El descubrimiento de nuevos agentes curativos es una posibilidad siempre presente.

- La regresión espontánea de procesos malignos en pacientes considerados incurables es un hecho repetidamente comprobado.
- Las intervenciones milagrosas —al menos para algunos— son posibles.
- El médico se expone a la recriminación por errores de omisión, los cuales lucen más graves que los errores de comisión.
- Aun un momento de lucidez mental en un paciente moribundo es de tremenda importancia para su bienestar espiritual.
- Medidas *extraordinarias* de tratamiento pueden resultar en curación.

En oposición a estas ideas, se han esgrimido los siguientes argumentos:

- El bienestar espiritual del paciente, responsabilidad primaria del médico, es un elemento a ser considerado. ¿Se halla el paciente preparado para morir? ¿Podría prepararse mejor para morir si su vida se prolonga?
- El deseo personal del paciente a continuar viviendo mediante medidas extraordinarias generalmente no es contemplado, y debe ser objeto de una especial consideración.
- El tiempo posible de sobrevida y el grado de bienestar que se espera debe ser proporcional a lo drástico de los procedimientos empleados para prolongar la vida de los pacientes.
- Deben tomarse en cuenta los efectos de la sobrevida del paciente en sus familiares inmediatos: ansiedad, sufrimiento, problemas económicos derivados del costo elevado de las medidas destinadas a prolongar artificialmente la vida»<sup>4</sup>.

Escuchemos la autorizada opinión del moralista padre Häring<sup>5</sup>: «*La Eutanasia negativa se aplica solamente a aquellos casos en que prácticamente la esperanza de salvar la vida del paciente ha desaparecido y donde el problema real es únicamente el de prolongar o no la enfermedad final.*

*En algunos ambientes no-católicos, no habrá duda en llamar eutanasia negativa a la decisión de no prolongar la vida según los principios enunciados por Pío XII en 1957. Sin embargo, por amor a la exactitud, debe decirse que hay una real diferencia, si el objetivo directo (como en la doctrina de Pío XII) pretende hacer caso omiso de medios extraordinarios, o si pretende, como en la definición clásica de la eutanasia, crear los tratamientos por-*

*que prolongarían una vida deshecha y ya condenada a la muerte. En nuestra tradición no tenemos repugnancia a aprobar un tratamiento cuyo propósito directo es la supresión del dolor indeseable y de la ansiedad, aunque pueda preverse el acortamiento de la enfermedad final.*

*Tomada en el sentido más estricto, la eutanasia negativa, con intención directa, aproxima la abreviación de la agonía o de una enfermedad fatal (que podría durar meses) por la retirada o la omisión planificada del tratamiento que prolongaría la vida. Aunque normalmente tales tratamientos son considerados tradicionalmente extraordinarios, la distinción no constituye su explicación razonable. La intención inmediata es: no prolongar el sufrimiento, que es considerado como opuesto a la idea de una muerte con dignidad y paz. Esto se considera como la respuesta a una nueva situación creada por el progreso insólito de la medicina.*

*El problema moral permanece. ¿La omisión premeditada de los tratamientos es moralmente buena o inmoral en vista de la intención directa de no prolongar el proceso de la muerte? En mi opinión, debemos ser muy cautos para no precipitarnos con un juicio negativo, si la decisión se basa estrechamente en los criterios enunciados anteriormente respecto de la prolongación de la vida. Sin embargo, la eutanasia negativa hay que rechazarla categóricamente si se amplía el concepto indebidamente y si entran en juego consideraciones de craso utilitarismo. En algunas discusiones existe la tendencia no sólo a dejar al enfermo morir con dignidad, sino, en una forma llana, a pretender directamente, retirando el tratamiento, a la eliminación de aquellos que probablemente tendrían una larga vida enfermiza o que serían incapaces de enmarcarse en el proceso económico. Por tanto, existe un deber serio de que la profesión médica tome una fuerte actitud anti-utilitarista en vista del número creciente de los que favorecen la eutanasia positiva y de otros que inducen un concepto falso de la eutanasia negativa».*

En todo lo expuesto hay una serie de conceptos que hacen referencia a la prolongación de la vida y si debemos o solamente podemos usar unos u otros medios.

De hecho, hemos de afirmar que debemos usar los medios ordinarios; los medios extraordinarios no estamos obligados a usarlos. Todo método que lleve consigo riesgos, cargas, etc. que no están en proporción con lo que se esperaba, podemos prescindir de ellos y a no ser por unos intereses más altos —sociales, religiosos— con ciertas garantías podríamos aplicarlos.

Hemos de ver al hombre no sólo desde el punto de vista biológico, sino de su vida psíquica, ideal moral y religioso.

- El criterio principal y más claro radica en el hecho de que el paciente tenga subjetivamente la posibilidad de dar sentido a su vida.
- Otro criterio podría ser en la misión personal o social que tenga todavía por cumplir el enfermo...

<sup>4</sup> Augusto León. *Ética en Medicina*: cap. 24. Ed. Científico Médica.

<sup>5</sup> Häring. *Moral y Medicina*. Ed. PS.

- En tercer lugar, una vida puede tener todo su sentido por el mero hecho de que el paciente viva como persona humana.
- Analizar si se tiene alguna perspectiva de éxito al prolongar la vida y si al fin de cuentas tiene sentido para el enfermo.
- Cuántas veces se ve también obligado el médico por razones de la *economía asistencial* a no prolongar demasiado su asistencia. Esto quiere decir que la falta de aparatos necesarios, sitio y personal de trabajo, puede obligar al médico en determinados casos a interrumpir una asistencia intensiva y ofrecer esta posibilidad favorable a otro paciente que ofrezca mayores perspectivas de éxito<sup>6</sup>.

## HACIA UNA HUMANIZACIÓN DE LA MUERTE

«Sólo *Guerásime* no mentía; todo demostraba que sólo él era el que comprendía lo que sucedía y que no creía necesario esconderlo; tan sólo sentía piedad por su maestro, débil y escarnecido. Una vez, cuando Ivan Illitch insistía para que se fuera, hasta le dijo con toda franqueza: *Moriremos todos. ¿Por qué no cuidarse de alguno? Mostrando de esta forma que aquella obligación no le era penosa, precisamente porque la cumplía para un moribundo y esperaba que cuando le llegase el turno alguien hiciera lo mismo por él*»<sup>7</sup>.

¿Cuáles son los derechos de los moribundos? ¿Cuáles sus necesidades psicológicas?

Según la enfermera Bárbara Dobbs, el enfermo, cuando descubre que su enfermedad no tiene cura, pasa por los siguientes estadios:

*Negación-Cólera y rebeldía-Negociación-Depresión-Aceptación.*

En estos momentos el enfermo, el moribundo, tiene necesidad de que se le escuche; de una presencia que le acompañe, de especial atención, amabilidad y respeto.

El enfermo espera sólo una cosa: compañía. Que alguien sin prisas y con comprensión le dé una mano. «Sólo el que es capaz de asumir su propia muerte puede ser capaz de asumir la muerte del hermano». La enfermera, al igual que tiene por misión cuidar y curar, tiene por misión ayudar a bien morir. Pocas enfermeras están preparadas para ello. Saben poner el gota a gota, inyecciones, transfusiones, pero no saben aceptar que el combate está perdido y que lo único que el enfermo necesita frente al miedo que le acosa es la presencia comprensiva y acogedora.

En una carta escrita por una enfermera afligida por una enfermedad incurable y dirigida a sus compañeras

enfermeras también como ella, conmueven estas palabras:

«*Entráis en mi habitación trayendo medicamentos, tomándome la tensión... No os marchéis: esperad. Todo lo que desearía es saber que alguien estará ahí para darme la mano cuando tenga necesidad de ello. Tengo miedo. La muerte puede convertirse en una rutina para vosotras, pero es nueva para mí. Tal vez no me consideréis como un caso único. Pero yo es la primera vez que muero, la única vez.*»

Ante estas muertes asépticas, aisladas, en unidades de cuidados intensivos habría que replantearse todas estas cuestiones: ¿Se ayuda al enfermo a morir su propia muerte? ¿No tiene el moribundo como persona física y psíquica sus derechos?

Creo que necesitamos todos —médicos y enfermeras— cambiar mucho nuestras costumbres y rutinas, nuestros cansancios, nuestras prisas, la falta de reconocimiento de nuestras impotencias y caminar a hacer más llevadera, más consciente, humana y libre, la muerte de cada hombre.

En una sociedad técnica la muerte ya no es algo propio, sino manipulado. Estamos en contra de muchas muertes en nuestros hospitales. Estamos en contra de quienes sienten la muerte como un tabú. Estamos en contra de quienes comercian con la muerte. ¿Por qué no afrontarla cara a cara?

«*Los pacientes notan en seguida quienes son capaces de hablar con ellos. Los pacientes entrevistados nos transmitieron tres comunicaciones básicas:*

- *Cuándo necesitaban ayuda.*
- *Quién querían que les asistiera.*
- *Qué es lo que necesitaban.*

*Nadie mejor que el moribundo puede ayudarnos a superar nuestro miedo y llegar a la aceptación de nuestra finitud*»<sup>8</sup>.

Todos rehuimos el morir; con la muerte se pasa a algo nuevo, y el hombre siente como cierto temor ante lo nuevo (primer vuelo en avión, primer paso por un túnel...). Sin embargo, deberíamos aceptar la realidad, capacitarnos todos —médicos, enfermeras, capellanes— para enfrentarnos con la enfermedad y la muerte. Es necesario que desaparezcan de nosotros todos los tabús y comprendamos este gran mensaje:

«*El ayudar al que muere es luchar por él, comprenderle, asistirle para evitarle el terror y la soledad. Esa gran soledad de los enfermos ante la que debemos ser valientes, ya que tenemos que aceptar la realidad de sus problemas para poder ayudarle... Hemos de ayudar al enfermo contagiando serenidad. Hemos de respetar su derecho a no sufrir más por nuestro egoísmo de que siga entre nosotros...*

*Ante la muerte seamos sinceros, sencillos. Tratemos*

<sup>6</sup> Sporken. *Medicina y ética en discusión*. Ed. Verbo Divino.

<sup>7</sup> Tolstoi. *La muerte de Ivan Illitch*.

<sup>8</sup> Revista *Concilium*. N.º 94, pág. 45.

siempre de ayudar, comprender, dar esperanza y amor»<sup>9</sup>.

Finalmente, la muerte no la podemos pensar como algo con lo cual termina todo, sino como el paso hacia la vida, como el inicio de una coronación, de una plenitud:

- Yo he vencido a la muerte
- Yo soy la resurrección y la vida
- Yo he venido para que tengáis vida.

Es por ello por lo que la muerte no tiene sentido en sí misma, sino por el puente que hace entre el estadio de peregrinos y el definitivo.

«La muerte abre al hombre la posibilidad del primer acto plenamente personal; la muerte es, por tanto, el lugar privilegiado de la concienciación, de la libertad, del encuentro con Dios y de la opción sobre el destino eterno»<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Víctor Bustamante. (Conferencia citada.)

<sup>10</sup> Boros. *El hombre y su última opción*. Ed. Verbo Divino.

#### BIBLIOGRAFÍA

- *Tribuna Médica*, 30 noviembre 1973; 7 diciembre 1973.
- *Iatria* (revista de médicos católicos), N.º 163.
- *Hermandades sanitarias Santos Cosme y Damián*. Actas XV Congreso Nacional.
- Varios. *Responsabilidad médica y persona humana*. Ed. Guadalupe.
- Auer, Congar, Rahner. *Ética y Medicina*. Ed. Guadarrama.
- *Sociología de la muerte* (17 artículos aparecidos en *Tribuna Médica*, del 5 octubre 1973 a 8 febrero 1974).
- Varios. *La muerte y el hombre del siglo XX*. Ed. Fax.
- Rahner. *Sentido Teológico de la muerte*. Herder.
- Película *Gritos y susurros*, de Bergman.



LIBRO  
AZUL  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Los temas hospitalarios que en el libro se recogen son una valiosa aportación a la organización del hospital moderno.

Pedidos a: Hospital san Juan de Dios - Carretera Esplugas - Barcelona 17

# ORIENTACIONES TEOLOGICO-BIBLICAS SOBRE PASTORAL DE ENFERMOS

Por ALFREDO MARTIN GALLEGO  
Consiliario Nacional de la Fraternidad Católica de Enfermos

## INTRODUCCIÓN

Ocurre con frecuencia que el enfermo que recibe visitas de diferentes miembros de la Iglesia, sacerdotes o laicos, se encuentra a veces desorientado por oír opiniones contrarias respecto al sentido de su enfermedad, respecto a su actitud en ella, y a la intervención de Dios en todo ello, etc.

Pretendemos con este escrito aclarar algo esta diversidad y fundamentar algunas ideas sobre lo que podríamos llamar teología de la enfermedad.

Todas estas opiniones que trataremos brevemente de estudiar son fruto de:

- Algunos años de experiencia directa con enfermos y minusválidos.
- Estudios especiales en el centro *Malades et monde* en Draveil (París), en donde se edita la revista especializada en temas de Psicología Teológica, etcétera, de enfermos *Pressences*, 69 rue Danton 19210. — Draveil (París).
- Encuentro de Pastoral Sanitaria con capellanes, religiosas sanitarias, asistentes sociales y militantes de movimientos de enfermos en La Granja, 1972.
- Opinión de Mon. Boillon, obispo de Verdún y comisionado por la conferencia episcopal francesa para la Pastoral Sanitaria.
- Consultas y orientaciones de doctores en Teología y en Sagrada Escritura de la facultad pontificia de Comillas.
- La bibliografía que al final añadimos.

Primeramente, vamos a exponer las ideas que todavía se oyen a veces sobre la enfermedad en boca de sacerdotes, religiosos, visitantes de enfermos y hasta en libros o revistas. Estas ideas están superadas en una reflexión teológica actual.

- La enfermedad es un efecto del pecado original.
- El enfermo es un escogido de Dios para redimir el mundo, uniendo *sus sufrimientos* a los dolores de Cristo en la Cruz.
- La enfermedad es una oportunidad para encontrar a Dios.
- El sufrimiento humano tiene una gran fuente de valores sobrenaturales.

A estas cuatro proposiciones se pueden reducir los principios que emplean en una orientación de los enfermos en sentido dolorista, pasivo, oblativo; es decir, según esta pastoral el dolor ha venido al mundo como castigo por el pecado original. Jesucristo con el dolor asumido en sí y abrazándose en la cruz redime al mundo. Por ello los hombres a los que Dios envía la enfermedad para hacerlos, con un privilegio particular, especiales colaboradores íntimos de la Redención,

tienen que estar en actitud de acción de gracias y de ofrecimiento de sus dolores para así *activar* la redención de los hombres.

Vamos ahora a explicar cada una de estas proposiciones de la antigua teología a la luz de las nuevas orientaciones.

### *La enfermedad no es un efecto del pecado original*

La enfermedad es resultado de una naturaleza deficiente creada por Dios en el dinamismo que infundió a la creación del cosmos y del hombre. ¿Por qué la naturaleza humana tiene este grado de perfección y no otro superior? Es misterio que no podemos resolver. Entra en juego la libertad de Dios, la autonomía dada por Dios a la creación (cf. Vat II. Gaudium et spes) y la permisión del mal (cfr. Job). Sólo sabemos que tenemos el mandamiento de dominar y mejorar el mundo (cfr. Gen. cap. I).

### *El enfermo no es un escogido especial de Dios para redimir el mundo*

Todos, sanos y enfermos, tenemos que continuar la obra de redención de Jesucristo. La Redención se realizó por el *amor de Cristo* que manifestó al Padre incorporándose a la Humanidad con todas sus consecuencias, y, no escapándose del complot armado por los judíos, aceptó la muerte y el dolor consiguiente por amor al Padre y a los hombres.

Los hombres —y también los enfermos— cumpliendo el mandamiento de Cristo: «Amaos los unos a los otros», continúan la obra de Restauración de la Humanidad. Y esto lo continúan por la unión con la Cabeza, Cristo. Esta unión la viven cuando aman a los hermanos (cfr. 1. Jn. y Jn. cap. 13 a cap. 18).

En este amor, por ley de vida, naturalmente habrá dolor, habrá lucha, habrá enfermedad, habrá cruz... pero como algo accidental en la vida, como algo conatural a nuestra deficiente naturaleza, no como una realidad que en sí tenga algún valor redentor.

### *La enfermedad no es una oportunidad absoluta para encontrar a Dios*

La enfermedad *puede ser* oportunidad para *encontrar a Dios o para alejarle de Él*. Todo depende del clima de comprensión, de amor que en esa crucial circunstancia de la enfermedad encuentre el enfermo a través del testimonio vital de padres, de familiares, amigos, religiosas, sanitarias, capellanes, etc.

Luego no se puede decir que la enfermedad la envía Dios para santificarle, sino que la enfermedad la permite Dios... y en todo hecho de vida positivo o negativo, *Dios quiere el bien* que se realiza entre los hombres *por el amor*.

Otra cosa es que la circunstancia de la enfermedad pueda darle ocasión de una mayor reflexión, un verse en su pobreza, enfrentarse con la realidad desnuda, y esta verdad le puede llevar a la Luz. Luz que caldeada con el amor ambiental, le llevará a Dios.

### *El sufrimiento humano no tiene por el hecho de serlo, ningún valor sobrenatural*

— El sufrimiento humano, como abstracto no existe... y no conviene hablar en abstractos.

— Existen las *personas humanas* que sufren. ¿Y estas personas humanas que sufren pueden elevar *su vida*, aun con el dolor a costas, y encontrar un sentido natural y sobrenatural a su vivir? Efectivamente que *sí* pueden y deben.

— Pero ¿de qué manera? Solamente *amando* que es el resumen de la ley y la síntesis de la vida sobrenatural (Cfr. Rom. 13, 8-10) y (1 Cor. 1-13).

— También es verdad que Dios como Padre siempre da gracias para que, colaborando con los hombres, en la encrucijada difícil de la enfermedad, tengan energías para salir a flote.

### *Veamos ahora qué nos dice la Biblia del sufrimiento*

En la Biblia se expresan los gritos del sufrimiento:

— El pueblo grita al Faraón (Gen. 4, 53).

— Los esclavos de Egipto gritan a Dios (Ex. 1, 23; 14, 10).

— Los Profetas gritan contra los tiranos (Isaías, Jer.).

— Letanías del sufrimiento que se prolonga hasta el gran clamor y lágrimas de Cristo (Mt. 26, 38-40); (Mt. 27, 46); (Heb. 5, 7).

— El sufrimiento humano es universal: «El hombre nacido de mujer tiene una vida breve repleta de miserias...» (Job. 14, 1).

— La literatura Sapiencial (Los Proverbios, el Eclesiastes, el Eclesiástico, La Sabiduría), está llena de reflexiones sobre el sufrimiento humano.

De todo esto se deduce el juicio que se formula del dolor en la Biblia:

— El sufrimiento humano es un mal que desde luego no debería existir.

— Con frecuencia, sobre todo en el Antiguo Testamento, el dolor se presenta como un castigo del mal comportamiento.

— Otras veces aparece como prueba para purificar.

Con este juicio sobre el dolor parece darse pie a la opinión de que la Biblia *es dolorista*. Entendemos por dolorismo la doctrina que atribuye un alto valor moral, estético, y sobre todo intelectual del dolor.

Por esta razón, empleando expresiones de la Biblia, sin una interpretación de la cultura de la época del escritor bíblico se dan a veces *recetas consolatorias*, que no son oportunas para una acertada evangelización.

### **LA BIBLIA NO ES DOLORISTA**

A pesar de lo dicho afirmamos que la Biblia no es dolorista.

Hace el elogio del médico (Ecl. cap. 38).

Para comprender aquellas expresiones bíblicas, con tintes doloristas en que hace a Dios autor de los males, de las enfermedades, con un fin punitivo (como castigo), o purificativo (para curar purificando), veamos en una reflexión teológica la interpretación que del dolor hace la Sagrada Escritura:

— Dios habla con palabras, con conceptos filosóficos, y con ideas de la cultura de la época del escritor sagrado. Hay que descubrir, como ahora, la voz de Dios a través de «los signos de los tiempos» (Vat. II G. et spes. 4).

— *El mensaje de Dios* con estos moldes literarios e ideológicos es que *Dios es justo* y nos exhorta a la fidelidad.

— Sacar de la Biblia que Dios castiga o *premia* con enfermedad a los *elegidos* es hablar en el siglo xx con un lenguaje de la cultura primitiva.

— No aparece apenas en el Antiguo Testamento la existencia de la vida futura, la inmortalidad, hasta el profeta Daniel. Por eso los premios y castigos están plasmados en esta vida como la posesión o privación de bienes materiales.

— Es por lo tanto un género literario esa expresión, para darnos el mensaje de la justicia de Dios y exhortar a la fidelidad a su ley.

— En el *libro de Job* ante las soluciones que pretenden dar los amigos que van a consolarle, aparece en parte la solución del *problema del mal* en el mundo: «...Traté sin comprender, de maravillas superiores a mí que no las conocía...» (Job, 42, 3). Job en la experiencia y proximidad de Dios, acepta positivamente el dolor entre nubes de misterio. *El dolor es misterio*.

## ¿POR QUÉ PERMITE DIOS EL DOLOR?

No lo sabemos. Esta respuesta sincera es más saludable que dar congruencias consolatorias sacadas sin sólido fundamento de manuales ascéticos de otras épocas.

Sin embargo, en el Nuevo Testamento, sobre todo, y especialmente con la presencia y palabra de Jesucristo, se nos da la firme esperanza aún en la superación de esta vida.

Efectivamente, si el Antiguo Testamento, explica la mentalidad de la época, no es dolorista, mucho menos el Nuevo Testamento.

JESUCRISTO ALIVIA EL DOLOR: Realiza curaciones, como signos de su era mesiánica y como cartas credenciales (Lc. 4, 18; Lc. 7, 22-24) «Los ciegos ven, los cojos andan...».

JESUCRISTO REFUTA LA TEORÍA RETRIBUCIONISTA: Preguntaban los Apóstoles sobre el ciego de nacimiento: «Rabbi, ¿quién pecó, él o sus padres para que haya nacido ciego?» Respondió Jesús; «Ni él pecó ni sus padres» (Jn. 9, 2-4).

Igualmente en Lc. 13, 1-5 se demuestra que los galileos sobre los que vino la venganza de Pilatos y los que perecieron al derribarse la torre de Siloé, no eran más culpables que los demás. Dios no es autor de esos castigos.

Únicamente saca después la enseñanza de que el que no hace penitencia en su mismo pecado lleva la ruina.

SIN EMBARGO JESUCRISTO SUFRE: Jesucristo se incorpora a la Humanidad que sufre, y esta incorporación es con todas sus consecuencias, menos en el fallo moral. Sufre con los que sufren (Mt. 9, 36).

— Sufre ante la multitud incrédula (Mt. 17, 17).

— Sufre por ser desechado de los suyos (Jn. 1, 11).

— Lloro ante Jerusalén (Lc. 19, 41).

— Lloro ante las lágrimas de los amigos (Jn. 11, 21-32).

— Se turba ante el recuerdo de la Pasión (Jn. 12, 27).

— Sufre agonía y angustia mortal (Mc. 14, 33 ss).

— Sufre la muerte en gran tormento y abandono (Mc. 15, Mt. 27; Lc. 22 y 23; Jn. 18 y 19).

— *El siervo de Yahveh*. En Isaías 52, 13-53; 12, aparece en profecía la figura del Jesucristo. Lo ponemos así ya que aunque es cita del Antiguo Testamento es profecía directa de Jesucristo y a ella alude constantemente el Nuevo Testamento. En toda esta profecía aparece el varón de dolores solidario con la Humanidad que sufriendo por los hombres abre el camino de la restauración.

— *Dinámico de muerte-resurrección*. En esta profecía clave de Jesús, en toda su vida y en sus palabras (Mc. 8, 31) (Lc. 24, 26) aparece el binomio muerte-resurrección como núcleo de salvación... pero siempre terminando en la resurrección.

## ¿HACÍA FALTA EL DOLOR PARA LA REDENCIÓN?

**ACLAREMOS ESTE PUNTO:** La palabra *redención*, de la traducción latina *redimere*, en griego *apolytroxis*, significa comprar a precio, *rescatar*. Este concepto está tomado de la cultura helénica: «rescatar un cautivo pagando un precio». Sin embargo el concepto hebreo que vertió san Pablo a moldes helénicos, era diferente: *expiación*.

**EXPIACIÓN:** Esta palabra está tomada de la figura del sacrificio expiatorio en que se derrama sangre sobre el altar o sobre el propiciatorio, que era el velo que cubría el Arca de la Alianza en el Santa Sanctorum.

El derramamiento de sangre no tenía entre los hebreos el sentido de los ritos paganos para *apacuar* la ira de Dios. La sangre entre los hebreos —y Pablo era hebreo— tenía el símbolo de la vida que se derrama, que se comunica en la presencia de Dios.

Este sacrificio expiatorio era un rito de reconciliación con el pueblo y con Dios. No era apacar la ira de Yaveh airado, sino una aproximación a la divinidad a través de la comunicación de la sangre.

**LA REDENCIÓN DE JESUCRISTO:** Entonces, no está centrada en el dolor y la muerte, como elementos clave de la Redención, sino en la *vida* que se ofrece (Jn. 2, 2; 1 Jn. 4, 10). En la *obediencia* y en el *amor* está la esencia del sacrificio de Cristo (Heb. 10, 5-10) (Fil. 2, 5-12).

La Humanidad no sigue el plan de Dios. El egoísmo de los hombres peca, se rebela contra esta ley de la fraternidad humana, universal... Entonces hay un Hombre, Cristo que es Dios y que se solidariza con los hombres (Heb. 2, 14, 18). Y este Hombre-Dios *acepta la vida* tal como es. Con esta vida así aceptada va a la muerte por amor al Padre y a los hombres.

Por todo esto, el *amor de Cristo* fue el que realizó la Redención que culminó en el triunfo de la misma muerte por la Resurrección.

La muerte fue la ocasión de manifestar ese amor «No hay mayor amor que dar la vida por los amigos» (Jn. 15, 13). La muerte en la cruz se la prepararon los hombres y Él no la rehuyó, no se eximió de esas miserias humanas porque había aceptado ser hombre.

## RESUMEN

— Dios es autor de las cosas y de la vida, en una palabra del bien. Este es el mensaje de los primeros capítulos del Génesis (1, 1-3).

— Dios es justo y Dios es fiel. Es el mensaje del Antiguo Testamento sobre el dolor.

— El sufrimiento humano no es castigo de Dios, sino ley de vida dentro de la permisión del mal... (Job. 42, 3; Jn. 9, 3).

— Dios no interviene ordinariamente en los accidentes de la vida; en las enfermedades, choques de vehículos, cataclismos de la naturaleza. Dios es la causa primera de la creación, pero respeta las leyes físicas, biológicas y morales... (cfr. Vat. II G. et spes 36 y palabras de Mons. Boillon, obispo de Verdún y delegado de la Asamblea Episcopal Francesa, para la Pastoral de Enfermos, pronunciadas en el II Congreso Internacional de la Fraternidad Católica de Enfermos, en abril de 1972).

— La Redención del mundo se realiza por un plan de Dios que quiere salvar al hombre. El hombre por el pecado, por el egoísmo del mundo cae en desorden, en guerras, no en la enfermedad, aunque a veces si vengan enfermedades como consecuencia de estos desórdenes (injusticias, hambres, alcoholismo, drogas, etc.).

Esta Redención se realiza por la Encarnación del Hijo de Dios y Cristo, Dios-Hombre, obedeciendo el mandato del Padre y amando a los hombres hasta la muerte, nos trajo la Salvación.

— Esta Salvación realizada en el misterio de muerte y resurrección la conti-

nuamos nosotros, hombres, incorporándonos a Jesucristo y cumpliendo sus Mandamientos: el amor fraterno (cfr. Jn. 13, 18; 1 Jn.; Fil. 2, 5-12).

## CONSECUENCIAS PARA LA PRÁCTICA PASTORAL

El enfermo, en primer lugar, debe combatir la enfermedad como imperfección que es de la naturaleza humana, y debe combatirla en sí y en los demás. Así secunda el plan de Dios creador y redentor.

— Ante lo irremediable, su posición debe ser de aceptar el dolor positivamente, como realidad que Dios permite y vislumbrar en ese estado oscuro *una luz para caminar al Amor*. Esta luz se la puede suministrar Cristo resucitado y viviente en los hombres que realizan su fe comprometida en amor.

— Para este encaminamiento hacia la Luz, obsérvese antropológicamente cada caso y nunca demos *recetas hechas*, sin conocer el estado del enfermo y su problemática.

La actitud más discreta nos la insinúa el mismo libro de Job en el segundo capítulo antes de empezar a *meter la pata* los amigos de Job: «Al ver a su amigo Job cargado de dolores, entonces rompieron a llorar a gritos, rasgaron sus mantos y se echaron polvo sobre su cabeza. Luego se sentaron en el suelo junto a él durante siete días y siete noches y *ninguno le dijo una palabra*, porque veían que el dolor era muy grande... (Job. 2, 12 y 13).

— *El silencio respetuoso* es la mejor actitud ante el que sufre; en una palabra, fomentar alrededor del enfermo un *clima de comprensión*, de *simpatía* en el verdadero sentido de la palabra —padecer con— de amor...

— Este clima le hará ver que en medio de esa vida dolorida y rota está la mano de Dios que es Amor y *le echa una mano con los hombres y le lleva al amor a los hombres sus hermanos*.

— Entonces la persona que sufre irá dando los pasos de salvación: salir de sí mismo, mirar alrededor, preocuparse de los demás y *amar de obras y de verdad*.

Si el enfermo llega al tercer paso está ya en el plano sobrenatural aunque tal vez él no sea consciente de ello (M. 25, 31, 40). Así con este proceso llegará a la experiencia fecunda y salvadora de la fe. En medio de su situación dolorosa, la fe le iluminará en Esperanza con una meta final hacia la resurrección. Pero esta resurrección comenzará ya en el tiempo con la tensión de lucha y liberación por amor, amor que le hará descubrir y valorizar sus posibilidades y las de los demás.

## BIBLIOGRAFÍA

- Biblia.
- Concilio Vaticano II.
- Rahner.
- Teilhard de Chardin.
- José G. Caffarena «Hacia el verdadero cristianismo» Ed. Razón y Fe. Madrid.
- L. Evely «El sufrimiento». Ed. Sígueme. Salamanca.
- Lain Entralgo, «Enfermedad y Pecado». Ed. Toral.
- Redrado, «Presencia cristiana en clínicas y hospitales». PPC. Madrid.
- Peinado, «Pastoral de enfermos en la comunidad cristiana». PPC.

# LA ENFERMEDAD PRUEBA DE LA FE

## IV - Implicaciones de la prueba en la fe Nivel afectivo

Por el padre CARLOS M.<sup>o</sup> ZABALA ALTUBE  
Trinitario

### PROVIDENCIA-ACTITUD DE ORACIÓN

Por una sencilla asociación de ideas el concepto de enfermedad suscita en nosotros el sentimiento de soledad. En realidad y de hecho, y generalmente hablando, así sucede en la práctica. Muchos enfermos se sienten totalmente solos y esta situación les resulta demasiado triste.

En el sentido más completo de la palabra, el enfermo se hallará en soledad cuantas veces se encuentre al margen de las personas y apartado, incluso, de las mismas cosas. Una habitación anónima, o simplemente numerada, sin más objetos de adorno ni más personas de compañía, siempre nos inducirá a pensar en algo frío, impersonal y solitario.

Al fondo de esa soledad, no pocas veces, suele siluarse la cruz en su más desgarradora realidad: la angustia. El hombre, de por sí, ya es un ser *estrechado*. Los primeros meses de su existencia los ha de pasar en la *estrechez* de un húmedo y caliente seno materno. Nada más nacido, la amable asistencia y el cuidado imprescindible, vuelven a recordarle su origen histórico-evolutivo. El oscuro recuerdo de las luchas y necesidades a que ha estado expuesto irán estrechando el cerco de tal manera que, de las mil formas difíciles que la vida tiene de concretarse, solamente una podrá ser realizada: la individual.

El agobio de la estrechez, como un lote hereditario, nuevamente aparece en el individuo, ya que sus *pensamientos* quedan atados en el ejercicio de conexiones racionales; sus *decisiones* son dictadas en gran manera por las necesidades externas, y sus *sensaciones*, la mayor parte de las veces, corren paralelas a las tiránicas directrices de la moda.

Todo esto hace concluir al hombre, que hay algo escondido en lo más profundo de su ser, que es extraño

a él, pero que le acecha sin que sea capaz ni de determinar ni de localizar ese *algo* amenazante que, ciertamente, no es una parte del mundo aunque está en todos los sitios, pero que termina por desmoronar la consistencia interna de la persona, desvirtuando su ser y haciéndolo humanamente inhabitable.

Este sentimiento da un colorido de especial lividez al desaliento, a la apatía, al aburrimiento, al asco, a la queja, a la desolación y al abandono, haciendo sonar con ello, de manera mucho más sostenidas y agudas, las horas de angustia en las que el no poder hacer nada por uno mismo, marca el verdadero tormento. La estrechez surgida es tan desconcertante que ningún pensamiento ni reflexión nos pueden sacar de ella.

He aquí la encrucijada de nuestra existencia donde podemos hallar la posibilidad de experimentar lo absoluto; el puesto privilegiado de donde puede arrancar la senda de nuestra salvación; en una palabra, el punto donde la fe adquiere la máxima intensidad, la función más insustituible y la acción más decisiva.

Cuando el hombre se siente a sí mismo y siente su existencia como sin posibilidad de salida, como algo que no posee ninguna consistencia interior, es entonces cuando se da cuenta de que solamente en Dios tiene cohesión y explicación de su vida.

Ese Dios, que no pertenece a las estructuras de este mundo ni al andamiaje de nuestra vida síquica, ante la absurdidad y el tormento, puede ser el despertador que desperece las últimas fuerzas de nuestra existencia y haga que, definitivamente, nos arrojemos a los brazos divinos. De esta manera, y muy providencialmente, las angustiosas horas del enfermo, desde el límite extremo de negatividad de las mismas, pueden convertirse en luminosas y positivas, en la experiencia de Dios.

La espantosa desnudez y soledad de ese momento

Dios comienza a llenarlo con el regalo de su *cercanía*; ante el abandono y la desesperanza Dios toma resueltamente partido. Su misericordia y fidelidad, su insondable amor, son presentados por la fe en el misterio de la Providencia.

El enfermo, a quien se le ha agudizado el sentido de justicia como a un niño, se resiste a creer que esa Providencia, a la que ha llegado tras largo y amargo peregrinar, solamente sea *magia* o simplemente, *truco*. Le ofende el que se le ponga a Dios al servicio del bienestar, como si la salud fuera un privilegio exclusivo del hombre bueno.

El enfermo constata personalmente que existen *gentes buenas*, consagradas a Dios, que llevan una vida mísera y sin éxitos; que se encuentran en todas las desgracias, que están expuestas a toda clase de desesperaciones y amenazas, que siempre se hallan en situaciones angustiosas, que todo les sale mal... de lo que se deduce que, si la Providencia fuese un medio de seguridad terrena y del bienestar temporal, tal afirmación no correspondería jamás a una verdad revelada por Dios, ya que no sería un mensaje de liberación y alegría, sino más bien, una injusticia flagrante cuyo clamor llegaría al cielo.

La Providencia no es para los ricos en éxitos, sino para los angustiados, para los desanimados, disgustados y desesperados. Ella parece gritar: si no posees a nadie que te acompañe y te ayude; si te sientes anónimo y perdido en la enfermedad, si verdaderamente no ves ninguna salida, entonces acuérdate de Dios.

Por consiguiente, la Providencia bien la podríamos definir como *el esperar contra toda esperanza*, como la última salida de quien está aplastado y atezado por la enfermedad; como el principio de la solución a partir de ese momento cero, en que la fuerza humana queda aniquilada. Ella viene a representar en cifra y síntesis ese núcleo importantísimo de la fe, que es la redención.

Si Cristo al perseguido por la desgracia le ha llamado *bienaventurado* es porque se ha comprometido a rodearle con su bondad sin límites y con su infinita benevolencia.

Lo esencial de la Providencia consiste, por tanto, en esa *conversión* del pensamiento y no tanto en que Dios actúe espectacularmente en nuestras vidas por medio de intervenciones milagrosas, o en que aleje de nosotros las amenazas, impida los ataques del mundo enemigo o nos restituya la salud. Esta conversión, obra de la gracia, que derrama nueva luz sobre el interior del espíritu y lo robustece, hace que el hombre halle siempre una salida en todas las situaciones y todo lo convierta en bien. Al fin, todas esas situaciones están ya previstas y resueltas en la mente y en la bondad de Dios. Es posible que, aun supuesto todo esto, la vida siga igual; que pida el alivio de los dolores de su mal; que suplique la curación de la enfermedad y, sin embargo, siga enfermo. Pues bien; en todo ello y, precisamente a través de ello, Dios llega a regalar el don de su *cercanía*. En todo ello

se manifiesta su amor. En comprender esto consiste el vivir esa verdad de la fe, llamada Providencia.

Una vez más, desde la soledad y el desierto, vuelve Dios a llamar por la fe, haciendo que su voz esponje la afectividad y hasta empape la sensibilidad del enfermo, de manera que en él aparezca una nueva dimensión existencial, concretada en la *serenidad*.

La fe ha salido tan madura de esta prueba que el enfermo no duda en asentar como principio práctico de actuación de su vida, aquella frase de san Pablo: «¿Quién nos arrebatará al amor de Cristo? ¿La tribulación, la angustia, la persecución, el hambre, la desnudez, el peligro, la espada...?» (Rom. 8, 35), o aquella otra más profunda, que sintetiza toda la doctrina de la Providencia: «Dios hace concurrir todas las cosas hacia el bien de los que le aman» (Rom. 8, 28).

El fruto inmediato que recogerá el enfermo después de toda esta purificación de abandono, será, estar en las inmejorables condiciones para comprender a los hombres. Quien se ha sentido totalmente abandonado, es capaz de dar a los hombres una total *cercanía*. Por eso, Cristo es capaz de entrar tan íntimamente en la tristeza del hombre; por eso el enfermo puede liberar a los demás de la soledad.

#### ACTITUD DE ORACIÓN

A esta Providencia existencialmente considerada ha de corresponder en el enfermo una humilde y confiada postura de oración. La oración del enfermo nunca será la del hombre sano, que es de expresiones acabadas. El dolor, las limitaciones, la soledad colocarán al enfermo en una actitud de aceptación de la voluntad de Dios. Para el enfermo la definición de oración será el identificarse con la voluntad de Dios, el asimilar las razones que Dios tiene, es comulgar con Él, es estar a la escucha de Dios.

La voluntad de Dios viene dictada al enfermo no sólo por los mandamientos, sino por los simples sucesos de cada día. La oración no nos descifrará inmediatamente el mensaje de tales sucesos, pero nos ayudará a situarlos, a integrarlos dentro de un contexto; en definitiva, a aceptarlos. La plegaria del enfermo debería consistir en renovar constantemente la adhesión de nuestro ser a la realidad de la existencia enferma; con ello colaboraríamos de manera incesante con el plan de Dios. Esta aceptación toca a la cota máxima, cuando se trata de posesionarnos de algo que será definitivo e irreversible; de aquello para lo cual no existe la consideración de que ya pasará, de que ya se arreglará, de que ya se solucionará.

Esta actitud de oración abarca también dos campos distintos:

- a) *la imaginación*, como máquina de torturas y tormentos, llegando a un empleo tal que su ejercicio no nos debilite inútilmente.

b) *El corazón*, con su radical miseria. Los enemigos declarados del corazón del enfermo son: la dejadez, la incapacidad de un vivir ferviente, al que se une una sensación de profunda frustración, como fruto del cual surge la trivialidad existencial la cual convierte nuestras vidas en mediocres, en auténticos lugares comunes, desembocando en el desasosiego para caer, definitivamente, en la extenuación.

#### CRISTO PACIENTE-VIRTUDES PASIVAS

«Hermanos muy queridos: nosotros sentimos profundamente en nuestros corazones de padres y pastores vuestros gemidos y lamentos. Y nuestra pena aumenta al pensar que no está en nuestra mano el concederos la salud corporal ni tampoco la disminución de vuestros dolores físicos... Pero, tenemos una cosa más profunda y más preciosa que ofreceremos, la única verdad capaz de responder al misterio del sufrimiento: la fe y la unión al hombre de los padecimientos, a Cristo, crucificado por nuestros pecados y nuestra salvación» (Mensaje del Concilio, 8/XII/1965).

Una vez descrito el polo positivo de la afectividad, nos queda por contemplar su faceta negativa, que la hemos dejado constituida por la *pena*.

Ese mero acontecimiento que le priva al hombre de su propia disposición, y que hay que interpretarla en relación a la vida integral del mismo, y llamamos enfermedad, descompensa al hombre en su afectividad de tal manera que, para contrarrestar su influjo, necesitamos también en el orden sobrenatural, acentuar alguna verdad de fe que lo compense y neutralice. No basta aceptar la situación enferma, como si Dios se revelase a través de la misma; tampoco es suficiente suponerle al enfermo configurado con Cristo muerto y resucitado por los sacramentos, por los que el Espíritu Santo lleva a cabo su obra santificadora. El enfermo cristiano, dentro de ese mundo espiritual, común a todos los fieles, necesita de una verdad con garra que explique y justifique lo aparentemente absurdo de su enfermedad.

Sin duda alguna, la respuesta a esta situación nos la brinda Cristo. Con todo, el tema sobrepasa mi intención, por lo que solamente trazaré algunas pinceladas sobre el mismo.

1) El cristiano enfermo ha de trabajar por conseguir una conciencia bien clara y viva de que, por medio de la enfermedad, Cristo se hace otra vez. Por su enfermedad el enfermo vuelve como a morir con Cristo, haciendo con ello que el sacramento del Bautismo se actualice en cada instante de su enfermedad, o al menos, en los momentos de cierta importancia. Si realmente el enfermo ha llegado a la cumbre del Calvario, es porque está insertado en el Cuerpo Místico, por lo que padeciendo, completa algo y suple algo que falta.

No deja de ser un gran honor para el hombre el saber que Dios intencionadamente ha querido que las cosas

quedaran como incompletas en la creación para brindarle la oportunidad de que coopere con su obra. Ha salpicado el universo de profusión de colores, pero ha dejado al hombre el que con la proporción y combinación de los mismos, realice las obras maestras de la pintura; lo ha llenado de sonidos pero la armonía será fruto de la inspiración del artista. De la misma manera, ha llevado a cabo la redención, pero a la vez, ha dejado paso a la acción del hombre *a fin de que complete lo que falta a la Pasión de Cristo*.

2) Es una idea preñada de optimismo y con un mensaje salvador, el pensar que todos los dolores del enfermo están incorporados por Cristo a su Pasión. Ahora le toca al enfermo inyectar el espíritu de la Pasión a su vida personal. Ciertamente, el instinto de conservación querrá hacerse oír a través de la repugnancia innata al sufrimiento; pero, la presencia de la cruz ofrecerá también al enfermo el don de la paciencia de Cristo, con el que quedará tan enriquecido, que sobreabundará en la alegría por padecer por Él y con Él.

3) El completar la Pasión de Cristo quiere decir al enfermo que, por su medio, Cristo desea hacerse nuevamente carne, con el fin de seguir alabando a su Padre aquí abajo. La enfermedad y el dolor de los hombres brindan a Cristo la preciosa oportunidad de agotar hasta la última gota del cáliz de su sufrimiento, haciéndole vivir toda aquella serie de situaciones, que su existencia histórica, no le permitió gustar. Así, el enfermo no se limita escuetamente a seguir a Cristo sino que lo reproduce según su particular escala: Cristo se hace otra vez.

Hubo en la existencia de Cristo muchas desventuras, situaciones terribles, enfermedades nuevas que, en su carácter específico, no pudieron ser asumidas por Él. Cristo no probó las limitaciones que padece un parapléjico, a quien una operación o un accidente le han creado una situación irreversible, y aunque las hizo suyas en virtud de su caridad universal, con todo quiso, en su plan divino de salvación, que el parapléjico sufriera su lote de penalidades, a fin de que el Padre fuera, de esta manera, perpetuamente glorificado.

4) La enfermedad es una gracia marcadamente *cuasi sacerdotal*; es como un clamor de Cristo para que subamos al altar de su Misa; es un deseo suyo de que nuestra vida sea un continuo hacernos hostia; un secreto afán de consagrarnos, de transustanciarnos en Él.

*Haced esto en memoria mía*, no es una consigna señalada solamente para presenciarlo por medio de la Eucaristía, y a través del sacerdocio ministerial; es también una consigna para todos los hombres, y en especial para los que sufren, quienes tendrán que renovar en su propia carne, el doloroso misterio del *cuerpo entregado* y la *sangre derramada*.

Así como la sangre de Cristo mantiene a la Iglesia en eterna primavera, así el dolor del enfermo, convertido en sangre, será también la lluvia feraz y amorosa que, regando constantemente la cruz, la mantendrá fresca y joven. Por esa presencialización ininterrumpida del do-

lor en la vida del hombre, la cruz siempre será actual, siempre necesaria, siempre suficiente. La Encarnación se irá perpetuando en la Historia porque el dolor irá constantemente prestando a Cristo como una humanidad suplementaria, igualmente que su Redención estará en constante renovación porque el dolor seguirá elevando en todo momento, nuevas cruces.

#### VIRTUDES PASIVAS

No siendo la enfermedad una vocación cuyo objeto sea la elección sino la aceptación, es claro que las virtudes que, en la misma han de sobresalir, sean las virtudes pasivas o el aspecto pasivo de las mismas.

El enfermo es un paciente, sobre todo, en el orden espiritual; de aquí que, a su situación iluminada por la fe y animada por la caridad, por cierto sentido pragmático y positivista, atribuyamos preferentemente, aunque no de modo exclusivo, los siguientes hábitos operativos buenos:

*Esperanza.* Es la virtud teologal del *porvenir*. En ella intervienen Dios y el hombre. A la disposición divina sobre el destino del hombre, corresponde en éste su respuesta personal y confiada. Ahora bien; este *porvenir*, con la enfermedad, parece entenebrecerse y exige del enfermo ese acto valeroso, que Pablo define como *esperar contra toda esperanza*.

Cuando todos los soportes humanos pierden su eficiencia, es cuando con más pureza puede hallarse el hombre para depositar su confianza en ese *Alguien*, que está esperando suene esta hora de total despojo. La enfermedad sitúa al hombre, con frecuencia, es este sombrío y desconcertante estado. El enfermo ha de asirse a ese *Alguien*.

*Paciencia.* La historia salvífica personal urge al enfermo a que, bajo las adversidades, limitaciones, ansiedades, fluctuaciones y vaivenes, siga manteniendo firme su certeza en la fe, la cual le asegura que, la incertidumbre de su historia personal, pese a su aparente negatividad, se ha de convertir en bien. Esta actitud cristiana ante la adversidad supera en elegancia tanto al estoicismo como a la mera y simple resignación humana.

*Humildad.* Se trata de tener una experiencia de lo Absoluto y de la Grandeza Absoluta, sin la que esta virtud no puede ser justificada, y menos, digna de ser vivida. Sin esta dimensión, lo que se denomina humildad, fácilmente puede degenerar en bajeza. Ahora bien; la enfermedad, cuando es acogida con fe, revela con luz meridiana la presencia de ese Absoluto, cuyo nombre real es Dios.

*Serenidad.* Tiene sus raíces en la verdad, antes descrita, de la Providencia, y está hermanada con la paciencia, la humildad, la fortaleza y la magnanimidad. Ella hace que lo complicado y difícil se convierta en sencillo; confiere un equilibrio interior al alma que está arraigada en Dios, a la vez que en el mundo.

Serenidad significa dominio propio y elegancia fina para estar tranquilos cuando las contrariedades del mundo y la lejanía de Dios nos agitan el alma; es disciplina y mesura para cuando en nuestra vida todo nos sale torcido y mal.

Sin ser virtud, se asemeja mucho a ella, sobre todo, cuando se convierte en actitud pacientemente ejercida y sufrida; cuando representa un estar tranquilo junto a todas las cosas del mundo, y disponible ante cualquier exigencia que venga de Dios.

*Fortaleza.* La enfermedad es un campo de batalla donde la carne del enfermo, herida y debilitada, requiere una estrategia distinta de la carne del hombre sano. En la salud, la carne arrastra al hombre hacia el placer; pero en la enfermedad el hombre es quien arrastra la pesada carga de su cuerpo; y, si en la salud se impone la castidad, en la enfermedad es más bien la fortaleza la que se precisa.

Dos funciones se señalan a la fortaleza: el resistir y el atacar. Al enfermo le corresponde el primer acto, que es más difícil y exige mayor valentía, pero también el que más curte y endurece. Enfermedades prolijas, dolorosas y humillantes que crean en el enfermo trances auténticamente martiriales, revelan ciertamente fortaleza auténticamente heroica.

*Alegría.* Es verdad que la alegría nos viene como un regalo. Brota de Dios. La alegría humana es solamente una participación gratuita en la alegría de Dios, que es el ser privilegiado de la máxima alegría. De aquí que la alegría no la podemos considerar como parte integrante de nuestra existencia, aunque ella represente y, sea de hecho, la plenitud de nuestra existencia.

La alegría no es una mercancía, ni tampoco pertenece a la esfera de la diversión y al mundo de la distracción. No es propiamente una virtud, pero el enfermo ha de aprender a ejercitarla como si lo fuera. Ella es necesaria para combatir todo aquello que en nuestra vida sea gris y penoso; es el remedio de todo lo sin sustancia y trivial; ella nos libera de convertirnos en generalidad, en masa amorfa y nos eleva de la mediocridad.

Esta alegría en la vida enferma, salvará al enfermo de la insinuante tentación de su frustración personal, que suele plasmarse en un total y general descontento, y proporcionará a las personas, que constantemente nos rodean, la redención de ese estado de inercia, languidez, oscuridad, atonía, y hasta estupidez, que causa la extenuación.

A este *credo* y a esta *moral*, descritos con un criterio muy personal, pero a los que avala una existencia experimental humana, cristiana y sacerdotal, no cabe duda, podrían añadirse muchísimos conceptos importantísimos y esenciales; más aún, especulativamente podría hasta prescindirse de todo lo dicho anteriormente; pero el enfermo, en concreto, precisa verdades inmediatas y virtudes prácticas a las que recurrir no por vía de emergencia, sino de modo habitual.

# y V - Puntualizaciones de la fe a algunas exageraciones de la ascética sobre la enfermedad

## CRISTO Y LA ENFERMEDAD

No están aún muy lejanos aquellos tiempos, dominados por cierto senequismo estoico maniqueísta, en que se llegó a sobrestimar de tal forma el sufrimiento, la enfermedad, el dolor, que lo antepusieron, al menos de hecho y en la vida ascética, a cualquier otra modalidad de vida cristiana, asignándole un valor casi absoluto.

Se pueden aún leer los escritos de ciertos exagerados ascetas, que empecinadamente convencían a sus aventajados discípulos del pensamiento de que Dios amó sistemáticamente la pobreza, el infortunio, el dolor, el fracaso, la cruz... Consiguientemente, el mayor sufrimiento, la más penosa enfermedad, han de ser el blanco invariable al que debían tender los más fieles seguidores del Redentor.

Tampoco falta en nuestros días, sedicentes doctores acompañantes del dolor ajeno, que repiten vaciamente estos o parecidos consejos desde la cómoda instalación de su robusta salud. No se dan cuenta, o no quieren darse, de que sus voces no hallan eco en el corazón enfermo. No se han percatado que son ineficaces sinapismos y paños calientes en cuerpos de hombres, que ya están de vuelta.

Tales ascéticas, aparentemente, serán finísimas, pero no dejan de arrastrar un larvado error lastimoso. Sentemos, como principio y punto de partida, que Cristo no buscó jamás de modo sistemático el sufrimiento, el dolor, la enfermedad.

Si partimos del misterio de la Encarnación y, anteriormente del decreto de la misma, nos hallaremos con el plan de Dios, en el que se revela fundamentalmente el amor, que si después se convirtió en redentor, fue porque entre el decreto de dicha Encarnación y el hecho de la misma, se intercaló el pecado. Lo sustantivo es el amor, al que después adjetivamos *redentor*, por reflejar la forma descriptiva, viva y convincente de llevarla a cabo. Es decir, la Redención se llevó a sus últimas consecuencias *con* sufrimiento, pero no *por* el sufrimiento, sino *por* el amor; el dolor fue solamente el clima en el que se desarrolló o el modo preciso de ejecutarla.

Lo que decimos de la Encarnación, podemos también afirmarlo de toda la línea de conducta ordinaria de Cristo en su existencia histórica. Buscar el sufrimiento por el sufrimiento, hubiera significado en Cristo una adulteración de sus propósitos, ya que daba lo mismo el que pretendiera ese fin o el bienestar o cualquier otra torpe ventaja, si de hecho le apartaba de aquello para lo que Él había puesto su morada entre los hom-

bres: «Que te conozcan a Ti; que te amen...» A la misma conclusión llegamos, si indagamos en el Evangelio buscando algo que el mismo Cristo haya determinado como señal distintiva de sus seguidores. El sufrimiento jamás aparece como algo explícitamente buscado por Cristo, como testimonio de amor; en cambio meridianamente aparece que fue el amor lo que tan intensamente ejerció que este generoso gesto le arrastró a los mayores sacrificios.

He aquí la auténtica y verdadera meta que jamás nadie tendrá derecho a sustituir por ninguna otra, aunque le parezca más brillante y esforzada.

De ordinario no podemos entender verdadero amor si éste no va amasado con el sufrimiento, ya que el sufrimiento tiene poder y valor de eficaz purificación; pero es más la necesidad que tiene el sufrimiento, para que no carezca de sentido, de la dimensión del amor que al contrario. Amor sin sufrimiento, no cabe duda, es como algo no acabado, como algo incompleto; pero un sufrimiento sin amor es algo así como algo incomprensible, como algo morbosos.

De todo lo que antecede, podemos deducir las siguientes conclusiones:

— Lo que Cristo buscó, desde el momento de su Encarnación hasta su inmolación definitiva del Calvario, fue dar total cumplimiento a la voluntad de su Padre.

Ahora bien ¿será imprescindible que una enfermedad para que sea totalmente conforme con la voluntad de Dios, haya de ser necesariamente ajena, de manera total, a nuestra voluntad?

De hecho, y en la práctica, podemos fácilmente observar que una enfermedad involuntaria, así sin arabescos ni barroquismos, ofrece mayor garantía de pureza, e incluso una mayor dignidad elemental, que no se presta a dudas, como lo puede ofrecer el sufrimiento procurado, aun cuando se pretenda en nombre de Cristo. Siempre la pobreza efectiva de un obrero honrado nos convencerá más de esta virtud, que las variadas y complicadas formas de pobreza inspiradas en el deseo de perfeccionamiento espiritual de quien efectivamente nada en la riqueza.

Es tan celosa la virtud de su pureza que cualquier complacencia en el dolor y en la enfermedad de tal manera la adultera que la incapacita para ser incorporada a la Pasión de Cristo. Si el Redentor se abrazó sangrantemente al martirio de la cruz fue porque su Padre no quiso que el cáliz del dolor pasara por sus labios sin ser apurado hasta las heces.

A este respecto, conviene que indiquemos que, en el fárrago de la literatura dolorosa, podemos encontrar dos posturas que, aparentemente son antitéticas, pero que el último término las dos acaban por originar el mismo efecto desastroso. No faltan manuales que exponen el maravilloso arte de evitar el dolor: es la tendencia edonista, de matiz abiertamente pagano. Estos enseñan, o quieren enseñar a rehuir la voluntad de Dios. Mas, existen otros libros etiquetados de ascéticos, sedicentes de perfección, que intentan enseñar el cultivo del sufrimiento. Tales autores, aunque con rodeos, terminan también por suplantar la voluntad de Dios por la voluntad de la criatura. No es nada raro que en el dolor laboriosamente perseguido se mezclen el orgullo y la propia satisfacción. Por consiguiente, una enfermedad o dolor, que entre sus primordiales objetivos no incluya el darnos la medida de nuestra condición y dependencia, bien podemos considerarlos como productos adulterados. En cambio, siempre que la iniciativa pertenezca y parta de Dios y el enfermo responde a ese designio de amor con una postura de conformidad con su voluntad, podemos afirmar que tal enfermedad posee la capacidad de poder servir a Cristo como una humanidad complementaria.

— Cristo, buscando la manera más eficaz de amar enteramente al prójimo, a todos los hombres, se abrazó con el sufrimiento, pero solamente como medio, no como fin.

Hacer del sufrimiento un fin, hubiera supuesto en Cristo una desviación de su misión. Sorprenderle pensando en cómo sufrir más equivaldría a sorprenderle en pensar en Sí mismo.

Es una verdad de fe que Cristo es perfecto hombre, por lo que en Él debió de existir lógicamente el instinto de conservación; pero este instinto Él lo sublimó, convirtiéndolo en entrega generosa, en amor a los hombres. Y, como Cristo no supo amar con medianías, ni cicaterías, sino con un amor perseverante y absoluto, llevó este amor hasta las últimas consecuencias, hasta la cruz.

En este sentido hay que interpretar el amor de Cristo a los sufrimientos. Cristo lo que amó y lo que más amaba eran los hombres, para cuya salvación le envió el Padre a este mundo y por quienes Él, en cumplimiento de esta voluntad divina, se inmoló.

¿Existe alguna razón por la que debemos preferir el dolor a otra cosa? ¿Tiene algún valor ese principio tan canonizado de que el dolor nos asemeja a Cristo?

Contestemos de una vez para todas que Cristo jamás conjugó en su vida el verbo *preferir*. En el umbral de la Encarnación, según el Profeta, Cristo se presentó al Padre para cumplir su voluntad. No prefirió. Igualmente, el momento supremo de su vida estuvo señalado por la elección de los demás: indulto o cruz.

En realidad, tanto la salud como la enfermedad no dejan de ser en sí mismas dos realidades total y completamente indiferentes. Representan sencillamente el fruto de unas situaciones impuestas por la voluntad divina. Tales situaciones no significan más que el amor

inconmovible que Dios nos profesa. El enfermo, lo único que ha de hacer, es saber descifrar el contenido de ese amor, aceptarlo humildemente.

A partir de este punto arrancan ya los senderos tortuosos y complicados, un tanto sofisticados, de la elaboración de la teología mística. ¡No compliquemos!

## ASCÉTICA Y ENFERMEDAD

Una vez ya examinada la conducta de Cristo ante toda especie de sufrimiento detengamos nuestra atención en el hecho mismo del dolor. La literatura ascética es del parecer unánime de atribuir al sufrimiento las siguientes notas positivas, que aunque no son exhaustivas son, sin embargo, indicativas:

— La enfermedad es un instrumento o medio del que Dios se vale para que el enfermo haga gran acopio de beneficios espirituales.

El sufrimiento, con esa amarga insatisfacción existencial de que es portador, es el que descubre mejor la radical indigencia de nuestro ser. El puede proyectarnos a una dimensión más trascendente, e incluso, situarnos en condiciones inmejorables y más puras para poder sentir muy cerca el misterio de Dios.

El problema del mal en el mundo, en general, como el dolor personal pueden ambos desembocar en dos soluciones diametralmente opuestas. Para muchos, la gran objeción de la no existencia de Dios es la presencia del mal en el mundo; en cambio, para otros la presencia de ese mal les sirve de acicate para una reflexión superior la cual les enfrenta con la intuición del misterio. El ingente cúmulo de interrogantes les empuja a Dios. En Él pueden hallar respuesta satisfactoria todas esas inquietudes mentales.

De la misma manera el dolor, la enfermedad, pueden marcar la senda directa que nos lleve a Dios. Es cierto que a Dios solamente se llega por la fe; pero no es menos cierto que esta misma fe se alimenta muchas veces a expensas de nuestros fracasos, de nuestra soledad, de nuestra tristeza.

Otro de los bienes que acarrea el sufrimiento a aquel que quiere padecer con Cristo, es el conocimiento experimental del mismo. El hombre que jamás haya sufrido se encontraría flotando en la más grande de las frivolidades metafísicas. En cambio, el enfermo ha aprendido no sólo qué es la enfermedad, sino también qué es la salud. Son muchas las realidades y algunas las más graves, cuya importancia solo se nos hace perceptible en su ausencia. El enfermo ocupa en la vida un puesto de observación de gran alcance. Está en el vértice de la misma, por lo que su juicio ha de gozar de un gran equilibrio y neutralidad.

— La enfermedad tiene una función catártica y muchas veces provoca en el enfermo auténticos desasimientos salvadores.

La enfermedad ha sido comparada por los autores ascetas como el acíbar que la naturaleza ha puesto muy

sabiamente en los pechos de la vida para destetarnos a tiempo. Propiamente hablando, no podemos señalar la relación entre efecto y causa en esto del desasimiento salvador, al menos la relación de prioridad. Con todo, es evidente, que la enfermedad nos despega de los objetos. Es indudable que en la enfermedad siempre existirán objetos a los que el enfermo pretende asirse tenazmente; pero al ser estos objetos mucho más viles y más miserables que los bienes de la persona, el único efecto que producirán será el revelarnos mejor lo miserable del apego.

Igualmente, las personas que rodean al enfermo suelen ser también blanco de este despego, ya que son ellas las que casi insensiblemente, poco a poco, van apartándose de ese penoso espectáculo que constituye siempre una persona en constante padecimiento.

Cuando el enfermo ha sabido encajar cristianamente este total despego es cuando aparece el Señor, que ha esperado pacientemente para recuperar lo que es suyo. Es la hora en la que Dios acostumbra regalar el don de su preciosa cercanía.

— En el plan de la historia personal de la salvación, el sufrimiento en general, y la enfermedad en concreto, constituyen un gran bien o la fuente de grandes bienes.

Ya en páginas anteriores hemos expuesto cómo los profetas y los sabios descubrieron el valor del dolor. Todos ellos conceden al mismo la categoría de purificador, de educador, de intercesor y hasta de redentor. Al llegar la plenitud de los tiempos, Cristo aparecerá como el vencedor del dolor, el cual aunque no pretendió suprimirlo, sí consiguió transformarlo y sublimarlo.

¿Tiene algo que puntualizar el enfermo creyente a las precedentes afirmaciones? Tal vez sí; sobre todo, si el punto de arranque lo situamos en las peticiones de la oración dominical.

En ellas abiertamente se alude al mal, en general, y a sus especies, el sufrimiento, el dolor y la enfermedad. Esa séptima petición, tal vez, tenga sabor recriminatorio para ese vicio que se ha filtrado en el cristianismo, cual es el excesivo amor al sufrimiento.

Se ha repetido insistentemente, que la enfermedad es un bien, cuando en realidad es un mal, que desde luego Dios puede y sabe convertirlo en bien. No es la enfermedad la que santifica al enfermo, sino que es el enfermo quien santifica a la enfermedad. En el calvario, junto a la cruz de Cristo, había también otras dos iguales, de las mismas dimensiones; sin embargo, una fue instrumento de redención, y otra, de desesperación. No cabe hablar unívocamente de cruz.

De esto se deduce que los cristianos debemos hablar del sufrimiento con una mayor reserva; algo así como se tratan todos los temas susceptibles de doble enfoque, o como se manejan las cosas capaces de doble uso, como el fuego, las armas, etc...

Con este criterio ¿podemos afirmar que la enfermedad origina en el alma un saludable desapego?

Recurramos a la experiencia. Si con ojos penetrantes

estudiamos al enfermo, salvo honrosas excepciones, vamos a encontrarnos con uno de los seres creados que se creen con más derecho a todos los cuidados y sacrificios de cuantas personas le rodean.

El sufrimiento inmediatamente aparecerá como un reclamo de atención, que paulatinamente provocará primero la compasión para, después, forzarla. Colocados en esa esfera, fácilmente se creará un clima de interpretaciones ambiguas: afectos, cariños y otras muestras equívocas de pretendido amor tenderán a ser interpretadas como consuelos desinteresados y castos. Muy pronto seguirá a todo esto el establecimiento de una zona claroscuro entre las actuaciones personales y los principios éticos. El epicentro de todo este movimiento afectivo será, sin duda alguna, el mismo enfermo.

Ahora bien, ¿se puede hablar de desprendimiento en un enfermo, que olvidándose de todo, centra totalmente su atención en sí mismo? Ciertamente que no. El efecto que la enfermedad ha producido en tal paciente es una tal hipertrofia de la autoconciencia que ya no hay margen disponible en él para las impresiones procedentes del mundo exterior.

La enfermedad, tal vez, le haya desasido de los objetos y de las personas, pero no de sí mismo. Así, en la salud de los demás, que él conceptúa como algo insolente y hasta provocativo, querrá ocupar el centro desde donde tome pequeñas venganzas profiriendo frasecitas mortificantes, alusivas a la fugacidad de todo lo terreno; ante las grandes catástrofes y otros acontecimientos de repercusión mundial, se inclinará suavemente a dar más importancia a los detalles de su vida, que si la interpreta en relación con los demás, es porque en las vidas de los otros le gustaría estar a fin de reclamar algo de su atención. Todo esto da la impresión de que el enfermo necesita verse acompañado por el dolor de los demás.

Concluamos por tanto, que el desprendimiento no es en realidad y de hecho efecto infalible de la enfermedad.

¿Es cierto que la enfermedad facilita al enfermo la práctica de la humildad?

De muy diversos lugares y a través de muchas voces el enfermo ha oído que la enfermedad es una palanca con que Dios mueve el mundo; que la enfermedad es un signo de elección; que el enfermo es una víctima y un mártir. Inconscientemente, a base de esta apologética oratoria, puede el paciente llegar al convencimiento de considerarse un acreedor de Dios, juzgándose inocente y teniendo por inmerecido el azote de la enfermedad. El paso siguiente sería el sobrestimar sus propios dolores. Ha nacido sutilmente la soberbia, fruto de una mal entendida inflación ascética.

Digamos sencillamente que es muy difícil sufrir bien; sufrir sin orgullo, sin amargura, sin abatirnos y sin humillar a los demás. Confesemos que el sufrir bien es un arte que exige escuela; que la paciencia, la simplicidad y el olvido de sí mismo son asignaturas arduas de aprender; que el único problema del aprendizaje es el de la aceptación, es problema de auténtica sencillez.

## PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA



### Encontramos el consuelo de los sordomudos en el mismo corazón del Evangelio

Nos alegra saludar hoy a los miembros del *Bureau* y de la Presidencia de la sección científica de la Federación Mundial de Sordos, reunidos aquí para preparar el próximo congreso en Washington. Desde hace años hemos tenido la oportunidad de seguir vuestras actividades que unen constantemente la investigación médica de alto nivel con la dedicación a cuantos sufren por no ser *como los demás* y a quienes a veces se deja de lado. Constituye siempre una alegría para nos poder expresar a todos los miembros de vuestra Federación, a través de sus dirigentes, la profunda estima que tenemos de su actividad, que da al mundo un gran ejemplo de servicio y de sentido del prójimo. El drama de los sordos, como lo hemos hecho notar otras veces, es que se sienten apartados de la vida colectiva e incapaces de beneficiarse de ella o de compartir ellos mismos las riquezas, con frecuencia muy grandes, de su vida interior, como encerrados en sí mismos tanto por su enfermedad como por la actitud del medio ambiente. El objetivo de vuestro próximo congreso es precisamente estudiar los medios para garantizarles una plena integración en la sociedad moderna. No se trata, pues, sólo de curar o aliviar la enfermedad —nos

alegramos de los grandes progresos realizados en este campo—; es necesario extender la acción al medio social mismo, para transformar su actitud espontánea y ayudarle a practicar concreta y colectivamente ese ideal de fraternidad humana del que nadie debe quedar excluido. Os animamos a vosotros y a todos los miembros del futuro congreso y os auguramos que vuestra iniciativa sea fecunda y encuentre por doquier, tanto por parte de las autoridades públicas como de los responsables privados, la acogida favorable que merece. En cuanto a nos, somos aún más sensible al problema porque encontramos el consuelo de los sordomudos en el mismo corazón del Evangelio. Los sordos oyen, los mudos hablan, la Buena Nueva les es anunciada: he ahí algunos de los signos que Jesucristo ofreció del reino de Dios, esperando que las almas y los cuerpos quedasen libres de toda esclavitud. Esta es para nosotros, cristianos, una razón más para participar activamente en las iniciativas de vuestra Federación. Encomendamos de todo corazón al Señor vuestros trabajos y le pedimos que bendiga a vuestras personas y, a través de ellas, a todos aquellos a quienes se orienta vuestra dedicación.

## Noticias de Hispanoamérica

### TLALPAN

#### INAUGURACIÓN DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL «SAN RAFAEL»

En el final de 1974, la Clínica San Rafael en Tlalpan, D. F. vivió uno de sus momentos más trascendentales como la Institución en que la historia psiquiátrica de México, tendrá que ocupar un lugar preponderante, al señalar nuevas rutas de acuerdo con el enfoque moderno que la psiquiatría ha desarrollado en todo el mundo.

En efecto, a su magnífica labor que como institución privada para la atención de enfermos con problemas psiquiátricos, la ha distinguido siempre, logrando consolidar el sólido prestigio que todo el cuerpo médico mexicano le reconoce, ha agregado en este día una nueva faceta, la inauguración de su Centro Comunitario de Salud Mental, que al mismo tiempo que le permite aplicar en forma práctica y efectiva, las metas de beneficio social que en la atención de las clases económicamente débiles siempre ha tenido la Orden Juandiana, por otra parte la coloca a la cabeza de un programa que esperamos logre demostrar en el futuro, que la correcta coordinación entre la iniciativa privada y los organismos oficiales, será el camino a seguir en los países en desarrollo si se quiere que los beneficios de la salud mental puedan llegar a todos sus habitantes.

El programa concebido, ha sido considerado por algunas autoridades internacionales en el campo de la salud mental como una *aventura romántica*, ya que nos hemos propuesto poner en marcha una gran cantidad de actividades



Clínica San Rafael



Capilla

comunitarias en la Delegación de Tlalpan que cuenta con 170.000 habitantes y que cubrirán los campos de prevención primaria, secundaria y terciaria, sin un presupuesto gubernamental fijo y sólo tratando de lograr una excelente coordinación entre las diferentes instituciones oficiales y privadas, utilizando los elementos profesionales que ya desarrollan sus actividades en la localidad, en escuelas, hospitales generales, dispensarios, guarderías, clínicas de Seguridad Social, etc. y con pasantes y estudiantes de las mejores instituciones educativas del país, a las cuales sólo se les ofrece un entrenamiento de alto nivel académico, con una participación activa en los programas de investigación antropológico-social, clínica, epidemiológica y farmacológica que habrán de desarrollarse.

Se ha logrado ya la incorporación al programa, del Curso de Psiquiatría y de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, de los residentes de cuarto año que en la subespecialidad de Salud Mental Comunitaria entrena el Ministerio de Salubridad, del Doctorado en Psicología de la Universidad Iberoamericana la más prestigiada de las particulares) y de las mejores escuelas de Enfermería del país.

La iniciativa privada encabezada por la Clínica San Rafael, tratará de lograr un magnífico engranaje en el cual participarán, sacerdotes, maestros y otros líderes de la comunidad, con la finalidad de llevar los beneficios de la salud mental hasta el último habitante de la Delegación.

La Ceremonia de Inauguración se efectuó en el auditorio de la Clínica, bajo la presencia del doctor Romo Díaz en representación del señor Secretario de Salubridad y Asistencia, del doctor Rafael Velasco Fernández, Director General de Salud Mental de la misma Secretaría, del doc-

tor González Varela, Delegado de Tlalpan y de los directivos de la Institución.

Esperamos alcanzar el éxito en nuestra empresa, que sus altos y humanitarios propósitos merecen y que se verán reflejados en las evaluaciones periódicas que tendremos que realizar.

**HABLA EL DOCTOR MANUEL GUEVARA OROPESA,  
DIRECTOR DE LA CLINICA**

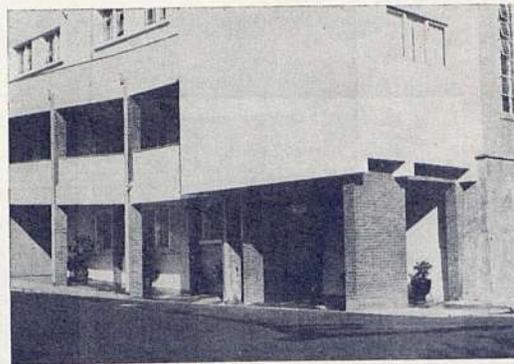
Hablo en nombre de este grupo de personas que han dedicado su vida a la atención de enfermos mentales en la forma más desinteresada y humanitaria, que han fundado y sostenido en México establecimientos psiquiátricos como el de Cholula, el de Zapopan y esta Clínica San Rafael de Tlalpan que se apresta para operar una institución piloto en México, con la cooperación de la Dirección General de Salud Mental y la Asociación de Damas Voluntarias, esto es el Centro de Salud Mental Comunitaria, concebido, ideado plasmado y dotado de vida por ese infatigable psiquiatra que es el doctor Guillermo Calderón, quien ha puesto en la obra su alto valor científico, su extraordinaria capacidad técnica y su profunda devoción por la psiquiatría moderna.

No puedo menos que recordar por contraste, las vicisitudes de la Psiquiatría en nuestro país en los últimos 50 años, para llegar a lo que ahora vemos.

Pasada la etapa de reajustes inevitables y necesarios de la revolución y en un ambiente de incompreensión, se fueron olvidando los enfermos mentales.

El manicomio general de la Castañeda, única institución oficial para ellos, sufrió deterioro material y técnico, subsanado parcialmente en breves lapsos, como en 1932 cuando el general José María Tapia fue presidente de la Beneficencia Pública y quien restauró sus edificios y propició un cambio y modernización en su funcionamiento y más tarde cuando el doctor Zubirán fue subsecretario de Asistencia, encargado del despacho, se realizó otro esfuerzo para mejorar las condiciones de los enfermos mentales; él hizo que se adquiriera la Hacienda de san Pedro del Monte, en León, Guanajuato, para instalar la primera granja de enfermos mentales, un precedente de lo que había de realizarse más de 20 años después.

Aun la cátedra de Psiquiatría había sido abandonada y fue preciso que una gran figura de la Psiquiatría francesa, el profesor Pierre Janet, en un ciclo de conferencias sus-



**Entrada Posterior**

tentadas en la Universidad de México, dijera que no había Facultad de Medicina que se tuviera por seria, en que no hubiera una cátedra de Psiquiatría, con lo que se procedió muy pronto a que ésta reapareciera en el sexto año de la carrera de Medicina.

Ya más tarde, la dedicación de muchos médicos que se especializaron en Psiquiatría, el cambio de actitud de los medios de comunicación y de la opinión pública hacia esta especialidad y la aplicación de tratamientos más prometedores tanto en el aspecto farmaco-dinámico como psico-terápico, fueron creando otro clima más propicio para dedicar mayor atención a los problemas psiquiátricos.

El manicomio de la Castañeda había quedado como una lacra. Aunque en sus derruidas instalaciones y en medio de la pobreza, la incuria y aun de la falta de probidad y moralidad de una parte de su personal, se educaron, se formaron y brillaron destacados médicos, que por ello mismo, lucharon para efectuar el cambio que con justicia consideramos como una revolución en nuestra Psiquiatría.

Fue la creación de la Dirección General de Salud Mental el punto de partida de ese cambio radical en la valoración de la Asistencia Psiquiátrica, dándose el lugar debido a la construcción de instalaciones y edificios, así como de programas de trabajo que alcanzaron su mayor logro con el doctor Calderón al frente de esa Dirección.

Se ha dicho que «no es posible separar el tratamiento del individuo del de su ambiente social». No se puede enfocar aisladamente el aspecto físico, habitacional o institucional, en que se encuentra el enfermo, sin atender también el medio psico-social en que aparece su enfermedad.

De ahí que se haya procurado salir al encuentro del problema yendo hasta la comunidad.

Por eso creemos que la inauguración a que asistimos tiene una gran trascendencia en la evolución de la Asistencia Psiquiátrica en nuestro país.

La Clínica San Rafael ha sido fundada y operada por personas que se dedican exclusivamente a la labor hospitalaria, que no buscan lucro y que reinvierten sus utilidades en nuevos hospitales y en beneficio de sus enfermos, ahora, dedica una parte de su edificio a esta obra de extensión asistencial para la comunidad, sin interferir con la labor que le es propia, y aprovechando esa conjunción de voluntades que felizmente se ha producido en las circunstancias actuales entre los dirigentes oficiales y sus colaboradores más eminentes. Por todo esto ahora nos congratulamos.



**Residencia caballeros**

A través de los siglos la Psiquiatría ha ido transponiendo diferentes etapas. Con una raigambre eminentemente mágica en sus inicios, ha ido evolucionando hasta transformarse en una disciplina de sólidas bases científicas que de acuerdo con la tendencia de la medicina moderna a enfatizar las actividades preventivas y a proyectarse al seno mismo de la comunidad ha originado en todos los países del mundo una nueva orientación de la misma a la que se ha dado el nombre de Salud Mental Comunitaria.

Durante muchos siglos, la atención de los enfermos mentales se limitó a una asistencia hospitalaria de tipo carcelario, pese a los esfuerzos de humanistas tan notables como Pinel en Francia, Tuke en Inglaterra y Chiarugi en Italia, quien en 1789 proclamó que «era un supremo deber moral y una obligación médica, el tener el respeto que se merecían como personas, a los enfermos privados de la razón».

A principios del presente siglo, la Psiquiatría permanecía aislada de las otras ramas de la medicina. Los profesionistas interesados en ella eran pocos y sus actividades generalmente se realizaban en viejos manicomios, con métodos terapéuticos anticuados, limitados y en ocasiones



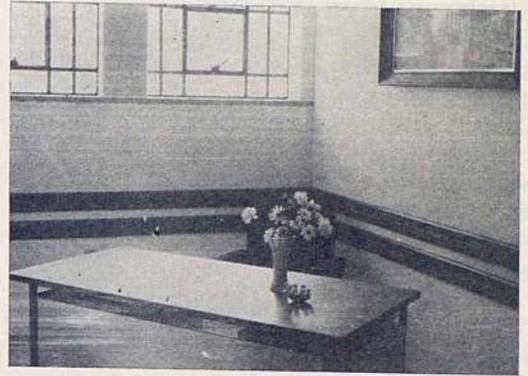
Acceso a los consultorios

inhumanos. No existían actividades preventivas y sus excursiones a la comunidad se efectuaban en forma esporádica, generalmente en relación con testimonios judiciales o procesos seguidos a sus pacientes. Este aislamiento determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han denominado *la alienación de la Psiquiatría*.

En 1905 con C. W. Beers nació la Sociedad de Higiene Mental de Connecticut que posteriormente adquirió importancia internacional identificando por primera vez sus metas con las del movimiento de salud pública destacando la importancia de la prevención y el tratamiento oportuno.

En 1920 se fundó la primera clínica de Orientación Infantil, considerada como la base para prevenir los trastornos mentales de la población y difundir las actividades esenciales para el manejo psicológico de los niños por medio de la instrucción adecuada de los padres, los maestros y la comunidad.

Por los mismos años se inició en la Unión Soviética un programa de salud mental en el cual el dispensario psiconeurológico se constituyó en la punta de lanza para llevar los beneficios de la salud mental hasta el último de sus habitantes.



Consultorio

Todos estos intentos aislados de acercamiento a la comunidad se consolidaron después de la Segunda Guerra Mundial en todos los países del mundo en un movimiento que se ha considerado el más trascendental de la Psiquiatría, con los siguientes objetivos:

— Orientación básica hacia actividades de tipo preventivo.

— Integración absoluta de los problemas de salud mental a los programas de salud pública.

— Proyección del trabajo del equipo psiquiátrico hacia la comunidad a través de Centros de Salud Mental con miras a buscar la educación de la misma, la detección y tratamiento oportuno de los casos pertenecientes a su campo, la organización adecuada del control de post-cura y la investigación de la problemática determinante de patología a nivel regional procurando lograr la utilización de los recursos de la misma comunidad para su correcta resolución.

— Transformación total de los hospitales psiquiátricos de instituciones carcelarias, en establecimientos abiertos con un número limitado de camas y con la tendencia a la integración de una *comunidad terapéutica* basada en el reconocimiento de que un ambiente adecuado para el enfermo, es un factor definitivo en su tratamiento.

— Incremento del número de camas psiquiátricas en los hospitales generales y creación de servicios de emergencia y de hospitalización parcial como el hospital de día y el de noche.

— Establecimiento de hogares sustitutos para aquellos casos en donde se considere que la influencia negativa de la familia es un factor determinante de su propio padecimiento y creación de *talleres protegidos* que ofrezcan tra-



Sala de estar del hospital de día



Sala de Juntas

bajo apropiado y debidamente supervisado a los enfermos en los que no habiéndose logrado la desaparición total de sus síntomas psiquiátricos son rechazados por la sociedad impidiendo que trabajen en fábricas u oficinas con personas aparentemente normales.

— Incremento de las actividades de docencia del equipo psiquiátrico y de entrenamiento de los miembros de la misma comunidad, así como de la investigación en las áreas socio-antropológica, clínica epidemiológica y farmacológica, con miras a la elaboración de los programas adecuados que una comunidad determinada necesita.

Considerando que de todas las instalaciones que son necesarias para lograr estos objetivos, es el Centro de Salud Mental el más funcional por estar enclavado en el seno mismo de la comunidad, en todo el mundo, su número se ha ido multiplicando en los últimos años.

En nuestro país, la Dirección General de Salud Mental ha logrado la creación de unidades psiquiátricas dentro de Centros de Salud con resultados en mi opinión muy satisfactorios, pero con una conciencia clara de que los grandes problemas que aquejan a la humanidad especialmente en el área de la salud mental, no deben ser resueltos exclusivamente por los organismos gubernamentales, hace algunos meses concebimos la idea de lograr una estrecha colaboración entre la iniciativa privada, en este caso la Clínica San Rafael y la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de su Dirección General de Salud Mental. Es así como en este día inicia sus actividades el Centro Comunitario de Salud Mental San Rafael con un magnífico local que con su mobiliario adecuado facilita esta institución, gracias al entusiasmo y decidido apoyo de su director administrativo, el señor don Ciriaco Nuín y su personal comisionado de la Secretaría de Salubridad.

El Centro está concebido para servir a la Delegación de Tlalpan y en el programa de actividades se tiene pensado lograr una estrecha coordinación de todas las instituciones que prestan servicios médicos o sociales dentro de su perímetro.

Con un claro convencimiento de que las diversas actividades de Salud Mental, no deben en la actualidad ser atendidas exclusivamente por psiquiatras, de los cuales sólo un número muy reducido trabaja en el campo de la salud pública, esperamos lograr en estrecha coordinación con el Centro de Salud *Doctor Castro Villagrana* que sirve a esta delegación, una participación muy activa de los médicos familiares, escolares o de las distintas instituciones que existen actualmente en Tlalpan, de todos los

integrantes del equipo psiquiátrico como son el psicólogo, la enfermera y la trabajadora social, así como del grupo de damas voluntarias que está ya trabajando en esta institución.

Hemos logrado interesar en nuestro programa a instituciones educativas de primer orden ofreciendo a sus alumnos un entrenamiento adecuado y de alto nivel científico, al mismo tiempo que realizan su internado o Servicio Social, con lo cual contaremos con un número importante de elementos que al desplazarse al seno mismo de la comunidad, logrará la participación activa de todos sus líderes naturales, como son los maestros, los sacerdotes, los dirigentes sindicales, etc., en un movimiento que esperamos sea de sólidas bases científicas y de una elevada calidad humana.

### POLITICAS

Las políticas que normarán nuestras actividades serán las siguientes:

1. Toda persona que acuda al Centro Comunitario de Salud Mental San Rafael, será atendida con un servicio médico y paramédico de alta calidad, sin considerar su condición social, económica, raza, religión o credo político, sin más taxativas que las establecidas en las normas para la atención, tales como la disponibilidad, el local, y el tiempo. La localización de su domicilio deberá quedar dentro del perímetro de la Delegación de Tlalpan, por tratarse de un programa piloto para una área determinada.
2. El trato del personal para el público deberá ser siempre atento y cortés, sin considerar en ningún momento que se trata de un servicio de beneficencia.
3. Todo problema de relación público-personal, no se tratará de resolver directamente por el afectado, sino deberá ser reportado a la Dirección del Centro.
4. La proyección de las actividades del Centro a la Comunidad, serán de la mayor amplitud, por medio de un equipo multidisciplinario integrado por médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, así como por los miembros de la Asociación de Voluntarios que colaboren con el personal técnico.
5. Se buscará la coordinación con todas las instituciones oficiales, semi-oficiales o de la iniciativa privada que realicen actividades dentro de la Delegación, ya que del problema de salud mental se derivan muchos otros como la desnutrición, la miseria, la criminalidad, la violencia, la contaminación ambiental, etc.
6. Todo caso que no pueda ser atendido en el Centro será canalizado a las instituciones de la Dirección General de Salud Mental, por los conductos regulares.



7. Se buscará la colaboración de organismos internacionales como de OMS, de FAO, la UNESCO, etc.

8. En todo momento la única meta que buscará el personal será la propia satisfacción de haber participado en un programa de alta calidad técnica y con un profundo sentido humanístico de servicio social.

## CHOLULA

### *UNA VIDA CONSAGRADA POR ENTERO A LOS ENFERMOS MENTALES*

El 30 de enero del presente año fue un día de historia importante en este establecimiento psiquiátrico: El *doctor Edmundo Buentello y Villa*, que durante 25 años había prestado sus servicios profesionales ininterrumpidamente, como médico director, nos dejó.



Durante el cuarto de siglo que trabajó con los hermanos *juaninos* puso totalmente al servicio del enfermo psiquiátrico sus amplios conocimientos profesionales, reconocidos muy laudablemente tanto en publicaciones especializadas como en la consulta privada y en la dirección por algún tiempo del famoso manicomio de la Castañeda, del Distrito Federal cuya capacidad llegó a ser de cinco mil camas.

Al tomar la dirección de nuestro sanatorio psiquiátrico reorganizó e impulsó las secciones de expedientes y archivo muy especialmente, acreditando en ello la calidad de su asistencia, tratamiento y estudio.

Tanto el cuerpo médico como los pacientes y la comunidad hemos sentido su decisión pues se había sabido ganar la confianza y estima; comprendemos que la motivación de su determinación es lógica: tiene que atender con más cuidado a su propia salud deteriorada ya por dos infartos.

En el recuerdo de todos nosotros quedará la reunión que el día 30 de enero tuvimos cuerpo facultativo y comunidad para, en una fraternal comida, decirle adiós al *doctor Edmundo Buentello y Villa*. Al finalizar la misma

el hermano Superior le agradeció su labor realizada en bien del enfermo mental.

El doctor por su parte agradeció también la presencia de todos y la estrecha colaboración, que siempre —dijo— había experimentado en los hermanos con que había trabajado.

Se le obsequió con un pergamino de reconocimiento al mérito del trabajo, en el que firmaron sobre el fondo de la insignia de la Medicina el equipo médico del sanatorio, y sobre el escudo de la Orden Hospitalaria la actual comunidad.

Al acto de agradecimiento y despedida se unieron los hermanos Benito Biurrun, Víctor Huesca y Antonio Jiménez concretamente ha trabajado durante 21 años, casi seguidos con el doctor, en calidad de enfermero.

JOSÉ ANADÓN MARTÍNEZ, O. H.

## ZAPOPAN

### *CURSO DE DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE HOSPITALES Y DE LA ATENCIÓN MÉDICA*

El creciente interés mostrado a nivel de Administración de los centros hospitalarios como una consecuencia de la necesidad cada vez más la atención que se otorga al paciente, ha mostrado en primera instancia el que el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, a través del Departamento de Enseñanza y en coordinación con el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Escuela de Graduados de la Universidad de Guadalajara haya organizado y celebrado con todo éxito un curso sobre dirección, administración de hospitales y de la atención médica.



Entrega de diplomas

Fueron invitados de dichas instituciones y de otras de México, los profesionistas más destacados en cada ramo para el curso, participando activamente en el mismo 39 maestros. Las ponencias más importantes han sido condensadas en una pequeña obra de dos tomos, que cuando menos esperamos sirva de motivación para los 121 alumnos que tomaron parte.

Como un paso inicial para que contribuya a su forma-

ción y preparación especializada lo más frecuente en nuestro medio es que la administración de hospitales y sobre todo los de tipo privado, sea empírica careciendo de la mayoría de los elementos de administración científica más básicas para su funcionamiento. Se interpreta esta deficiencia dada la carencia de personal capacitado para dichas funciones.

Este curso se realizó gracias al coordinador y promotor del mismo, hermano Roberto Morales Vela, director-gerente del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, y a la asesoría del doctor Samuel Altamirano Lagarda, director del Hospital de Especialidades Médico-Quirúrgicas del Insti-

tuto Mexicano del Seguro Social. Quienes con sus amplios conocimientos sobre administración de hospitales, contribuyeron a la planificación de los programas.

Asimismo sentimos un profundo agradecimiento por todos los Ponentes que en forma brillante hicieron del Curso una obra de calidad científica y humana.

Por último se agradece a todos los asistentes la colaboración prestada, sin la cual toda inquietud hubiera sido vana.

Doctor JOSÉ LUIS IBARRÁN STORM  
Jefe del Departamento de Enseñanza

## Noticias de España

### BARCELONA

#### REUNIÓN INTERNACIONAL

*Los días 14 y 15 de marzo, se reunió en Barcelona, el Consejo de Administración de la Asociación europea de directores de hospitales*

#### FINES QUE PERSIGUE ESTA ASOCIACIÓN

La Asociación Europea de Directores de Hospitales, fue fundada en Strasbourg el 24 de octubre de 1970, en presencia del ex Ministro francés señor Pflimlin, Diputado Alcalde de la ciudad y representantes de 8 países.

Los progresos de la Medicina, las exigencias de equipamientos técnicos cada vez más complejos y de estructuras más evolucionadas, imponen a los Establecimientos Hospitalarios unos costes de tal importancia que comprometen seriamente los equilibrios financieros tradicionales, provocando unas situaciones que exigen nuevas opciones político-sociales.

En todos los países implicados, cualquiera que sean sus estructuras políticas o administrativas, el Director de Hospital ha adquirido un carácter de auténtico Jefe de Empresa, responsable del buen funcionamiento de los servicios, del control de los costes. Las técnicas de gestión, de *management* exigen un perfecto dominio de los métodos de control. Ante esos mismos problemas y necesidades, se ha creado una solidaridad a escala europea.

La creciente facilidad de los contactos internacionales, la movilidad de los hombres y la comprensión de una necesaria colaboración han permitido a las diferentes Organizaciones nacionales agruparse para un conocimiento mejor y más profundo de los problemas respectivos y un acercamiento en orden a esbozar una política coordinada.

En el momento actual la Asociación Europea de Directores de Hospitales, cuenta con la adhesión de 14 países:

Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Suecia y Suiza, que han venido cooperando en una tarea de recogida de datos en cada uno de los países respectivos, para trazar un bosquejo de la situación actual y efectuar un estudio comparativo a escala internacional.

Después de un período consagrado a la puesta a punto de sus estructuras, una ampliación de la base de participación y mejor conocimiento de sus hombres, la Asociación inicia sus actividades de proyección hacia el exterior y manifiesta explícitamente su intención de participar en las responsabilidades y hacer oír su voz a nivel de las distintas estructuras nacionales e internacionales. Para lograr estos objetivos:

- Participa como Miembro Consultivo en el Consejo de Europa.
- Se ha adherido a la Federación Internacional de Hospitales.
- Está desarrollando contactos con todas las Comisiones especializadas que vienen actuando en el cuadro de la Comunidad Económica Europea.

En el mismo sentido, está organizando el Primer Congreso Europeo de Directores de Hospitales, que se celebrará en Strasbourg, en la primavera de 1976. En dicho Congreso se desarrollarán dos temas base:

- La organización de los pactos de salud, crea a los países implicados, cualquiera que sea su organización sanitaria, unos problemas políticos que exige la adopción de unas líneas de solución dentro de las opciones posibles.
- La integración del hospital en la vida del país, la corrección de su funcionamiento al servicio de la colectividad, exigen el reconocimiento de una autoridad competente, que disponga de los poderes necesarios y una autoridad moral incontestable.

Los planteamientos en el desarrollo futuro de la Asociación Europea de Directores de Hospitales y la estrategia del Primer Congreso Europeo de Directores de Hospitales fueron los asuntos que el Consejo de Administración trató en Barcelona los días 14 y 15 de marzo.

El Consejo de Administración de la Asociación Europea de Directores de Hospitales está formado por: Walter Jung de Alemania, Presidente Honorario. Alain Halbout de Francia, Presidente. François Kohler, de Suiza, Vicepresidente. Rudolf Tornar de Austria, Vicepresidente. James Fraser Milne de Gran Bretaña, Vicepresidente. Hans Christensen de Dinamarca, Vocal. Luciano Girardi de Italia, Vocal. Maurits Van Oyen de Bélgica, Vocal. Erwin Prévot de Francia, Secretario General.

## II CURSO DE ENFERMERÍA

Se ha celebrado en el Hospital San Juan de Dios, durante el mes de abril, el Segundo Curso de Enfermería-Administración de Plantas, para enfermeras y ATS posgraduados.

Lecciones desarrolladas:

Enfermería. Ayer, hoy y mañana. — Técnicas de administración de personal. — Tests psicotécnicos. — El hospital moderno. Su organización. — Selección de personal. — Motivación y trabajo. — Asistencia social hospitalaria. — Análisis de puestos de trabajo. — Supuestos prácticos. — Estadística hospitalaria. — Archivo de diagnósticos. — Calificación del personal. — Impresos y supuestos prácticos. — Estructura económica del hospital. — Supervisión del personal. — Formación del personal. — Legislación laboral. — Role Playing. — Discusión de grupos y reuniones. — Los reglamentos de los hospitales. — Controles de calidad. — Supuestos prácticos y discusión. — Pastoral en la asistencia hospitalaria. — Psicodinámica del grupo. — Técnicas y evaluación. — Medicina de empresa. Legislación. — Sistema Pert. — Planificación y control del trabajo. — Ejercicios prácticos.

### DIRECTORES Y PROFESORADO

Don J. Plaza Montero, Director Médico del hospital. — Don A. Palou Sanromá, Director de la Escuela de ATS. — Don C. Eserverri Chaverri, Director del Departamento de Enfermería. — Doña Gloria Rubiol González. — Don E. Cerdá Olmos. — Don J. L. Alabern Carne. — Don F. Sola Pagola. — Don J. Illa Sala. — Don J. M. Gejo Pedrosa. — Don J. M. Sostres Comas. — Don G. Gorostieta Ilundain.

### LLORET DE MAR, GERONA

#### MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSICOTERAPIA

Del 8 al 11 de mayo, se ha celebrado en Lloret de Mar, la XIII reunión de la Sociedad de Medicina Española Psicósomática y Psicoterapia.

Los temas de sexualidad y medicina interna, desarrollados ante la selecta concurrencia, fueron:

Introducción. Doctor A. Colodrón Álvarez (Madrid). — Psicología de la sexualidad. Doctor J. Masana (Barcelona). — Psicología de la sexualidad. Doctor N. Caparrós (Madrid). — Problemas jurídicos de la sexualidad. Doctor Chamorro (Madrid). — Sexualidad y teorías del aprendizaje. Doctor J. Corominas (Barcelona). — Sexualidad y Pediatría. Profesor Ballabriga (Barcelona); Profesor Obiols (Barcelona). — Sexualidad y Geriatria. Ponente: Doctor J. Garay (Valencia); Coponente: Doctor V. Monleón (Valencia). — Sexualidad y Urología. Doctor J. Macías Godoy (Granada); Doctores M. de la Cruz y J. M. Farré (Barcelona). — Sexualidad y Ginecología. Profesor V. Salvatierra Mateu (Granada). — Sexualidad y Medicina Interna. Ponente: Profesor J. de la Higuera (Granada); Profesor M. Rojo Sierra (Valencia). — Sexualidad y Cirugía. Doctor J. Planas (Barcelona). — Control de natalidad. Doctor S. Dexeus (Barcelona). — Terapéuticas farmacológicas Profesor Laporte (Barcelona). — Doctor E. Valdivielso (Madrid). — Terapéuticas conductistas. Doctor F. Vaquero (Madrid).

### FONTILLES, ALICANTE

#### CURSO DE LEPROLOGÍA

Del 20 de octubre al 15 de noviembre, va a celebrarse en el sanatorio San Francisco de Borja, el XVI curso internacional de leprología para misioneras y auxiliares sanitarios.

#### TEMAS

Nociones generales sobre Patología. Enfermedad infecciosa. Infecciones localizadas y generalizadas. Agentes causales de las infecciones y parasitosis. Medios de defensa del organismo. Epidemias y endemias.

Atenciones y cuidados generales que los auxiliares sanitarios y misioneros deben prestar a los enfermos. Nociones sobre la forma de interrogar a los enfermos. Redacción de la historia clínica.

Nociones generales sobre anatomía y fisiología del hígado, riñón, bazo, glándulas suprarrenales y sistema retículo endotelial.

Nociones generales de semiología dermatológica. Lesiones elementales macroscópicas de la piel. Eflorescencias secundarias. Fisiología cutánea.

Síntomas objetivos y subjetivos de las dermatosis. Pruebas dermatológicas. Trastornos de la sensibilidad y forma de explorarlos. Terapéutica dermatológica.

Concepto general de la lepra en el pasado y en el presente y epidemiología de la lepra.

Ordenación de los datos para facilitar la confección de las estadísticas. Bioestadística aplicable a la lepra.

Bacteriología. Cultivos. Inoculaciones.

Patología general de la lepra.

Estudio inmunológico de la lepra.

Nociones elementales de histopatología cutánea y neural de la lepra.

Histopatología de las lesiones: ganglionares, viscerales, endocrinas, etc.

Diferentes formas clínicas de la lepra.

Manifestaciones iniciales de la lepra.

Manifestaciones cutáneas de las diferentes formas clínicas.

Manifestaciones nerviosas. Alteraciones de la sensibilidad. Alteraciones motoras. Alteraciones tróficas.

Leprorreacciones. Patogenia y formas.

Manifestaciones bucofaríngeas, nasales y laríngeas.

Manifestaciones oculares y sus consecuencias.

Lesiones óseas y articulares.

Lepra visceral y endocrina, evolución de la lepra.

Diagnóstico de la enfermedad y de sus formas clínicas.

Diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

Exploraciones de laboratorio necesarias para el diagnóstico, curso clínico y valoración del tratamiento y pronóstico.

Pronóstico, curabilidad. Posibilidad de la erradicación de la lepra.

Tratamiento de la lepra.

Tratamiento de las leprorreacciones y otras complicaciones.

Tratamiento fisioterápico. Rehabilitación.

Tratamiento quirúrgico correctivo de deformidades y mutilaciones. Cirugía cutánea y ortopédica.

Profilaxis de la lepra. a) Educación sanitaria. b) B. C. G. c) Quimioprofilaxis. d) Tratamiento de los enfermos. e) Medidas higiénicas generales.

Organización de las campañas antileprosas.

Educación y orientación laboral. Reeducación, rehabilitación y readaptación social de los enfermos.

## BARCELONA

### *MEMORIA ANUAL 1973*

#### *DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS*

El que un nuevo Hospital Infantil de 300 camas haga saber en forma de una Memoria Anual, impresa, todo lo importante que ha sucedido en su establecimiento es un hecho digno de mención. Pero no es fácil que otros hospitales puedan hacerlo sin salvar dificultades insospechadas: falta de información organizada, escasa colaboración de algunos servicios del hospital, problemas jurídicos y laborales, dificultades que conlleva decir «la verdad», repercusiones tributarias de una declaración verídica, exigencias de tiempo real para dar a conocer la Memoria en el mes previsto, gastos de impresión y difusión, riesgo de que el informe sea utilizado como argumento agresivo para finalidades varias, objetivación de situaciones todavía no resueltas en sentido satisfactorio, etc.

La larga lista de dificultades que es necesario superar antes de ofrecer al público de la ciudad y de sus usuarios puede todavía ser mayor, pero sirve, sin duda, para demostrar el valor intrínseco de la Memoria que comentamos y la ejemplaridad de que manifiesta su publicación. ¿Cuántos Hospitales de nuestra Quinta Región, Cataluña y Balears han publicado ya su memoria de 1973?

Aunque no es posible sustituir el análisis de una memo-

ria por un resumen de fortuna, sí en cambio podemos decir cómo está construida esta memoria:

Preámbulo.

Objetivos Generales del Hospital.

Objetivos Generales logrados en este ejercicio. Objetivos generales que demarcan para el próximo ejercicio.

Gobierno del Hospital. Actividad de la Junta de Gobierno. Actividad de los Órganos Consultivos: Junta Económica. Junta Facultativa. Junta de Comunidad. Actividad de los Comités: de Deontología y Acreditación; de Infecciones; de Farmacia; de Tejidos; de Historias Clínicas; de Lenguaje; de Oncología; de Alimentación parenteral; de Actividades Quirúrgicas bajo anestesia; de Docencia. Canales de información al personal.

Relaciones Públicas.

Labor Asistencial. Consultas Externas. Urgencias Hospitalización. Servicios Centrales. Rehabilitaciones.

Asistencia Social. Pastoral hospitalaria. Labor Docente. Labor de Investigación. Administración. Dotación del Hospital.

Monografía de 138 páginas con fotografías, cuadros sinópticos y gráficos en color, a las que se incorpora un Índice-Acordeón original y útil.

ARAGÓ

## SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT

### *MEMORIA 1973*

#### *DEL SANATORIO PSIQUIÁTRICO*

#### *NUESTRA SEÑORA DE MONTSERRAT*

La Memoria del Hospital de San Juan de Dios que acabamos de comentar expresa, en forma técnica, la labor realizada por aquel establecimiento y las estructuras internas que permiten tal actividad sostenida.

La Memoria —Plan Trienal 1974-1975-1976— del Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat, de San Baudilio de Llobregat, es una Memoria de las actividades del año 1973, pero también mucho más: Un Plan Trienal que debe realizarse según una política asistencial y una política económica previstas de antemano.

El Sanatorio Mental de San Baudilio de Llobregat es un centro que cuenta con 1.163 camas, que han causado a lo largo del año 387.152 estancias, con una tasa de ocupación del 91,19 %, una tasa de rotación de 0,63, y una duración media de la estancia de 213 días.

Los ingresos del establecimiento alcanzaron, en 1973, 86.482.657 ptas. y los gastos (personal, alimentos, farmacia, material, y servicios y amortizaciones) 94.082.017 ptetas.

El coste por día de estancia fue de 243 ptas. (amplia documentación sobre todos los aspectos económicos).

Pero el mayor interés del trabajo que comentamos reside en el Plan Trienal y el programa de expansión que se orienta a la organización del establecimiento como un Hospital Psiquiátrico de zona, alrededor del cual funcionarán una serie de servicios complementarios: dispensarios; equipos volantes; cuidados a domicilio; higiene mental; camas en hospitales comarcales, y en la fase siguiente:

talleres protegidos; hospital de día; centro subnormales; granja agrícola; centro geriátrico; etc.

Un criterio fundamental ha sido organizar, en la primera fase, unos dispensarios extrahospitalarios e intrahospitalarios haciéndose cargo de las necesidades de unos núcleos de población numerosa cercanos al Hospital Psiquiátrico. Hospitalet (245.000 habitantes), Cornellá (85.000) y Sabadell (180.000).

Como dato del mayor interés reproducimos los cálculos previstos para la ciudad de Sabadell:

Población base: 180.000 habitantes.

Enfermos mentales: un 10 % de la población.

Pacientes ingresables en algún momento de su enfermedad:  $4 \times 1.000$  habitantes.

Pacientes que deben ser recluidos por necesidad: 1 por 1.000 habitantes.

Estas cifras teóricas significan que anualmente deben ser atendidas unas 1.800 personas, lo que da un promedio de 6 visitas ambulatorias por día. Unas 750 personas necesitan ser ingresadas en algún momento de su enfermedad. Estas urgencias psiquiátricas del área sabadellense necesitan una hospitalización corta y parece suficiente organizar una Unidad para Pacientes Agudos de 40-45 camas, cifra considerada como mínima.

Por otra parte, unas 180 personas deberán ser hospitalizadas por necesidad, exigiendo 180 camas para pacientes crónicos (la mayoría de ellas, pacientes geriátricos).

Además de la Memoria de actividades del año 1973, el Plan Trienal inserta una serie de datos para su traducción en programas efectivos: instrucciones permanentes para la Unidad de Gerontología; bases económicas para el concierto con el Ayuntamiento de Sabadell; ampliación del Dispensario Intrahospitalario; funciones del Departamento de Trabajo Social en un Hospital; etc.

No quisiéramos terminar este comentario sin advertir al posible lector del polimorfismo de esta publicación. Aunque presentado en ciclostil, contiene datos del mayor valor y al mismo tiempo, otros aspectos que están todavía en fase previa a su organización.

Pero todo ello sirve para demostrar algo importante: alrededor del concepto teórico de un Hospital Psiquiátrico de Zona, un amplio equipo de personas se disponen a ayudar a los enfermos de su área de influencia utilizando toda clase de recursos disponibles y no vacilan en expresar su punto de vista: realidades, estimaciones, proyectos...

ARAGÓ

## ZARAGOZA

### LA LECCIÓN DEL DOCTOR PUIGVERT

El doctor Puigvert acaba de decir en una rueda de Prensa, celebrada en Zaragoza, cosas tan interesantes e importantes como éstas: AMOR, sí AMOR. Después, un alegato del médico como elemento componente de la misma sociedad:

—Por razón de oficio, merece un trato específico. Porque se nos valora por lo que hacemos, pero no por todo lo que ponemos.

Lo que se pone en medicina, ya se sabe, es amor. Amor, sí, amor.

—Al enfermo y al médico le unen dos problemáticas. Una circunstancia ajena al uno y al otro. Y el médico está ahí para servir al enfermo. Y si no ve en el enfermo que está en la mesa de operaciones un ser humano exactamente igual que él mismo, deja de ser médico para ser sólo un corta-tripas.

Sublime lección la del doctor Puigvert. No la olvidemos.

### UNA BUENA INICIATIVA

En España hay unos trescientos mil deficientes mentales.

Dentro de la Fundación General Mediterránea, «entidad privada, sin ánimo de lucro, que intenta contribuir a la satisfacción de las necesidades intelectuales y materiales de la persona humana», se ha creado un Consejo de Patronato para Ayuda a Subnormales, una de cuyas finalidades es «promover la constitución, perfeccionamiento y desarrollo de una Mutualidad de Previsión Social para Ayuda a Subnormales, ampliable a deficientes físicos de carácter benéfico» y, al mismo tiempo, «allegar fondos para permitir el acceso a dicha Mutualidad de todos los subnormales».

El presidente del Consejo del Patronato es Jorge Jordana de Pozas, que lo es también de la Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales (FEAPS), y la presidencia de honor la ostenta S. A. R. la Princesa de España, a quien José Ferrer Bonsoms, presidente de la Fundación General Mediterránea, dirigió un telegrama confirmando la creación de la Mutualidad y agradeciendo su inestimable ayuda. Es evidente que la institución de esta garantía económica futura para los subnormales constituye una positiva realidad de notable alcance social.

## Noticias generales

### EL ABORTO, UN CRIMEN

La revista francesa *La Vie Catholique* entrevista al conocido doctor Debré, profesor de Medicina durante cincuenta años, experto en Pediatría y Demografía, director de la mundialmente famosa Escuela Francesa de Medicina para Niños. Por el Centro Internacional de la Infancia,

fundado por él en Longchamp, han pasado ya 14.000 educadores del Tercer Mundo. La revista francesa pregunta al doctor Debré si está seguro de que desde que el óvulo femenino queda fecundado se puede afirmar que estamos en presencia de un ser humano. Debré responde: «Me parece tan evidente, que, para mí, la cuestión ni se plantea... El momento de la fecundación es el momento en que apa-

rece un ser viviente... Un nuevo ser humano se desarrolla según mensaje transmitido de célula en célula. Por consecuencia, estamos en presencia de un nuevo ser... He dicho algunas veces que puede ser que la mujer tenga el derecho de disponer de su cuerpo, pero en el caso que contemplamos se trata de un depósito que se le hace. Si ella provoca la muerte de esta célula, mata un ser irremplazable, dotado de capacidades que no son en absoluto las de ella... En ocasiones se ha dicho: «Es preciso para que exista un ser humano que haya una sensibilidad, un sistema nervioso». Esta manera de ver las cosas no es exacta. Nuestro sistema nervioso se desarrolla mucho después del nacimiento y no está completo sino hasta la edad de seis años, aproximadamente. ¿Entonces, qué?... Estoy contra el aborto, porque soy respetuoso con la vida humana».

#### ASOCIACIÓN MUNDIAL DE «MÉDICOS EN PRO DE LA VIDA»

Más de 200 médicos de todas las especialidades, 37 de ellos son profesores de universidad, se han agrupado en una «Asociación de médicos en pro de la vida». Se oponen a la interrupción del embarazo. En este movimiento participan médicos de Francia, Alemania, Holanda, Inglaterra y América. Esta asociación afirma que el principio fundamental de la medicina sin acepción de religión, partido

o clase social, es la protección de la vida humana en todos los estados de subdesarrollo. Está convencida que el aborto provocado suprime los problemas, pero no los resuelve. Conflictos de orden moral, higiénico, social o económico requieren soluciones de orden moral o social. La asociación ha emprendido una campaña nacional con el fin de que la asamblea del consejo de medicina, poco tenida en cuenta por los políticos actuales, pueda expresarse.

#### «HUMANAE VITAE»

Órganos de prensa de lengua española han informado, en varios países, sobre el contenido de un artículo publicado en el semanario italiano *Panorama*, en el cual se hablaba de la posibilidad de una revisión de la Encíclica de Pablo VI *Humanae vitae*. A este propósito, reproducimos el texto de una declaración sobre el particular, hecha por el director de la Sala de Prensa de la Santa Sede.

Con referencia a un artículo de *Panorama* titulado *Menos severidad con la píldora*, se desmiente categóricamente que se esté realizando o que se proyecte realizar una revisión de la Encíclica *Humanae vitae*.

Es deplorable que, para sostener una tesis que se aparta realmente de la auténtica enseñanza de la Iglesia, se escriba un artículo como éste tan lleno de invenciones, inexactitudes y deformaciones.

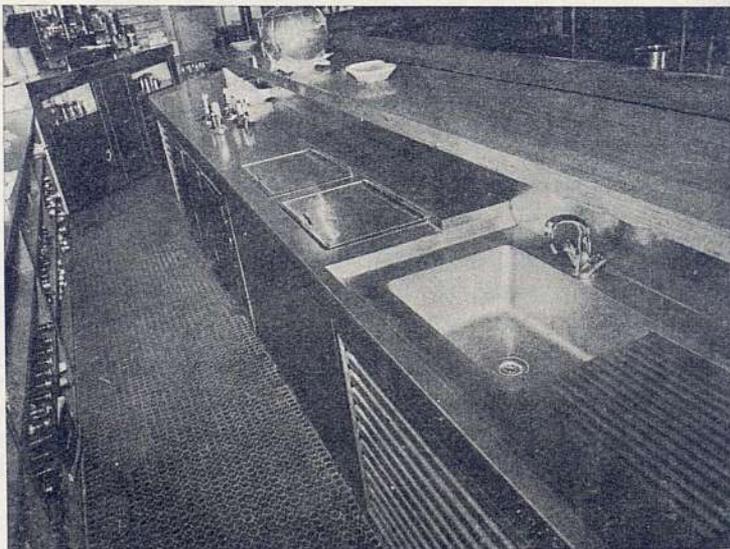
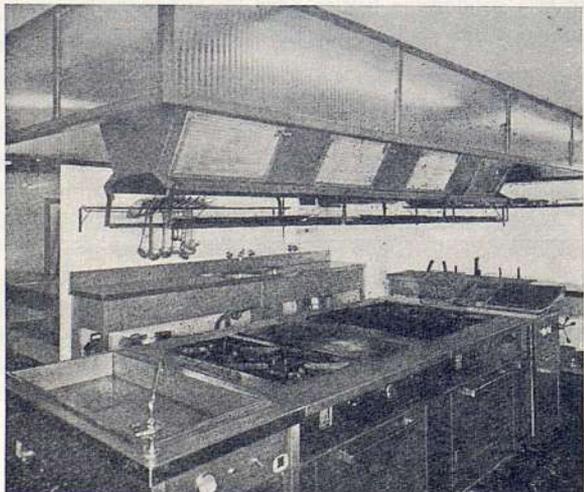
## HOSTELERIA

Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cocinas

Servicio cafetería



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 - TELÉFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6

DUMAS, ANDRÉ

## PROSPECTIVA Y PROFECÍA

Ed. Sígueme. Salamanca, 1974.

Realiza el autor en esta obra un enjuiciamiento de la sociedad industrial que en sus formas de vivir está interpellando constantemente a las iglesias cristianas.

Hace él un recorrido histórico desde el Antiguo Testamento en donde se quiere perpetuar el nombre familiar por los hijos y por la tierra, pasando por el Nuevo con un cambio de visión que libera el corazón del hombre de las posesiones y viendo los distintos pasos del pensamiento teológico en la Edad Media, época de la Reforma y hasta nuestros días.

El hombre es un ser que ha de vivir en la esperanza. Pero las esperanzas individuales que le presentan las diversas ideologías no le satisfacen. Las cristianas adaptándose al entorno sociocultural han de presentar la verdadera esperanza de la salvación por encima de toda sociedad de consumo, de toda neurotización fruto de la sociedad industrializada. El mensaje de Cristo nos centra en una esperanza escatológica.

PILES

OSCAR CULLMAN

## EL ORIGEN DE LA NAVIDAD

Studium. Madrid, 1973. 43 páginas.

Este pequeño volumen recoge el extracto de un estudio de carácter más científico. Versa sobre el problema, para muchos ignorado, de los orígenes de la Navidad en el que se han confundido el origen de la fiesta y el de sus costumbres.

MIGUEL GÓMEZ

ANDRÉ GODIN

## LA VIDA DE LOS GRUPOS EN LA IGLESIA

Studium. Madrid, 1973. 155 páginas.

Sensibilizado el autor por la necesidad que muestra el hombre actual a expresarse libremente a los demás por medio del grupo, nos enseña qué doctrina e ideales deben poseer los grupos en la Iglesia. También nos da unas pautas prácticas para la formación y funcionamiento de dichos grupos.

MIGUEL GÓMEZ

BERTRAN, M.

## REVIVIR

Studium. Madrid.

Este libro no es uno como los demás; creo que no sirve como libro de lectura, creo que puede servir para hacer pensar sobre cada uno: su mundo y su vida; creo que también servirá para conversar mejor con los amigos, y aun con Dios.

MALDONADO, L.

## NUEVAS HOMILÍAS SECULARES

Ed. Sígueme. Salamanca.

El creyente se encuentra a diario con la dificultad de hablar sobre Dios desde un compromiso concreto de acción histórica. Mientras tanto, la predicación ministerial discurre por terrenos de reiteración y de rutina. Estas «homilias seculares» quieren moverse dentro del ámbito de lo práctico, en sintonía con el contexto social y político en que vive inmerso el creyente de nuestros días.

F. GARCÍA-SALVE

## UNA CHICA AL ESTE DEL SOL

Studium.

Un libro para la amistad, para pensar, para caminar. Diez capítulos como diez columnas: la libertad, el hombre, la fe, la lucha, la serenidad, la palabra, el realismo, la eficacia, el pueblo y Jesús de Nazaret.

SOR AMALIA DE MIGUEL

## ABECEDARIO DE LA CARIDAD

Studium. Madrid.

«Un libro sobre la caridad tiene que ser, antes que nada, caritativo». Este es el mérito del presente libro que no sólo exhorta a la caridad, sino que la ejercita: se presenta con sencillez, con disponibilidad, con orden. De la A a la Z una buena gama de temas, un auténtico abecedario.

II CONGRESO NACIONAL DE LA FERS

## LA RELIGIOSA SANITARIA EN LA HORA ACTUAL DE LA IGLESIA

Este libro recoge las ponencias y comunicaciones del II Congreso Nacional

de la FERS, habido en la primavera de 1970. Este hecho de reunirse y la misma recopilación de lo expuesto son ya dos puntos positivos.

Los temas presentados aparecen con gran sencillez, pero nos da la impresión de que se ha tenido miedo a «mojarse los pies». Y es que cuando nos reunimos personas religiosas a revisar estructuras seculares —colegios, hospitales— nos parece que existe como cierta incapacidad de crítica de nosotros mismos y de nuestro medio ambiente. Casi siempre nos vemos más como religiosos que como hospitalarios, y ello nos «anestesia» para ver cómo discurre la realidad de los hospitales y, por consiguiente, para entrar y estar allí con toda la fuerza y el signo que requiere el propio hospital y la dimensión de una vocación específica hacia el enfermo.

Sí, se insiste en ciertos cambios, en ciertas posturas, pero como no se ha partido del análisis de la realidad hospitalaria y de las vidas que allí se hacen y cómo se hacen, entonces lo demás suena a repeticiones, a cosas sabidas. Como en todos los Congresos y reuniones de esta índole, supongo que en los pasillos se habrían dicho todas esas cosas que se ocultan, que no se dicen desde «presidencias», ni se escriben en los libros.

JOSÉ L. REDRADO

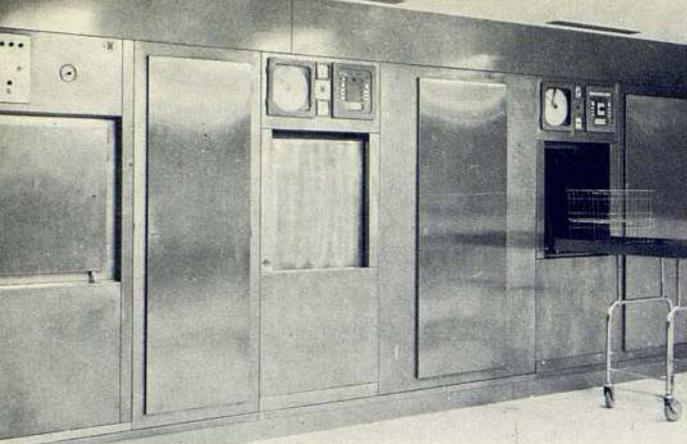
RENÉ METZ-JEAN SCHLICK

## MATRIMONIO Y DIVORCIO

Ed. Sígueme. Salamanca.

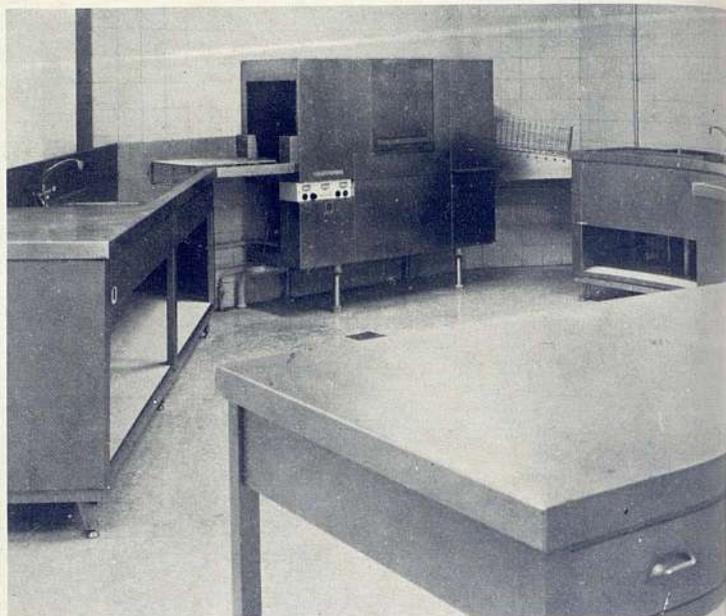
Ninguna sociedad se ha mostrado diferente ante el matrimonio considerado históricamente como célula social y fuente de vida. Pero hoy la célula familiar se ve especialmente amenazada y sometida a presiones contrarias. El matrimonio se presenta todavía como una posibilidad de encuentro personal y social, pero al mismo tiempo constituye el lugar donde se hacen patentes contradicciones en que se halla inmersa nuestra sociedad. Por este motivo es preciso volver a reflexionar críticamente sobre el matrimonio desde distintas vertientes de las ciencias y confesiones religiosas.

El libro discurre en esta línea ya que nos presenta un abanico de riqueza y vacilaciones a través de la historia y de los pueblos: vínculo matrimonial en el judaísmo, en el islam, en África, en los protestantes, en la teología actual...



Central de esterilización

Central de lavado



## Instalaciones de:

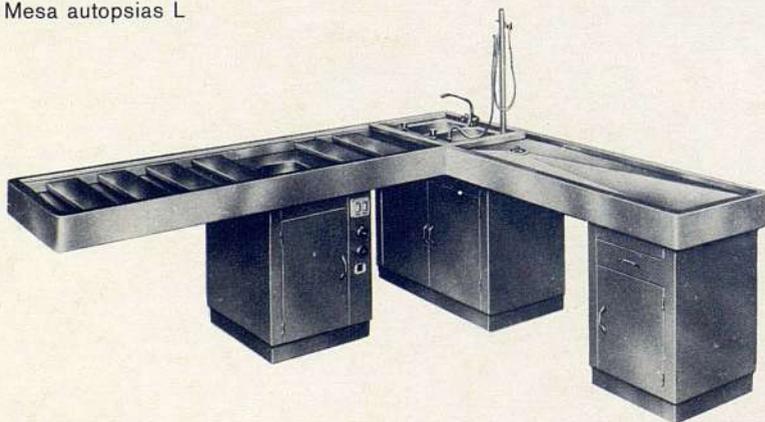
- Centrales esterilización
- Subcentrales
- Biberoneras
- Puestos de enfermera
- Centrales de lavado
- Servicios de lavado  
Esterilizado  
Almacenaje de cuñas

## Entrega de:

- Autoclaves automáticos
- Esterilizadores por aire caliente
- Lavadoras por ultrasonidos
- Carros herméticos, térmicos-portacomidas,  
transporte ropa limpia-sucia
- Mesas de autopsias
- Lavabos médicos
- Ventanas guillotina



Mesa autopsias L



Lavador de cuñas



PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



**Antonio Matachana, s.a.**

VIA AUGUSTA, 11 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6



**FORET, S.A.**  
BARCELONA

*les  
recuerda  
su  
especialidad*

**AGUA OXIGENADA**  
neutra estabilizada

**ALMACEN DE TEJIDOS**

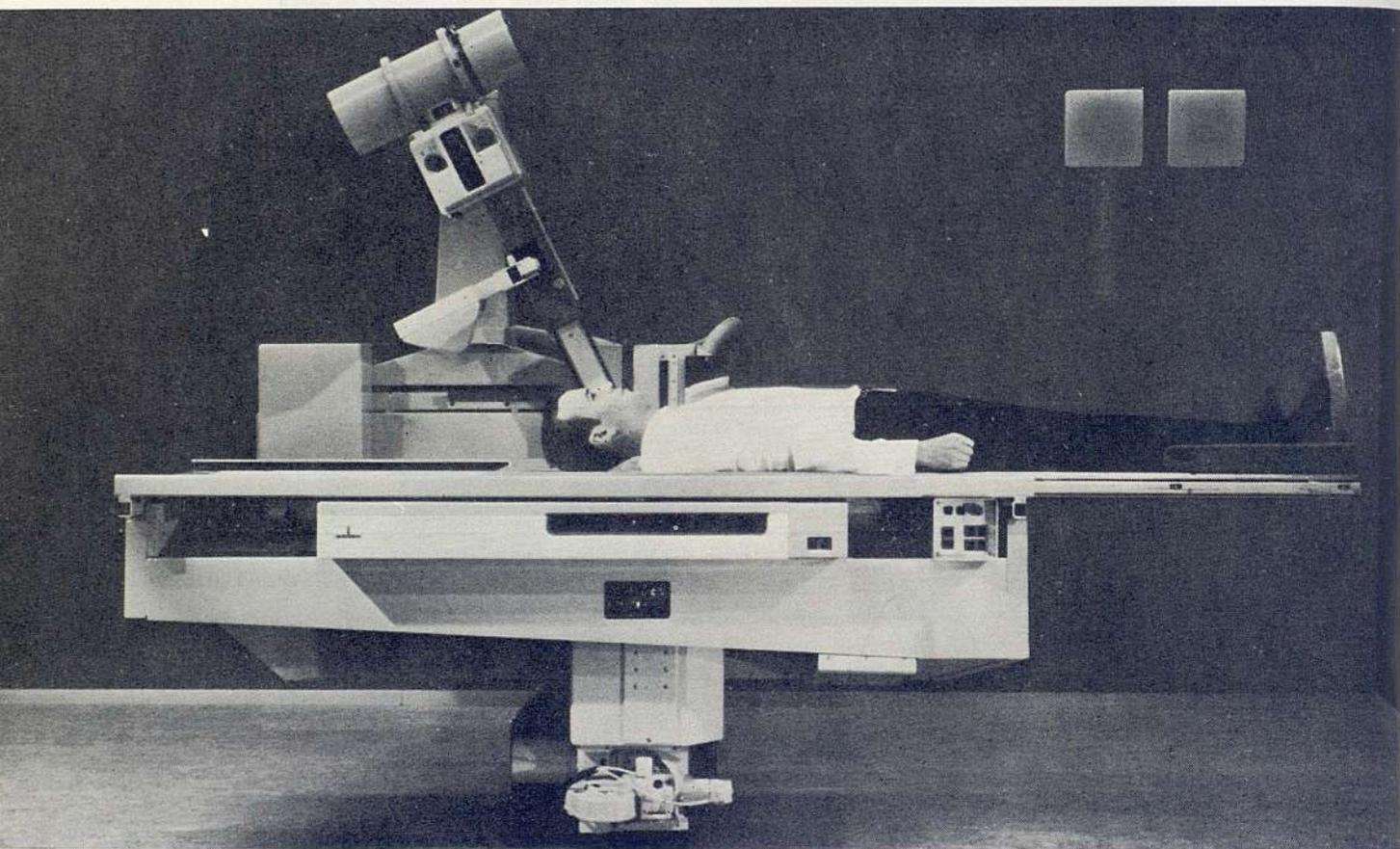
**A. Cornejo Hormigo**

**CASPE, 33 B**  
**TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62**  
**BARCELONA (10)**



SIEMENS

# 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 S. A.  
Dpto. ELECTROMEDICINA  
Orense, 2  
Madrid - 20

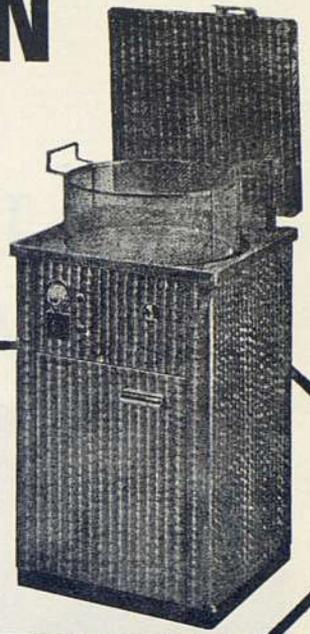
# FRIA MAS Y MEJOR CON



# Jemi

**QUE LES BRINDA  
LAS SENSACIONALES  
NOVEDADES DE:**

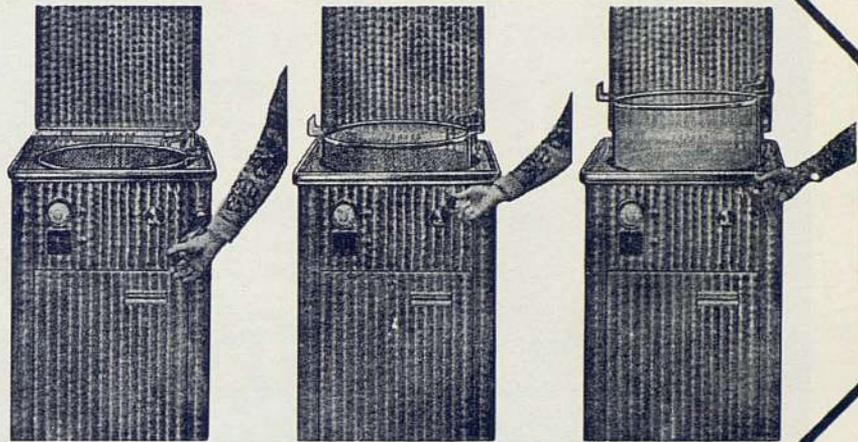
MODELO  
GOLIAT  
30 LTS.



STUDI

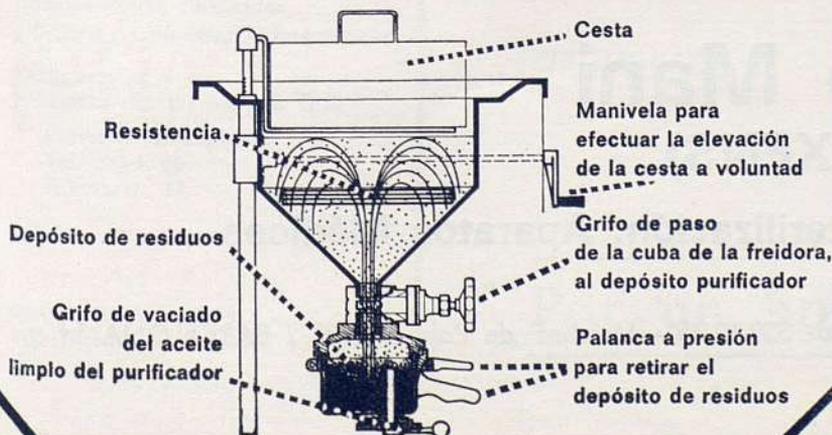
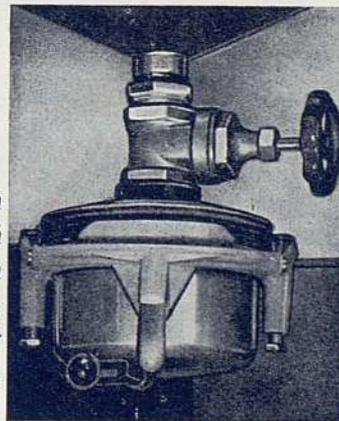
## ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

*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

para mayor información dirigirse a:  
**JEMI - talleres J. Mora**  
Provencals, 277 - Barcelona-5

SIRVASE REMITIRME  
AMPLIA INFORMACION DE  
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado .....

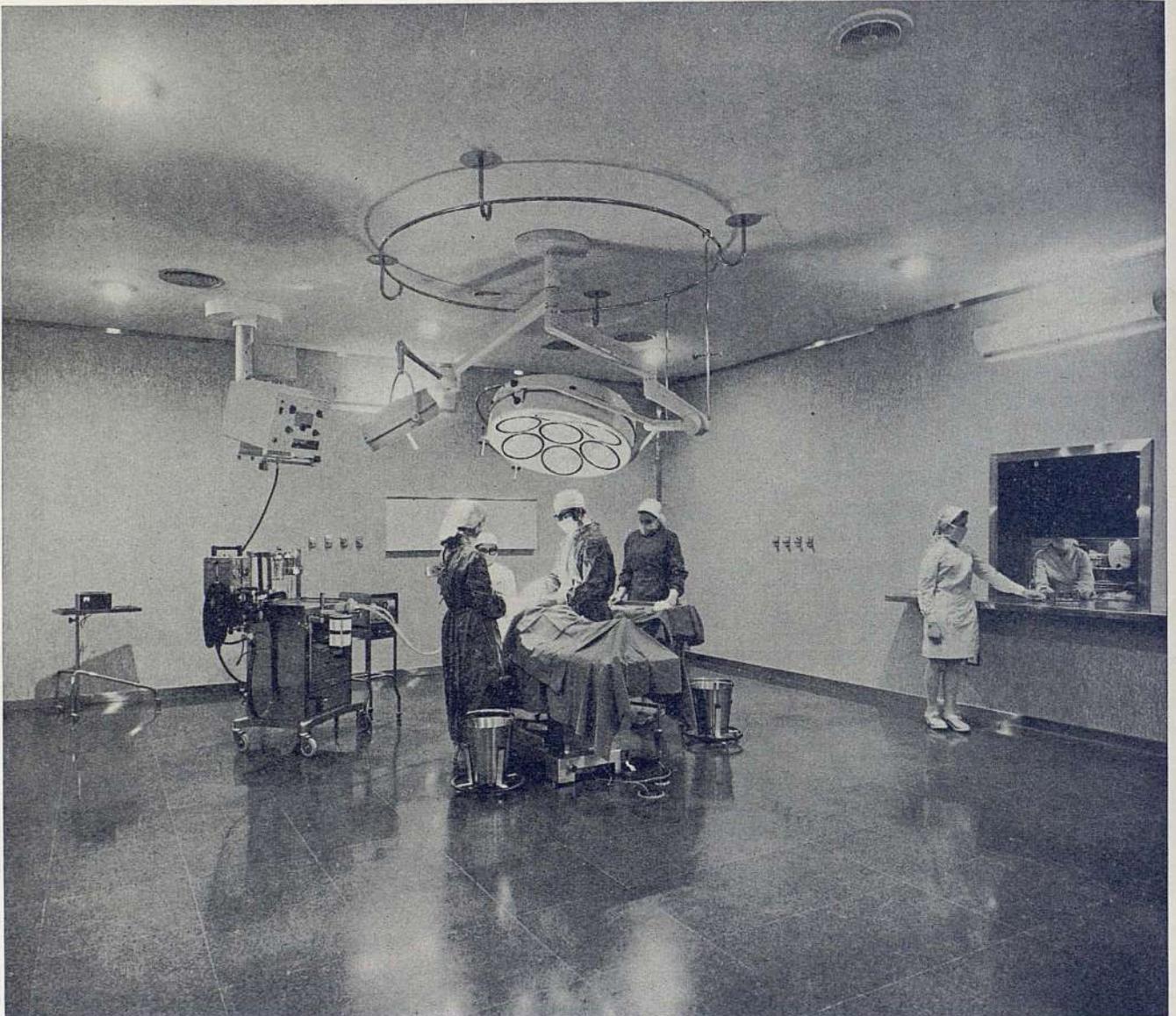
Don .....

Domicilio .....

Población .....

Provincia .....





BLOQUE QUIRURGICO INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

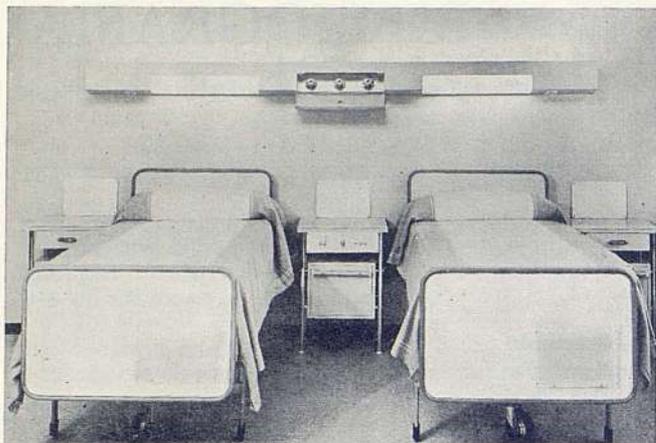
# Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

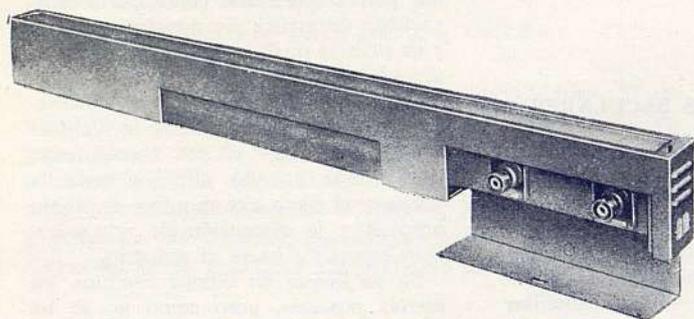
Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14

# pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

## CON INCORPORACION DE:

- LUZ AMBIENTAL
- LUZ DE LECTURA
- TOMAS PARA APARATOS MEDICOS
- TOMAS DE OXIGENO, VACIO, AIRE, ETC.
- MICRO ALTAVOZ
- ALTAVOZ HILO MUSICAL
- LUZ RECONOCIMIENTO
- LUZ PENUMBRA
- JACK PARA TELEFONIA
- JACK PARA PULSADOR TIMBRE
- CANALIZACION LIQUIDOS
- ETC. ETC.

**panhos**

CREA PENSANDO  
EN EL FACULTATIVO  
Y EN EL ENFERMO

- AMBIENTE MAS GRATO
- TRABAJO MAS COMODO
- MAYOR EFICACIA
- MAS RENDIMIENTO
- DECORACION MODERNA
- MENOS COSTOS



Tipo PL - 165

## DIVISION MEDICA

FABRICADOS PANHOS: PANTALLAS CANAL HOSPITALIZACION - PANTALLAS PARA LABORATORIO  
NEGATOSCOPIOS - LUCES ESPECIALES CON REOSTATO PARA EXPLORACIONES

PANTALLA CANAL **panhos** DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AMPARADA POR PATENTE



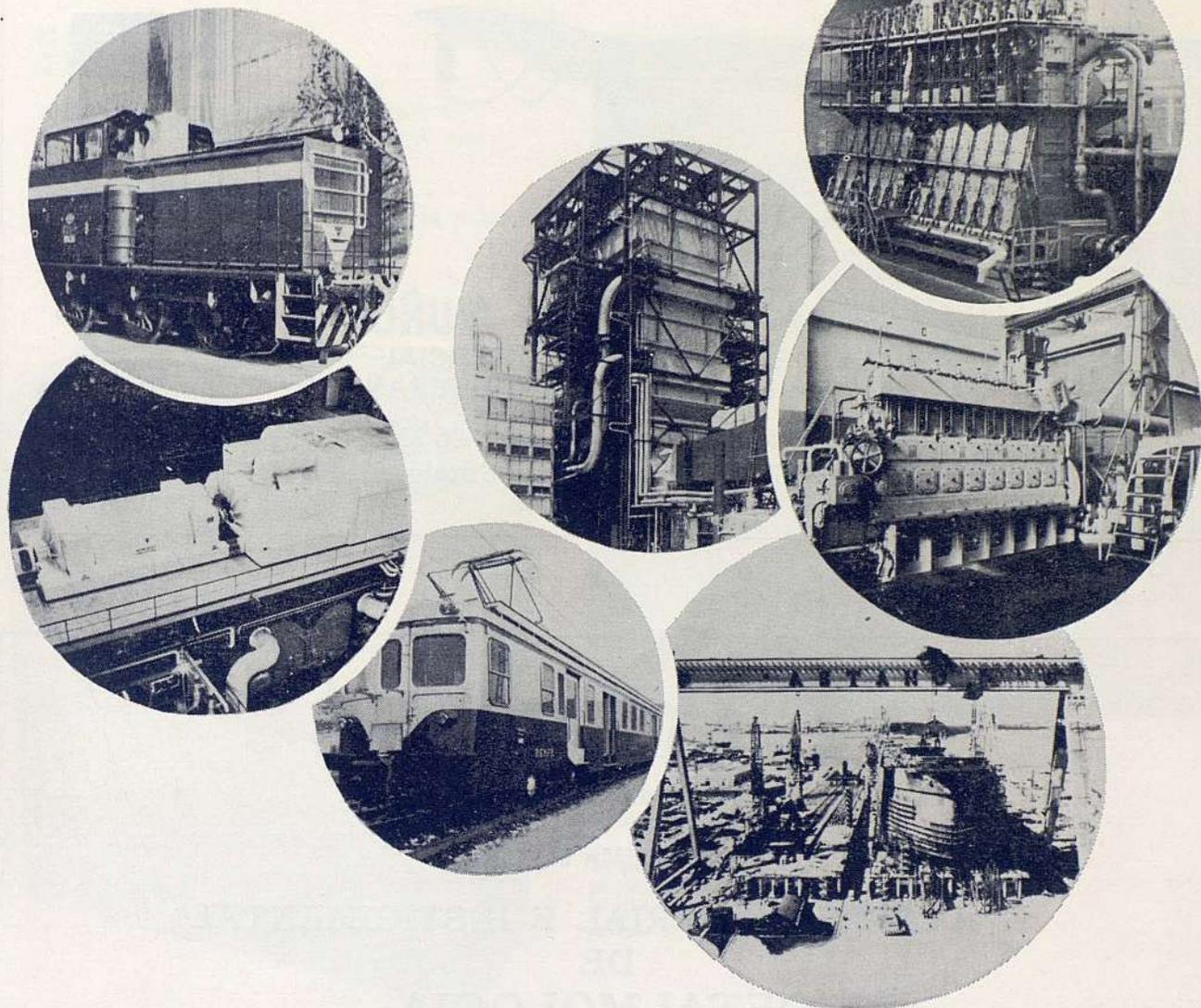
FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

**panhos s/a**

Jovellanos, 21  
San Adrián de Besós (Barcelona)  
Tels. 381 19 12 / 381 18 66

# PARA HOMBRES QUE DECIDEN y piensan en el futuro

Donde usted vea progreso, allí está LA MAQUINISTA. En los muelles, sus potentes grúas. En los buques sus motores marinos. Tierra adentro, sus modernas y rápidas locomotoras. Entre altas montañas, sus centrales eléctricas. En los grandes complejos fabriles, sus equipos para plantas industriales y de proceso. En los talleres, sus grupos electrógenos. Trenes eléctricos, turbinas, calderas, maquinaria eléctrica. El progreso va asociado a LA MAQUINISTA.



**LA MAQUINISTA TERRESTRE Y MARITIMA, S. A.**

Fernando Junoy n.º 2 - Teléfono 307 57 00 - Apartado 94 - Barcelona-16



# MAQUET

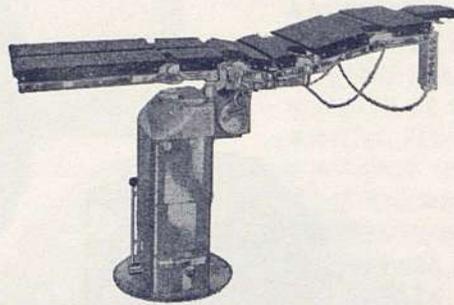


**RASTATT/BADEN**  
(Alemania Occidental)

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

# W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

**APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL  
DE  
OFTALMOLOGIA**

Completísima exposición de las marcas de  
máxima calidad y prestigio mundiales

*Servicio postventa garantizado*

Oculus	Krahn	Möller	Grieshaber	A.Heiss	Moria	Storz
Frigitronics (Criocirugía)		Kretztechnik (Ecografía)			Optics Technology (Laser)	
Nikon (Lámpara de hendidura fotográfica con «Zoom»)				American Optical		Burton
Gulden	Haag-Streit	Schwarzer	Zeiss	etc.		

Calle Fernando Puig, 36-38 Teléfono 211 47 19 BARCELONA-6

Dirección telegráfica: WOMIG - Barcelona

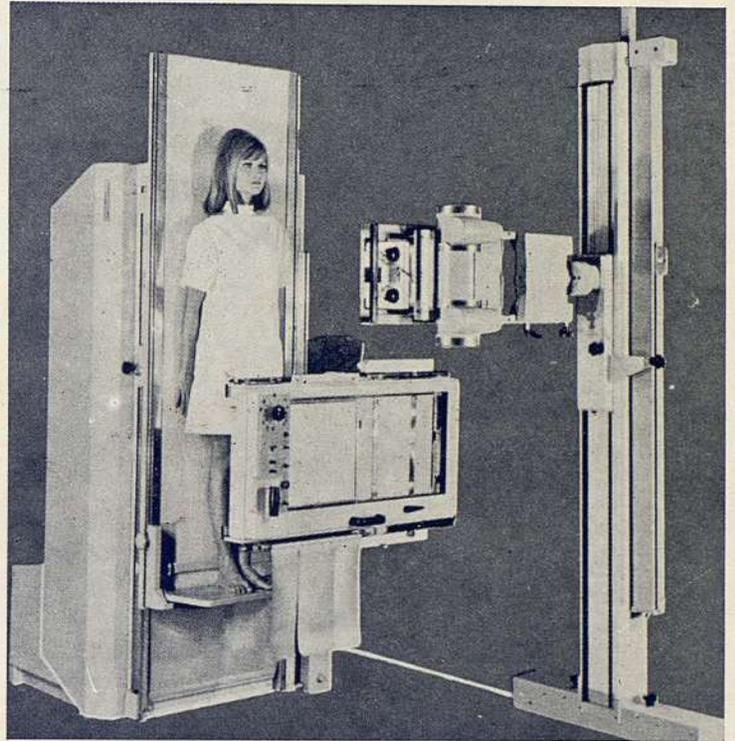
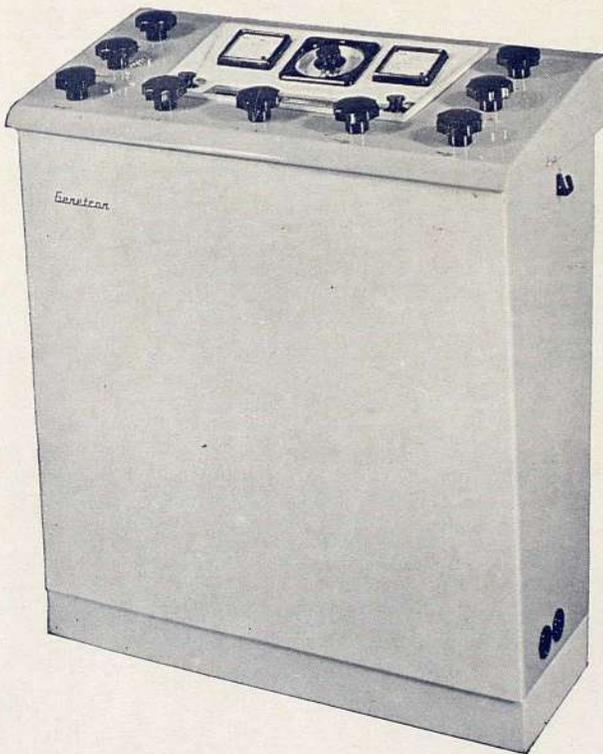
# POR FIN...

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 CORUNA

Génova, 26  
MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6  
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Cuarteles, 47  
MALAGA

Apóstoles, 17  
MURCIA

Castelar, 25  
SEVILLA

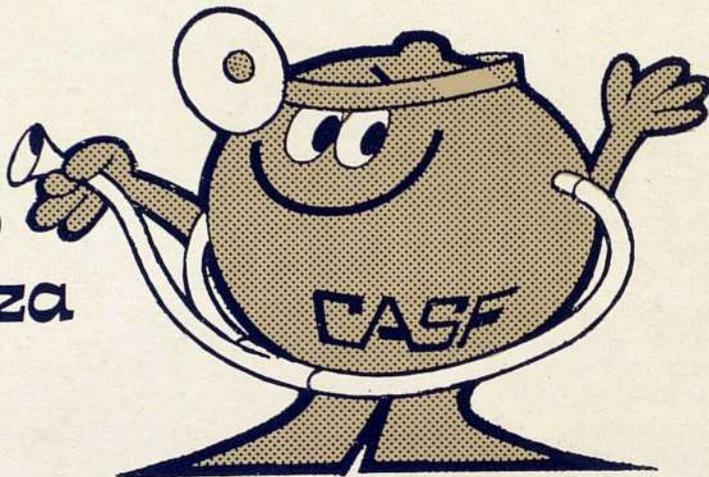
Eduardo Bosca, 20  
VALENCIA

Plaza de Madrid, 3  
VALLADOLID

Pº de la Independencia, 21  
ZARAGOZA

# LABOR HOSPITALARIA

nos ha  
depositado  
su confianza



## CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada 

### CENTRAL

Rivadeneýra, 6 / Plaza de Cataluña  
(Tel. \*329 62 54)

### AGENCIAS

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)  
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundación, 33-35  
Viladomat, 247-249 / Rosellón  
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256  
Lauria, 20 / Caspe, 31  
Aribau, 121 / Rosellón  
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca  
Avda. Mistral, 36 / Rocafort  
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí  
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)  
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)  
Artesanía, 96 (Guineueta)  
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)  
Menorca, 35 (Verneda)

Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94  
Sagrera, 174 / Portugal, 4  
Jaime Huguet, 6 / Plaza Hermanos Serra, 1  
Avda. Madrid, 92 / Juan de Sada  
Plaza del Diamante, 7 / Asturias, 56  
Violante de Hungría, 100-102 (Torr. Perales)

### HOSPITALET DE LLOBREGAT

Maladeta, 10 / Mina, 42  
Ctra. de Sta. Eulalia, 14 / Martí Codolar, 42

S. ADRIAN DE BESOS  
Carretera de Mataró, 18

### BADALONA:

Avda. Alfonso XIII / esq. c/. San Lucas  
Avda. Alfonso XIII, 607 / Juan XXIII

### PREMIA DE MAR:

Avda. 27 de Enero, 132

*¡Vale más quien sirve mejor!*