

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITALA
RARIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 29. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1976
Número 159 Volumen VIII

Director

ÁNGEL M.^a 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 NIÑO Y LA MUERTE 6
Por JOSÉ LUIS REDRADO, O. H.

VALORACIÓN PRESENTE Y FUTURA 21
DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS
DE BARCELONA
Por ENRIQUE GARCÍA RÍO

RESPONSABILIDADES DEL DIRECTIVO 24
Por J. L. ALABERN
Administrador del hospital San Juan de Dios de Barcelona

DERECHOS DE LA PERSONA ENFERMA 25
Por ANTONIA SANCHO MORENO, A. T. S.

NUESTRO MENSAJE A LOS ENFERMOS 27
Por ÁNGEL PERULAN, O. H.

PARA UNA PASTORAL CON EL CÁNCEROSO 30
Por CLAUDE ORTEMANN, M. I.

NOTICARIO 35

LIENCRES. PAMPLONA. MADRID. ALMERÍA. BARCELONA. 33

ZARAGOZA. CANADÁ. ZAPOPAN. 33

EL HOMBRE QUE SUPO AMAR 34

CARTA A UN AMIGO QUE SE FUE 34

EVOCACIÓN 35

INAUGURACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO 36

SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE 37

EL ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO 37

CONVIVENCIA NACIONAL DE CAPELLANES DE HOSPITALES 38

REUNIÓN CON LAS RELIGIOSAS 39

PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE PROFESORES 39

DE RELIGIÓN Y MORAL PROFESIONAL 39

DE ESCUELAS DE A. T. S. 39

III JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA 40

CURSILLOS CELEBRADOS A LO LARGO DEL AÑO 1975 43

MEMORIA DE LA ASOCIACIÓN DE CAPELLANES 43

DE HOSPITAL DE QUEBEC 43

SEGUNDAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA 43

III CURSO DE ENFERMERÍA 44

LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD CANTORAL 44

BIBLIOGRAFÍA 45

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.12

EL NIÑO Y LA MUERTE

Por JOSÉ L. REDRADO, O. H.

INTRODUCCIÓN

Iniciamos nuestro trabajo —el niño y la muerte— con un cierto interrogante y con algo de perplejidad: si los mayores no comprendemos el problema, no intentamos abordarlo, conocerlo, ¿lo podrá el niño? Y nos hemos dado cuenta de que el niño es capaz, en la medida que los mayores no le disimulan comprender su sentido.

Con el fin de afirmarnos en algunos criterios y de contrastarlos, hemos hecho una encuesta-sondeo, que no tiene nada de ficha científica, pero que nos sirve de pauta de trabajo. Hemos escogido intencionadamente los grupos de edades —de 8 a 10 años— ya que es la edad en que el niño comienza a distinguir y separar ciertos conceptos más abstractos. Los interrogados —niños y niñas— podríamos dividirlos en seis grupos, más por el lugar en que se hizo la encuesta que por la diferenciación, ya que en cada grupo de la encuesta podríamos dar también otros tantos datos de procedencias distintas: el Grupo de Zaragoza, por ejemplo, tiene una procedencia mayoritaria de Navarra y Aragón; el grupo de San Vicente es bastante disperso, abundando las regiones de Andalucía y Cataluña; y lo mismo en los demás grupos.

Hecha la encuesta, la codificamos y la analizamos; de este análisis sacamos después las oportunas conclusiones que venían reflejándose. A continuación buscamos las causas globales que motivan ciertos conceptos de los niños y pasamos a dar unas pautas de comportamiento.

Completamos nuestro estudio con tres apéndices que reflejan y sintetizan la reflexión anterior: dibujos de los niños sobre la muerte, forma en que la desean y criterios para un aprendizaje a base de unas catequisis.

Quiero agradecer de forma especial a mi compañero, padre Mariano Galve, psicólogo, el interés que se ha tomado en la codificación y análisis, ya que nos ha servido de soporte y pauta de trabajo.

COMPROBACIÓN DE HECHOS

DATOS DE LA ENCUESTA

PREGUNTA N.º 1: *¿Has visto morir a alguna persona?*

GRUPOS	Sí		No		Total
	N.º	%	N.º	%	
1. Escuela A. Zaragoza	6	21,4	22	78,5	28 Niños
2. San Vicente	6	22,4	21	77,6	27 Niños
3. Colegio Carmelitas	4	12,9	27	87,1	31 Niñas
4. Colegio Salesiano	7	25,0	21	75,0	28 Niños
5. Valencia	—	—	3	100,0	3 Niños
6. Hospital Barna.	3	37,5	5	62,5	8
TOTALES	26	20,8	99	79,2	125 100 %

PREGUNTA N.º 2: *¿Qué imagen tienes de la muerte? ¿Cómo te la figuras?*

GRUPOS	Ninguna		Triste		Símbolos		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Grupo 1	—	—	24	85,7	4	14,3	28
Grupo 2	26	92,9	—	—	1	7,1	27
Grupo 3	19	61,3	4	12,9	8	25,8	31 Niñas
Grupo 4	10	35,7	18	64,3	2	7,1	28
Grupo 5	2	66,7	1	33,3	—	—	3
Grupo 6	Todos en blanco						8
TOTALES	57	48,0	47	35,5	15	12,5	125 100 %

PREGUNTA N.º 3: Si te dijese que ahora te ibas a morir ¿qué es lo que temerías más? ¿Cómo aceptarías eso?

GRUPOS	Miedo		Acción		Religión		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Grupo 1	15	53,6	3	7,1	11	39,3	28
Grupo 2	22	81,5	3	11,1	2	7,4	27
Grupo 3	18	58,1	2	6,4	11	45,5	31
Grupo 4	27	96,4	—	—	1	3,6	28
Grupo 5	2	66,7	—	—	1	33,3	3
Grupo 6	—	—	—	—	—	—	8
TOTALES	84	71,1	8	6,1	26	22,8	125 100 %

PREGUNTA N.º 4: Ante una enfermedad grave, ¿te gustaría que te ocultasen que te morirías o te gustaría que te dijese lo que te sucede? ¿Por qué?

GRUPOS	Sí		No		Totales
	N.º	%	N.º	%	
Grupo 1	19	67,9	9	32,1	28
Grupo 2	18	66,7	9	33,3	27
Grupo 3	12	38,7	19	61,3	31
Grupo 4	7	25,0	21	75,0	28
Grupo 5	1	33,3	2	66,7	3
Grupo 6	—	—	—	—	8
TOTALES	57	48,7	60	51,3	125 100 %

PREGUNTA N.º 5: Dónde prefieres morir: ¿en casa o en el hospital? ¿Por qué?

GRUPOS	En casa		En el hospital		Total
	N.º	%	N.º	%	
Grupo 1	27	96,4	1	3,6	28
Grupo 2	21	77,8	6	22,2	27
Grupo 3	23	74,2	8	25,8	31
Grupo 4	21	75,0	7	25,0	28
Grupo 5	3	100,0	—	—	3
Grupo 6	6	75,0	2	25,0	8
TOTALES	101	80,8	24	19,2	125 100 %

PREGUNTA N.º 6: ¿Quién quieres que esté junto a ti mientras estés muriendo?

GRUPOS	Familia en general		Padres y hermanos		Total
	N.º	%	N.º	%	
Grupo 1	10	35,7	18	64,3	28
Grupo 2	11	40,7	16	59,3	27
Grupo 3	15	48,4	16	51,6	31
Grupo 4	18	64,3	10	35,7	28
Grupo 5	—	—	3	100,0	3
Grupo 6	3	37,5	5	62,5	8
TOTALES	57	35,6	68	54,4	125 100 %

PREGUNTA N.º 7: ¿Sabes qué te sucederá después de la muerte?

GRUPOS	Me enterrarán		No lo sé		Religión		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Grupo 1	8	28,6	11	39,3	9	32,1	28
Grupo 2	12	44,4	3	11,1	12	44,4	27
Grupo 3	5	16,1	7	22,6	19	61,3	31
Grupo 4	12	42,9	7	25,0	9	32,1	28
Grupo 5	1	33,3	—	—	2	66,7	3
Grupo 6	4	50,0	2	25,0	2	25,0	8
TOTALES	42	33,6	30	24,0	53	42,4	125 100 %

Análisis de dibujos que representan a la muerte.

CONCEPTOS	Total	1	2	3	4	5	6
Caja	55	12	14	10	7	2	6
Cruz	67	14	20	10	16	1	4
Velas	3	3	—	—	—	—	—
Cama	20	3	1	11	3	1	1
Figura	45	7	9	18	7	1	3
Flores	25	1	7	10	3	3	1
Cementerio	11	3	—	1	2	1	4
Tumba	12	2	4	4	2	—	—
Nombre	13	3	2	3	5	—	—
Iglesia	2	—	—	—	—	—	—
Coche funerario	9	3	5	—	1	—	—
Corona	24	2	8	9	2	2	1
Presencia (duelo)	35	2	10	12	6	—	3
¹ Violencia	11	4	—	—	5	1	1
² Simbólicas	8	—	—	—	—	—	—
Resurrección	4	—	—	—	—	—	—

¹ El contenido de las representaciones violentas es: 2 escenas de guerra, 2 accidentes de tráfico, 1 coche por un barranco, 6 asesinatos con puñal, 3 asesinatos con pistola, 1 muerte con flecha, 1 pelea, 1 incendio.

² El contenido de las representaciones simbólicas es: un hombre quemándose, la muerte como un personaje en llamas con dos piedras llamándose, un pasillo largo y oscuro, una capa negra que dice la verdad, un señor, un payaso, una serpiente y una planta muerta.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

La encuesta refleja qué imagen interiorizada tienen los niños acerca de la muerte a partir de su cultura, de su edad, sexo y experiencia de la misma.

Esta imagen aparece reflejada en los cuadros n.º 8 y n.º 2, de los cuales, el primero es un dibujo y el segundo una pregunta. Los resultados de ambos cuadros son consistentes en la misma dirección:

1.º Los niños no tienen una imagen de la muerte en sí, ni como concepto ni como experiencia que les afecte (12,5 % de contenidos simbólicos en pregunta n.º 2 y 8 representaciones simbólicas en dibujo). Analizando por grupos, los símbolos son usados por las niñas en más abundancia (25,8 %), siguiéndole el grupo

de niños de la Escuela Apostólica. En el primer caso, habría que pensar en una mayor sensibilidad de la mujer y los del grupo vocacional hacia imágenes e ideas sobrenaturales.

2.º La imagen predominante es meramente externa. Los niños la asocian a las cosas que rodean la muerte, que son como su envoltura (una caja 45 %, una cruz 54 %). Es interesante analizar el concepto *figura* con un 37 % junto con el concepto *presencia de personas en la muerte o en el duelo* con un 28 %. Existe una identificación con la figura; es decir, que la persona muerta es el mismo sujeto. Y son el grupo de niñas quienes han arrojado la cifra más elevada (con 18 figuraciones y 12 representaciones de presencia). También hay que añadir que son ellas las que han calificado, con alto porcentaje, el concepto *cama* (con el 30 % de su muestra, 11 sobre 31) y el concepto *flores* (también con el 30 %). Viendo los dibujos se comprende claramente que se ha intentado *hermosear* el hecho. Hace pensar en el concepto egipcio de la muerte, en el sentido de supervivencia corporal. Son dibujos muy cuidados, meticulosos: la niña más parece dormida, engalanada, con sus flores y sus festones en las sábanas. El tema desagradable se hace derivar hacia las personas presentes, dibujadas con gran pena, o llorando.

La identificación, pues, de la figura no conlleva una repercusión personal (habría que desmontar, y tener en cuenta, la edad, en la que la persona todavía no está constituida). Se parece más bien a una *puesta en escena*, en la que subyace una actitud egocéntrica sobre los *efectos que produciré yo muerta*. Esta interpretación es avalada por el índice de tristeza (12,9 %), el más bajo de toda la muestra, en pregunta n.º 2.

3.º Los totales de la pregunta n.º 2, deben ser interpretados. Predomina, globalmente, la ausencia de imagen sobre la muerte, aunque figure con un 48 % del total. El desequilibrio lo ha producido el grupo 1.º, la Escuela Apostólica, con su 85,7 % puntuando en tristeza. Se ve que este grupo se halla más sensibilizado hacia la vivencia de la muerte, por cultura o por temas incluidos en su vocación. Las niñas figuran, en sentido contrario, con un 61,3 % en afirmar que no tienen ninguna imagen de la muerte.

4.º La encuesta permite hacer una relación entre la imagen interna de la muerte y las experiencias de conexión que los sujetos han tenido con ella. Debemos analizar, pues, el cuadro n.º 1. Según este cuadro, los más directamente enfrentados con una experiencia del morir son los 8 niños del hospital de Barcelona. Estos niños, sin embargo, por su edad menor o por otras causas se han inhibido en las preguntas importantes; sólo han contestado a las últimas, especificando que no querían morir en el hospital y que deseaban que estuvieran presentes sus padres. (Habría que tener una

muestra mayor para saber si, esta vivencia, impide la conceptualización.)

El índice más bajo corresponde a las niñas (12,9 %), lo que hay que tener, también, en cuenta sobre lo dicho anteriormente sobre la interiorización.

El resto de los grupos no son significativos.

Lo que sí es significativo son los totales: el 80 % de los niños no han tenido ninguna experiencia sobre el morir.

5.º En cuanto a los *sentimientos* puestos en marcha sobre el morir, se ve reflejado en el cuadro n.º 3. Los totales hacen predominar el sentimiento de miedo (71,1 %), muy por encima de los religiosos (22,8 %). Este sentimiento, también es necesario interpretarlo; a través de las encuestas se nota que el miedo es genérico, desestructurado y general; es decir, no implicativo. Los sujetos manifiestan su desagrado porque *es un tema desagradable* en su cultura y no porque lo hayan construido sobre su experiencia. La muerte, para ellos, es un nombre, que pertenece al vocabulario; como lo es el diablo o las brujas.

En los porcentajes de intragrupos, los más elevados corresponden a los chicos, grupo 2 (81,5 %) y grupo 4 (96,4 %).

El grupo 1, que también es de chicos, puntúa en religión (39,3 %) lo que es explicable, ya que es un grupo confesional.

El grupo más bajo en sentimientos de temor son las niñas, grupo 3 (58,1 %), explicable porque tienen menos experiencia y porque puntúan, con más sensibilidad, en religión (35,5 %).

La pregunta n.º 3 está construida de tal manera que es posible, aunque muy levemente, rastrear la relación entre *pasividad-acción*. La acción puntúa muy bajo (6,1 %), destacándose los chicos, grupo 2.º (11,1 %) y grupo 1.º (1,1 %). Las chicas puntúan con 6,4 %, pero el contenido va en la dirección del *no creérselo o me daría un susto*, frente a los chicos que están más en la línea de la rebeldía.

6.º La diferencia anterior aparece claramente patente en el cuadro n.º 4; en efecto, los más preparados para enfrentarse con la muerte, de un modo personal y egoimplicativo, son los chicos: grupo 1 (67,9 %) y grupo 2 (66,7 %) frente a las chicas (38,7 %).

Aunque la diferencia de sexo sea significativa, hay que tener en cuenta la variable cultura y la variable experiencia. Es el caso del grupo 4, que figura con sólo un 25 % en la afirmación de que le gustaría conocer la muerte propia por adelantado. Este índice tan bajo nos hace tener en cuenta que son niños de *ciudad*, y, por tanto, en escasa relación con la vida y con la muerte. En cambio los dos grupos primeros son oriundos de pueblo, en donde hay mayor comunicación y vivencia con estas realidades.

En este caso, las niñas de la muestra habría que incluirlas en ambos apartados: sexo y cultura.

7.º El cuadro n.º 5 ratifica la interpretación anterior. Las condiciones que rodean a los niños, el entorno, es muy diferente. En la ciudad están rodeados de *instrumentos*, hasta el punto de que el contacto con la naturaleza y los hechos existenciales son mediatizados por ellos. En los pueblos, en cambio, la experiencias y los contactos son más directos. Por eso, no es de extrañar que los niños de capital, a pesar de preferir morir en casa, puntúen (con un 25 %) en su preferencia por el hospital. Tampoco extraña que los niños de pueblo prefieran no hacerlo (sólo un 3,6 %), por muchas motivaciones: la técnica, lo desconocido, las personas ajenas les asustan.

El grupo n.º 2, que pertenece a pueblo, puntúa, sin embargo con un 22,2 % en su preferencia sobre el hospital. Hay que aclarar que dicho pueblo está a medio camino de la capital, con absorción de modelos y planteamientos de la misma.

8.º El cuadro n.º 6 hay que tomarlo con precaución. Nuestro intento era clasificarlo de un modo más matizado, bajo los conceptos independientes de: a) familia en general, b) padres y hermanos, c) sólo padre, d) sólo madre, e) sólo hermano, hermana o hermanos, f) amigos, g) personas ajenas. Pero la encuesta nos impidió tal clasificación, por no existir tales conceptos. A pesar de todo, nos esforzamos por mantener dos clasificaciones: familia en general y los más directamente emparentados, padres y hermanos. No obstante, el criterio de selección fue muy difícil y poco claro. De este cuadro, sólo podemos hacer una indicación: el grupo 3 y el grupo 4 puntuaban relativamente altos en *familia en general*, (con 48,8 % y 64,3 % respectivamente). Creemos es debido al hecho siguiente: la mayoría de los niños y niñas de ambos grupos provienen de emigrantes. Por regla general nunca viene una familia sola, sino clanes enteros, que forman redes de comunicación y de contacto frente a la dispersión fría de la ciudad. La mención de *tíos, abuelos, primos* de estos dos grupos, y que hemos catalogado bajo la denominación de familia en general, debe de obedecer a esta situación de clan familiar.

9.º El cuadro n.º 7 expone la relación *imagen-defensa*. En los porcentajes se puntúa por la mitad en esquemas proyectivos religiosos (42 %), siendo los más elevados los de las chicas (61,3 %) ¹. La mayor personificación, que presupone una experiencia más hecha y existencial, corresponde al grupo 1.º, que califica en la duda con un 39,3 %.

El 16,1 % de *me enterrarán*, que se refiere a las chicas, el más bajo, corresponde coherentemente a toda la encuesta: menor experiencia, más egoísmo, mayor

¹ Los grupos 5 y 6 no son significativos. El primero por la escasez de la muestra (3), el otro porque ha evitado contestar a las preguntas más importantes. Por eso, apenas si los hemos tenido en cuenta.

dificultad para aceptar lo desagradable y uso de las defensas religiosas.

De todos modos, el *no sé* habría que examinarlo más detalladamente, y con otras pruebas, ya que puede ser el sencillo medio de quitarse de en medio una dificultad, que no creemos sea el caso del grupo n.º 1.

CONCLUSIONES DE ESTE ANÁLISIS

1. Se observa en todas las respuestas un hecho unánime y es que los niños interrogados (8 a 10 años) comprenden la muerte, la distinguen, se dan cuenta del sentido que tiene como distinto del vivir.

2. Sin embargo, los niños no tienen una imagen de la muerte en sí; los conceptos son bastante vagos y la experiencia muy escasa.

3. Dentro de estas formas vagas predomina una imagen externa de la muerte y está en relación con las cosas —caja, cruz—; cosas que no influyen en su persona (Cfr. pregunta 8). No olvidemos que apenas si hay experiencia cercana (Cfr. pregunta 1).

4. Los sentimientos que predominan son la tristeza (pregunta 2) y el miedo (pregunta 3). La muerte es un tema desagradable, de ahí también el que no deseen saber que se mueren (pregunta 4), y el que quieran morir en casa (pregunta 5). Incluso, la misma protección querer ser rodeados de la familia (pregunta 6) nos está indicando la idea de temor a la separación y necesidad de *refugio*. Por ahí habría que buscar también las respuestas evasivas, de defensa que aparecen en la pregunta 7: *me enterrarán, no sé, me iría al cielo o al infierno*.

5. Todos amamos la vida y el niño está estrenándola. ¿Puede darse cuenta, puede comprender entonces la muerte? ¿No la concebirá como algo pasajero? Existe una resignación, inevitablemente hay que morir y entonces se la desea suave, pacífica, sin dolor, como un sueño, de edad avanzada, rodeada de quienes pueden hacerla más llevadera, así la desean los niños según observamos en las respuestas a la pregunta n.º 9, cuyo resumen hemos recogido en el Apéndice II.

6. Hemos comprobado, finalmente, que aunque el niño no se turba cuando se le habla de la muerte, sin embargo le produce extrañeza, no está acostumbrado, ha oído poco. Lo hemos observado en las expresiones, gestos, palabras que hacían o decían al proponerles la encuesta.

II. CAUSAS QUE ESTÁN MOTIVANDO MUCHAS DE ESTAS CONCEPCIONES Y OLVIDOS EN LOS NIÑOS

1. Estamos ante un mundo técnico en el que el saber y el poder de la medicina actúan de tal forma en la conciencia del hombre que nos da la sensación de ser inmortales.

2. El derecho a una muerte digna —humana, consciente, libre— se ve hoy obstaculizado, presionado, escamotea-

do por estructuras hospitalarias que retardan la muerte días, semanas y meses.

3. Con esta conciencia técnica vamos hacia un desconocimiento, queremos ocultarla a la gente, queremos hasta convencerla de que no sucederá. Todo se silencia, todo se oculta; es como una soledad, un aislamiento.

4. En una sociedad rica, desarrollada, materializada, la muerte no cabe, es una amenaza, resulta un mal anuncio.

5. En un mundo donde se comercializa la muerte y el hombre queda desamparado, casi sin contacto, la experiencia es muy lejana.

6. Existe también en el hombre de hoy una como incapacidad de contemplación del más allá que impide afrontar la realidad tal como es.

7. El niño vive en esta sociedad y capta lo que se le ofrece, y como la muerte se le oculta, de ahí que él vaya creciendo ajeno a esta realidad e incluso sus propios sentimientos vayan más por el lado del temor, la tristeza y el miedo que por el de aceptación e integración.

III. CÓMO ENSEÑAR A LOS NIÑOS A INTEGRAR LA MUERTE EN SU REALIDAD VITAL

1. Hemos de enseñar primero a los adultos a superar sus propios temores. Esta aceptación por parte de los mayores servirá de signo que podrán compartir después como educadores.

2. El educador debe acentuar el sentido de la vida, su belleza y su fuerza. Las respuestas que se le den al niño deberán arrancar de la vida, desde la vida que comienza ahora —que se vive y que se plenifica. Seguro que esto podrá simplificar muchos miedos y frustraciones.

3. Se deberá hacer en el tiempo oportuno, sin desaprovechar las ocasiones que puedan hacer más inteligible el hecho; acudir sobre todo al sistema de *ver* y *palpar*, ya que esto tiene más capacidad de mensaje para los niños que todas las nociones que podamos darle sobre el morir.

4. El niño preguntará, y en el fondo estará pidiendo seguridad y confianza; el educador tendrá que encauzarle estos sentimientos, colmar estas necesidades, procurar darle a entender la verdad, enseñarle a aceptarla.

5. He aquí, finalmente, cuatro reglas maestras que los adultos podemos utilizar al abordar el problema de la muerte en el contexto de la vida de un niño (Cfr. *Sociología de la muerte*, ed. Sala, pág. 157-158):

- No tratar de engañar al niño.
- Procurar dar a las preguntas del niño respuestas simples y directas.
- Intentar comprender el contexto emocional y el grado de desarrollo del niño para responder a sus preguntas adecuadamente.
- Permitir que el niño participe en el funeral.

Con todo esto evitaremos provocar en el niño la ansiedad y la confusión y al mismo tiempo nos situaremos en el nivel de comprensión de que es capaz para vivir lo que acontece, para darse cuenta de lo ocurrido.

Apéndice I

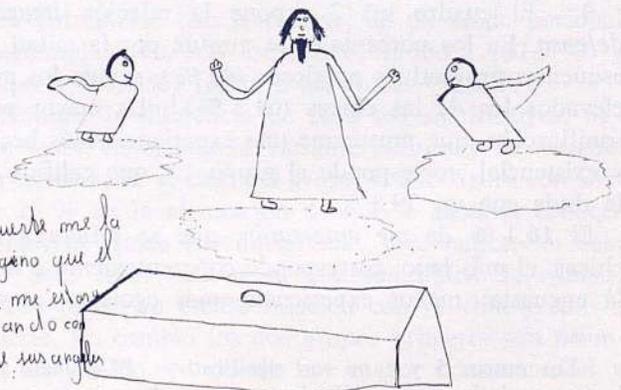
DIBUJOS REALIZADOS POR LOS NIÑOS SOBRE LA MUERTE

En este primer Apéndice recogemos una selección de figuras a través de las cuales el niño personifica la muerte. El sentido global queda expuesto anteriormente en el *análisis de los datos*; ahora sólo las traemos como material de reflexión. Algunos niños explican el sentido de la figura que realizan, otros no lo hacen pero es fácil captarlo. Un estudio interesante hubiera sido comparar la figura con el deseo de morir: se observa mucha coincidencia. Normalmente, a una figura violenta corresponde un deseo también violento: morir de accidente. Estas comparaciones las pasamos por alto, aunque bien hubiera merecido la pena.



Dios es nuestro Padre que nos espera desde el cielo con las manos abiertas

(Niña 9 años)



la muerte me la imagino que el Señor me espera esperando a todos de sus brazos

(Niña 9 años)



(Niña 7 años)

Madre
muerta



(Niña 8 años)



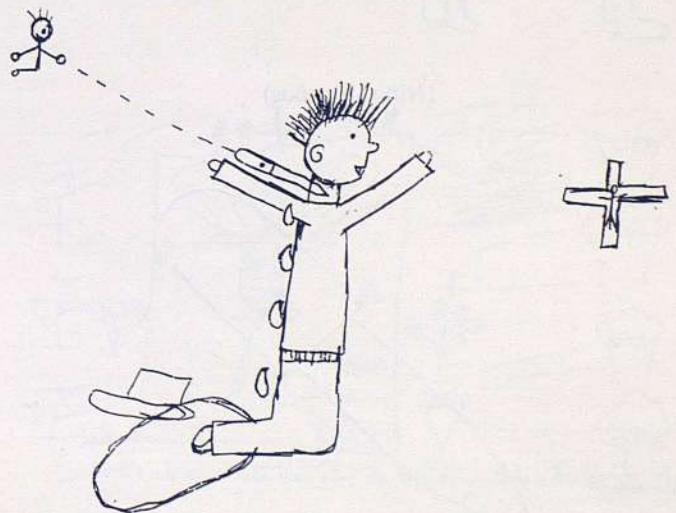
(Niña 8 años)



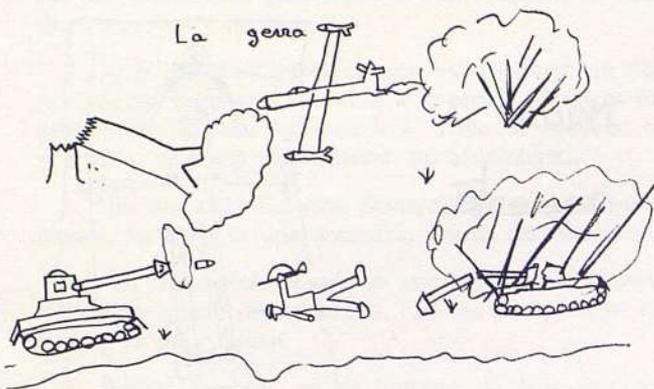
(Niña 8 años)



(Niño 10 años)



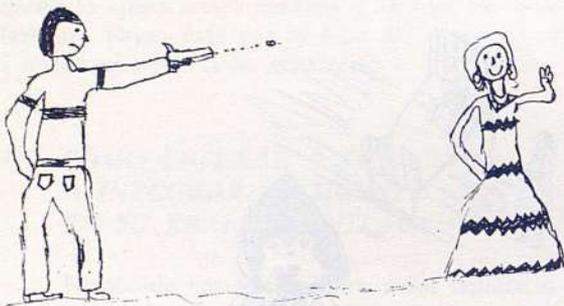
(Niño 10 años)



(Niño 10 años)



(Niño 10 años)



(Niño 10 años)



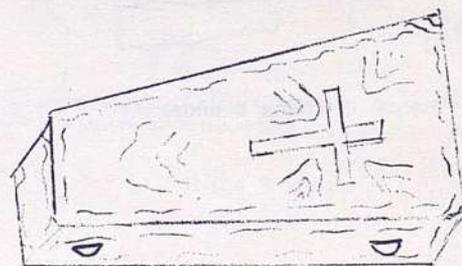
QUEMANDOSE Y VOLVIENDOSE CENIZA.

(Niña 9 años)

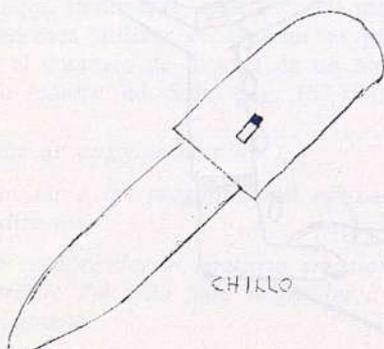


Es un señor que mata
a otro de energía

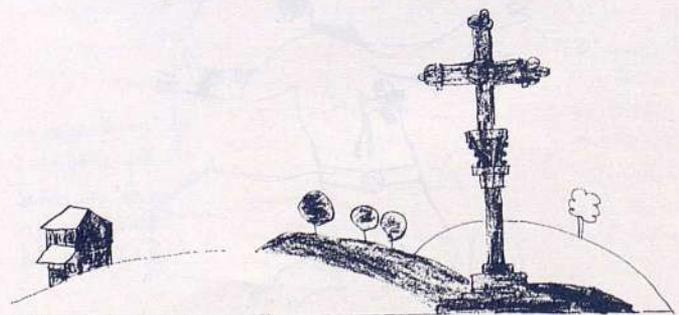
(Niño 10 años)



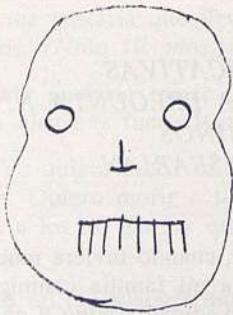
(Niño 10 años)



(Niño 10 años)



(Niño 9 años)

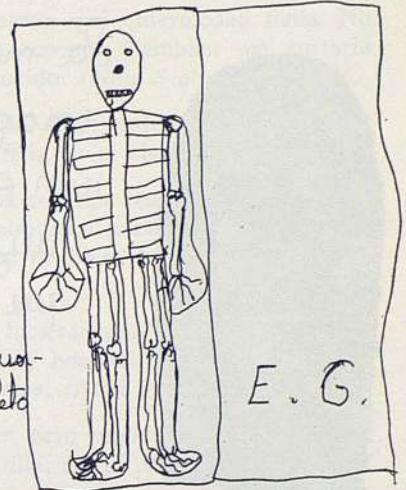


(Niña 9 años)

• Una planta muerta •

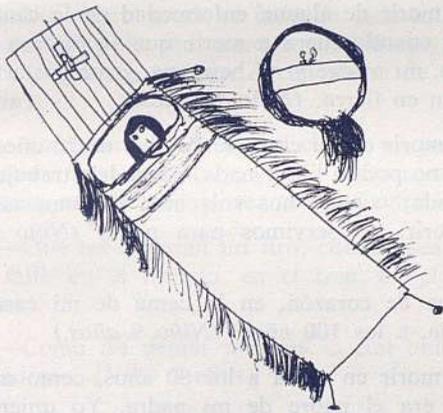


(Niña 10 años)



Una caja de muertos con un esqueleto dentro.

(Niña 9 años)



(Niño 10 años)

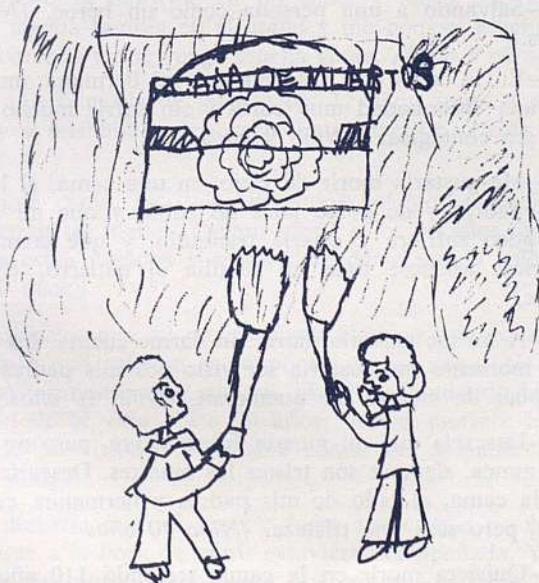
La muerte me la imagino en la cama.



La muerte me la imagino como una capa negra que juega limpio.

La muerte.

(Niña 9 años)



(Niña 9 años)



Es un esqueleto con alas de Angel y rodeado de plantas.

(Niña 9 años)

Apéndice II

EXPRESIONES MÁS SIGNIFICATIVAS
QUE HACEN ALUSIÓN A LA PREGUNTA N.º 9,
DONDE SE PEDÍA A LOS NIÑOS
QUE RELATASEN CÓMO DESEARÍAN
QUE FUESE SU MUERTE

—Desearía morirme en la cama, cuando tuviera muchos años y además que estuviera toda mi familia conmigo y también mis amigos, si es que aún vivían. (Niño 9 años.)

—Con un barco que se hunde. Me gustaría morir a los 99 años en un barco. (Niño 10 años.)

—Me gustaría morir de muerte violenta en mi casa, estando sentado en una silla, comiendo junto a mis padres, mi tía y mi abuela para que ellos me vieran los primeros. (Niño 9 años.)

—Yo quisiera morir de alguna enfermedad en la cama a los 79 años; y cuando fuera a morir que se pusiera a mi lado mi padre, mi madre y mi hermana, y me gustaría que me enterraran en tierra. (Niño 10 años.)

—Me gustaría morir en mi casa, de la edad de 78 años; ya sería viejo, ya no podría hacer nada, no podría trabajar ni servir para nada; cuando nos volvemos ancianos nos tenemos que morir, no servimos para nada. (Niño 9 años.)

—De un ataque de corazón, en la cama de mi casa, junto a mi familia, a los 100 años. (Niño 9 años.)

—Me gustaría morir en cama a los 80 años, como mi abuelo José que era el padre de mi padre. Yo quiero morir en paz, porque si no, no seré nunca feliz. (Niño 9 años.)

—Quiero que sea muriendo por la Patria, luchando contra algunas naciones que quieran apoderarse de España, pero que me haya matado uno de los extranjeros, porque si no, no pensarían mal de ellos. (Niño 10 años.)

—Salvando a una persona como un héroe. (Niño 10 años.)

—En la cama con mis padres y mi hermana, muriendo de una enfermedad muy corta y sin sufrir mucho y que no sea contagiosa. (Niño 9 años.)

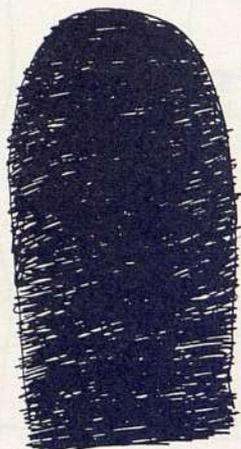
—Me gustaría morir de viejo, en una cama, al lado de mis padres y de golpe para no sufrir y que mi familia tampoco sufriera y estaría tranquilo, y que cuando me muriese asistiese toda mi familia al entierro. (Niño 9 años.)

—A mí me gustaría morir sin darme cuenta. En el último momento me gustaría ser visto por mis padres y que después de muerto me quemaran. (Niño 10 años.)

—Desearía que mi muerte fuese alegre, pero no puede ser nunca, siempre son tristes las muertes. Desearía morir en la cama, al lado de mis padres y hermanos, con alegría, pero será una tristeza. (Niño 10 años.)

—Quisiera morir en la cama, teniendo 110 años, que fuese silenciosa, morir de repente, estando durmiendo. Me gustaría que me enterraran en tierra y no en nicho, tam-

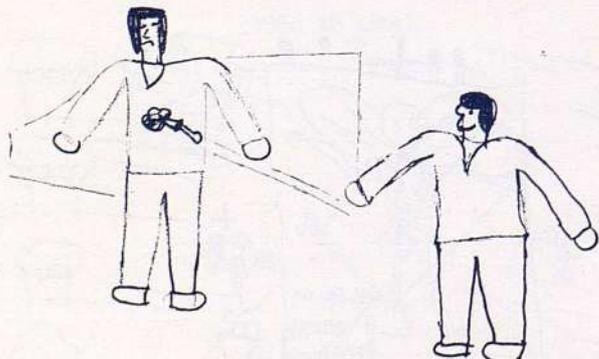
la muerte me la
imagino como
un pasillo
muy negro
que no se acaba



(Niña 9 años)



(Niña 9 años)



Aquí es como matan a una persona.

(Niño 9 años)

bién me gustaría que llevaran la caja la familia y no los amigos. (*Niño 10 años.*)

—Me gustaría morir con la bicicleta, que mi muerte fuera alegre y fuera lenta. (*Niño 10 años.*)

—Yo quiero morir en paz como muera mi madre y mi padre. Quiero morir a las 9 de la mañana y el día 9 de julio, a los 90 años y que mi madre me recuerde. (*Niño 9 años.*)

—A mí me gustaría morir de enfermedad, porque quien muere ahogado lo pasa muy mal o en un accidente que viene un camión, te pega un tortazo y a veces mueren en el acto. (*Niño 9 años.*)

—Me gustaría morir en cama, durmiendo para no enterrarme de nada; me gustaría morir a los 134 años y que me enterraran junto a mis familiares muertos, y confesar-me antes de morir para ir al cielo. (*Niño 10 años.*)

—Yo quiero morir al lado de toda mi familia cuando tuviera 85 ó 90 años porque ya seré muy vieja; morir en casa y que me pongan en un ataúd de cristal. (*Niña 9 años.*)

—Yo querría morir en mi casa y mi padre y mi madre estarían muy tristes; y yo no quiero morir porque mi familia estaría muy triste. (*Niña 9 años.*)

—Que me pegaran un tiro, cuando sea viejo, morir en la mili, en el trabajo, en el tren, en el circo. (*Niño 8 años.*)

—Como las demás muertes, o con una pelea o en un accidente. (*Niño 9 años.*)

—Muerte normal y sería y vengan a visitarme con un ramo. (*Niña 9 años.*)

—Quiero que mi madre me ponga muchas flores y que fuera muy bonita y que mis amigas vengan a mi entierro; yo quiero morir en el hospital con 90 años. (*Niña 8 años.*)

—Me gustaría morir en mi cama y luego que me meta mi misma familia en el ataúd y me pongan muchas flores y coronas y que venga mucha gente. (*Niño 9 años.*)

—Yo quiero morir de vieja a los 72 años, junto a mi marido y a mis hijos y en cama muy blandita. (*Niña 9 años.*)

—En una cama, sin dolor ninguno; cuando sea vieja, con flores en las manos. Quiero morir a los 90 años, que mis hijos estén casados y sepan defenderse por sí solos. (*Niña 10 años.*)

—Yo quisiera que mi muerte fuera alegre y que no sea como otros que mueren y se ponen tristes como si el mundo se terminara; me gustaría morir vieja cuando has disfrutado de la vida a los 90 años; quiero morir a los 90 porque he visto a mi abuela cómo está y padezco. (*Niña 9 años.*)

—Yo desearía que mi muerte fuese suave, que no sufriera y que a la hora de morir estuviera acompañada. Yo creo que me moriré vieja, para que así pueda saber si Dios quiere que vayamos con El o que nos quedemos en el infierno. Que sea según su voluntad. (*Niña 10 años.*)

—Me gustaría me avisaran qué enfermedad tenía. No me gustaría morirme de repente. También me gustaría morir en un hospital conocido. (*Niña 8 años.*)

—Me gustaría morir sin tener enfermedad. Morir de vieja, ir con Dios y ser feliz en el cielo. (*Niña 9 años.*)

—Me gustaría tranquila, con mis familiares y que todos estuvieran rezando a mi alrededor para que pudiera entrar en el cielo y que Dios me recibiera con los brazos abiertos. (*Niña 10 años.*)

—Me gustaría que me hicieran una caja grande y bonita con mis iniciales. En un hospital y que se entere mi familia y vecinos, nadie más. (*Niña 9 años.*)

—No me gustaría morir, pero cuando tuviera que morir me gustaría con una pastilla, así no sufriría nada. (*Niña 9 años.*)

—Yo querría morir en una cama y que cuando estuviera muriendo que el cura me dé la hostia sagrada y que también me dé la confesión para morir en gracia de Dios. (*Niña 8 años.*)

—Que toda mi familia estuviera a mi lado y que cuando yo muera nadie tenga lástima. Que mis padres no me hicieran falta y pediría para que mis padres y hermanos tuvieran salud y energías para ser fuertes y morir en paz. (*Niña 9 años.*)

—Me gustaría que viniese la muerte sin que yo me dé cuenta. (*Niña 9 años.*)

—Por la noche quedarme dormida y a la mañana ya no despertarme, sin que yo me diera cuenta de nada. (*Niña 8 años.*)

—Me gustaría que mi muerte fuera más alegre y no tan triste; me gustaría que aunque fuéramos malos fuéramos al cielo para siempre. (*Niña 9 años.*)

—Feliz y no tan aburrida. (*Niño 9 años.*)

—Me gustaría morir jugando, para morir de una forma alegre. (*Niño 9 años.*)

—Estar blandito para que no me hagan daño las piedras en las espaldas y que la muerte fuera bien, y que los curas rezaran, pero que antes de que me muera yo se tiene que morir mi madre. (*Niño 9 años.*)

Apéndice III

III. CATEQUESIS EN ORDEN A UNA PEDAGOGÍA SOBRE LA MUERTE

En orden a una pedagogía de la muerte, para que los niños vayan integrándola en su vida como algo que les pertenece, nos parecen de gran iluminación las ideas —catequesis— que Marie Fargués ha elaborado en su pequeño libro *El niño ante el misterio de la muerte*.

Por su contenido, estas catequesis sirven de complemento y orientación y pueden ser utilizadas para un entrenamiento de los niños. Es también un nuevo ma-

terial que acompañamos para enriquecer nuestro estudio y sobre todo completará el tema «cómo enseñar a los niños a integrar la muerte en su realidad vital».

ESBOZO DE UN MÉTODO

Una catequesis, o una parte de la misma, presidida por el sentido cristiano de la muerte, es de hecho una catequesis del sentido cristiano de la vida. Sigue un programa antropomórfico y psicológico, como debe hacer cualquier método preocupado por la eficacia si la primera educación, la que dan la familia y el ambiente, no ha dejado lugar alguno a los valores espirituales; la necesidad urge la corrección de las posiciones fundamentales.

El teólogo os dirá que la fe infusa actúa en el alma de los bautizados para lograr el triunfo de ese esfuerzo de enderezamiento y de conversión emprendido por el catequista. El filósofo os dirá que la razón del interesado participa en esa tarea. Pero, no echaremos mano de los procedimientos, de tono demostrativo, del filósofo. Hemos adoptado los de un Maestro que usa un lenguaje muy distinto al del teólogo y al del filósofo. Él revela, afirma, *muestra*, no demuestra; y enseña sirviéndose de parábolas. Nos conduciremos como Él. Repetiremos sus parábolas y, sin agotar su contenido, sacaremos una afirmación, la que aquí nos importa: hay una vida después de la muerte. Magnífica victoria la del catecismo, si minara la consistencia de esa categórica afirmación tan difundida por el ambiente familiar y social de nuestros niños: «Después de la muerte, no hay nada».

Al hecho de nuestra supervivencia se añade el de nuestra responsabilidad moral ante Dios. El destino de cada uno de nosotros es como una línea por cuya trayectoria nos ha lanzado Dios; la vida la prosigue hacia adelante, y como somos libres, trazamos su rumbo a través de los acontecimientos, de las circunstancias y de los destinos de los demás. Un trazado a nuestra imagen. Y hasta el final —¡el final que es la vida eterna!— responde a dicha imagen, según el diseño particular de nuestros pensamientos, acciones, omisiones, gracias recibidas y gracias rehusadas. Una línea recta, o curva, o sinuosa, que sube o que baja... Hasta pasar el puente de la muerte. Y, entonces, no hay tampoco ninguna ruptura: hay continuidad; nuestro destino eterno prolonga nuestro destino temporal. O también, el estado en que el juicio fija nuestra vida futura está en armonía con lo que hayamos hecho de nuestra vida presente.

Si queremos que la catequesis llamada de «las pos-trimerías del hombre», que sea sólida y persuasiva, hay que vincularla estrechamente a una catequesis del hombre, demasiado olvidada y, sin embargo, tan fundamental: el hombre, criatura libre y responsable, *responsable ante Dios* (y no sólo y principalmente ante la sociedad).

Los bosquejos de lecciones, que ofrecemos aquí, están ordenados a ese primer hecho revelado: la supervivencia del espíritu; después se añadirán otros, que solamente hemos apuntado, para establecer el segundo hecho: el hombre es responsable ante Dios de su vida moral. Según el mismo espíritu, habría que establecer un tercer hecho revelado: la resurrección de la carne. «Sobre esto, ya te escucharemos otro día», decían los griegos a san Pablo, sin intención de escuchar. Nuestros hijos sólo piden escuchar una enseñanza que responda perfectamente a su deseo instintivo, lo que no significa que estén dispuestos a aceptarla con espíritu de fe. Se la tendremos que repetir «una vez más», apoyándonos de nuevo en la Escritura.

La eficacia de las lecciones no es proporcional a su longitud; serán breves, pero repetidas, cada una repitiendo casi la anterior, pero bajo otra forma. Constituirán el complemento de otro programa, simultáneo y más nocional. La enseñanza religiosa avanzará, pues, en dos planos paralelos: un plano de conocimientos catequéticos útiles, que probablemente será aún bastante exterior; y un plano de parábolas evangélicas, que, probablemente también, desvelará resonancias afectivas, o sea, interiores. Las ideas presentadas en estos dos planos no se mezclarán mientras la vida teológica permanezca como aletargada. Pero ya llegará... más tarde; nosotros, en cambio, más que subrayar sus puntos de contacto, acentuaremos la separación; cuanto más clara sea la separación, menos riesgo de falseamiento correrá el pensamiento de los niños. ¿Por qué establecer equivalencias cuando resultarían artificiales? La unidad de cada lección en torno a una idea central es, por regla general, la cualidad principal de una enseñanza bien asimilada; lo que pretendemos decir es que, antes de abordar la parábola, quede perfectamente claro que la lección propiamente dicha ha acabado. Nos disponemos entonces a tocar otra tecla: tiene que haber almas disponibles.

Y todo esto se justifica por la razón, siempre invocada, de la falta de tiempo. ¿Dar vueltas, durante diez sesiones, o más, en torno al mismo tema? Por muy importante que sea, ¡es imposible!

¿No hay tiempo para diez lecciones? Bien, ¡pero sí lo hay para diez llamadas! Pero, serán diez llamadas hechas a lo más profundo del corazón, y, al terminar el tiempo consagrado a la sesión, no se extinguirán sus vibraciones.

Supongamos en el primer plano, este tema: *La Iglesia y los sacramentos*. Tema abundante, variado, riquísimo en contenidos sensibles, sobre los que no resulta excesivamente difícil retener la atención incluso de los muchachos, y hasta en aquella edad llamada «de los intereses concretos» (que es además, no lo olvidemos, la edad de la instrucción, la edad en que hay que poblar la memoria).

Título de la primera lección: *Institución de la Iglesia por Jesucristo*; puede ser un relato histórico, como también la segunda: *La Iglesia en sus primeros tiempos*. La tercera: *Estructuración jerárquica de la Iglesia*. La cuarta: *Método de la Iglesia* para comunicarnos la vida divina (o de otra manera: el *método sacramental*) etcétera.

En el segundo plano, se suceden, como hemos dicho, una selección de parábolas.

La separación entre ambos planos será muy simple; por ejemplo, después de un silencio o cualquier otra distracción podemos decir:

«Nos quedan aún diez minutos: los aprovecharé para contaros una parábola de Jesucristo.» Y se empieza.

LA MUERTE, PRELUDIO DE OTRA VIDA

Nuestras cuatro primeras lecciones suplementarias, darán a los niños una tosca idea de cuatro parábolas muy parecidas; pero esta enseñanza será completada después. Se trata de vencer una costumbre rutinaria, debida sin duda al estado actual de nuestra civilización: no nos preocupamos casi de pensar, de imaginar las cosas simples. Que nuestros hijos se hallen en esa situación, a su edad, es un defecto que hay que subsanar y que no debemos tolerar más.

Primer día

PARÁBOLA DEL GRANO QUE MUERE

«Cuando os haya contado la parábola, deberéis explicarme, no lo que Jesús quiso dar a entender —ya lo veremos más tarde—, sino lo que dijo.»

«Si el grano de trigo no cae en la tierra y muere, quedará solo; pero si muere, llevará mucho fruto» (Jn 12, 24).

«¿Quién de vosotros conoce un poco las labores del campo...? ¿Habéis visto a un labrador cómo siembra trigo...? ¿Qué espera de la siembra...? Entre la siembra y la siega, ¿qué pasa...?»

Durante la explicación distribuiréis granos de trigo y espigas para que los niños las desgranen; verán la semilla tan pequeña, la masa de la fécula y las envolturas que la podredumbre hará desaparecer.

No servirá de nada ir más lejos este primer día. Vale más hablar lentamente que extenderse demasiado; sin copiar las palabras con silencios, y confiar en que hoy cada espíritu llegará hasta donde pueda, en la captación de una enseñanza. Esta advertencia vale sobre todo para las parábolas evangélicas; éstas presentan una imagen que quedará grabada tan pronto como se tracen sus contornos.

Segundo día

PARÁBOLA DEL GRANO DE MOSTAZA

«El Reino de los cielos es semejante a un grano de mostaza que toma uno y lo siembra en el campo. Y, con

ser la más pequeña de todas las semillas, cuando ha crecido es la más grande de todas las hortalizas y las aves del cielo vienen a anidar en sus ramas» (Mt 13, 31).

El grano sembrado recuerda la imagen de la primera parábola, y los pájaros la completan con su poesía.

Planteemos de nuevo a los niños la misma pregunta del día anterior:

«¿Qué pasa entre el entierro de la semilla y la nueva vida de la planta de mostaza?» La muerte, la destrucción.

Cuando llegue el momento de dibujar, les propondremos un tríptico:

a) granos;

b) el campo pelado donde mueren los granos;

c) una o dos plantas perfectamente desarrolladas (con pájaros en sus ramas para que haga bonito).

Tercer día

LA LEVADURA

«El Reino de los cielos es semejante a la levadura que una mujer ha tomado y escondido en tres medidas de harina, hasta que toda haya fermentado» (Mt 13, 33).

«La levadura no la escondemos bajo tierra, como el grano; pero, la escondemos. Es como si ya no existiera. Lo que le importa al panadero, o a la mujer que amasa la pasta, es lo que vendrá después, el pan, o el pastel.

»Jesucristo, en esta parábola, dice lo mismo que en las anteriores: "hay que desaparecer, morir".»

Y, sin duda alguna, Jesús dice aquí algo más. Pero, no lo digamos todo nosotros: ¡hay que tener tacto pedagógico! Por otra razón además —para no traicionar nuestras fuentes¹—, pondremos sumo cuidado en dejar abierta la perspectiva de nuestra enseñanza; los niños deben darse cuenta de que «no lo hemos dicho todo».

Cuarto día

LA SEMILLA GERMINA MIENTRAS EL LABRADOR DUERME

«Un hombre arroja la semilla en la tierra, y ya duerma, ya ve, de noche y de día, la semilla germina y crece. La tierra produce su fruto, primero la hierba, luego la espiga, en seguida el trigo que llena la espiga» (Mc 4, 26).

Esta parábola, como todas las demás, se propone varios fines. La lección que se saca generalmente concierne a la acción de la gracia divina. Nosotros, en cambio, nos fijaremos en la forma nueva de decir: «Cuando os imagináis que todo ha acabado, todo vuelve a empezar. ¡No podéis hacer nada: es así!». Pero, no lo digamos. Mejor que cuatro palabras repetidas son cuatro figuras bien imaginadas, sentidas y llenas de verdad; dejemos campo libre a las imágenes; con acento impresionante, que hablan de la muerte de donde saldrá la vida.

Estos cuatro textos, tan cortos, pueden ser muy bien aprendidos de memoria; los niños los repetirán frecuentemente; de viva voz, por escrito, individualmente, colectivamente.

¹ En el Evangelio, el sentido primordial de estas parábolas, que nosotros utilizamos para la idea de la muerte, es la mortificación en una; en otra, la acción de Dios que hace fructificar el apostolado, etc.

Quinto día

CONTINUACIÓN DE LA PARÁBOLA
DEL GRANO QUE MUERE

«Si el grano de trigo no cae en la tierra y muere, quedará solo; pero si muere, llevará mucho fruto.»

«Habéis comprendido muy bien, pequeños, lo que dijo Jesús aquel día. Pero, ¿habéis entendido lo que nos quiso enseñar con esa parábola: su sentido? ¿Lo que le pasa al trigo? No. Pero, aquellos hombres del campo que lo escuchaban, sí lo sabían. Quiso, sin embargo, que pensarán en ello, que se contarán a sí mismos la historia del trigo y reflexionaran una y otra vez en la siembra y en la germinación. Cuando los hombres no detienen su mirada sobre la acción de Dios en la creación visible y no piensan en todo esto, se hacen poco a poco incapaces de pensar incluso en Dios, y olvidan las verdades más importantes para ellos.

»Pidamos a Jesús que nos ayude a entender el sentido de la parábola del grano que muere; a comprender, al menos, lo que es tan importante para nosotros:

»(De pie): Señor Jesús, que dijiste: "El que tenga oídos para oír que entienda..." haz que no seamos sordos a lo que tú hablas; ábrenos, por favor, los oídos de nuestra alma.»

EL MUNDO DE ABAJO Y EL MUNDO DE ARRIBA

En muchas parábolas del Evangelio aparece, expresamente o no, un símbolo con valor de arquetipo: el mundo de Abajo y el mundo de Arriba. Estamos seguros de que, empleándolo como quizá lo hizo el Señor (los evangelistas debieron resumir sus discursos), llegamos a las conciencias en lo que tienen de más universal.

«Una parábola es algo así como una fábula, una historia, algo que ocurre. Y puesto que Jesucristo trata de temas muy serios, ¡no cuenta historias por el gusto de contar! Sus historias tienen un doble sentido. El primero es sencillo: lo entendéis perfectamente en cuanto al trigo; el segundo, al que llamamos, sencillamente, el sentido, es el que ahora vamos a buscar. Jesús no tuvo necesidad de explicárselo a los apóstoles de una forma más particular que el primero; su inteligencia disponía ya de un método de captación. Os lo voy a indicar en la pizarra.

(Un trazo vertical divide en dos la pizarra.)

»A la izquierda escribiré, resumiéndola, la parábola, —lo que Jesús dice; y, a la derecha, su sentido, —lo que Jesús quiere decir. Habrá que poner títulos; si pongo en la parte izquierda EL MUNDO DE ABAJO, ¿qué pondré en la de la derecha? (al menos un niño deberá proponer: EL MUNDO DE ARRIBA).

»El mundo DE ABAJO es el de las cosas visibles; la historia del trigo ocurre en el mundo DE ABAJO, en tres tiempos:

»El primero es un tiempo de vida; escribamos, aquí, Vida.

El segundo, la Muerte.

El tercero, la Vida Nueva.

»En el mundo DE ARRIBA, el mundo de las cosas invisibles —podemos poner al hombre por ser también espiritual—, hay también la Vida, la Muerte y la Vida Nueva.

Los niños pueden leer ahora en la pizarra:

MUNDO DE ABAJO

Vida; el grano de la siembra.
Muerte del grano.
El trigo nace y crece.

MUNDO DE ARRIBA

Vida del hombre.
Muerte del hombre.
La otra vida.

»Por una parte, la parábola; por otra, la verdad de fe; una vez captada perfectamente la verdad, la parábola resulta ya inútil.

Borremos, pues, la parábola. ¿Qué queda? La verdad.²

La escribiré ahora en una sola línea y con una sola frase:

LA VIDA, LA MUERTE, LA OTRA VIDA: ese es mi destino de hombre (o de mujer).»

Sexto día

CONTINUACIÓN DE LA PARÁBOLA
DEL GRANO DE MOSTAZA

Dividimos otra vez la pizarra en dos partes, escribimos los mismos títulos, para un ejercicio parecido, pero los niños esta vez participarán más en la elaboración de los textos. Ayudándoles un poco, llegarán a algo de este tipo:

MUNDO DE ABAJO

El grano vivo.
El grano escondido en la tierra.
El grano se ha convertido en árbol.

MUNDO DE ARRIBA

Nuestra vida terrena.
Nuestra muerte.
Nuestra hermosa vida futura.

Séptimo día

CONTINUACIÓN DE LA PARÁBOLA
DE LA LEVADURA

MUNDO DE ABAJO

El fermento de vida.
La desaparición.
El buen pan fermentado.

MUNDO DE ARRIBA

El hombre vivo.
La muerte.
La hermosa vida del más allá.

Octavo día

CONTINUACIÓN DE LA PARÁBOLA
DE LA SEMILLA QUE GERMINA
MIENTRAS DUERME EL LABRADOR

Acostumbrados los niños a este método, la tarea del catequista resulta casi inútil. Que deje a los niños escribir en equipo en la pizarra; si no son aún capaces de adaptar la fórmula al contenido particular de la parábola, es igual. Lo importante es que se hayan dado cuenta de que el mundo de las cosas invisibles repite, en su plano propio, los fenómenos del mundo visible, sensible. Un hecho afirmado, aunque no probado ni evidente; pero, ¿acaso el mundo invisible será alguna vez «evidente» para los humanos? La fe entra en juego aquí necesariamente.

² Hay que enseñar a los niños a no pedir a una parábola más de lo que puede dar de sí. Toda comparación es imperfecta. Si se quiere agotar excesivamente el sentido, se llega a un punto imposible, y esta vana búsqueda es mortal para la espiritualidad apoyada en imágenes.

CONTINUIDAD ENTRE NUESTRA VIDA DE ANTES
Y NUESTRA VIDA DE DESPUÉS DE LA MUERTE

PARÁBOLA DE LA CIZAÑA (Mt 13, 24)

Primero expondremos la parábola en su sentido literal; describiremos con trazos vivos, con una especie de movimiento de simpatía, ese bello grano al que procuraremos asimilarnos; hablaremos con aversión de esa mala hierba, la cizaña, condenada por adelantado al fuego; el tránsito de lo material a lo moral ya está esbozado; la identificación del trigo con lo bueno, y de la cizaña con lo malo, es algo que los niños hacen espontáneamente. Y el juicio no les sorprende. Pero, ¿quién va a fallar ese juicio? El amo del campo. El amo de nuestros destinos.

MUNDO DE ABAJO

*El trigo y la mala hierba
crecen juntos.
La siega.
El trigo es recogido y la
cizaña quemada.*

MUNDO DE ARRIBA

*Los buenos y los malos
viven juntos.
La muerte.
En la otra Vida, los buenos
serán recogidos, y los malos
arrojados al fuego.*

PARÁBOLA DE LAS OVEJAS Y DE LOS CABRITOS

Lectura de algunos versículos de san Mateo (25, 31-34, 41-46).

MUNDO DE ABAJO

*El rebaño ante el pastor.
El pastor separa las ovejas de
los cabritos.
Las ovejas irán a un lado, los
cabritos al otro.*

MUNDO DE ARRIBA

*La humanidad ante el Señor.
El Señor separa a los buenos
de los malos.
Los buenos irán al cielo, los
malos al infierno.*

La muerte ha sido aquí superada; para nosotros —cuadro de la derecha— todo ocurre en la OTRA VIDA.

Para esta parábola, hemos tomado la idea de la precedente sin añadir nada. El texto de san Mateo será estudiado más adelante, íntegramente, por la trascendencia de su lección, expuesta con una grandeza y una emoción incomparables.

Prosigamos la catequesis con las parábolas. Vamos a seleccionar las que afirman el triunfo final de la justicia.

El mundo DE ABAJO no tiene nada que ver con la justicia, únicamente con violencias, apetitos, necesidades. Desde el momento en que nos interesamos por la justicia, nos hallamos ya en el mundo de Arriba.

Jesús reúne, del mundo de las cosas y de las fuerzas, aquellos casos privilegiados que reflejan el mundo de Arriba; y del mundo de los hombres, los casos dos veces privilegiados en que personas libres, como somos nosotros, han preparado de alguna manera la materia de una parábola sobre la justicia de Dios.

Algunas veces habremos de adaptar nuestro cuadro analítico; lo esencial estriba en que los esquemas subrayen sensiblemente el paralelismo entre el texto evangélico y su sentido.

He aquí algunos ejemplos:

PARÁBOLA DE LAS DIEZ VÍRGENES (Mt 25, 1)

Las cinco necias.

Las cinco prudentes.

Diálogo de las vírgenes necias con las prudentes

Llegada del esposo

Deja afuera a las necias.

Introduce a las prudentes.

En esta parábola, ha sido sublimado el carácter doloroso de la muerte, y el tránsito de esta vida a la otra se ha descrito bajo los trazos de la llegada del esposo.

Lo mismo ocurre en la parábola de los talentos (Mt 25, 14). El paso de esta vida a la otra se describe por el retorno del Amo.

PARÁBOLA DE LOS OBREROS DE LA VIÑA (Mt 20, 1)

MUNDO DE ABAJO

*Los obreros del alba, de la
hora tercia, de la sexta, de
la nona, de la undécima.
La hora de la paga.
Un denario.*

MUNDO DE ARRIBA

*Los cristianos al servicio de
Dios, llamados cada uno a
su hora.
La muerte.
El reino de los cielos.*

PARÁBOLA DEL RICO INSENSATO (Lc 12, 16)

MUNDO DE ABAJO

*El egoísta trabaja para sí.
Y muere.
Todo lo ha perdido.*

MUNDO DE ARRIBA

*El cristiano trabaja para Dios.
Y muere.
Todo lo ha ganado.*

En ninguno de estos esquemas donde figura la muerte, puede suscitar espanto; no hay tiempo para ello. Es un tránsito; el pensamiento asume únicamente su aspecto de tránsito y se detiene en el más allá, donde se fija nuestro destino. Y por poco que reflexionen, nuestros niños se darán cuenta de que existe siempre una correspondencia entre el antes y el después de la muerte. De las primeras parábolas, retuvieron que no todo acaba con la muerte. Y como no pretendimos demostrárselo, no exigieron pruebas. Admiten, o no admiten. La dialéctica persuasiva del Salvador los inclina a admitir; esperemos que la negativa del ambiente no sea más fuerte que la afirmación del Evangelio... ¡Si la negación implicara tan sólo la presencia de la duda! De la duda nacería la inquietud saludable.

Las últimas parábolas, sin pretensiones moralizantes, de hecho los inclinan a favor de la moral. Hay que saber emplazarlas en el mundo futuro. Y bien emplazadas, quiere decir: con Dios.

«Venid, benditos de mi Padre», «Apartaos, malditos»: y si se sienten más atraídos por la ternura del Padre que por su maldición, ¿no será que un tímido comienzo de amor germina en su corazón? ¿No será que la gracia no trabaja en vano en su alma?

Dejemos ahora la pizarra y los esquemas, y saboreemos, sin analizarlas demasiado, las parábolas sobre la elección: la red, llena de peces buenos y de peces malos, el tesoro escondido, la perla preciosa... Aquí, lo dominante no es ya la justicia de Dios, sino su Amor.

NO LO HEMOS DICHO TODO

Familiarizados ya con la idea de la vida futura, los niños se la imaginan parecida a la vida presente; y, ¿cómo no? Quieren jugar, saltar, comer, hablar durante esa eternidad que se les ha ofrecido. Para eso, necesitan su cuerpo; la fórmula de su Credo: «Creo en la resurrección de la carne», colma una esperanza. Pero suscitará muy pronto nuevos problemas: todos querrán imaginarse los cómo.

Los progresos actuales de la ciencia nos han acos-

tumbrado a pasar los fenómenos del mundo de los posibles al de los reales; ¿cómo dudar hoy, razonablemente, de que el Todopoderoso no pueda hacer realidades de todos los posibles? Un día, desencadenará la gran transformación, por la que cada alma humana se posesionará de un cuerpo, de su cuerpo (no podría tener otro cuerpo que el suyo, sea cual sea la materia que asuma, porque ella es su forma). Pero, esta renovación no será una repetición. El estado de las cosas, de la vida, de los cuerpos será muy diferente del que ahora conocemos.

APÓLOGO PARA LOS NIÑOS (la resurrección de los muertos)

«Un día, un aviador aterrizó en un llano de Australia central; los nativos, por orden de su jefe, le prestaron ayuda, y él, en agradecimiento, invitó al jefe a un viaje por Europa, ida y vuelta.

»Para ese hombre, fue un sueño. Apenas podía creer lo que veía; ¡aquél mundo era tan diferente de aquel otro en el que había vivido hasta entonces! Cuando volvió a su país, intentó explicar su sueño. ¡Pero, ya sabéis lo difícil que es a veces contar un sueño! Respondía como mejor podía a las preguntas de su mujer y de sus vecinos; pero, no llegaban a comprenderlo. Sólo una cosa entendían a medias: "Un gran pájaro me tomó en sus entrañas, y me llevó por encima de las nubes." Y eso, porque habían visto el avión; aunque de lejos, sin atreverse a acercarse. Las demás cosas que nuestro hombre les describía con su lenguaje eran aún más extraordinarias: "He hablado, sin necesidad de gritar, con personas que estaban a un día de distancia; y también con otras de las que me separaba un océano. Me oían y me respondían, y yo oía sus palabras". O también: "Me enseñaron lo que había en una gota de agua; la gota se hizo muy grande, tanto como una bola; y estaba llena de animalillos que nadaban...". Y también: "Un día, estando en una gran habitación, la luz se apagó; y en un extremo de la sala —¡y estoy seguro de que allí no había nadie!— de repente vi a mucha gente; iban, y venían, se hablaban, se abrazaban y disputaban entre sí. Vi toda su historia; después, bruscamente, dieron nuevamente la luz, y ya no había nadie en aquel extremo de la sala".

»¡La luz! ¡Cuánto trabajo nos cuesta volver a encender el fuego, cuando se ha apagado! Allí, haces esto —y el salvaje dibuja el gesto de apoyar el dedo sobre un botón—, y es como si llamaras al sol: viene inmediatamente.

»¡Está loco!, exclamaron sus vecinos, no sabe lo que se dice. ¡Llamar al sol! ¡Y el sol viene...! Cállate, ya te oiremos otra vez.

»Pero, su mujer, que lo amaba, lo defendió: "¡No, no está loco! Seguramente, dice la verdad; en el otro lado de la tierra, las cosas son de otra manera. Nosotros no hemos estado allí, y no podemos saberlo!"»

TODA CERTEZA DE FE VIENE DE JESUCRISTO

Cuando san Pablo habló a los griegos sobre la resurrección de los muertos, éstos gritaron: «Sobre eso, ya te oiremos otro día», y lo maltrataron.

San Pablo y san Pedro enseñaron lo que habían aprendido de Jesucristo; no lograban hacerlos callar. No hubo más remedio que oírlos; y ni el mismo martirio logró imponer silencio a su testimonio, que ha llegado hasta nosotros y que, aún hoy, es la base de la fe de los cristianos.

Toda catequesis sobre el sentido de la vida y de la muerte desemboca finalmente en la resurrección de los últimos tiempos, verdad de fe, que no halla su justificación en la razón del hombre sino en la Palabra de Dios. Hay quienes emplean textos del Apocalipsis para describir su enseñanza, pero el género apocalíptico es el más difícil y nos parece fuera del alcance de los niños, de que hablamos en estas páginas. Pero pueden captar algo del sentido de la gran parábola sobre el Juicio final (Mt 25, 31), de los relatos de las apariciones de Cristo resucitado, de algunas páginas de los Hechos (capítulos 1, 3, 10, 13) relativas a la predicación de Pedro, o de los Apóstoles, y también de Pablo (1 Cor 8, etc.).

Respecto a las cuestiones suscitadas por una curiosidad vana, responderemos como la mujer del jefe de nuestro apólogo: «¡No podemos saberlo!»

Hasta hoy, sólo un hombre ha experimentado el estado de un cuerpo resucitado: Jesucristo, el Hombre-Dios, el Primer resucitado. Al abrigo de las mutaciones, fuera del tiempo, ese estado es definitivo. Estado glorioso, inabarcable a nuestros límites actuales, nuestra opacidad, nuestra pesadez; unidad definitiva entre el alma libre y el cuerpo libre.

¡Y ya no habrá pecado! La bienaventuranza perfecta... El amor total...

BIBLIOGRAFÍA

- BOROS. «El hombre y su última opción.» Ed. Verbo Divino.
VARIOS. «La muerte y el hombre del siglo xx.» Ed. Fax.
RAHNER. «Sentido teológico de la muerte.» Herder.
REVISTA «Concilium.» N.º 94.
KUBLER-ROSS. «Sobre la muerte y los moribundos.» Ed. Grijalbo.
HINTON. «Experiencias sobre el morir.» Ed. Ariel.
VARIOS. «Sociología de la muerte.» Ed. Sala.
LEPP. «Psicoanálisis de la muerte.» Ed. Carlos Lohlé.
SOLER PALÀ. «Existencialismo y esperanza en la teología de la muerte.» Ed. PS.
MARIE FARGUES. «El niño ante el misterio de la muerte.» Ed. Estela.
LÓPEZ MARTÍNEZ. «El más allá de los niños.» Facultad teol. Burgos.
MITCHELL. «Aider l'enfant en face de la mort des autres», en *Lumen Vitae*, n.º 2, año 1971.
BERGER-HORTALA. «Mourir à l'hôpital.» Ed. Le Centurion.
LOUIS-VINCENT THOMAS. «Anthropologie de la mort.» Ed. Payot.

La vejez que en esta vida es una cumbre es también al mismo tiempo el punto de partida que termina en esta tierra la ascensión.

JACQUES LECLERO

VALORACION PRESENTE Y FUTURA DE LAS NECESIDADES DE LOS ANCIANOS DE BARCELONA

Por ENRIQUE GARCÍA RÍO

Cuando llega hasta nosotros la noticia de un naufragio, un incendio, un huracán o un terremoto, hace vibrar las fibras más sensibles en lo más recóndito de nuestro ser.

Pero cuando un amigo, un hermano como Enrique García Río plétórico de vida y de entusiasmo, que acababa de entregarnos este trabajo, fruto de su vocación en favor de los ancianos, enferma, y, casi de repente, se nos va sume nuestra alma en un abismo de congoja, sólo paliado por la convicción de que él está ya gozando la presencia del Señor que habrá premiado su dedicación al cuerpo doliente de Cristo en este mundo.

I

INTRODUCCIÓN

La pena que nos da un anciano está muchas veces en función de su proximidad. Sufrimos por los problemas de un anciano pariente, un vecino, un conocido. Nos apenamos, en general, por los ancianos del barrio, por los desvalidos, por los paupérrimos, por los enfermos que nos rodean. Y cuando, este problema se nos ofrece a través de cifras y de porcentajes, las necesidades de 40 ó 50.000 ancianos que necesitan ayuda, nos queda tan lejano, que nos causa apenas una ligera sensación de inquietud. Nuestra sensibilidad, con la distancia, necesariamente se adormece. (Quizás sea nuestra falta de información, la información nos acerca al problema.)

Cuando vivimos de cerca la angustia, la soledad, la vejez triste de un anciano concreto, realmente nos llega su dolor y nos afecta su caso. Conforme las imágenes personificadas, sus rostros y sus nombres dan paso a un grupo innominado, a una masa, aunque aumenten pavorosamente las dimensiones y las necesidades, nos sentimos enfriados en nuestro ardor caritativo y en la dinámica de nuestra filantropía.

Por ello es tan hermoso cuidarse directamente del anciano, dedicarse profesionalmente a su atención. Hay otra forma de luchar por ellos, de efecto inmediato menos visible pero a largo plazo, más eficiente, el

estudio y la investigación de sus problemas. Elaborar esa información y comunicarla, hacerse portavoz y defensor de sus demandas, es en suma poner a disposición del anciano una ayuda tan eficaz como la que pueda recibir individualmente.

Esta información debe estar potenciada por una estadística rigurosa, ya que sin estadísticas y sin estudios exhaustivos no puede llegarse a la *planificación de las necesidades ni a la coordinación de los recursos.* Pío XII recomendaba «un trabajo de estadística hecho con seriedad, con realismo exigente, con serena imparcialidad».

En esta línea de sinceridad y realismo se identifica la Asociación de Amigos de los Ancianos al promover esta exposición, para la que ha actualizado la información reunida en 1968, en el informe «Los ancianos el 10 % de nuestra población», redactado bajo los auspicios del Excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona y destinado a la preparación de las Exposiciones de Atarazanas, para el sector de Sanidad y Asistencia Social.

Los datos de 1968 se han modificado bajo el desarrollo de los hechos sociales y demográficos, pero el incremento de la ancianidad y el desfase de los recursos, lamentablemente han seguido la evolución prevista. En cinco años, la situación se ha agravado. Las mejoras sólo han paliado, no resuelto, la problemática.

CAUSAS DE ENVEJECIMIENTO

Europa Occidental tiene un envejecimiento relativamente rápido. El envejecimiento aumenta y en ningún país ha detenido su marcha. El envejecimiento es una de las consecuencias de nuestra civilización y el proceso que lo provoca parece irreversible.

El envejecimiento de una población, la proporción de personas de más de 65 años (Sauvy) respecto a la total, tiene por causa distintos factores bio-sociales.

REDUCCIÓN DE LA NATALIDAD

La tasa inferior al 20 ‰ se conceptúa una natalidad débil. La concentración demográfica, la industrialización, y el progreso económico dan un descenso global de la natalidad. La importancia de los ancianos aumenta porque desciende el número de jóvenes en la estructura de la población total.

REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD

Las condiciones higiénicas y sanitarias de la población, la disminución de la mortalidad infantil, los avances espectaculares de la medicina, contribuyen a un descenso de la tasa de mortalidad, que se sitúa en Europa, en cifras normales, del 7 al 9 ‰. La Esperanza de Vida, o vida probable por término medio, supera ya los 70 años.

El envejecimiento de una población no radica únicamente en la mayor longevidad de sus individuos. El problema consiste no sólo en que cada vez haya mayor número de ancianos sino que estos suponen una mayor proporción sobre la población total.

SE AGRAVA EL PROBLEMA

Aunque la O.M.S. recomienda que la mejor asistencia al anciano se hace en su domicilio, el hecho inevitable es que el anciano inválido, solitario o gravemente enfermo termina siendo internado en Institución, y que el número de plazas, aun creciendo anualmente, siempre va por debajo de la demanda de servicios.

El anciano es un candidato al internamiento porque necesita una atención más constante en razón de sus dificultades psíquicas o de sus insuficiencias físicas.

La proporción de éstos oscila según los cálculos entre un 10 y un 20 ‰ de las personas de edad avanzada. Pero es de suma importancia hacer constar a este respecto que, aun en las condiciones actuales, el pequeño núcleo (3 a 4 ‰) de ancianos asistidos en instituciones es un verdadero agobio para los servicios de sanidad y de asistencia social en la mayoría de los países adelantados.

Ante este crecimiento del número de ancianos, y por consiguiente, de la demanda de servicios, no se observan correlativos incrementos en el potencial asistencial que debería atenderlos, ya que *la gerontología y la medicina de las enfermedades crónicas son los parientes pobres de la SANIDAD* y en casi todos los países ocupan un lugar muy secundario en los programas de salud. (Informe 1971, O.M.S.)

PROBLEMAS GENERALES DEL ANCIANO

En el V Congreso Internacional de Gerontología de San Francisco, la ponencia de los doctores Zilli y Gambassini de Florencia, planteaba las tres clases de problemas graves que afectan al anciano:

MÉDICOS, ECONÓMICOS Y SOCIALES

La estrecha interdependencia de estos problemas es evidente: en condiciones de miseria el estado de salud es corrientemente deficitario. En la mayoría de los casos sólo es factible reemprender la rehabilitación del anciano desde el punto de vista médico si previamente existe una mejora de las condiciones socio-económicas. El factor que hace del enfermo anciano un problema es su situación financiera y el grado de abandono familiar a que se halla sometido.

PROBLEMAS MÉDICOS

Los estudios del consumo de cuidados médicos en Francia (Magdalaine, Rosch, Pequignot) ha demostrado un aumento de cinco veces al del adulto cuando llega a la ancianidad. Asimismo la tendencia a la hospitalización aumenta, aproximadamente al ritmo del 2 ‰ anual, en el grupo de ancianos. Mientras en las personas de menos de 45 años, la incidencia de la enfermedad no rebasa el 1 ó 2 ‰, entre las mayores de 65 años el porcentaje se establece entre los 18 y 20 ‰.

PROBLEMAS ECONÓMICOS

La pobreza y las jubilaciones insuficientes constituyen un factor más grave que el estado médico del anciano. En los países relativamente avanzados de Europa está resuelta satisfactoriamente la jubilación. Un sociólogo francés ha llegado a decir que algunas pensiones no eran lo suficientemente altas para permitirles vivir ni suficientemente reducidas para dejarlos morir.

PROBLEMAS SOCIALES

El aislamiento, la soledad, la incompatibilidad con la familia y muchas situaciones carenciales de vivencia

obligan al internamiento de un elevado número de ancianos.

En general, la satisfacción de los problemas del anciano encuentra en la Sociedad tres fases o etapas perfectamente diferenciadas (Havinghurst).

- En la primera, advierte la necesidad de asistir económicamente al anciano. Es la etapa de la *asistencia económica*, pensiones, ayudas, filantropía.
- En la segunda, toma conciencia más viva del problema y la sociedad se da cuenta de que el anciano necesita ser ubicado en domicilio adecuado a sus necesidades. Es la etapa de construcción de asilos, centros, residencias, hogares: *Internamiento*.
- En la tercera etapa, que denota la madurez de una comunidad, surge el problema de *integrar al anciano en el ambiente en que vive*. Es por tanto, una etapa evolucionada en la que la resolución se hace más comprensiva y, sobre todo, más humana.

SOLUCIONES DOCTRINALES AL PROBLEMA DEL ANCIANO

Cuando una población se interesa en la asistencia integral de sus ancianos y desarrolla un plan completo de servicios, adopta una serie de medidas que, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden configurarse así:

MEDIDAS ECONÓMICO-SOCIALES

- Protección financiera y condiciones de empleo y jubilación.
- Asesoramiento jurídico.
- Asistencia Social.
- Conservación de los vínculos sociales.
- Vivienda.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

- Centros de orientación:
 - Informa, clasifica, lo asesora, remite al anciano al centro adecuado.
- Servicios domiciliarios:
 - Visitas y asistencia de *carácter médico*.
 - Visitas y asistencia *doméstica* comidas a domicilio.
 - Visitas y *asistencia social*.

— Otros servicios sociales:

- Comidas; servicios en restaurantes.
- Transportes.
- Círculos recreativos o guarderías de día.
- Viviendas especializadas.

— Servicios Hospitalarios:

- Hospital Geriátrico.
- Dispensario Geriátrico.
- Hospital de Día.
- Hospital Psico-Geriátrico.

— Centros para crónicos, grandes inválidos:

- Casas de convalecencia.
- Centros de rehabilitación.

— Residencias y Albergues.

PREPARACIÓN Y FORMACIÓN

- Campañas para la Sociedad.
- Campañas para el individuo.

La comunidad afronta las necesidades del anciano, sobre todo del enfermo, que es el que requiere realmente una atención inmediata, en los Centros Geriátricos.

Una vez atendidos los casos agudos, se plantea la continuidad de la asistencia, y existen las siguientes soluciones:

a) Enviar al enfermo a su domicilio, donde seguirá atendido por el centro de orientación, en estrecho contacto con su médico de cabecera; utilización del hospital diurno.

b) Enviarle a su domicilio y facilitarle en él los servicios sociales precisos.

c) Enviarle a un hospital o a una institución dependiente de él, para una estancia de larga duración, en la que proseguirá el tratamiento y la readaptación.

d) Disponer su ingreso en una residencia para ancianos, y

e) Disponer su ingreso en un hospital psiquiátrico.

RESPONSABILIDADES DEL DIRECTIVO

Por J. L. ALABERN

Administrador del hospital San Juan de Dios de Barcelona

Debemos partir del principio de que los directivos deben ser eficientes. Esto significa conocer lo que realmente es su oficio, y crear condiciones en las cuales sus subordinados o colaboradores puedan también ser eficientes.

La finalidad fundamental será concebir adecuadamente el sistema por complejo que este sea. De esta forma las personas que se insertan en él obtienen satisfacción del trabajo en sí mismo porque éste está bien concebido. Si se aduce que un sistema bien concebido es difícil de configurar debido a los numerosísimos lugares de control que en el mismo se dan es válido el símil de la orquesta: produce hermosos productos, gran satisfacción en el trabajo y está concebida por expertos.

En la orquesta todos los cometidos están claramente definidos. Hay un estrecho trabajo en equipo y gran visibilidad de los resultados, que producen alta motivación, por tanto, las organizaciones bien concebidas son espacios tranquilos en los que trabajar. De lo contrario provocan ataques al corazón (infartos) o —como mal menor— úlceras de estómago y crisis.

Utilizemos ahora el símil del trabajo y el juego: el trabajo no es intrínsecamente malo. Lo que es malo es un trabajo mal concebido. El que juega disfruta jugando y participa con buen humor. El que no se prepare una organización de este modo no quiere decir que no se pueda hacer. Así pues, si dos personas son responsables de la misma cosa, una de ellas no es necesaria y, con todos los respetos para ambas, la cuestión debe ser resuelta.

El dirigente suele ver a la empresa o como un sistema técnico o administrativo, o también, como un sistema humano. Ambos puntos de vista son erróneos porque el uno falsifica al otro al ignorar que uno solo de los sistemas hace a ambos inoperantes. La cuestión no es

colocar a la gente en la organización, sino situar a gente y organización en posición de ser efectivos. La estructura de la organización y el detalle de las posiciones individuales son cosas que nadie debe ignorar. Algunas personas sólo miran esto, y sólo se fijan en la estructura, y no en las personas que están en ella, y se acaba poseyendo una hermosa estructura, pero muy poco contenido. Elegancia sin hechos. Por el contrario, cuando se mira exclusivamente a los individuos pero no se pone atención en la estructura se obtienen buenas relaciones pero pocos resultados. Gran moral con poca productividad.

QUÉ ES LA EFICIENCIA DIRECTIVA

Ahora bien, ¿qué es la eficiencia directiva? La eficiencia directiva es la capacidad que tiene un dirigente para alcanzar los objetivos propios de su posición. Es un fin, no un principio. Es un fin que puede ser medido.

La eficiencia de un directivo no es un aspecto de su personalidad. No es tampoco algo que el dirigente tiene, sino algo que él produce conduciendo una situación correctamente. Es un logro. No es lo que el dirigente hace, sino lo que alcanza.

Un poderoso obstáculo para la eficiencia del directivo es la descripción de su puesto de trabajo. Suele contener atribuciones como *planifica, organiza, controla, delega, aconseja...*, pero en cambio no cita una verdadera indicación de lo que ha de resultar de su posición. Describe simples actividades.

Los puestos de dirección han de ser descritos en términos de resultados:

No conocimientos técnicos, sino producción técnica más abundante.

No cambio de actitudes, sino cambio de conductas.
No asistencia a la iglesia, sino vida más cristiana.

Por otra parte, tal vez un dirigente menos efectivo desea:

— Hacer las cosas bien, en vez de hacer cosas bien hechas.

— Economizar o conservar los recursos, antes que optimizar la utilización de los mismos.

— Resolver los problemas en vez de producir alternativas creadoras.

— Descargarse de obligaciones, en vez de obtener resultados.

En resumen, los deberes constriñen a los dirigentes. Los resultados les liberan. Por tanto, cuando no se puedan señalar objetivos medibles para un lugar de mando, este lugar no es necesario.

QUÉ ES UN DIRECTIVO

Hemos venido hablando de la eficiencia, de la responsabilidad del directivo, pero ¿qué es un directivo? Lo suelen definir como la persona que es responsable del trabajo de más de una persona. Es alguien a quien le concierne algo más que sus propias funciones. Con ello no se diferencian los encargados de los directivos. Todos gobiernan a otras personas, y este es el punto principal.

¿Cómo podemos evaluar a un directivo? ¿Cómo podemos saber si es efectivo?

No podemos comenzar a lograrlo sin conocer los objetivos que requiere lograr su puesto. Sólo entonces podemos decidir si los ha alcanzado. Así pues, y repitiendo lo dicho más arriba, cuando no se puedan señalar objetivos medibles para un lugar de mando significa que este lugar no es necesario.

DERECHOS DE LA PERSONA ENFERMA

Por ANTONIA SANCHO MORENO, A.T.S.

Ya que tantas polémicas suscitan en nuestros días los derechos de los hombres y que en los mismos hospitales surgen tantos conflictos y problemas por los derechos y reivindicaciones de sus trabajadores, es justo que los que trabajamos por la salud nos preocupemos un poco de los derechos del hombre enfermo y sobre todo del derecho que éste tiene a una buena información de todo lo que concierne a su enfermedad y que esta información la obtenga el enfermo en nuestros hospitales por derecho.

El enfermo por su debilidad y por el sufrimiento a que no está acostumbrado, sufre una regresión psicológica al estado de la infancia y tiene una gran necesidad de comprensión, consuelo y amor. Pero sobre todo tiene una gran necesidad de saber la verdad.

Sabemos de muchos casos que el médico no cree oportuno decir la verdad, pero que el enfermo ya lo ha adivinado y en su angustia ha agrandado y empeorado. Este caso, no sabemos hasta que punto es humano.

Es corriente ver en nuestros hospitales quejarse a los enfermos de las relaciones humanas de sus cuidadores. El refugiarse en la científica y en una fría despersonalización es duramente acusada por los atendidos. Los hospitales cuentan con muchos enfermos que sufren de no

ser escuchados, o que tienen el sentimiento de ser engañados en cuanto a las preguntas que hacen y se hacen inacabablemente.

Después del desagradable proceso de la admisión, y después de pasar por el engranaje de administrativos y médicos, angustiado y desorientado por el temor a lo que se le puede avecinar, el primer problema que se le presenta al enfermo cuando el hospital lo toma a su cargo, es sentir que con su libertad pierde su personalidad y empieza a ser tratado como un objeto. Cosa peligrosa contra lo que tenemos que luchar y ponernos en guardia.

Existe una tendencia a olvidar que los servicios están hechos para los enfermos y no los enfermos para los servicios. Por esto la angustia del paciente se acentúa cuando se ve traído y llevado como un fardo, de departamento en departamento, de servicio en servicio, a pruebas, análisis, etc., sin más explicaciones a sus preguntas que palabras ambiguas dichas sin reflexionar.

Se le lleva y trae sin consultar con él. ¿Cuántas veces hemos visto en su gesto angustiado la resignación a ser tratados sin tener en cuenta a su *todo*, porque como es natural él se siente algo más que un miembro enfermo; pues aunque se le trate con simpatía y amor, como

No cambio de actitudes, sino cambio de conductas.
No asistencia a la iglesia, sino vida más cristiana.

Por otra parte, tal vez un dirigente menos efectivo desea:

— Hacer las cosas bien, en vez de hacer cosas bien hechas.

— Economizar o conservar los recursos, antes que optimizar la utilización de los mismos.

— Resolver los problemas en vez de producir alternativas creadoras.

— Descargarse de obligaciones, en vez de obtener resultados.

En resumen, los deberes constriñen a los dirigentes. Los resultados les liberan. Por tanto, cuando no se puedan señalar objetivos medibles para un lugar de mando, este lugar no es necesario.

QUÉ ES UN DIRECTIVO

Hemos venido hablando de la eficiencia, de la responsabilidad del directivo, pero ¿qué es un directivo? Lo suelen definir como la persona que es responsable del trabajo de más de una persona. Es alguien a quien le concierne algo más que sus propias funciones. Con ello no se diferencian los encargados de los directivos. Todos gobiernan a otras personas, y este es el punto principal.

¿Cómo podemos evaluar a un directivo? ¿Cómo podemos saber si es efectivo?

No podemos comenzar a lograrlo sin conocer los objetivos que requiere lograr su puesto. Sólo entonces podemos decidir si los ha alcanzado. Así pues, y repitiendo lo dicho más arriba, cuando no se puedan señalar objetivos medibles para un lugar de mando significa que este lugar no es necesario.

DERECHOS DE LA PERSONA ENFERMA

Por ANTONIA SANCHO MORENO, A.T.S.

Ya que tantas polémicas suscitan en nuestros días los derechos de los hombres y que en los mismos hospitales surgen tantos conflictos y problemas por los derechos y reivindicaciones de sus trabajadores, es justo que los que trabajamos por la salud nos preocupemos un poco de los derechos del hombre enfermo y sobre todo del derecho que éste tiene a una buena información de todo lo que concierne a su enfermedad y que esta información la obtenga el enfermo en nuestros hospitales por derecho.

El enfermo por su debilidad y por el sufrimiento a que no está acostumbrado, sufre una regresión psicológica al estado de la infancia y tiene una gran necesidad de comprensión, consuelo y amor. Pero sobre todo tiene una gran necesidad de saber la verdad.

Sabemos de muchos casos que el médico no cree oportuno decir la verdad, pero que el enfermo ya lo ha adivinado y en su angustia ha agrandado y empeorado. Este caso, no sabemos hasta que punto es humano.

Es corriente ver en nuestros hospitales quejarse a los enfermos de las relaciones humanas de sus cuidadores. El refugiarse en la científica y en una fría despersonalización es duramente acusada por los atendidos. Los hospitales cuentan con muchos enfermos que sufren de no

ser escuchados, o que tienen el sentimiento de ser engañados en cuanto a las preguntas que hacen y se hacen inacabablemente.

Después del desagradable proceso de la admisión, y después de pasar por el engranaje de administrativos y médicos, angustiado y desorientado por el temor a lo que se le puede avecinar, el primer problema que se le presenta al enfermo cuando el hospital lo toma a su cargo, es sentir que con su libertad pierde su personalidad y empieza a ser tratado como un objeto. Cosa peligrosa contra lo que tenemos que luchar y ponernos en guardia.

Existe una tendencia a olvidar que los servicios están hechos para los enfermos y no los enfermos para los servicios. Por esto la angustia del paciente se acentúa cuando se ve traído y llevado como un fardo, de departamento en departamento, de servicio en servicio, a pruebas, análisis, etc., sin más explicaciones a sus preguntas que palabras ambiguas dichas sin reflexionar.

Se le lleva y trae sin consultar con él. ¿Cuántas veces hemos visto en su gesto angustiado la resignación a ser tratados sin tener en cuenta a su *todo*, porque como es natural él se siente algo más que un miembro enfermo; pues aunque se le trate con simpatía y amor, como

hemos dicho antes, al actuar con ellos de esta manera tienen la sensación de ser engañados.

Por esto en su búsqueda de comprensión y de relaciones humanas, el enfermo se dirige entonces a las personas que más frecuentemente están a su lado, o están disponibles para conversar. Ayudantes hospitalarios, mujeres de la limpieza, camilleros, etc. Y el problema radica en que este personal no posee la formación psicológica necesaria para formular respuestas válidas. Con frecuencia, una serie de datos incompletos que van circulando mal interpretados por las mismas personas que los proporcionan, inquietan al paciente en lugar de aliviarle, lo que perjudica en muchos casos su curación.

Un reciente estudio británico sobre asistencia social, ha revelado un impresionante grado de ignorancia por parte de muchos enfermos atendidos en un cierto número de hospitales sobre el diagnóstico de su enfermedad, la naturaleza y la duración probable del tratamiento y sobre el pronóstico. Existe además una aceptación bastante extendida de esta situación que revela en realidad su incapacidad de reivindicar sus derechos en la que se sentían y a merced de los diversos miembros del personal del hospital.

En estos días que tan en moda están las palabras participación y oportunismo, los que tenemos el deber de velar por los enfermos hemos de esforzarnos al organizar los servicios de buscar un sistema o fórmula de comunicación con los enfermos que atienda sus necesidades de personas inteligentes y sensibles, al mismo tiempo que se atiende sus necesidades puramente físicas.

Cuando el enfermo acude a un hospital es porque está aquejado de una enfermedad, por lo tanto tiene derecho a que su médico le informe en la medida que la discreción aconseje, de todo lo concerniente a su enfermedad, para que con su colaboración ayude a su propia curación.

El enfermo tiene derecho a ser informado de toda la serie de exploraciones, análisis, pruebas, sesiones y consultas que tengan que hacerle. De los riesgos que corre en cada una de ellas, del peligro que encierran las pruebas a que se somete, de las mutilaciones que se le tengan que hacer para mejorar su estado de salud. Indicándole que si cumple las prescripciones con pun-

tualidad y exactitud, ayuda y colabora con los que se esfuerzan en devolverle la salud.

Si se escucha al paciente y se le da a su pregunta la contestación fácil, sencilla y clara que pueda comprender para seguir confiando en los que por él trabajan, se gana su confianza y su fe.

El enfermo tiene derecho a que ya que padece la *enfermedad* participe de ella para poder luchar por la salud.

Es cierto que todas las personas enfermas no están preparadas para conocer la enfermedad que tienen, pero si de todo lo que tienen que hacer para recuperar su salud.

Los únicos a los que no debemos sentirnos obligados a informar de la verdad de su enfermedad, es a los muy ancianos y a los niños.

El enfermo adulto tiene derecho a que se le informe de su enfermedad, sea cual sea su educación y cultura, y sea cual sea la religión que profese, por muy grave que ésta sea. Siempre con una puerta abierta a la *Esperanza*, puesto que incluso en los casos más desesperados, la puerta de la esperanza no se le puede cerrar jamás a un paciente. Pero tampoco se puede dejar a un enfermo que le sorprenda la muerte sin haberle hecho una advertencia de un posible riesgo aunque remoto de ella.

En cualquier caso el enfermo tiene derecho a ser informado de su estado de gravedad en caso de peligro inmediato de muerte. Todo esto con respecto a la enfermedad y la muerte.

Pero el enfermo tiene también derecho a que se le informe de los beneficios que por fundaciones conceden algunos hospitales, con donaciones en metálico a algunos pacientes para que se ayuden a sufragar el importe de sus facturas. Y de todas las mejoras que puedan conseguir para hacer más llevadera su postración y estancia.

Y por último el enfermo tiene derecho a que se le informe con respecto a los medios de que se pueda valer para ponerse en contacto con los sacerdotes o miembros pertenecientes al credo religioso que profese, porque esto puede influir en tranquilizar su espíritu; cosa muy necesaria en cualquier enfermedad y de vital importancia para los que profesen la fe cristiana.

NUESTRO MENSAJE A LOS ENFERMOS

Por ÁNGEL PERULAN, O.H.

I

RELACIÓN DE CRISTO CON LOS ENFERMOS

Cuanto tenemos como misión un trabajo de relación apostólica con los enfermos, sufrimos con frecuencia la experiencia de nuestros *no saber qué decir* o de *qué hablar-cómo hablar* a quienes se sienten enfermos.

Respondiendo al vacío que sentimos tantas veces por no haber entregado un mensaje hecho *palabras religiosas* o por haber dado este *mensaje religioso* sin un contenido que nos convenciera, queremos ofrecer esta reflexión sobre el contenido de nuestro mensaje a los enfermos.

Para la concreción del contenido de nuestro mensaje cristiano, necesariamente tenemos que acercarnos a la relación de Cristo con los enfermos. Descubriremos sus palabras y sus actitudes, como iluminación a la curación que les otorga, signo de su presencia mesiánica.

En la comunidad cristiana, los enfermos seguirán ocupando un lugar de preferencia. Los Apóstoles recibieron la misión de curar a los enfermos (Lc. 10, 8). Su acción se realiza en una motivación misionera que imitando el proceder de Cristo, su vida de relación con ellos será y tendrá aspectos de mensaje verbal y actitudes vitales.

Veremos el comportamiento de los primeros cristianos. Entraremos en el *mensaje de la liturgia* en las celebraciones propias del estado de enfermedad. Presentaremos el contenido del mensaje del Concilio Vaticano II, como forma presente del hablar y decir a los que sufren.

Como nuestras palabras están dirigidas a unos hombres concretos, y en situaciones muy determinadas: *están enfermos*, también veremos brevemente esta condición, que hará que nuestro *mensaje cristiano* sea tan peculiar, como lo son estas etapas o circunstancias de nuestro cotidiano vivir.

LA ENFERMEDAD MENSAJE INICIAL Y CONDICIONANTE

La enfermedad, tiene siempre la característica de inesperada. Ni la frecuencia con que enferman en nuestro derredor, hace que lleguemos a familiarizarnos con ella. Viene a ser como un intruso, que *golpeando nuestro ser fundamental*, nos habla sobre el sentido de nuestra vida. Provoca un llamado a la intimidad, a la reflexión, a la autovaloración, mientras hace que

nuestras relaciones con los demás queden transformadas.

La experiencia de nuestra limitación, provoca siempre una crisis de comunicación con los demás: Dios y los hombres. El diálogo con Dios se hace confiado, o se convierte en exigente. La conversación con los hombres se recibe como *compañía* que contacta con él, o como un *otro impersonal* que recita y le suena por esto mismo a hueco. Nunca podremos olvidar que el enfermo se escucha en primer lugar a él mismo o como problema no resuelto, o buscando escuchar una sola palabra: salud.

Es imprescindible que hayamos descubierto como incide el enfermar en el hombre a quien vamos a comunicar nuestro mensaje, y cuál es su actitud dialogal.

Nuestro mensaje tiene que ser luz que le aporte la claridad y fuerza que necesita para saber encontrar un sentido verdadero a su enfermedad. Tiene que ser para él *una buena noticia*, que tenga muy en cuenta sus expectativas fundamentales.

CRISTO Y LOS ENFERMOS

Nos conviene llegar a un descubrimiento personal de lo que significa el encuentro de Cristo con los enfermos, y cómo les hace llegar su mensaje, mientras les entregue la salud.

Los anuncios proféticos habían destacado la proclamación de una *nueva era* a los enfermos, y él mismo se presenta como el médico que invita a los agobiados a acercarse para recibir la salud (cf. Mt. 11, 28; Lc. 4, 8; 7, 22; Mc. 2, 17).

SUS ACTITUDES COMO MENSAJE (Constitución V II, DV 4)

En su relación con los enfermos debemos destacar en primer lugar la actitud de Cristo con ellos.

La experiencia que tiene sobre sí, como *varón de dolores*, que le lleva a «hacer suyas nuestras debilidades y a cargar con nuestros sufrimientos» (Mt. 8, 17; 9, 35), hace que se presente como el que sabe *comprender y compadecerse*.

— Se aproxima al enfermo:

- Toma de la mano (Mt. 8, 15 curación de la suegra de Pedro; 9, 25 a la hija de un jefe).
- Impone las manos y cura a todos (Lc. 4, 40; 13, 13) «Al ponerse el sol, todos los que te-

nían enfermos de diversos males se los traían; El les imponía las manos a cada uno y los sanaba».

- Va a los enfermos. No se contenta con una acción impersonal. Al informarle sobre alguien enfermo su decisión es clara: «Iré a sanarlo» (Mt. 8, 7; Lc. 7, 1 ss.).
- «Maestro en el arte de curar» que señala cómo atender a los enfermos. Médico divino.»
- El *buen samaritano*, es un buen autorretrato de su proceder con el hermano herido y enfermo. Se la acercó, curó sus heridas con aceite y vino y se las vendó (Lc. 10, 25 ss.).
 - Su mejor credencial de es el Mesías esperado le hace señalar a los que le interrogan, que sepan valorar y entender cómo se preocupa de los enfermos y a ellos les entrega primordialmente la Buena noticia (Lc. 4, 8; 7, 22).

EXIGENCIAS A LOS ENFERMOS, PARA LA COMPRESIÓN DE LA CURACIÓN COMO «MENSAJE DE SALVACIÓN»

La gratuidad del don ofrecido no puede significar el que los enfermos se mantengan en actitud pasiva. Les presenta unas exigencias que destacamos como las más importantes:

— Fe («ánimo, tu fe te ha salvado» le dice a la mujer curada de hemorragia (Mt. 9, 22), «suceda como han creído», a los ciegos que le suplican recobrar la visión, (Mt. 9, 28-29).

— Confianza. Cuando Cristo descubre la fe de los que le hacen presente a un hombre paralítico intercediendo por su curación, le dice: «Hijo, ten confianza». (Mt. 9, 2.)

— Responsabilidad. Él está dispuesto a acercarse a los enfermos, pero ellos deben desear y suplicarle la salud. Treinta y ocho años lleva el paralítico junto a la piscina, se acerca Cristo y le interroga: ¿«quieres sanar»? (Jn. 5, 6).

— Agradecimiento. Los leproso que han quedado limpios, pero se olvidaron de quien les libró de su enfermedad para volver a agradecerle su favor, son buscados todavía por Cristo: «¿Dónde están los otros nueve? El único que ha vuelto a alabar a Dios ha sido este extranjero. Levántate y vete, tu fe te ha salvado». (Lc. 17, 17-19.)

MENSAJE DE CRISTO A LOS ENFERMOS

Cristo es el amigo de los enfermos

En su curación se realiza un *signo* de la misión que el Padre le ha encomendado (Lc. 4, 8; 5, 20; 7, 22). Las palabras que a ellos les dirige, tienen un aparente contraste con lo que ellos buscan, pero encierran lo esencial del Mensaje de Cristo.

Perdón de los pecados

Una vida nueva que significa restauración de un nuevo orden, cómo volver a caminar, cómo renacer. Experiencia de la misericordia de Dios. «Tus pecados quedan perdonados» oír el paralítico curado (Mt. 9, 2) (Mc. 2, 5; Lc. 5, 20). «Ahora estás sano, no vuelvas a pecar, no sea que te suceda algo peor», será el fin del diálogo de Cristo con el paralítico curado en la piscina de Betsaida (Jn. 5, 14).

La experiencia de que Cristo perdona los pecados significa para los enfermos que se encuentran con Dios: «sólo el Señor puede perdonar los pecados» Jesús es el Mesías esperado. La liberación de sus dolencias o enfermedades, les facilitará la comprensión de esta *novedad*.

Él es el Hijo del Hombre

Al ciego curado, que al describir al autor de este prodigio afirma: «el hombre a quien llaman Jesús hizo barro...», al reencontrarse con Él, después de las contrariedades que le surgen con los fariseos porque recibió la visión en sábado, es interrogado por Cristo: «Crees tú en el Hijo del Hombre...» «Tú lo estás viendo, soy yo, el que habla contigo» (Jn. 9, 36-37).

Sencillez

Frente a la experiencia del poder de Dios que se ha manifestado en los signos de curación realizados en los enfermos, Jesús les pide «que no se lo digan a nadie» (Mc. 1, 40; 7, 36).

Compromiso en la vida

Además del mandato de Cristo de que no vuelvan a pecar más no sea que les suceda algo peor, Jesús les ordena «tomar la camilla y caminar», como expresión de continuidad, trabajo y vida (cf. Mc. 2, 11).

Quiere sobre todo de los enfermos curados, una actitud firme frente a todas las actitudes farisaicas que van a encontrarse en sus vidas (Jn. 5, 8).

Compromiso misionero

El signo que se ha realizado en ellos les trae como lógica consecuencia, a pesar de la indicación de Cristo de «no decir nada a nadie», su proclamación ante la gente: «Pero el hombre (leproso curado) en cuanto salió empezó a contar a todos lo que le había pasado» (Mc. 1, 45). «Ha sido Jesús el que me ha curado» (Jn. 5, 15). «Yo no sé si es pecador o no (afirmación del ciego de nacimiento frente a los fariseos). Lo que yo sé es que yo era ciego y ahora veo» «¿Ustedes también quieren hacerse discípulos de él?» (Jn. 9, 25-27). La confesión valiente del ciego curado le hace entablar discusión con los fariseos y proclamar sobre Cristo: «Si éste no viniera de parte de Dios, no podría hacer nada de eso» (Jn. 9, 33).

LA IGLESIA Y LOS ENFERMOS

LA PRIMERA COMUNIDAD

Los Apóstoles reciben la misión de curar y evangelizar a los enfermos (Lc. 10, 8).

Desde el primer momento aparecen los Apóstoles ungiéndolos con aceite y curándolos (Mc. 6, 13).

Como en la vida de Cristo y para la proclamación del Evangelio, los signos de curación serán la expresión de que su *anuncio* es la novedad esperada (Cf. Hechos 3, 4; 14, 19; 28, 8-9; Stgo. 5).

Exigencias a los enfermos para recibir la curación como signo de Buena noticia.

— Relación personal. Jesús llamaba al paralítico *amigo* (Lc. 5, 20), impone las manos, se acerca, quiere ir donde el enfermo.

Pedro y Juan al entrar en el templo y escuchar al paralítico que pide limosna antes de entregarle lo que ellos poseen, la salud, le dicen: «míranos...» (Hch. 3, 4).

Pablo al enterarse de que había un enfermo, «lo fue a ver, oró, le impuso las manos y lo sanó» (Hch. 28, 8-9). Fija su mirada en un hombre enfermo (Hch. 14, 9).

— Fe. Entre los oyentes de Pablo se encuentra un hombre *tullido* en el que descubre «que tenía fe para ser curado» (Hch. 14, 9) y recibe este don por las palabras de Pablo: «ponte en pie, el otro dio un salto y empezó a caminar» (Hch. 14, 10).

— Compromiso y responsabilidad. Los enfermos tienen que solicitar la curación como pedir la oración de toda la Iglesia en su favor.

«Que llame a los presbíteros, cuando alguien esté enfermo, para que rueguen por él» (Stgo. 5, 14).

MENSAJE A LOS ENFERMOS

En el nombre del Señor Jesús

Los Apóstoles tienen muy en cuenta el dar la clave de interpretación de los signos de curación que realizan. Por la fe en el nombre de Cristo ha sido sanado el enfermo. No por su poder o santidad (Hch. 3, 12).

El signo realizado en favor del tullido que pide limosna en la puerta del templo será motivo para que Pedro haga una catequesis sobre el «Dios de Abraham, de Isaac y de Jacob, el Dios de nuestros Padres, que ha glorificado a su siervo Jesús, a quien ellos entregaron» (Hch. 3, 12-13; Stgo. 5, 14-15).

Unidad entre fe y amor

Cuando la comunidad cristiana olvida al precepto del amor como norma de su vida, y cae en un formulismo de «ritos religiosos» desconectados del vivir, Pablo no duda en afirmar: «por eso hay tantos enfermos entre ustedes» (I Cor. 11, 30).

La enfermedad, será un momento propicio para que se repiense la vida en la fidelidad al amor, expresión suprema de la voluntad de Dios sobre nosotros.

Testimonio de Pablo

Es elocuente la manera cómo Pablo se presenta ante la comunidad de Corinto. Desde su fe y amor a Cristo les dice: «me alabo en mis debilidades, y me alegro cuando me tocan enfermedades, para que se manifieste el poder de Cristo» (2 Cor. 12, 7-10).

Para el creyente Pablo, como para todos los hermanos en la fe, el dolor y el sufrimiento es la gran oportunidad de incorporarse a la pasión de Cristo, supliendo en nuestro cuerpo lo que falta de aplicación sobre los hombres.

No decirle «palabras religiosas»

Frente a la tentación de verbalismo religioso, el Apóstol Santiago nos previene, sobre la necesidad de hablar desde una verdadera *compasión* con la situación y necesidad del enfermo concreto. Primero ayudemos al hermano en su necesidad, y junto con esta solicitud presentemos el móvil de nuestro compromiso (Stgo. 2, 15-16).

LA LITURGIA DE LOS ENFERMOS

La Comunidad de los creyentes, unidos en verdadera fraternidad la manifiestan especialmente ayudando y socorriendo a los que tienen más necesidad, contándose entre ellos los enfermos (Hch. 4, 32-35).

La solicitud pastoral por los enfermos manifiesta una línea ininterrumpida dentro de la Iglesia, que se expresa en los textos litúrgicos de la liturgia a celebrar en estas circunstancias de la vida.

Analicemos la continuidad del Mensaje de Cristo y los Apóstoles, expresado en las celebraciones y textos.

a) *Acciones litúrgicas y su mensaje*

Visita a los enfermos. Cuando un hermano está enfermo, toda la Comunidad se siente solidaria con él. Se hace presente con una visita, que supera la pura *cortesía* o *compasión*, para ayudarlo a sostener su fe y encontrar en la «escucha de la Palabra de Dios y oración en común», el sentido del dolor y la enfermedad misma.

Sacramento de los enfermos (Penitencia-Unción-Viático-Misas por los enfermos).

La Unción, es la presencia fortificante del poder de Cristo que salva y cura, todas nuestras debilidades.

El Viático y las Misas por los enfermos, son la incorporación de su vida sufriente al sacrificio de Cristo, del que participa y se le entrega la seguridad del valor redentivo de su propia vida que está enferma.

En todos los Sacramentos aparece siempre la Iglesia celebrándolos, que se manifiesta solidaria con todos los que sufren.

b) *Los textos* (Cf. Ritual de la Unción y de la Pastoral de los Enfermos 20-II-1974).

PARA UNA PASTORAL CON EL CANCEROSO

Por CLAUDE ORTEMANN, M. I.

I

Aun sin estar en un centro anticanceroso todo capellán de hospital encuentra con frecuencia creciente enfermos afectados por un cáncer.

¿Qué ayuda pastoral podemos aportarles? A esta cuestión intentará responder este conjunto de reflexiones que no son más que una contribución a la búsqueda en este campo pastoral.

REACCIONES PSICOLÓGICAS DEL ENFERMO CANCEROSO

La enfermedad cancerosa no parece diferenciarse fundamentalmente de las afecciones graves y crónicas. Su irrupción provoca en el enfermo diferentes mecanismos de defensa que se encuentran en el enfermo agredido por una enfermedad grave o por un tratamiento prolongado. Pero toman una particular coloración debida a la angustia desencadenada por el poder maléfico atribuido al cáncer.

LA CANCEROFOBIA. En la actualidad el cáncer es generador de un miedo y de una angustia míticos, en el sentido de que es rodeado de un halo de misterio, y que no se atreve incluso a pronunciar su nombre, como si este silencio, inspirado por una especie de temor sagrado, pudiera alejarlo o exorcizar su virulencia. El miedo al cáncer ha suplantado el miedo a la tuberculosis, a la sífilis, a la peste, como imagen del mal total.

La prensa no ha contribuido a la destrucción de este nuevo mito. Insistiendo sobre el peligro o la gravedad del mal ha reforzado la resistencia y el temor de aquellos que temían ya al cáncer. Ha terminado por acreditar la convicción de que el cáncer concluye siempre en la muerte, y que tener un cáncer es estar inexorablemente condenado a muerte. Y es verdad que, a pesar de los progresos terapéuticos recientes, esta enfermedad, sigue siendo, según en qué países, la primera o segunda causa de mortandad.

No es solamente el miedo a la muerte lo que suscita el cáncer, sino más aún la obsesión de una muerte particularmente horrorosa, «una muerte rápida y con sufrimientos extremos», como dice Garnier. El cáncer evoca toda una gama de fantasmas: «Una bestia que os roe», «una enfermedad que os come sin que uno se aperciba», «un pulpo que galopa por todas partes». Metáforas que revelan la angustia muy intensa de ser comido, trinchado, devorado vivo por algo misterioso que se lleva en sí. La imagen del cangrejo, símbolo tradicional del cáncer, ilustra bien esta concepción irracional. Se puede decir que el cáncer cristaliza toda la angustia moderna ante la muerte.

La cancerofobia plantea pues el problema de la verdad a comunicar al enfermo. Es una cuestión periódicamente tratada por la prensa, especializada o no, y para la que no existe ninguna respuesta estereotipada.

LA ANGUSTIA. Aun cuando el canceroso ignore el diagnóstico y el pronóstico, aun en el caso de que se conforme con una terminología que haga de su afección «un tumor al límite de la malignidad», o «una pequeña anomalía de las células», su angustia frente a la enfermedad no es por eso menos profunda. Existe también en los que conocen el diagnóstico, pero de una forma intermitente. Desaparece en período de mejoría, para reaparecer en el momento de una recaída, de nuevos exámenes, de consecuencias secundarias debidas al tratamiento. En los que no saben nada, pero que sospechan la naturaleza cancerosa de su afección, existe la angustia ante la duda, ante el silencio del personal sobre el diagnóstico, ante la lentitud de una mejoría perceptible. Aumenta con la hospitalización, que desarraiga al enfermo sacándolo de su ambiente personal, y lo sumerge en un mundo nuevo totalmente extraño al que va a tener que adaptarse. En las mujeres, la angustia se acrecienta por la preocupación por la familia que abandonan, sobre todo cuando los hijos son de corta edad.

Para luchar contra la angustia el enfermo pone en juego una serie de mecanismos de defensa, que le permiten *asegurarse* y que se encuentran en todo enfermo que debe afrontar una afección grave y de larga duración.

LOS MECANISMOS DE DEFENSA: La regresión. Privado de las responsabilidades actuales, el enfermo ya no se conduce como un adulto. Tanto más cuanto que a la debilidad física y al estrechamiento del horizonte habitual se añade la dependencia en que le sitúa el ambiente hospitalario. El personal de enfermería, por otra parte, favorece esta reacción regresiva, porque el enfermo es dócil y se deja más fácilmente cuidar. Acepta escrupulosamente todos los detalles de la terapéutica, y con frecuencia el socorro de los sacramentos. Se trata de una reacción de regateo mercantil: El enfermo se comporta como si su sumisión total al tratamiento y a Dios le trajera la curación. Adopta a veces la actitud de un niño mimado. Es al mismo tiempo tirano y dependiente. Exige que toda su familia esté a su servicio, así como las enfermeras. Con frecuencia está descontento de la comida que se le presenta, y que se convierte en el polo principal de interés.

Algunos enfermos presentan la regresión de otra forma: Se refugian en el sueño. No se trata de una necesidad suplementaria de sueño, sino de lo que Schneider

llama una «hibernación de alguna manera psicológica». En el sueño, el enfermo intenta encontrar una seguridad de orden infantil.

La racionalización. Es una reacción característica del canceroso. Que el enfermo sepa o no el diagnóstico, va a dar una causa a su enfermedad, va a intentar reducir su absurdo por una explicación racional. Todo sucede como si la ausencia de causa pareciera más insostenible que la afección misma. Se atribuye la enfermedad a heredad, a una sobrecarga de fatiga, a un enfriamiento, a un fibroma. Algunos apelan a la fatalidad: «Esto tenía que llegar, es el destino». Otros ven en ella un castigo por faltas pasadas (por ejemplo en los cánceres genitales). En los creyentes, la afección es considerada como un castigo de Dios que sanciona sus pecados, o su alejamiento de los sacramentos, o como una prueba arbitraria impuesta por Dios. Muchos se instalan así en un clima de culpabilización más o menos imaginario.

La negación de lo real. Es la reacción de defensa más extendida, y engloba a las otras. El enfermo, simultáneamente, constata y niega la enfermedad, los informes del médico, las agravaciones del mal. La negación puede ser más o menos completa.

En algunos, la enfermedad es minimizada. Se trata de una afección benigna. Los cancerosos de pulmón hablan de buen grado de una gripe tenaz, de una bronquitis crónica, o de una pleuresía mal curada. Otros se comportan como si no sufrieran disturbio alguno, mientras que su situación empeora. Es este un proceso que yo he notado con frecuencia en enfermos en fase terminal. Y no depende del nivel cultural del enfermo. Se observa lo mismo en personas poco escolarizadas como en médicos y enfermeras. Sin duda es favorecido por los calmantes y estimulantes, que hacen desaparecer el sufrimiento y debilitan la lucidez: «Yo no siento ningún dolor; por tanto no es cosa grave».

La negación se presenta a veces como un distanciamiento de la enfermedad. Es la reacción de aislamiento. El enfermo aísla su mal de la inquietud que suscita en él. Habla de su mal, de su cuerpo, como si fueran objetos extraños. Algunos dejan de replegarse sobre sí mismos, y se interesan entonces por los demás, sus compañeros de hospital o los que están cerca, con una solicitud exagerada a veces. Prestan numerosos servicios. Su altruismo, cualesquiera que sean sus ambivalencias, es beneficioso para quienes son objeto de él.

Sucede también que la negación lleva consigo un aumento de la actividad. Las lecturas se intensifican; para las mujeres, la calceta y los trabajos de aguja se convierten en las principales ocupaciones; para los hombres, las cartas u otros juegos absorben la temida duración de las tardes sin visita. Algunos retornan a su trabajo, y se entregan a él con una energía acrecentada. He conocido un enfermo de 28 años que se puso a estudiar los archivos de su pueblo para escribir la historia del mismo.

La formación reaccional agresiva. Cuando la afección se prolonga y cuando ninguna mejoría es sensible, el enfermo acaba por considerar su mal como un ataque personal procedente del exterior. Proyecta la responsabilidad de la prolongación de su enfermedad sobre un agente exterior: La incapacidad de su médico, la ineficacia o nocividad de los medicamentos o radiaciones. Rechaza o contesta las terapéuticas propuestas, o los complementos de exámenes... Se hace desagradable con todos los que le rodean. Se rebela contra Dios. Abandona la práctica sacramental, y se instala a veces en una especie de enojo frente a Dios. Se observa de cuando en cuando esta reacción en algunos cancerosos de la cara, de la laringe o del esófago, atacados dolorosamente en las mediaciones que les ligaban a los demás: El aspecto físico, la palabra, la alimentación. Si muchos aceptan con apatía su dependencia, otros son en cambio muy sensibles a su empujamiento, a los que ellos consideran un fracaso, que, así piensan ellos, despierta la compasión o el rechazo de los demás.

La sublimación. Los impulsos del enfermo son transformados en una actividad, socialmente o religiosamente valorizada. El sufrimiento y la angustia son aceptados en una perspectiva altruista, y frecuentemente religiosa. Es una reacción que se encuentra en enfermos en fase terminal, y en particular en ancianos. Pero, otros, lejos de esta fase, son capaces de ello también. Esto depende mucho de su manera de vivir antes de la enfermedad, o del descubrimiento, por el «shock» de la enfermedad, de nuevas razones de vivir, de una sensibilización más profunda hacia los demás. Estos enfermos se distinguen por su calma y por su apertura a los demás. Colaboran en el tratamiento, y se interesan por la vida que les rodea. Se ve con frecuencia esta reacción en los enfermos a quienes se les ha comunicado el diagnóstico, o que lo conocen aunque nunca hablen de él.

Habría que decir todavía que en la fase terminal muchos cancerosos, que han podido hablar de su miedo y algunas veces de su muerte (y que las asumen) llegan a un estado de paz profunda. Hablan menos y dan menos importancia a las visitas.

Estas diferentes reacciones de defensa no se suceden cronológicamente. Pueden aparecer en los diferentes momentos de la evolución del mal. Por otro lado, varían según factores: La personalidad anterior del enfermo y su edad, su concepción de la enfermedad, el tipo de cáncer y su evolución, las reacciones de la familia que le rodea.

UNA PERSPECTIVA DE ESPERANZA

Ante los cancerosos, estamos llamados, me parece, a adoptar una perspectiva pastoral de esperanza, a fin de coincidir con la dinámica de su vida de enfermos.

• En efecto, agredido por el cáncer, que conozca o no el diagnóstico, el enfermo va a poner en juego todos los resortes para luchar, para vencer el mal y las per-

turbaciones que provoca. Todas las reacciones de defensa que acabamos de esquematizar son la expresión de este combate que compromete al enfermo para liberarse de lo patológico. Arrojado en una situación de angustia, sometido a tratamientos que pueden extenderse durante años, con la presencia permanente de una amenaza dentro de su cuerpo, y con frecuencia del dolor, el enfermo va a hacer la experiencia de la esperanza con una agudeza nueva.

Conocerá la espera y una multitud de esperas, que constituyen el dinamismo fundamental de la esperanza. Aguardará los resultados positivos de un examen, la inyección que lo alivie, la visita del médico, la de los suyos. Esperará la desaparición del sufrimiento, el descenso de la temperatura, el alivio de su agotamiento. Estará al acecho de la más ligera mejoría. Se va a descubrir progresivamente como el hombre del instante de después, del día siguiente, el hombre del mañana. Aunque todas estas esperas son sucesivamente defraudadas, y a causa de estas decepciones, el enfermo cada vez será más llevado a una esperanza más profunda, que no se refiere ya a cosas precisas, sino que se abre a un porvenir indeterminado, sobre una novedad indefinible, que es la aspiración a lo imposible, a una salud total del ser, a una plenitud de ser que parece estar negada por todo lo presente. El enfermo ya no espera tal o cual cosa, espera a secas. Porque en el corazón de todos los deterioros y de todos los desgarros cotidianos, experimenta el poder indestructible de su vida, tendida hacia más vida.

- Este empuje de la esperanza podría no ser más que un deseo egocéntrico de supervivencia individual, si no llevara consigo otra dimensión, vivida con una intensidad diferente según las personas.

Todo enfermo, efectivamente, hace la experiencia más o menos dolorosa del resquebrajamiento de sus relaciones con los demás. Su manera de vivir habitualmente sus relaciones es transformada. Por muy grandes que sean los esfuerzos del enfermo por estar cerca, se establece una ruptura entre él y los que le rodean. Ruptura debida a varios factores: La soledad en que le encierran el sufrimiento y la angustia, y que es imposible hacer compartir; el desarraigo de su ambiente habitual, la pérdida de las actividades cotidianas y de las responsabilidades, la dependencia que instituye el medio hospitalario, la vecindad de otros enfermos desconocidos hasta entonces. La relación del enfermo con los demás, incluso las más íntimas, queda profundamente transformada y perturbada. El enfermo intentará reconstruirla a pesar de los obstáculos. Lleva en sí, en diferentes grados de conciencia, la aspiración a una comunicación más profunda y más verdadera con los demás, como lo demuestra el hecho de que espere una visita, el menor gesto de simpatía y amistad. En la mayor parte de los enfermos, la esperanza de vida se ve señalada también con el deseo de una proximidad nueva a los demás, de lazos más estrechos, de una comunicación más en-

tera, incluso cuando la amenaza de la muerte parece negarle esta posibilidad. La esperanza del enfermo lleva consigo el deseo de la permanencia de todos los vínculos personales.

Por otra parte, el enfermo es tomado a su cargo por un ambiente comprometido también en el combate por la vida. Todas las actividades hospitalarias expresan una dinámica de esperanza, en el sentido que encarnan una lucha por transformar la situación del enfermo, para encaminarlo hacia una curación más o menos total. Enfermos y mundo hospitalario son solidarios en el mismo movimiento de esperanza que, rechazando la fatalidad del presente, quiere modificar el porvenir.

- Cristo no viene a destruir esta esperanza. Basta mirar a Jesús en sus relaciones con los enfermos que encuentra. Lejos de aniquilar su petición de curación, es Él mismo quien a veces los interpela: «¿Quieres sanar?», como si quisiera contestar el que el hombre no quiera combatir contra la enfermedad... Más aún, se puede decir que, por su encarnación en Cristo, Dios ha hecho cuerpo con todo el querer-vivir-más que determina la esperanza humana del enfermo. Jesús no ha tenido solamente compasión de esta esperanza, no solamente ha simpatizado con ella como alguien desde el exterior. Él la ha vivido personalmente por su inmersión en la pasión y en la agonía sobre la cruz. Y es Él quien le da razón por su resurrección. La resurrección de Jesús: Es la certeza de que la esperanza del que sufre no es absurda, y de que desemboca en un porvenir de vida total en el que el hombre por fin es liberado de toda enfermedad, y en el que todos los lazos personales son restaurados.

Es verdad que la resurrección supera infinitamente todos los horizontes de la esperanza humana. Aporta una escucha de la esperanza que, al hombre, le es imposible realizar. Guardémonos, por tanto, de hacer de la resurrección el resultado normal de la vida actual. La resurrección no es un proceso natural de la evolución. Escapa al poder del hombre. Es más bien la obra de una iniciativa gratuita por parte de Dios. Invita al hombre a ponerse enteramente en las manos de otro. La esperanza del cristiano es confianza en una persona, el Cristo vivo.

En esta perspectiva de esperanza es donde hay que situar la pastoral de los cancerosos (como de todos los enfermos graves y crónicos). El sacerdote en el hospital está al servicio de la esperanza. Le corresponde recordar a todos los enfermos cristianos que su esperanza mira fundamentalmente a la resurrección la cual, y sólo ella, escuchará su deseo de vida total, en la que todos los lazos personales serán restablecidos. Debe indicar a los no creyentes y al ambiente hospitalario el sentido último de su esperanza, y el sentido de todos los combates que la expresan: Aun cuando lo ignore, la esperanza del no creyente, enfermo o empleado, no apunta menos que la de los demás hacia la resurrección prometida por Cristo.

El hombre que supo Amar



En los albores de la fiesta de san Juan de Dios, terminó de rodarse la película *El hombre que supo amar*.

El guión cinematográfico de la película, está basado en la obra de José Cruset, San Juan de Dios, una aventura iluminada, premio Aedos de biografía.

Como ampliación informativa, dentro de este número de LABOR HOSPITALARIA ofrecemos un encarte que recoge una serie de datos informativos sobre la noticia, que ha dado muchas veces la vuelta al mundo.

La consecuencia de este logro cinematográfico, llena de satisfacción a la familia juandediana.

Encontramos lógico hacer partícipes de este legítimo gozo, a cuantos nos dedicamos al servicio del hombre enfermo.

Acéptenlo así, nuestros lectores.

El encarte a que hacemos referencia, se debe a Paz y Caridad, revista hermana.

CARTA A UN AMIGO QUE SE FUE

Amigo Enrique:

Te has marchado casi sin despedirte. Tendremos que esperar seguramente el reencuentro definitivo, en el que permaneceremos unidos sin estas sorpresas que nos depara nuestra condición de viadores.

Es posible que la llamada de tu esposa, sentida aún tan fuerte en tus oídos y que te precedió en la marcha, te llevase hacia ella. Pero sentías otra más apremiante que te obligaba a permanecer en tarea cotidiana a pesar de tu dolencia, la de tus, hermanos, familiares y amigos.

Sin embargo el equilibrio no ha sido posible. Te has ido y has dejado a todos sumidos en la tristeza. A unos, sin el calor y amor entrañable de padre y hermano, a otros sin el apoyo de tu amistad y de tus consejos.



Cuando me dieron la noticia de tu gravedad me quedé atónito, porque hasta nosotros, los que habíamos compartido las inquietudes por hacer una asistencia hospitalaria moderna y justa, habíamos sido ingenuamente engañados y pensábamos que tu decaimiento y tu enfermedad eran fruto de tu excesivo dinamismo y que sería cuestión de tomarte las cosas con más calma y hacer un poco de reposo.

Pero, cuando supimos la realidad de tu enfermedad grave y sin esperanzas humanas, caímos en la cuenta de que tu estancia entre nosotros iba a ser breve.

Cuando me dejaron entrar para verte a la habitación aséptica, en donde te habían colocado, leí descuidadamente el diagnóstico base de tu proceso: y me quise cerciorar de si era cierto o era una equivocación ya que yo siempre había pensado que el resultado del análisis de la biopsia había sido el de un tumor benigno. Pero no, no era equivocación, ese era el diagnóstico verdadero y tu repentino empeoramiento era ya la consecuencia de la rápida difusión de las lesiones.

Ahora, a las pocas horas de tu entrada en la unidad de cuidados intensivos, la noticia de tu fallecimiento ha sido el mazazo que ha remachado el dolor de que nos

hemos sentido embargados cuantos hemos compartido, a lo largo de tantos años, tu afecto y amistad.

Es verdad que, con tu marcha, dejas un hueco difícil de cubrir en nuestra organización hospitalaria de la Provincia. Pero es mucho más hondo el abismo que dejas en nuestra alma al no sentirte ya cerca, con tu consejo, con tu experiencia, con tu interés por las cosas de la Orden, con tu afecto, en una palabra, por cuanto supusiese un mejoramiento de nuestra asistencia hospitalaria.

Ya quedan lejos, muy lejos, tus inquietudes por la mejora de San Baudilio en aquel famoso estudio por la mejora de nuestro Sanatorio. Y el estudio de nuestra casa de Manresa, y la de Carabanchel y la de Palma.

Quedan también muy lejos los primeros pasos en el C. T. E. H. (Centro Técnico de Estudios Hospitalarios) junto con los doctores Aragón, Beltrán, Jaén, Ramis, Artigas y Corominas, en aquel ático de la calle París y que fue luego el núcleo de nuestra Asociación para el Desarrollo Hospitalario.

Quedan, igualmente en el recuerdo, tantos cursillos, congresos y reuniones en los que tu conocimiento tangible de los hechos, te hacía ser el divulgador de la doctrina para acomodarla a los que no éramos tan técnicos, o demasiado idealistas. Tu trabajo era el efectivo, y todo lo que se había expuesto en las ponencias o lecciones magistrales, tú lo hacías realidad en tus esquemas y en tus gráficos que, ahora, al repasarlos nos prolongarán tu presencia.

Porque tendremos que repasarlos, ya que tu trabajo ha sido la base de nuestra organización hospitalaria a lo largo de los últimos años.

Cómo se notará tu ausencia en nuestras reuniones, cuando tengamos que presentar los proyectos para el año siguiente y se nos caigan de las manos, avergonzados por la posible comparación con tu pulcritud y esmero.

Cómo te echarán de menos en la Oficina Técnica de Hospitales, en el Secretariado de Administración, en las reuniones de Superiores y en la preparación de los Capítulos.

Qué vacío parecerá tu despacho, y tu mesa de trabajo, llena de bolígrafos y rotuladores que, hábilmente utilizados, hacían posible el entendimiento de los más abstrusos problemas, al esquematizar gráficamente lo que, de por sí, era poco inteligible.

Seguramente que ahora ya no tienes problemas que explicar porque estarás viendo todo con claridad meridiana y los que te rodean entenderán en seguida tus inquietudes y deseos.

Tu vida, consagrada desde una oficina, al buen gobierno de los hospitales del Ayuntamiento de Barcelona o de la Orden Hospitalaria, te habrá granjeado multitud de valores que ahora comparten contigo la hospitalaria mansión del Padre Común.

Esta hospitalidad que tú has prodigado a lo largo de tu vida, la habrás encontrado como recompensa en san Juan de Dios y sus seguidores que a buen seguro han salido a tu encuentro.

Desde aquí, en la espera de nuestro definitivo encuentro, te pedimos nos sigas ayudando con tu ya transparente inteligencia, en la búsqueda de un mundo más humano para todos y especialmente para los enfermos.

Fray RAMÓN FERRERÓ, O. H.

EVOCACIÓN

Nada puede sernos indiferente de cuanto acaece a uno de los miembros de la familia que formamos todos los que, de algún modo, estamos unidos a través de LABOR HOSPITALARIA.

Al tener noticia de la trágica muerte acaecida a sor Felisa Ortega y a María Luz del Castillo, nos dirigimos a sor Ascensión Carrasco, superiora del sanatorio, para expresarle, en nombre de todos los lectores de LABOR HOSPITALARIA, nuestro pesar; prometerle oraciones por las almas de las dos inocentes víctimas del deber cumplido; y manifestarle el propósito de recoger la noticia en las páginas de la revista, en el primer número del año 1976.

El trágico suceso acaeció precisamente cuando estaba llegando el último número de 1975, a todos nuestros suscriptores.



Sor Felisa y María Luisa fueron asesinadas, en un arrebato de enajenación mental, por uno de los enfermos internados en el sanatorio antituberculoso de Liencres, Santander, el 26 de noviembre de 1975, mientras cumplían el servicio de su guardia nocturna.

Sor Ortega Bernal había nacido en Iscar, Valladolid, hacía 61 años. Oyó la llamada y se entregó a Dios, para servir a las personas enfermas, en la floreciente congregación de Hijas de María madre de la Iglesia.

Esta apostólica congregación tiene suscritas a LABOR HOSPITALARIA a todas las comunidades que, en diversos países, atienden a los enfermos.

La comunidad de Liencres, a la que estaba incardinada la buena hermana Felisa, fue una de las primeras en dar su nombre para que se les sirviese LABOR HOSPITALARIA.

María Luisa Castillo, de 59 años, natural de Isla, Santander, era auxiliar de clínica y trabajaba en el mismo sanatorio.

Cerramos la evocación que hacemos de las dos buenas hospitalarias, con esta elegía, compuesta y difundida en honor de estas dos grandes heroínas de la caridad.

Mártires del deber, mujeres buenas
que todo lo entregasteis
—porque la vida es todo—
por el hermano enfermo,
miembro vivo y doliente
del Cuerpo de Jesús,
divino Cuerpo místico de Cristo,
del que también vosotras formáis parte.

Al ser segado violentamente
el clavel encendido y derramado
de vuestra sangre generosa y limpia,
habéis dado lección suprema y honda
de amor y sacrificio.

El Señor de la vida y de la muerte
quiso que así os fuerais,
inesperadamente,
aunque en la plenitud de vuestra entrega
cualquier cosa esperabais
de Dios y de los hombres.

No hay nada que objetar, pues nuestra vida
de seres en camino hacia la patria,
está, y estará siempre,
al servicio de Dios en nuestro hermano.

CARTA DE GUATEMALA

LABOR HOSPITALARIA ha vibrado también de emoción, ante los grandes sucesos acaecidos en Guatemala.

Difundida la revista de todos los que sirven al enfermo, por toda la nación hermana, gracias al querido padre paul y amigo, Manuel Arnáiz, a él nos dirigimos nada más reincorporarnos a nuestro puesto de trabajo, al regreso de Granada, donde se ha acabado de rodar *El hombre que supo amar*.

El incansable padre Manuel, nos escribe esta carta que deseamos hagan propia, todos nuestros lectores.

Quetzaltenango, febrero 18 de 1976

Rvdo. Hno. Ángel María Ramírez, o. h.
Barcelona. España.

Muy estimado hermano Ramírez:

El 13 recibí su tarjeta del 7, referente al desolador terremoto, que ha causado tantos miles de muertos, heridos y sin hogar, en la Capital y muchas poblaciones de esta nación.

Le agradecemos muchísimo su preocupación por la suerte, que hubiéremos corrido en el tenebroso y trágico terremoto del día 4, que ha conmovido al mundo entero, promoviendo tanta compasión y la extraordinaria voluntad de acudir en ayuda de toda clase. Se ve que Dios de los males saca bienes. Que nos acordemos más de Él y exista más solidaridad y fraternidad entre las naciones y se contemplan las grandes injusticias, causa de que tantos seres humanos vivan en tanta pobreza y miseria, que resultan ser los más seriamente afectados en las calamidades y cataclismos, como en este aterrador terremoto.

No creo necesario detallarle los dolorosísimos estragos causados por el terremoto, ya que los maravillosos medios de comunicación los difunden rápidamente por todo el mundo. Anoche, estando escribiéndole, pude captar un especial reportaje de Radio Nacional de España, en su emisión a Hispanoamérica, muy hermoso, bien documentado y realista.

Aquí en esta Ciudad el día 4, a las tres horas con tres minutos, la precisa del terremoto, sentimos un fuerte, prolongado y estremecedor temblor, que a todos nos hizo

levantar alarmadísimos, presagiando algo catastrófico. En el mismo instante nos quedamos sin luz, lo que causaba más horror y miedo.

Por la misericordia y bondad de Dios en esta Diócesis de Quetzaltenango no hubo que lamentar víctimas personales, ni otras desgracias materiales, por lo que pasado el gran susto, nos encontramos relativamente tranquilos, con mucho nerviosismo los siguientes días por los sucesivos temblores, que sucedieron aunque más tenues y ahora parece que se están terminando.



Estado en que quedó el hospital San Juan de Dios de Guatemala

En el instante del terremoto, el señor obispo, monseñor Luis Manresa dormía en la Capital, saliendo ileso, aunque la residencia de los padre jesuitas, donde se hospedaba, sufrió algún derrumbe. El señor Obispo nos ha manifestado ser providencial el que no sufriese nada, lo mismo que la Diócesis, atribuyendo a la especial protección de la Santísima Virgen del Rosario, patrona de la ciudad.

Le cuento que el día 4 le tenía señalado para salir a las cinco de la mañana de viaje a la Capital, en plan de compras para los enfermos ante la próxima fiesta de San Juan de Dios y hacer varios encargos, entre ellos el de la renovación y cobro de las suscripciones de LABOR HOSPITALARIA en las Comunidades de las Hermanas de la Caridad.

Al amanecer desistí, aún no tenía noticias del terremoto, que ya más tarde fueron sabiéndose paulatinamente.

Mucho le agradezco el envío de los 6 discos, que pienso me sean muy útiles para las celebraciones en honor a san Juan de Dios. Que recibí en perfecto estado. Me ilusiona mucho el que pueda disponer del documental *Juan Ciudad, ese desconocido*. Ojalá el señor Cónsul se haya interesado, como me lo prometió.

El mismo día de recibir su tarjeta, unas horas antes, informé en la reunión del Decanato de Párrocos sobre las celebraciones de la *Semana de Caridad y Día del Enfermo*. Temía mucho que, dadas las circunstancias del terremoto, me lo disuadiesen, pero al no haber objetado, al día siguiente encargué toda la papelería en la imprenta. Haré

lo que sea posible y trataré informarle de los resultados.

Agradeciéndole sus oraciones, por esta nación, que pasa por pruebas tan agustiosas, le saluda afectuosamente su gran amigo y servidor en Cristo.

MANUEL ARNÁIZ, C. M.

PAMPLONA

INAUGURACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO

Como consecuencia de una mentalización y necesidad sentida dentro de los centros de la Orden Hospitalaria en general y de la clínica de Pamplona en particular, ha sido inaugurado por el Inspector Provincial de Farmacia, doctor Arcos Santodomingo, el Servicio Farmacéutico, en locales diseñados, adaptados y acondicionados para cubrir las necesidades básicas de cara a un futuro previsible. Al frente del mismo como profesional responsable se encuentra la farmacéutica señorita María de los Angeles Zabalza; con gran experiencia reconocida en esta modalidad de su profesión y muy apreciada por sus compañeros hospitalarios de todo el país.

Posteriormente a la apertura oficial y legal se desarrolló un acto académico, en el salón de Actos del Centro, que fue presidido por el presidente del Colegio de Médicos, doctor Julio Morán Garcés, el director Gerente del centro, hermano Martín Elizalde, y el director médico, doctor Martínez Muñoz. En el mismo estuvieron presentes no sólo muchos compañeros y amigos sino autoridades y personalidades sanitarias como: Doctor Pastor, Inspector Provincial del I. N. P., Profesor doctor don Jesús Larralde Berrio, Decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Navarra, Doctor don Carlos Gonzalo Guisande, Director de la Residencia Sanitaria «Virgen del Camino», Doctor Paloma Fosolva, Director de la Clínica Universitaria, Doctor Alas, Inspector del I. N. P., Doctor Panizo Delgado, Inspector del I. N. P., Doctor González de la Riva, Jefe del Servicio Farmacéutico de Residencia Sanitaria «Virgen del Camino», Doctor Giráldez Deiró, Jefe del Servicio Farmacéutico de la Clínica Universitaria, Doctor Borrego Dionís, Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital San Juan de Dios de Barcelona, Doctor Napal, Jefe del Servicio Farmacéutico del Hospital Provincial de Navarra, Doctor hermano Benjamín Mayayo.

Comenzó el acto con unas palabras del doctor Martínez Muñoz, director médico, expresando lo que había recibido del farmacéutico en colaboración de sus necesidades como clínico, y lo que esperaba en el futuro. Esta importante conferencia será publicada en LABOR HOSPITALARIA en otra edición de la revista.

A continuación el doctor González de la Riva desarrolló una conferencia sobre el tema «Los medicamentos y las Órdenes Religiosas. Medicamentos plurifármacos», que dado el interés de la lección dictada por el doctor González de la Riva la ofreceremos a los lectores de LABOR HOSPITALARIA en ediciones posteriores.

La señorita María de los Angeles Zabalza Fernández, como farmacéutica del Servicio glosó brevemente su reconocimiento, responsabilidad y ofreciéndose incondicionalmente para una mejor atención del equipo sanitario con estas palabras:

«Debo agradecer a las personas que llevan la responsabilidad de la dirección de esta clínica, por su comprensión

y colaboración que ha hecho posible la realidad que hoy vivimos inaugurando un nuevo Servicio.

También quiero dar las gracias al doctor González de la Riva por toda la ayuda prestada, tanto en el proyecto y montaje de este Servicio Farmacéutico, como por haber sido la persona que me inició y a cuyo lado me formé en esta faceta profesional.

Ya sólo me resta como parte interesada e integrada en el funcionamiento de esta clínica san Juan de Dios, ofrecerme como responsable del nuevo servicio junto con los tres auxiliares que lo componemos en este momento, para cualquir tipo de colaboración que se nos solicite. Es más, intentaremos adelantarnos a las necesidades proponiendo sugerencias o soluciones. La Farmacia Clínica es una de las facetas de nuestra especialidad hospitalaria que ha surgido de la necesidad de aprovechar los conocimientos del técnico del medicamento, puesto que los problemas que plantean los medicamentos son tantos y de tan variada naturaleza, que el médico debe contar con la información necesaria al respecto. La colaboración del equipo sanitario, no es conveniente sino absolutamente necesaria. En la época de las especializaciones en todos los terrenos, cada vez es más difícil abarcar toda la información valorándola adecuadamente.

Espero que este ofrecimiento de colaboración sea efectivo y eficaz, lo que redundará en un más alto nivel asistencial de esta clínica san Juan de Dios de Pamplona.»

Cerró el acto el doctor Morán Garcés, recogiendo y haciendo suyos los deseos de un mejor servicio al enfermo, siendo consciente de la eficacia del nuevo Servicio al conocer personalmente la labor y eficacia profesional de quienes lo han hecho posible.

Una vez llevada a cabo una sencilla bendición de los locales, los asistentes se reunieron a un refrigerio de hermandad en la misma clínica.

Queremos resaltar más que el acto socio-oficial de la inauguración, el hecho de que la orden hospitalaria de san Juan de Dios es consciente de la necesidad del servicio farmacéutico en sus centros, mentalización comenzada y llevada eficazmente a cabo por el doctor Borrego Dionís, desde la central de la misma en Barcelona.

MADRID

SIMPOSIO INTERNACIONAL SOBRE EL ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO

Organizado por los Religiosos Camilos —Instituto dedicado al servicio de los enfermos— con la colaboración del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria de España, se celebró en Madrid el Simposio Internacional sobre *El acercamiento al moribundo*. Un centenar de profesionales del Mundo de la Salud, procedentes de varios países de Europa y de América (médicos, enfermeras, capellanes, etcétera) se han congregado en la Casa de Ejercicios *El Pinar* durante los días 5, 6 y 7 de noviembre.

Con un enfoque expresamente experiencial y vivencial, favorecido por la condición de los participantes (todos activos en la asistencia al moribundo), el Programa del Simposio abarcaba un conjunto de Relaciones (Ponencias) de las que entresacamos:

El hombre contemporáneo ante la muerte; Testimo-

nios: Un disminuído físico, una enfermera, un médico y un capellán ante la muerte; algunas búsquedas pastorales: *El niño y la muerte*; *Acercamiento pastoral al anciano psicopático*; *Los suicidas*. Cabe también destacar: *La Iglesia y los moribundos*; *Derecho de vivir, derecho de morir* y *Visión bíblica del hombre y de la muerte*.

¿LE INTERESA AL HOMBRE ACTUAL LA MUERTE?

En la sociedad del consumo, del pluriempleo y de las evasiones, el tema de la muerte parece condenado al ostracismo, solamente roto por la ineluctabilidad de los hechos de la vida familiar y personal...

Existen, sin embargo, indicios de un cierto despertar del interés por el tema. La abundante bibliografía aparecida en los últimos años sobre todo en Francia (en los dos últimos meses se han publicado cuatro interesantes y voluminosos libros) y en los EE. UU, y el lanzamiento del tema a través de la TV en el citado país vecino, significan quizás una recuperación del *sentido* del hombre, marcado por la dinámica del vivir caminando hacia la muerte. Cuando los recursos del progreso ponen al descubierto la insuficiencia radical de sus apoyaturas, el hombre regresa (progresando) a su permanente y temporal contingencia: *También hoy se muere...*

Aun a falta de una sociología de la muerte en España, se han recogido sin embargo algunos aspectos que indican con cierta garantía que también en nuestro país nos aproximamos hacia una progresiva, aunque lenta, toma de conciencia del hecho de morir: la experiencia del bienestar material y la atención febril a lo inmediato del vivir cotidiano constituyen un empobrecimiento espiritual que no puede ser duradero...

El interés suscitado por el Simposio, especialmente en los medios sanitarios, nos anima a pensar que, aunque modesto, puede ser un punto de partida para una sensibilización de mayor alcance. (A ello contribuirá, entre otras iniciativas, la publicación de las ponencias.)

LOS NIÑOS: HE AHÍ UN TEST...

La interesante ponencia expuesta por el padre José Luis Redrado, o. h., y el diálogo suscitado en los grupos, han puesto de manifiesto algunas constantes válidas que nos ofrecen —a través de los niños— una radiografía de la actual sociedad...

En los dibujos realizados por ellos, así como en las estadísticas presentadas, destacan tres constantes dignas de ser tenidas en cuenta:

- El 79,2 % de los interrogados no han visto morir a nadie.
- El 80 % preferirían morir en sus casas.
- Destacable asimismo la representación gráfica de la muerte a través de escenas violentas: Guerras, asesinatos de todo tipo, etc.

A quienes están estrenando la vida, la sociedad, caracterizada por sus ansias de éxito y progreso, les oculta la amenaza y la realidad de la muerte. Acceden a su *experiencia* mediante un *aprendizaje marcado* por lo violento de la misma sociedad. ¿Cuándo se aprenderá a morir?

MORIR HOY: RADIOGRAFÍA DEL HOSPITAL

Los niños prefieren morir en sus casas. También los mayores. Sin embargo, al menos en los países desarrollados, el 50 % de la población acaba sus días en el hospital, en un centro sanitario. En algunos países superdesarrollados la proporción se aproxima al 80 %.

«En nuestro sistema de vida social, cuando una persona enferma y su estado de salud reclama asistencia médica continuada y cualificada, el lugar apropiado es el hospital» (Julio Munaro: *La Iglesia y los Hospitales*, ponencia presentada en el Simposio). El hospital está de tal forma organizado en función de la salud del paciente que, sin escatimar medios, se ha de luchar contra la muerte hasta el final. La muerte es ajena al hospital. De suyo, no forma parte de su filosofía; no pasa de ser una fatalidad que mancha las estadísticas de la Organización...

Introducido en un lugar obligado, extraño, completamente diferente a la situación anterior, el tejido de relaciones que se trama en torno al paciente olvidan su dimensión humana: Es su salud somática la que interesa... Solo entre la multitud, ¿con quién compartirá su vida, su miedo, sus angustias y su esperanza?

La exasperación de la técnica en detrimento de su servicio a la persona, el *encarnizamiento terapéutico*, las Unidades de Cuidados Intensivos con el aislamiento del enfermo grave (o moribundo) y el sometimiento o la *dura ley* de la técnica traducida en aparatos y sistemas de reanimación y prolongación —a veces puramente vegetativa— de la vida, plantean una problemática de fondo que nos remite a los derechos de la persona entendidos razonable y escalonadamente: El hombre también *tiene derecho a morir* —su muerte, y con dignidad.

En este sentido, aparte el abultamiento excesivo de la técnica (provocado en buena parte por el miedo colectivo a la muerte) interesa sobre todo tomar conciencia del complicado juego que se realiza en torno al moribundo: sobre él y sobre su asistencia proyectamos nuestros miedos, angustias y evasiones. La presencia solidaria, humana y muchas veces aconsejablemente silenciosa del personal asistencial y facultativo al lado del moribundo es sustituida por apresurados cuidados, por pretextos que nos alejan y le aíslan: Por el movimiento febril, arma esgrimida (mecanismo de defensa) contra la soledad y la paralización de la muerte... La familia, urgida por sus lazos afectivos y enfrentada a su propia angustia, pacta tácitamente el ocultamiento de la verdad al enfermo e intenta evitar todo aquello que pueda ayudarle a hacer su muerte conscientemente (por ejemplo, diálogo sincero del capellán, la recepción del Sacramento de la Unción, visto quívicadamente como signo preanunciador de muerte próxima...).

Muchos moribundos tendrán la impresión de que «se les está robando su propia muerte»: No es fácil morir digna y conscientemente. Las presiones conscientes e inconscientes de la familia y de la estructura hospitalaria, la lucha encarnizada por la vida, los analgésicos y calmantes prodigados a veces excesivamente, el espaciamiento y reducción de las visitas de los familiares, todo contribuye a hacer más difícil el hecho de morir.

EL ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO: ESA PERSONA NECESITADA...

Esta es la tarea y la preocupación diaria de los participantes en el Simposio. En este sentido recogemos aquí

algunas de las preocupaciones, expuestas a modo de conclusiones:

a) El *arte de bien morir* comienza a partir de la infancia: Tanto en la familia, como en la escuela y en la catequesis es necesario que el niño sea paulatinamente introducido —de manera sencilla, concreta y sincera— en la dinámica consciente del morir propio y ajeno. (A este fin, y por lo que a este organismo atañe, ha sido entregado un Dossier del Simposio a la Comisión Episcopal de Enseñanza.)

b) Preocupa asimismo la humanización de la asistencia hospitalaria: El derecho a morir —cada uno su muerte y de forma digna— exige que el hospital sea recuperado por y para el enfermo, que se preste especial atención a los aspectos humanos y psicológicos de la asistencia: Reanimación y prolongación puramente vegetativa de la *vida*, compatibilidad equilibrada entre la técnica y la presencia humana, el derecho a la verdad y el derecho a la esperanza...

c) En concreto deseamos subrayar la necesidad de sensibilizar a todo el personal asistencial —y a las estructuras hospitalarias— de cara a los problemas psicológicos, familiares provocados por las Unidades de Cuidados Intensivos. Para esto sería necesario, entre otras cosas, que la formación del personal de Enfermería incluyera en sus programas una mayor atención y aprendizaje de la dimensión psicológica y humana del enfermo...

d) El Capellán ha de ser y aparecer no como el hombre de la muerte y de la *religión*, sino como el hombre de la vida y de la relación: Con su presencia y su acción contribuye a la humanización del Centro, a la esperanza y al encuentro del hombre con Dios a través de la fe. Esta labor se vería sin duda favorecida por el reconocimiento profesional-laboral del capellán, incluido a todos los efectos dentro del equipo asistencial del Centro, como responsable y animador de la atención a una de las dimensiones básicas y específicas del enfermo, como ser necesitado.

e) Los participantes en el Simposio desean irradiar en sus ambientes de trabajo sus preocupaciones por el acercamiento al moribundo: Ayudar al hombre a vivir y respetar su derecho a morir.

FRANCISCO ÁLVAREZ, O.S.C.

ALMERÍA

CONVIVENCIA NACIONAL DE CAPELLANES DE HOSPITALES

Se tuvo en Almería (Aguadulce). Los dos últimos días tomaron parte también religiosas que trabajan con enfermos.

Presidió las reuniones monseñor Manuel Casares, obispo de Almería, Responsable Nacional de Pastoral Sanitaria. *Don Manuel* quiso ser uno entre nosotros conviviendo los diez días y participando activamente, alentando con su palabra y presidiendo la Eucaristía. Es un gesto que todos agradecemos.

En la tranquila y soleada casa de espiritualidad de Aguadulce, nos reunimos 30 capellanes. Procedíamos de todos los puntos de España: La Coruña, Baleares (Menorca) Barcelona, San Sebastián, Sevilla, Bilbao, Vitoria, Pamplona, Oviedo, Logroño, Las Palmas de Gran Canaria,

Huelva, Madrid, Tortosa, Albacete, Toledo y Almería. Por encima de las diferencias de edad, mentalidad, etc. había algo que nos unía a todos: un deseo de conocernos, de compartir vivencias, dificultades y experiencias.

El objetivo que nos habíamos propuesto era sencillo: valorar y potenciar juntos nuestras posibilidades de servicio al hombre enfermo.

La mañana estuvo toda ella dedicada a la reflexión bíblica. El tema de la misma fue: «Jesús, según una lectura crítica de los Evangelios». Lo expuso Antonio Flores, sacerdote de Almería y colaborador de Juan Mateos (ambos escrituristas) que nos abrieron perspectivas nuevas.

En la tarde y la noche se tuvo intercomunicación dirigida por Fidel Delgado, capellán de La Paz (Madrid) y miembro del Equipo de Psiquiatría de la misma. Abordamos vivencialmente el sentido de nuestra vida como capellanes de enfermos.

Al analizar las dificultades con que nos encontramos para desempeñar nuestra misión, vimos unas internas y otras externas, a nosotros. De cara a la superación de las primeras reconocimos la necesidad de: un estudio serio y constante de los aspectos técnicos, humanos, psicológicos y ético-morales y su relación con la Palabra de Dios; encuentro con uno mismo, con Dios con los compañeros, con el personal sanitario; sentirse conocido, comprendido y apoyado por el obispo; adoptar las actitudes más adecuadas para una situación de cambio, etc.

De cara a las dificultades ambientales nos percatamos de la urgente y grave necesidad de trabajar con todos los medios a nuestro alcance por humanizar la medicina hospitalaria. La Iglesia tiene que gritar hoy más que nunca en favor de un trato humano al hombre.

REUNIÓN CON LAS RELIGIOSAS

Por primera vez dos grupos de capellanes y de religiosas sanitarias nos reuníamos por espacio de dos días para tratar de iniciar un camino juntos. El grupo de capellanes había terminado su convivencia. El grupo de religiosas procedía también de distintas regiones españolas: Santiago de Compostela, Alcoy, Don Benito, Madrid, Almería, etc. Se hallaban representadas algunas de las muchas congregaciones religiosas que se dedican al cuidado de los enfermos.

Sor Isabel Bello, Secretaria de la Federación Española de Religiosas Sanitarias informó sobre el funcionamiento de dicha Federación, de sus proyectos en marcha y de los pasos que está dando de cara a una renovación de las religiosas sanitarias en todos los planos: técnico, humano, de fe, de vida religiosa.

Rudesindo Delgado, Delegado Nacional de Pastoral Sanitaria, expuso los objetivos del Secretariado a largo y corto plazo.

La doctora Nájera, que trabaja en el Servicio de Educación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, nos informó, con claridad y precisión, sobre «la situación actual de la sanidad en España».

Durante el segundo día estudiamos la colaboración entre capellanes y religiosas sanitarias.

De cara al futuro se impone continuar rompiendo recelos en esta líneas de encuentros positivos y empezar una colaboración que se concrete: a nivel de organismos (fers

y secretariado) en mantener contactos constantes de cara a una programación conjunta. A nivel de centros: en reuniones para orar juntos, compartir la fe, reflexionar sobre los problemas del centro, la Palabra de Dios, programar juntos, preparar la liturgia, compartir nuestra fe, revisarnos, corregirnos fraternalmente y llegar a formar un grupo que trata de vivir los valores del Reino de Dios insertados en el mundo hospitalario.

PRIMER ENCUENTRO NACIONAL DE PROFESORES DE RELIGIÓN Y MORAL PROFESIONAL DE ESCUELAS DE A. T. S.

En Aravaca (Madrid) se celebró un encuentro de profesores de religión y moral profesional de las escuelas de A. T. S., convocado previamente por el Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. Se pretendía ofrecer ocasión de conocer, intercambiar experiencias y, en común reflexión, buscar enfoques, programas y métodos que respondan a la situación presente y futura.

Desde un principio mantuvimos estrecha relación con el Secretariado Nacional de Catequesis y con el Centro Nacional de la Iglesia para la Educación Cristiana que nos ofrecieron todo tipo de colaboración y ayuda.

La convocatoria tuvo una excelente acogida. Contestaron la encuesta 67 de los 125 a quienes se les había enviado.

Al encuentro asistieron 64 profesores. Se celebraron tres sesiones:

1. Problemática actual de la formación religiosa y de la formación moral. Raíces de la misma.
2. Su enfoque actual. Sentido de ambas formaciones. Orientación que se les debe dar. Objetivos inmediatos y mediatos de las mismas.
3. Temas que interesan más a los alumnos. Temas fundamentales de una formación religiosa y moral de los A. T. S. Temas en los que convendría que se pusiesen de acuerdo el profesor de Moral y de Religión.

Cada sesión se iniciaba con una presentación realizada por los moderadores del encuentro que fueron: José Manuel Arenal, profesor de Religión y Moral de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y Alfredo Colorado, director del CENIEC. Seguía el trabajo de grupos al que se le concedió una gran importancia. Y terminaba con la puesta en común de la síntesis de dicho trabajo.

Los grupos funcionaron bien y se entregaron con verdadero interés a la reflexión y profundización de la temática propuesta.

Las últimas horas del encuentro se dedicaron a la exposición y estudio de las propuestas que hicieron los distintos grupos.

He aquí las más significativas:

- Elaborar unas nuevas bases de programación de la formación religiosa y moral de los A. T. S. Preparar algunos instrumentos: textos básicos, servicio bibliográfico.
- Promover la formación permanente del profesorado, mediante la constitución de grupos de trabajo, contactos periódicos y sesiones de actualización doctrinal y pedagógica.

• Asuntos varios: crear un clima de opinión favorable para promover al puesto de profesores a personas vocacionadas para la enseñanza y preparadas. Interesar a quien corresponda el nombramiento de los mismos para que lo tengan en cuenta.

• Preparar una introducción justificativa de la presencia de la Iglesia en este campo de la enseñanza.

• Estudiar la figura del profesor en su doble dimensión docente y pastoral.

• Reconsiderar los horarios.

De cara a la elaboración de las bases de programación del profesorado, el grupo consideró necesaria la formación de una comisión integrada por los coordinadores regionales.

RUDESINDO DELGADO

BILBAO

III JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA

LO QUE VI

Casi medio millar de enfermeras de toda España, esta fue la concurrencia a las III Jornadas Nacionales de Enfermería en Bilbao, durante los días 6, 7 y 8 de diciembre de 1975.

Acudieron muchas mujeres y pocos, muy escasos hombres. La dirección la ostentaba doña María Teresa Loring Cortés, presidente nacional del Consejo de Enfermeras-A. T. S.

El Aula Magna de la Universidad de Deusto es un buen marco, un foro adecuado y que se presta a la exposición, al diálogo, al contraste de pareceres.

Las ponencias fueron siete, de muy distintos temas, interés y acierto. La verdad es que algún tema no era necesario exponerlo y, por el contrario, se echaron a faltar asuntos de gran actualidad y necesidad. Por ejemplo, faltaron estudios sobre las escuelas de enfermería, curriculum profesional en la actualidad, filosofía de la profesión, alcance de responsabilidad profesional y otros.

El diálogo y el contraste de pareceres fue largo y a veces duro. La verdad es que había muchas cosas que decir y, luchando contra el tiempo, no se dijeron todas. No se dijeron todas las cosas ni por parte de los oyentes, ni por parte de los exponentes, ni por parte de los presidentes. Decir todo es, era, imposible, aunque sólo sea por razones de tiempo.

No se dijo todo pero se destaparon muchas cosas. Y al quedar al descubierto mucho de lo que invisiblemente estaba flotando en el ambiente, como fantasmagóricas imágenes, intocables aunque muy sensibles, casi corpóreas, nos enteramos de lo que ocurre en el Consejo: de las fricciones ideológicas a alto nivel entre representantes de los A. T. S. femeninos, de que hay dos vertientes —si no más— generacionales. Que el Gobierno o, mejor, quienes lo representan, cuenta, juega ventajosamente, con estas desavenencias hetero-sexuales-generacionales-ideológicas de los profesionales de Enfermería. Nos dimos cuenta de que los colegios oficiales provinciales están poco desarrollados; carecen de ideas, de fuerza aglutinadora; que no son puntos de arranque ni de apoyo seguro hacia una progresión profesional; que cada Colegio va desvinculado,

solo, sin reforzar la unidad en el nacional, que suma fuerzas.

Apareció a público conocimiento que los hombres carecen de información de cuanto hacen las mujeres, y viceversa. Que ambos creen estar en posesión de la verdad, y lo cierto es que la verdad está resquebrajada pero en las dos partes. Que la sección masculina está más orientada a lo rural y que la sección femenina se centra más en lo urbano, en las instituciones hospitalarias. Que esta sectorización se va osmoticando e identificando como consecuencia de las doctrinas de la O. M. S., desmitificación de la figura femenina de la profesión, el nacimiento de los grandes hospitales, las nuevas y variadas divisiones y necesidades específicas que reclama la ciencia sanitaria mundial.

Como consecuencia del diálogo, más que a través de las ponencias, se descubrió —aunque todos creo que lo sabían— que el currículum profesional de Enfermería es pobre, desvinculado, desfasado, ignorante de su filosofía. Pero apreció la presencia poco numerosa de una juventud y de una madurez vital muy inquieta, consciente, responsable, preparada, con visión de futuro.

LO QUE SE DIJO

La primera ponencia versó sobre Relaciones de la Enfermería en los centros hospitalarios y la formación continuada como respuesta lógica ante la evolución de las ciencias de la salud.

Leída por doña María Dolores Ramírez, del Colegio Oficial de Enfermeras y A. T. S. de Madrid, destacamos los siguientes puntos:

«El hecho de que las enfermeras seamos parte de un todo, el hospital, cobra mayor importancia al reflexionar sobre la proyección social implícita en nuestro trabajo. Nuestras funciones siempre están relacionadas con la salud, con la vida, que al fin de cuentas es lo más trascendente e importante en cualquier nivel de la escala de valoraciones, aun en los niveles inferiores ligados a lo agradable o lo desagradable o subiendo en la escala hacia el bienestar, todo está ligado con lo vital y apoyado en la salud.»

«Del Código para enfermeros/as se diferencian cinco aspectos que revisten las responsabilidades de estos profesionales:

a) Velar por la salud —crear condiciones sanitarias favorables—, prevenir o evitar enfermedades, restituir la salud y aliviar el sufrimiento.

b) Respetar la vida, la dignidad y los derechos del ser humano, son condiciones esenciales de la Enfermería.

c) El personal de Enfermería es responsable de su actuación profesional y de que su competencia se mantenga válida por medio de un aprendizaje continuo.

d) Adaptada a la realidad de una situación específica, la calidad de trabajo será en cada caso la más elevada que sea posible. Al aceptar y delegar responsabilidades, deberá discernir con claridad el grado de competencia de cada individuo y deberá mantener en todo momento una conducta irrepachable que dé crédito a su profesión.

e) Comparte con otros profesionales la responsabilidad por iniciativas y acción pendiente a satisfacer las necesidades sanitarias y sociales de la colectividad. Deberá co-

operar con las personas que trabajen bien sea en el área de Enfermería o de otras áreas.»

Respecto a la formación continuada en Enfermería, destaca lo siguiente: «No se limita, como hasta ahora y superficialmente se ha considerado, a una función de mero ayudante de la Medicina, sino que tiene entidad autónoma para ser una profesión que requiere la preparación necesaria con la aportación de una formación de alto nivel humanístico y que esta preparación ha de ser reconocida por la sociedad con la dignificación administrativa correspondiente a la misma.

La función de la Enfermería ha ido, simultáneamente al notable desarrollo de la Medicina, evolucionando en todos los sectores de la asistencia sanitaria. Dicha función comprende la prestación de asistencia de enfermería altamente calificada, enseñanza de Enfermería, dirección y administración de los servicios de enfermería, investigación de las ciencias y funciones relacionadas con la profesión».

«Es conveniente destacar que la Enfermería no puede, no debe ser un grado inferior de la Medicina; son dos carreras que si bien se desenvuelven en el ámbito genérico de la Sanidad, tienen funciones, aunque paralelas, bien diferenciadas.»

La segunda de las ponencias trataba de la Formación de la enfermera especialista en Anestesiología y Reanimación. Estaba preparada por doña María Rosa Fernández, del Colegio Oficial de Lérida, y fue leída por el doctor V. Rodríguez Oscariz.

La enfermera ante el futuro, nuevos enfoques y perspectivas ante una sociedad en cambio, fue la aportación del Colegio Oficial de Valencia. Ponencia muy corta y muy sustanciosa. De ella destacamos: «En cada encuentro nacional se ha discutido, se han escuchado las mismas cosas con una sola diferencia: cada año que pasa la solución a nuestros problemas se hace más urgente. Nos urge encontrar solución al interrogante: ¿Cuál es el lugar de la Enfermería hoy?».

Para ello podemos considerar el problema desde dos puntos de vista; De cara al enfermo y como grupo profesional organizado.

Respecto al enfermo, al hombre enfermo es el mismo cada día; su esencia humana no ha cambiado; siguen siendo las mismas, las eternas necesidades de los hombres de todos los tiempos. Los barrios extremos y las zonas rurales siguen necesitando ayuda; las gentes siguen necesitando educación sanitaria; los individuos siguen estando solos. Pero nuestra intención sí ha cambiado. Estudiamos psicología del enfermo porque conocemos la incidencia del psiquismo sobre el cuerpo. Hacemos educación sanitaria alimentando la inquietud a todo tipo de educación. Resumiendo: humanidad sí, pero efectiva. Que no hable el sentimentalismo, sino que actúe la razón en favor de los hombres.

Como grupo profesional, podríamos decir que nuestra integración en el constante cambio, está en el equilibrio de nuestra carga humana y el resultado de nuestra investigación científica. Una forma de entrar en nuestro entorno es sabiendo de una vez y para siempre, que no está de lleno en la Enfermería quien se preocupa única y exclusivamente de la salud y la enfermedad. La Enfermería no se puede contentar con la investigación científica exclusi-

vamente y nunca será valorable en su medida si los miembros que la integran no son considerados individualmente, como merecedores de los más elementales derechos humanos. Como grupo profesional, no debe conformarse con ser simplemente paciente espectador, mientras que otros sectores toman resoluciones que le conciernen a él, reforma de plan de estudios, reforma sanitaria, formación permanente, etc. Debe aspirar a la autonomía que toda profesión necesita y a que su voz, susurrante o gritada, sea escuchada por todo el mundo».

Las ponencias sobre alcohol, drogas y tabaco, presentada por doña María Pilar Latasa de Aranibar, del Colegio Oficial de Vizcaya así como la Seguridad Social, preparada por doña María de los Angeles Mora Temprano, del mismo Colegio, por ser muy técnicas las vamos a dejar sin comentar. Las dos ponencias requerirían una atención muy especial ya que ambas son estudios de altos vuelos científicos. De esta última, no obstante, destacamos una serie de conclusiones muy valiosas:

1. Reforma fiscal que permita convertir la Seguridad Social en un instrumento útil que posibilite la realización total de sus objetivos fundamentales, es decir: Asistencia sanitaria total. Redistribución de la renta. Adecuar las prestaciones sustitutorias a las necesidades reales de la población acogida.

2. Debe abolirse el pluriempleo del personal sanitario mediante una retribución justa que permita una dedicación exclusiva a un sólo puesto de trabajo.

3. Creación del número de camas necesarias, que permita cubrir, de acuerdo con las normas de la O. M. S., las necesidades asistenciales del país.

4. Necesidad absoluta de la creación de un Ministerio de Sanidad que coordine y planifique la actividad sanitaria. Dicho organismo tendrá, además, como objetivos a conseguir la reestructuración y socialización de la sanidad.

5. Participación democrática en dicho organismo de todos los sectores sanitarios y de los usuarios de ésta. Se debe llegar a la abolición de los grupos que imposibilitan el desarrollo de la medicina en su concepción actual.

6. Planificación sanitaria a nivel nacional, tomando como único condicionante las necesidades reales de la población.

7. Que la Seguridad Social dedique todos sus recursos a sus propios fines.

8. Ampliación de sus prestaciones, internamiento psiquiátrico sobre todo, y que éstas alcancen a toda la población.

9. La Seguridad Social debe establecer el monopolio asistencial a nivel nacional.

Los profesionales de Enfermería creemos necesario: Dignificar nuestra profesión en la práctica. Participar activamente en la gestión y organización de nuestros centros sanitarios. Exigir la posibilización del desarrollo de cursos que permitan una auténtica formación continuada. Ampliar los cauces para conseguir una auténtica promoción, basada en procedimientos democráticos. Creemos, por último, que la línea de mando clásica, vertical y dictatorial, no responde al momento y necesidades actuales. Creemos necesario ir hacia formas participativas abiertas y democráticas que permitan lograr la *esencia* de nuestra profesión.

La ponencia que presentó doña Pilar de Viala, presidenta del Colegio Oficial de Barcelona, bajo el título

Estructuración de un departamento de enfermería a nivel nacional, trabajo hecho en equipo y de gran interés sanitario-sociológico, merece ser destacado el siguiente resumen.

«En nuestro país no existe actualmente una dirección general de enfermería, ni, en consecuencia, un plan nacional de asistencia de enfermería. Nuestra sanidad queda, pues, visiblemente incompleta.

Están sujetas a discusión las características de los organismos que permitan conseguir los objetivos enunciados. Pero es irrenunciable el derecho de los profesionales de Enfermería a intervenir ampliamente en su planificación.

Solicitamos la creación de una Facultad de Ciencias de la Enfermería que integre y forme a todos los profesionales, cubriendo todos los niveles, es decir: Enfermería general o de base. Profesionales especializados para ocupar puestos de trabajo muy concretos. Licenciatura de Enfermería para ejercer la docencia y ocupar puestos de dirección intermedia. Doctorado en Enfermería, para llevar a cabo funciones de alta dirección e investigación.

Mientras las primeras promociones no salgan de la Facultad, los puestos de responsabilidad en el organigrama deberán ser cubiertos por profesionales de Enfermería de probada competencia, proporcionándoles becas de estudios en facultades o escuelas de Enfermería superior.

Pedimos, asimismo, la creación de escuelas de formación profesional, con la misión específica de preparar a los diferentes tipos de personal auxiliar que, hoy en día, trabajan en este campo sin haber recibido un mínimo de formación específica.

El cuerpo de Enfermería es el único que, por razón de sus conocimientos y práctica profesional, puede señalar las necesidades reales que afectan a su campo de acción. Y puede, en consecuencia, plantear hechos concretos sobre los que basar las previsiones futuras. Cualquier otro organismo podrá aportar opiniones, pero, por muy dignas de ser oídas que sean, no pueden constituir la base de nuestras actuaciones futuras.»

LO QUE ME PARECIÓ

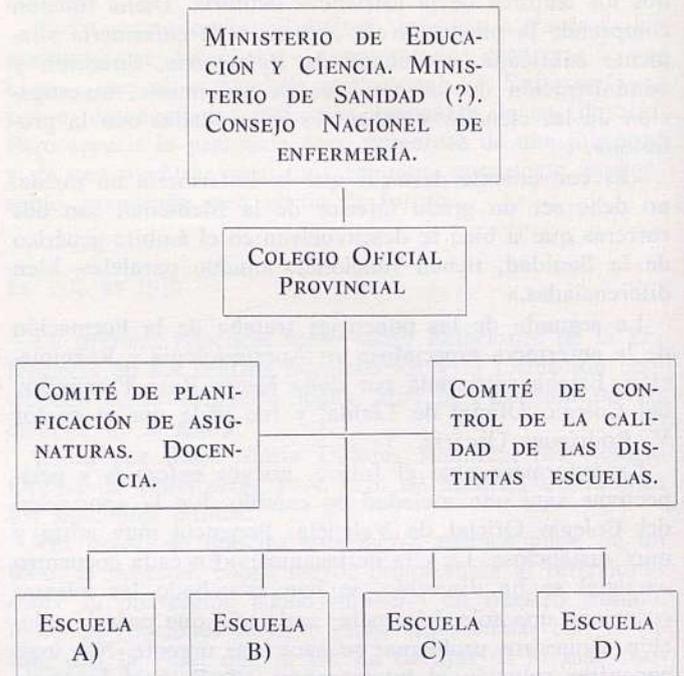
De cuanto vi y de cuanto escuché —menos de cuanto se dijo—, he sacado las siguientes consideraciones y conclusiones:

- Creo que sólo a nivel de Colegios Oficiales, provinciales y el nacional, y de las direcciones de las escuelas de formación de Enfermería, bien planificadas, debidamente establecidas y seriamente desarrolladas, puede arrancar la renovación de la Nueva profesión de Enfermería. Opino que se impone una federación de escuelas, mientras no se de vía libre a la Facultad de Enfermería, con un plan preestablecido y un nivel alto mínimo de calificación para quienes se quieran integrar y someterse a este sistema de acreditación.

- Considero que resulta poco serio y casi inútil proponer que se reconozca la profesión de Enfermería de nivel universitario si previamente no se establece, con obligación en cada una de las escuelas acreditadas, pero arrancando del Consejo Nacional y de cada uno de los Colegios Oficiales regionales, unos criterios, unos programas de materias, unos horarios y exigencias mucho más altos, mucho más científicos, mucho más definidos. La O. M. S., en su

Quinto Informe de Expertos en Enfermería, 1966, nos da la clave.

- Creo que la Facultad de Enfermería tal como la propone la Ponencia presentada por el Colegio Oficial de Barcelona, y que hago mía la opinión totalmente, no es cuestión de edificios, de inmuebles, sino de cerebros. Esto es, planes científicamente establecidos, rigurosamente organizados y seriamente logrados en la práctica. Esto se conseguirá mediante implantación en cada provincia o región o, más concretamente, en cada Colegio Oficial, de Juntas o Comités de Estudios y otros de Controles de Calidad. Véase el dibujo o esquema siguiente:



- Las Escuelas de Enfermería, hoy y, generalmente, en manos de personas sin criterios científicos de la profesión; en manos de profesionales ajenos a la profesión; descontroladas de una dirección rigurosa y central —no centralista—, sin filosofía, desencarnadas de la realidad; marchando pero sin saber a dónde van, sólo pueden producir aquellos frutos mediocres que hemos cultivado despreciosamente.

PROPOSICIONES

1.^a Seleccionar un buen grupo de profesionales de reconocida formación profesional. Formarlos aún más intensivamente y en el más breve tiempo posible.

2.^a Que estos profesionales seleccionados elaboren unos planes de renovación profesional.

3.^a Que se comuniquen estos planes a la base para su puesta al juego del contraste de pareceres.

4.^a Que las altas esferas propicien y promulguen sus objetivos a seguir a la luz de cuanto se apunta en los puntos anteriores.

5.^a Que una vez aceptado el plan por la mayoría, base y altas esferas, comiencen a actuar los Comités de Estudios y de Control de Calidad.

6.^a Como que una profesión que estudia poco, que no publica trabajos, que no investiga es, por definición o por lógica, una mediocre profesión, propongo —o, mejor, respaldo, no puedo hacer otra cosa— la publicación de una revista profesional a rango nacional. Esta revista tendría que ser, tendría que resultar, como siempre y en todo, seria, científica, rigurosamente sometida a juicio crítico. Podríamos dar muchos nombres como modelos a imitar a su formato, contenido y periodicidad.

7.^a Creo que sin objetivos claros, serios, cumplidos, es imposible progresar. Como nadie da nada gratis, tampoco el Gobierno dará a la profesión de Enfermería una categoría, nivel o alto reconocimiento si previamente los profesionales de Enfermería no ofrecen calidad, eficiencia, responsabilidad y continuidad.

C. ESEVERRI CHAVERRI

ESPAÑA

CURSILLOS CELEBRADOS A LO LARGO DEL AÑO 1975

Enero de 1975 comenzó con euforia en cuanto a reflexión sanitaria se refiere. Tengo en mi agenda tres cursillos para este mes: del 2 al 5, el 6 y 7, y del 15 al 17. Dos para religiosas y el último para un grupo de enfermeras seglares.

Abril fue también denso, otros tres: uno a religiosas, otro a enfermeras seglares y el tercero en San Sebastián —todo un récord— (alumnas de la Seguridad Social y Forum Larramendi).

Mayo dos grupos: Reflexión en Escuela de A. T. S. y reunión regional de religiosas sanitarias.

Junio dos grupos de religiosas sanitarias (curso 1.º y curso 2.º).

Julio nos llevó a Santiago de Compostela con cinco días intensos y un centenar de asistentes.

Octubre en Santander con una experiencia nueva: por la tarde en la ciudad y por las mañanas con los sacerdotes (párrocos y coadjutores) de cuatro zonas, cada mañana en una: Laredo, Las Caldas, Reinosa, Potes.

Noviembre un fin de semana apretado con religiosas que cerrarían nuestro calendario particular.

Después, doy un vistazo a los programas y observo que existe una idea y preocupación común: quién es el enfermo, cuáles son sus derechos, cómo acercarnos al enfermo, cómo servirle mejor, cómo hacer más humano nuestro servicio.

Domina un afán por superar en la asistencia el tan sabido *caso clínico* para centrar el interés en una visión más global del hombre: lo somático, lo psicológico, lo social, lo religioso; toda su biografía: su enfermedad, las circunstancias que la acompañan, el sexo, la edad.

Todo ello nos lleva a clarificar los roles —tanto del enfermo como del personal asistencial—. Y a darnos cuenta de que en la práctica es difícil realizar una mejor asistencia por falta de medios, y ¿por qué no?, también por falta de motivaciones. Dentro de esta deshumanización de la asistencia en que hemos caído se constata gran inquietud para superar las formas que no nos convencen, apuntando sobre todo a una mayor preparación y a un trabajo real en equipo.

Así hemos sembrado este año que se nos fue. Otros han regado. Siempre habrá quien recoja.

JOSÉ L. REDRADO

CANADA

MEMORIA DE LA ASOCIACIÓN DE CAPELLANES DE HOSPITAL DE QUEBEC

1) Que sea reconocido e inscrito en la ley de hospitales el principio de integración del servicio de pastoral en la organización administrativa del hospital.

Que el capellán sea reconocido como jefe del servicio.

2) Que el presupuesto del servicio de pastoral sea parte integrante del presupuesto del hospital.

3) Que el salario de los capellanes se fije a partir de normas establecidas a escala provincial y reconocidas por el servicio de la seguridad hospitalaria.

4) Que las normas salariales tengan en cuenta el coste de habitación y pensión, sea que el capellán resida en el hospital como fuera.

5) Que el servicio pastoral disponga de locales necesarios para su trabajo.

Que estos locales estén previstos en los planos de construcción del hospital.

Que el servicio de pastoral disponga de un servicio de secretariado.

6) Que sea reconocido por la ley de hospitales un lugar para el culto.

Que la instalación y ornato se realice en colaboración con el servicio de pastoral y según las normas de la diócesis.

Que en los planos de construcción de un hospital esté previsto un lugar para el culto.

ZAPOPAN

SEGUNDAS JORNADAS DE PASTORAL HOSPITALARIA

Se han celebrado las segundas jornadas de pastoral hospitalaria, en el Hospital San Juan de Dios, Jalisco.

El programa realizado durante los días 27 y 28 de febrero, lo inició el cardenal Salazar, arzobispo de Guadalajara, dictando la primera lección de estas jornadas.

Los temas y las personas que los desarrollaron fueron:

Formación progresiva del personal de enfermería, Roberto Morales y José Luis Ibarrán.

La muerte es producto de un castigo de Dios, Juan Sandoval.

Sentido y dimensiones de la enfermedad a través de la Biblia, Fernando Lugo.

Qué siente la jerarquía por la pastoral hospitalaria, monseñor Hernández.

Acción deontológica, ética y moral en el campo médico hospitalario, Felipe de Jesús Campos.

Aspectos teológicos de la pastoral hospitalaria, hermano Morales.

Cuál ha sido y es hoy día, la preocupación de la Iglesia por el sector pastoral hospitalario, Federico Jiménez.

Problemática de la acción pastoral en los hospitales de México, Arnulfo Jaime.

Evangelización, catequesis y sacramentalización hospitalaria, Jesús Haro.

Servicio religioso en el hospital, Justo Azpiroz.

La última lección la dictó monseñor Sahagún.

ROBERTO MORALES, O. H.

BARCELONA

III CURSO DE ENFERMERÍA

Del 1 al 11 de marzo se ha celebrado en el Hospital San Juan de Dios, el tercer curso de enfermería.

Los temas desarrollados fueron:

Fisiopatología respiratoria. Equilibrio ácido-base. Respiradores Ambu y Bennett. Derecho a la salud. Respiradores Bird y Servo. Respirador. Organización de U. C. I. Fisiopatología cardíaca. El E. K. G. El monitor E. K. G. Parada cardiorrespiratoria. Reanimación. El desfibrilador. Marcapasos. Cirugía pulmonar y su postoperatorio. Presión venosa central. Shock. Cuidados intensivos en neonatos. Fisiopatología renal. Diálisis peritoneal. Problemas de alimentación del enfermo en U. C. I. Alimentación parenteral. El enfermo convulsivo. Síndromes de C. I. D. El enfermo en coma. Traumatismos Craneoencefálicos. El derecho a la muerte. Los grandes quemados. Prácticas. Películas.

ZARAGOZA

LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD CANTORAL

Se trata de una selección de textos bíblicos que hablan de la enfermedad o necesidad similar y expresan la actitud de confianza del enfermo ante su Dios, promesa, ayuda, fuerza, auxilio, misericordia, salvación, amor..., que nos envía a su Hijo integrado en la naturaleza humana caída para levantarla: cura, salva, ama hasta la muerte para luego resucitar, dejando en sus preceptos esta misma norma vital a sus seguidores.

Su música nace de la profunda meditación de esa misma Palabra de Dios y de una intrínseca interpretación del dolor, desde dentro. Se nota que el autor es hospitalario. Melodía fácil, sencilla, para una sola voz, pero con adaptaciones para otras comunidades polifónicas y acompañamiento, como acostumbra presentarlo el hermano Jordán; armonía correcta, bien trabajada contrapuntísticamente; piezas que nos introducen en la liturgia del dolor, enfermedad, muerte-resurrección, asistencia sanitaria cristiana.

Obra pionera en su tema de la enfermedad del cristiano, pone al servicio de hospitales y parroquias principalmente un rico arsenal de cantos religiosos bíblicos con su extenso, profundo y variado repertorio.

A TRAVES DE LAS REVISTAS

RELIGIEUSES DANS LES PROFESSIONS DE SANTÉ

(año 1975). 106 rue du Bac. PARÍS.

N.º 245. Aproximación sociológica de la función-salud.

N.º 246. Dinámica y acción social de la enfermera.

N.º 247. Significación humana de la salud.

N.º 248. Enfermeras en Geriátria.

N.º 249. Sobre el congreso de religio-sas sanitarias en Francia: reflexión, aportaciones e impresiones.

N.º 250. Hospital y vida religiosa. Respeto del hombre a su vida y a su muerte.

RECHERCHES

(23 avenue Bosquet, 7500, PARÍS).

Revista dedicada a testimonios, sucesos, información, experiencias entre los enfermos y marginados.

CHRÉTIENS EN PSYCHIATRIE

(1975) BP. 226, 35011. RENNES.

N.º 56. La sexualidad en la sociedad actual y en el ambiente psiquiátrico.

N.º 57. Liberación en el mundo psiquiátrico.

N.º 58. Vivir su muerte.

N.º 59. Vivir el cuerpo.

RES MEDICAE

(Fatebenefratelli - Via San Vittore, 12 MILÁN).

N.º 1. Planificación sanitaria de la URSS.

Aborto procurado.

El hospital, comunidad viviente.

N.º 5. Capellanes y médicos en el hospital.

N.º 6-7. El médico y el futuro del hombre.

N.º 8-9. ¿Exige la medicina una nueva ética?

BIBLIOGRAFIA

AMBROGIO VALSECCHI
**NUEVOS CAMINOS
DE LA ÉTICA SEXUAL**

Ed. Sígueme. Salamanca.

El autor no pretende ofrecernos un manual que trace las líneas de la ética sexual de un modo completo. Se complace en presentar con bastante difusión la cultura moderna; insiste en que captemos los valores del momento presente y escuchemos a los pensadores de nuestro tiempo.

Quien lea con atención el libro descubrirá de todos modos que el autor está recurriendo también continuamente, aunque de forma muchas veces implícita, a los valores tradicionales. Sus formulaciones éticas revelan entonces cómo ha sabido acoger plenamente la sabiduría revelada y la probidad pastoral.

(Tullo Goffi, en la Presentación).

BOUYER, L.
LA IGLESIA DE DIOS

Studium. Madrid.

En dos principales partes se divide la obra. En la primera se estudia la Iglesia en la experiencia y en la reflexión cristianas, finalizando con un extenso estudio sobre la situación presente de la eclesiología.

La segunda parte es un ensayo de síntesis doctrinal.

HORTELANO, A.
**EL AMOR Y LA FAMILIA
EN LAS NUEVAS PERSPECTIVAS
CRISTIANAS**

Ed. Sígueme. Salamanca.

El amor tiene su encrucijada, sus luces y sombras, su misterio. El autor nos lo da a conocer en nueve capítulos en el presente libro: Actitudes existenciales con relación al amor. Elementos constitutivos. El amor como imperativo moral. Iniciación al amor. La masturbación. Relaciones sexuales marginadas. Indisolubilidad matrimonial. Paternidad responsable. Celibato.

YVES-M.^o COMGAR Y OTROS
EL APOSTOLADO DE LOS LAICOS

Studium, 1973.

La presente obra se compone de dos partes: La primera es si no un comen-

tario, al menos una explicación del decreto *apostolicam actuositatem* presentado previamente en su traducción española. La segunda es para intentar esclarecer ciertos puntos de la existencia cristiana de los laicos en la Iglesia y en el mundo; puesto que este Concilio pastoral ha sido tan doctrinal como el Vaticano I; y también ha estado en un mejor contacto con la situación concreta y real.

Fija las bases sobre las cuales es posible perfilar la imagen del laicado en consonancia con las justas exigencias y aspiraciones de una Iglesia auténticamente remozada.

Sus autores altamente conocidos nos ofrecen bastantes pistas por las que es posible llegar a su *laicado adulto* signo de la Iglesia actual y auténtica.

FRAY JOSÉ GARCÍA SIERRA

JUAN ESQUERRA BIFET
EN EL SILENCIO DE DIOS

Ed. Sígueme. Salamanca, 1974.

De una manera clara y sencilla el autor expone en la presente obra la relación con Dios por medio del silencio. En una sociedad arrolladora de consumo, se necesitan contemplativos que convienen al silencio, meditación y adoración con capacidad de escuchar más interiormente la palabra de Dios, aceptación del sacrificio y una visión más íntima y profunda del amor.

SEVERO GAMA

JOSÉ PORFIRIO MIRANDA
EL SER Y EL MESÍAS

Ed. Sígueme. Salamanca, 1973.

La exégesis, que suele ser tranquila y más bien pesada, se hace en este libro apasionada y provocativa. Este es su valor y también su debilidad. Su valor, porque pone de relieve con fuerza el aspecto presentista de la escatología de san Juan de la cual se ocupa casi exclusivamente la obra. El «escatón mesiánico» ha llegado ya con el Jesús histórico, está presente, somos sus contemporáneos. Pero el acento polémico le hace perder el equilibrio, le ciega para toda dimensión del futuro y en esto está su debilidad.

SEVERO GAMA

MARIR-CARMEL PLISSART
**VENID Y VERÉIS
Iniciación cristiana de los niños
de seis a siete años**

Ed. Sígueme. Salamanca, 1973.

Clara y sencillamente la autora toca el tema de la iniciación cristiana de los niños en la primera etapa de su infancia. También es un modo muy bueno para insertarlos en la Historia de la salvación, haciéndolos conscientes de su lugar dentro del pueblo de Dios. Los niños no pueden vivir de espaldas dentro de la comunidad cristiana, es menester que tengan ansias de participar en el caminar hacia el Padre.

SEVERO GAMA

JOSÉ RAMOS-REGIDOR
**EL SACRAMENTO
DE LA PENITENCIA**

Ed. Sígueme. Salamanca.

En estos momentos en que tenemos en nuestras manos el nuevo Ritual de la Penitencia nos conviene a todos repensar nuestras actitudes, ver qué es y qué significa en nuestras vidas, y nada mejor que acudir a la biblia, a la teología, a la historia y la praxis de la Iglesia; acudir también a los signos de nuestro mundo.

A través de todos estos medios vamos a encontrar lo sustancial y lo accidental, lo que es y lo que no es; lo difícil será saberlo discernir.

«Sígueme» pone a nuestro alcance en estos momentos este volumen amplio y práctico; el subtítulo nos puede dar ya una idea de su oportunidad: «Reflexión teológica a la luz de la biblia, la historia y la pastoral».

JOSÉ L. REDRADO

ALESSANDRO PRONZATO
LA PROVOCACIÓN DE DIOS

Ed. Sígueme. Salamanca.

Se trata de una serie de meditaciones en torno al tiempo litúrgico. «Seducción de Dios», «Provocación de Dios», «Sorpresa de Dios», «Acoso de Dios». Títulos sugestivos, todo un itinerario para ponerse en marcha.

El libro nos merece a la congratulación por lo incisivo, lo claro, lo evangélico y lo vital.

JOSÉ L. REDRADO



SERVICIO DE LACTANTES INSTALADO EN EL NUEVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. BARCELONA

Hijo de José Mani

(Salvador MANI DEXENS)

Instalaciones clínicas. Esterilización. Aparatos Médicos

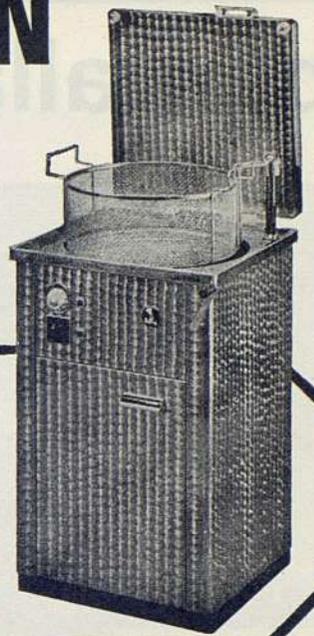
Taller: 339 13 37 - Alcolea, 141 / Oficina: 339 12 45 - Melchor de Palau, 83-87 / BARCELONA 14

FRIA MAS Y MEJOR CON



QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

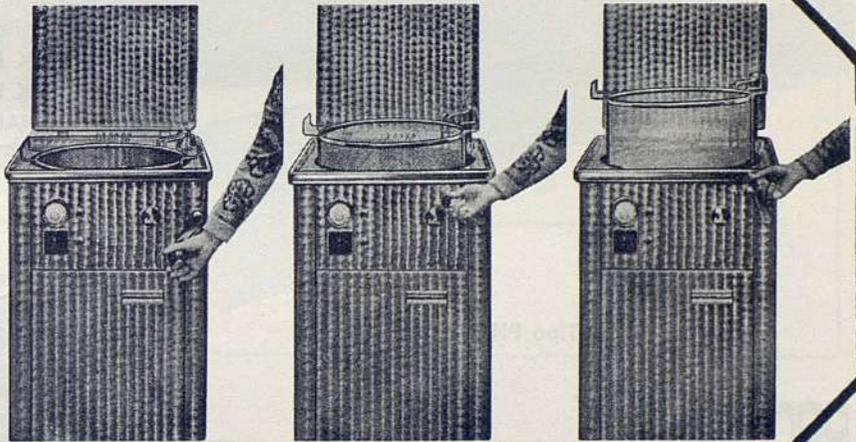
MODELO
GOLIAT
30 LTS.



STUDI

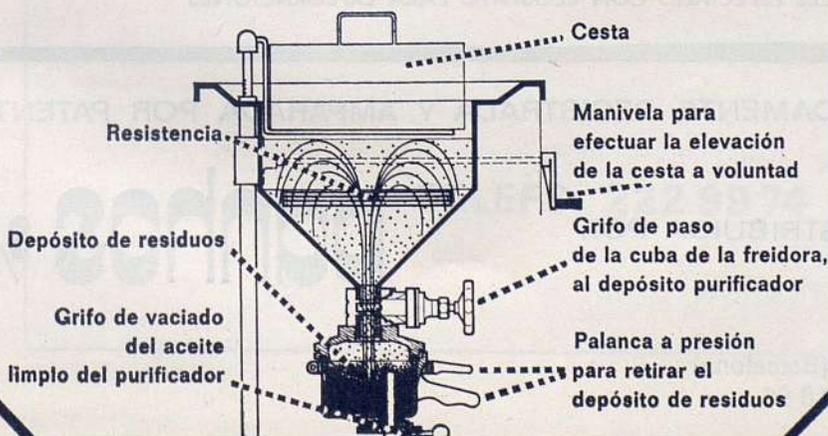
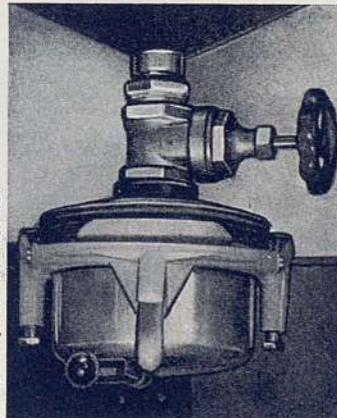
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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

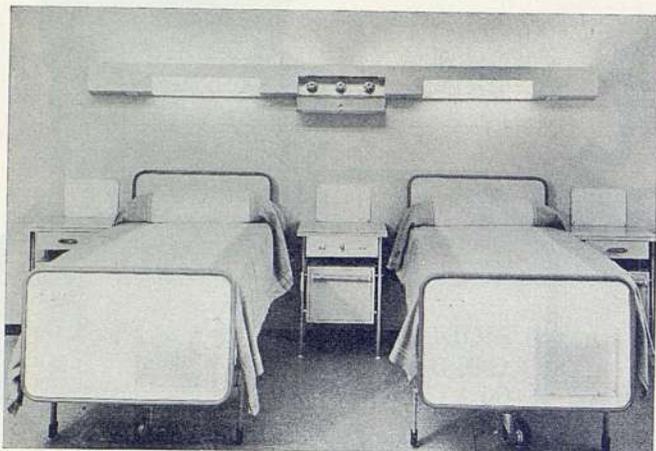
Domicilio

Población

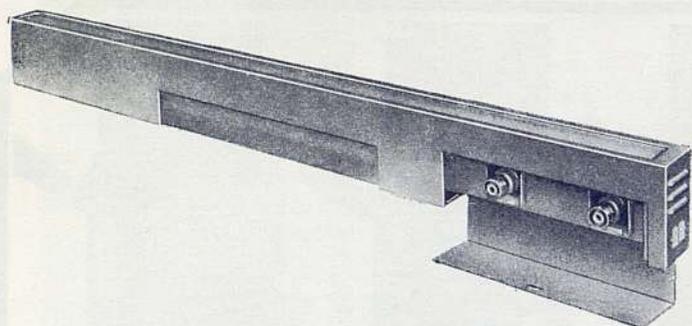
Provincia



pantalla canal para hospitalización y laboratorios



Tipo PHD 223



Tipo PH 112

panhos

CREA PENSANDO
EN EL FACULTATIVO
Y EN EL ENFERMO

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

DIVISION MEDICA

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

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.



Tipo PL - 165

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



FORET, S.A.
BARCELONA

*les
recuerda
su
especialidad*

AGUA OXIGENADA
neutra estabilizada

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B

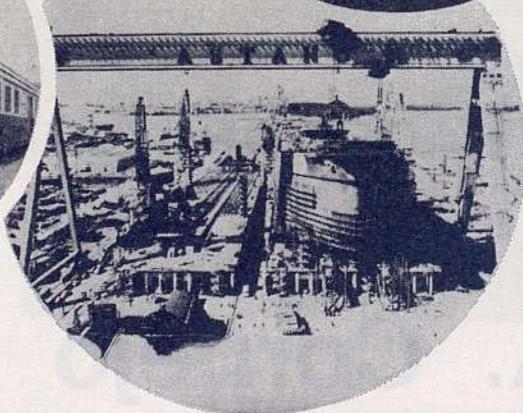
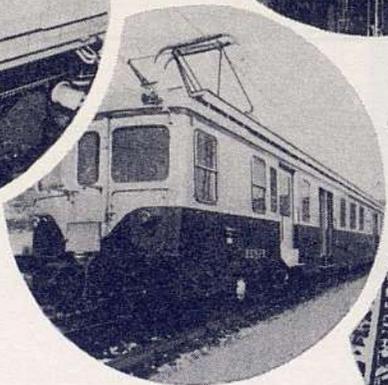
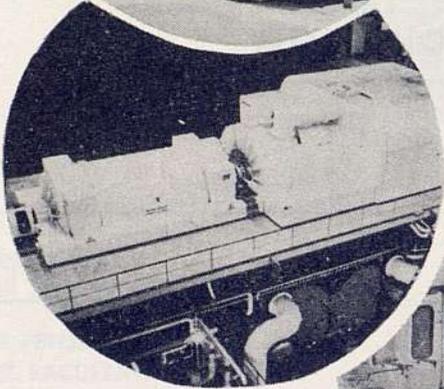
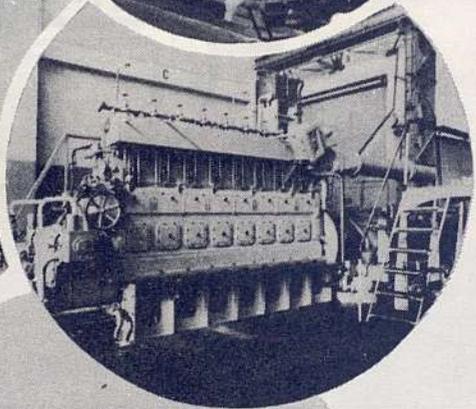
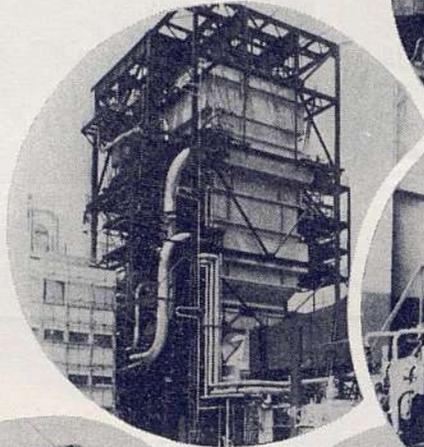
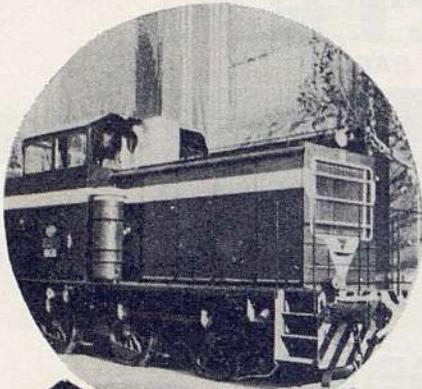
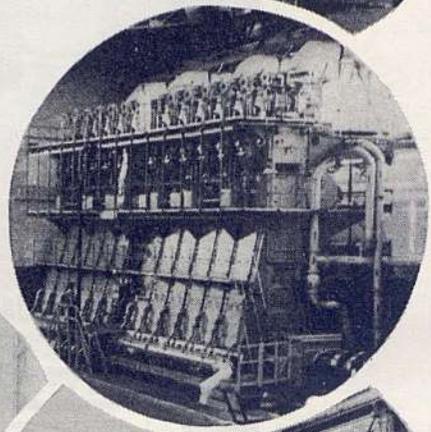
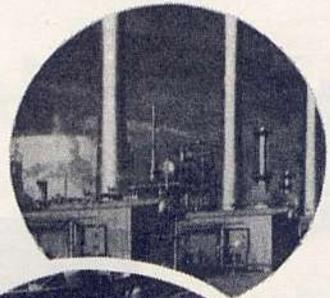
TELEFS. 222 99 74 - 221 91 02 - 221 73 62

BARCELONA (10)

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



El hombre que supo Amar

Ha comenzado ya el rodaje de la película "El hombre que supo amar", sobre la vida de San Juan de Dios. Con este motivo publicamos esta serie de páginas especiales, con las primeras fotografías de Timothy Dalton, el protagonista, caracterizado como San Juan de Dios, así como la ficha artística y algunos datos sobre esta importante producción cinematográfica. Además, nuestro colaborador JAMM ha charlado con el director del film, Miguel Picazo. La conversación aparece reflejada en páginas sucesivas.

SASTRERIA TEATRAL Y CINEMATOGRAFICA

PERIS HERMANOS

Magdalena, 17 Teléfonos 227 54 82 - 468 10 09
MADRID - 12

LABORATORIOS

FOTOFILM MADRID, S. A.

Pilar de Zaragoza, 30
MADRID - 28

Pocio
PUBLICIDAD, S. A.

Ayala, 20 y 22, 6.º A Telf. 276 11 77
MADRID - 1

CARMEN MORENO

COPIAS TEATRALES Y CINEMATOGRAFICAS

Murcia, 26, 1.º B Telfs. 227 74 88 - 228 37 88
MADRID - 7

CAMARAS

Antonio Macasoli

Carmen Sánchez Carrascosa, 7
Teléfono 215 21 45
MADRID - 16



Plaza del Conde de Barajas, 5
Teléfonos 266 54 05 - 266 54 06 - 266 54 07
MADRID - 12



MUEBLES
ATREZZO
ARMERIA

Ronda de Segovia, 16 Telfs. 265 13 05 - 265 22 60
MADRID - 5

MMLB

MOLINE, MONTFORT, LORENTE, BORSTEN,
SOCIEDAD ANONIMA

Roberto Bassas, 50, 1.º
Teléfonos 321 67 21 - 239 78 29 - 239 78 30
BARCELONA - 14



El protagonista del film, Timothy Dalton, caracterizado para interpretar el papel de San Juan de Dios.

El hombre que supo Amar

AUNQUE el proyecto de rodar una película en torno a la figura de San Juan de Dios se remonta casi a los dos años, según posteriores revelaciones del productor, la primera noticia sobre la inminente realización del film —cuando este número de la revista salga de la imprenta, llevará ya casi un mes de rodaje— apareció en la habitual columna que Jorge Fiestas publica en el semanario «Fotogramas».

La noticia es particularmente interesante para esta revista y para la obra a la que pertenece, pero no es menor su interés centrándonos en el terreno exclusivamente cinematográfico. EL HOMBRE QUE SUPO AMAR, tal es el título definitivo que ha sido dado al film, reúne una serie de elementos que van a hacer de él uno de los títulos más interesantes del próximo año cinematográfico español, uno de los que más tinta va a hacer correr a costa de su realización.

EL HOMBRE QUE SUPO AMAR recoge solamente un corto período de la vida de Juan de Dios, pero, sin duda, el más importante, 1537: Juan Ciudad, cuarenta y dos años, vendedor de libros en una Granada mitad mora mitad cristiana, aparece inmerso en el degradante y pobre ambiente de la España imperial de Carlos V. Concienciado por el medio humano y conmovido por los sermones del Beato Juan de Avila, una institución en Granada por aquellos días, va a encontrar su camino con el nombre de Juan de Dios. Después de haber sido internado durante una temporada en el Hospital Real granadino, encerrado con los locos por haber alzado

públicamente la voz contra una forma equivocada de entender la religión y la caridad, iniciará una obra que iba a extenderse por todo el Occidente cristiano.

EL HOMBRE QUE SUPO AMAR está planteada al margen de un determinado tipo de cine religioso, que tanto proliferó en España hace un par de décadas. En palabras de su productor, José María Carcasona («Juegos de sociedad», «El amor empieza a medianoche» y «En la cresta de la ola»), es una película basada en la vida de San Juan de Dios, pero no es una película religiosa entendiendo por película religiosa lo que el tópico así lo define. EL HOMBRE QUE SUPO AMAR está basada en la vida de San Juan de Dios, pero pretende ser una película de treinta, de cuarenta semanas en un cine de la Gran Vía madrileña. Con ello quiero decir que tiene en sí los elementos necesarios para interesar al público, puesto que la vida de San Juan de Dios fue una vida auténticamente apasionante con acción, con aventura, con dedicación a los demás, que hizo que la Iglesia le glorificara designándole santo. La vida de Juan de Dios es una vida auténticamente cinematográfica y absolutamente actual, que interesa al hombre actual como puede interesar cualquier problema social o cualquier problema humano de estos momentos.

Sobre el rodaje del film, cuya primera vuelta de manivela ha sido prevista para el 18 de diciembre, en Guadalupe, el señor Carcasona dice que es un rodaje muy complicado, que abarca once semanas, una de prueba y diez de rodaje con una cantidad de desplazamientos impor-

El hombre que supo Amar

tantes, puesto que se va a rodar en Guadalupe, en Toledo, en Granada, en Montilla, en Ubeda, en Baeza, en Talamanca, en El Paular y en Madrid. Realmente —sigue el productor— se han buscado muchísimas localizaciones para dar a la película la máxima credibilidad al localizar los lugares que históricamente reflejen mejor la época del siglo XVI. Juan de Dios estuvo en muchos lugares donde se va a rodar, así que lo que pretendemos, y creo que es el secreto de cualquier comunicación dirigida a la sociedad, es que sea creíble. Nosotros buscamos en esta película, como lo hemos buscado en todas las otras que he producido antes que ésta, que el público al sentarse en la butaca se crea la historia que se le está contando, y para eso se ha buscado la minuciosidad en la ambientación y en la reconstrucción de la historia.

EL HOMBRE QUE SUPO AMAR cuenta con un presupuesto que sobrepasa los cincuenta millones de pesetas, lo que, en una producción cien por cien española, supone el calificativo de superproducción, y, sin duda, la más costosa rodada últimamente en España.

Otra faceta, y muy importante, de la película es su reparto. Al frente del mismo encontramos al actor británico Timothy Dalton, seleccionado para personificar a Juan de Dios entre veinte actores internacionales. Al parecer, el parecido físico del actor inglés con San Juan de Dios es asombroso, según lo evidencian cuadros y tallas de la época. Pero al margen de este paralelismo físico, para la elección de Timothy Dalton se ha tenido en cuenta, además de su labor cinematográfica («Cromwell», «El león en invierno», «María, reina de Escocia» y «Cumbres borrascosas», por citar sólo los films estrenados en España), su magnífica trayectoria teatral, desde sus comienzos en el Teatro Nacional Juvenil de Inglaterra, hasta sus recientes trabajos en la Royal Company Shakespeare, para la que ha interpretado los principales títulos del inmortal escritor inglés.

El resto de los principales papeles, muchos e importantes en el guión de Santiago Moncada, corren a cargo de estupendos actores nacionales, entre los que se encuentran Antonio Ferrandis, José María Prada, Queta Claver, Alberto de Mendoza, José Vivó, Félix Dafauce y Angela Molina. La selección ha sido cuidadosa, y todos ellos se adaptan admirablemente a los personajes que les han sido encomendados.



Arriba, José María Carcasona, productor; Miguel Picazo, director, y Eduardo Busalleu, productor ejecutivo. Bajo estas líneas, otra imagen de Timothy Dalton, en San Juan de Dios. En la página siguiente, arriba, dos fotografías de Miguel Picazo. Debajo, escultura de Alonso Cano que representa a San Juan de Dios, y Timothy Dalton, cuyo rostro tiene un extraordinario parecido con la imagen



Al margen de elevados presupuestos, de ambientaciones rigurosas y variadas, y hasta de la calidad religiosa y humana de la figura de San Juan de Dios, EL HOMBRE QUE SUPO AMAR posee un dato definitivo a su favor, que permite apostar a ciegas por el futuro film, y que, cinematográficamente hablando, es el más importante. Miguel Picazo, nombre clave en la historia del cine español, a pesar de su limitada obra, ha sido el realizador elegido para orquestar todos los importantes ingredientes anteriormente mencionados.

Picazo es andaluz, de Cazorla, tiene cuarenta y ocho años, es abogado y diplomado en la Escuela de Cinematografía española, centro en el que ha sido profesor durante varios años. Autor de dos largometrajes fundamentales: «La tía Tula» (1963), reconocida y premiada internacionalmente, y «Oscuros sueños de agosto» (1967), de trayectoria menos afortunada, pero igualmente importante. Picazo rompe sus casi ocho años de silencio como autor cinematográfico (1) para ponerse a la cabeza del equipo de EL HOMBRE QUE SUPO AMAR.

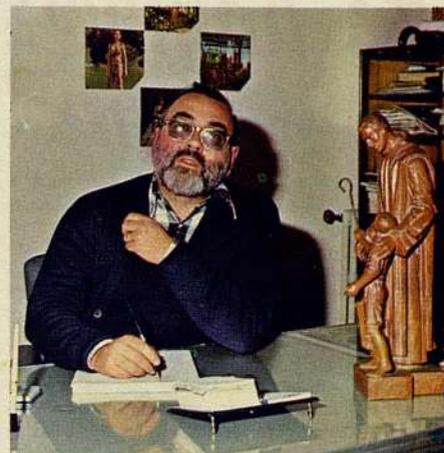
Miguel Picazo, dejando aparte su copiosa producción para la televisión, se diferencia del resto de sus compañeros de generación cinematográfica por el enorme cuidado que ha tenido a la hora de aceptar un tema para traducirlo en imágenes para la pantalla, por la cuidada elaboración de su corta filmografía. Los años que separan el primer film del segundo son una prueba, más todavía cuando, como reconoce el director, no son oportunidades lo que le han faltado. En la conversación mantenida con él, era pregunta obligada saber qué motivos le habían impulsado a aceptar la oferta de EL HOMBRE QUE SUPO AMAR, teniendo en cuenta que este film, por sus características de superproducción, supone un alejamiento respecto a sus obras anteriores.

Me gustó la idea —dijo el director— me gustó, en principio, el guión que había. Me parece una aventura apasionante la de este santo. Una aventura humana muy interesante, conmovedora, espléndida... Y me decidí... Y ya estoy en el barco.

Apasionante es, asimismo, el término utilizado por Picazo, cuando le pregunto su opinión sobre el personaje de San Juan de Dios, sobre cuya vigencia en nuestros días responde: **me puedo equivocar, pero si no creyese que el personaje sigue teniendo vigencia no estaría en el proyecto. De todas las cosas que me han ofrecido que no han sido más, EL HOMBRE QUE SUPO AMAR ha sido a la única que he dicho sí.**

El hecho de que Picazo dirija una película en cuyo guión no ha participado es otro de los temas obligados de la entrevista. Picazo aclara que cuando fue llamado a dirigir la película el guión de Santiago Moncada ya estaba escrito, que, en principio, le pareció bueno y que, posteriormente, ha hecho sus propias sugerencias, aunque no ha cambiado sustancialmente nada de la historia.

El guión de Santiago Moncada, guionista discutible pero con indudable prestigio

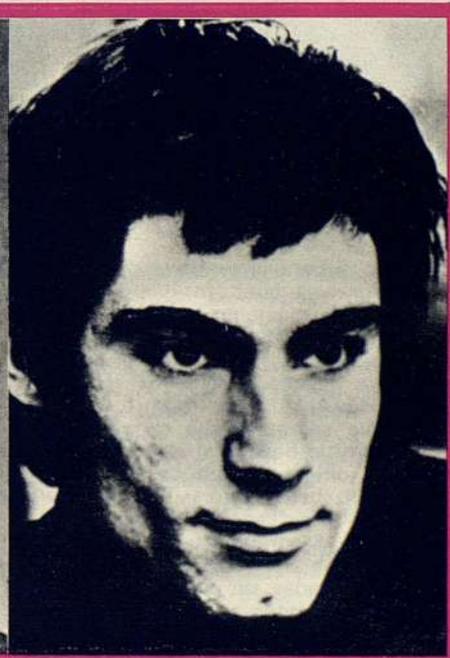


en estos momentos, está basado en el libro de José Cruset «Una aventura iluminada» (1957). Picazo conoce la obra de Cruset, pero dice que **en realidad la fuente mejor ha sido el Castro (2), que, con mucho, es lo único que merece la pena de todo lo que se ha escrito sobre San Juan de Dios. Está en un libro que se llama «Anotaciones», de Gómez Morano, donde se encuentran las cartas que se conocen de él, además de una serie de testimonios de la época que sirvieron como testimonio durante su proceso de canonización. Además —sigue Picazo— el Castro es un contemporáneo de Juan de Dios y lo que cuenta es anécdota viva. Es, como mucho, lo más apasionante que se ha escrito. Es más, lo bueno que tiene la biografía de Cruset es todo lo que se apoya en el Castro. Las aportaciones de Cruset son muy bien intencionadas y muy piadosas, pero no... el Castro es básico. Me lo regaló un hermano de la obra en Málaga y ha sido lo que a mí me ha re-mitido.**

Picazo reconoce haber cambiado el final previsto en un principio en el guión. Lógicamente, no quiere revelar nada sobre el definitivo.

Al preguntarle sobre las dificultades que puede encontrar al dirigir por primera vez una superproducción, el autor de «La tía Tula» responde que siempre hay problemas, todo tipo de problemas. Todos, en este caso, porque se trata de un proyecto de mucha envergadura. La historia no va a suponerle limitaciones, porque le gusta y se siente identificado con ella. Las limitaciones como autor, dentro de todo lo que supone una gran producción, tampoco parece que vayan a existir. Picazo dice que, hasta el momento, no las ha tenido.

Le digo que algunos sectores de la crítica van a hablar de claudicación de Picazo, después de tantos años de silencio, por aceptar una película de las características de EL HOMBRE QUE SUPO AMAR. **No me preocupa —responde Picazo—. A mí, particularmente, el hecho de que sea una superproducción, una película de un género y de un tipo que hasta ahora no he hecho va a enriquecerme. No tengo por qué decir que no a un proyecto como este. Cuando la película esté terminada, veremos si existe fundamento para hablar de claudicación. Es un película que a mí me interesaba por todos los conceptos hacer-**



El hombre que supo Amar

la y estoy encantado. Quizá por eso, porque no es una película que, aparentemente, la gente pueda pensar que yo pueda sentirme ubicado dentro de ella bien. Y es por eso, porque me encuentro muy bien en ella por lo que la hago... Me interesa mucho más lo que voy a aprender, las vivencias que voy a sacar a un nivel personal, profesional... No me importan los riesgos en absoluto.

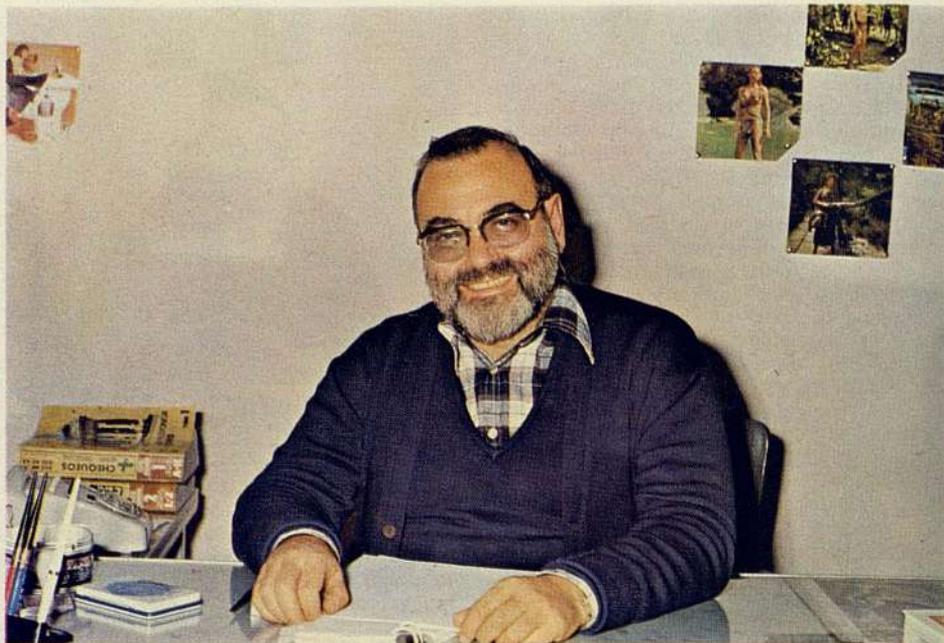
El director considera que en la película el fondo histórico, uno de los aspectos más interesantes, va a quedar suficientemente resaltado, desde el turbio ambiente en el que se mueve el protagonista al principio hasta las actividades de la Inquisición, pasando por los muy especiales tratamientos del Hospital Real de Granada, todo ello en el marco de la España del emperador Carlos V.

Picazo ha participado en la elección del reparto, que considera completo y de categoría. Dice que si cada actor se adapta al personaje, es que están bien elegidos, que lo malo sería que se le creara confusión al espectador. En el cine —dice— ocurre un fenómeno y es que en cuanto el personaje da el tipo físico tiene ya el noventa por ciento ganado. Del protagonista británico, Timothy Dalton, dice que somáticamente es parecidísimo a San Juan de Dios: el mismo corte de pómulos, de barbilla, la misma boca y los mismos ojos.

Picazo no está de acuerdo con la pregunta de que los productores de la película que va a iniciar hayan podido llamarle más por sus trabajos en televisión —muchos de ellos localizados en el pasado— que por sus dos primeros largometrajes. Me habla de que en televisión ha hecho de todo: comedia, clásicos, programas infantiles («Cuentopos» y «El hada Rebeca»), novela del diecinueve...

Aprovecho para preguntarle por el medio televisivo y confiesa que le gusta, que en ningún momento ha sido un sucedáneo por no hacer cine, y que piensa seguir trabajando en él. Me habla de un proyecto para cuando termine EL HOMBRE QUE SUPO AMAR, se trata del relato «Ceremonia secreta» (una excelente narración que fue llevada al cine hace unos años, que dirigió Joseph Losey e interpretaron Elizabeth Taylor y Mia Farrow).

Respecto a las canciones interpretadas por el grupo «Madroñal», que giran en torno a la figura de Juan de Dios, y que han sido lanzadas en algunas emisoras como pertenecientes a la película, Miguel Picazo aclara que dichos romancillos no van a ser la música del film, que sim-



Arriba, el director; debajo, el protagonista, y a la derecha, el productor, José María Carcasona, conversando con Marcos Branger, del Comité de Desarrollo del Hospital de San Juan de Dios de Caracas

plemente han sido grabadas para el lanzamiento, pero que no van a tener nada que ver en la película.

De EL HOMBRE QUE SUPO AMAR Picazo dice, finalmente, que, después de la película, la gente pensará que sigue tan fiel a sí mismo como cuando empezó. Es un film de tema dramático importante. Va a ser una película polémica.

De momento, dejamos a un Picazo en vísperas de dar la primera vuelta de manivela a este HOMBRE QUE SUPO AMAR, con el que se encuentra perfectamente identificado e ilusionado, embarcado en su título que probablemente será uno de los fundamentales de la próxima temporada.

JAMM

(1) Picazo ha realizado para TVE los siguientes programas: «Soledad», «La Araucana», «Pizarro y los trece de la fama», «Los cuentos de la Alhambra», «Sombra suele vestir», «Rinconete y Cortadillo», «Entre visillos», «La isla», «El gato negro», «El hombre de la esquina rosada», «El coronel Chabert», «Cuentopos» y «El hada Rebeca». (Creo recordar que faltan algunos títulos).

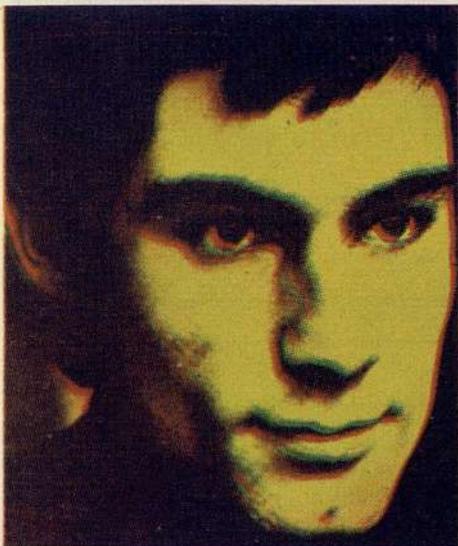
(2) Francisco Castro, sacerdote de Granada, fue el primero que escribió la vida de San Juan de Dios. La compuso en lengua española veinticinco o treinta años después de la muerte del santo. Afirma haber visto a muchas personas que conversaron con él y que fueron testigos oculares de sus acciones heroicas y dice que ha escrito cuanto estas personas le han referido. Declara también que tuvo entre sus manos mientras escribía un resumen de los hechos más notables de San Juan de Dios, reunidos por uno de sus compañeros.

La vida de Castro fue traducida al italiano por Juan Francisco Bordini, arzobispo de Aviñón (1618); al francés por el arzobispo de Ruan, Francisco d'Harlay, y al latín por el canónigo Arnoldo de Raisse de Dovay. (V. Palazzini).

TIMOTHY DALTON

Timothy Dalton, en cine, interpretó entre otros importantes trabajos al Rey de Francia en «Un león en invierno», junto a Katherine Hepburn y Peter O'Toole, el de príncipe Rupert en «Cromwell», con Richard Harris y Alec Guinness, el de Darnley en «María, reina de Escocia», con Vanessa Redgrave y Glenda Jackson, y el de Hesthcliffe de «Cumbres Borrascosas». Su última interpretación es en «Kickback», con Dick Bogarde y Ava Gardner. Ahora acaba de ser contratado por General Film Corporation, S. A. para interpretar el papel de Juan de Dios en la superproducción «EL HOMBRE QUE SUPO AMAR» («The man who knew love»).

Timothy Dalton ha sido seleccionado para personificar a Juan de Dios, entre veinte actores internacionales, teniéndose muy en cuenta, además de su labor cinematográfica, su magnífica trayectoria teatral desde su labor cinematográfica, su mag-



El protagonista del film visitó, antes de la iniciación del mismo, las instalaciones de la Orden en Ciempozuelos.

Bajo estas líneas, el productor, José María Carcasona, muestra los primeros afiches de publicidad.



nífica trayectoria teatral desde sus comienzos en el National Youth Theatre de Inglaterra, hasta sus recientes trabajos en la Compañía Royal Shakespeare, donde encarnó los personajes de «Romeo» en la tragedia de Shakespeare «Romeo y Julieta», y el «Costard» del «Amor perdido» del mismo autor, y en la Compañía Prospect Theatre, donde interpretó los papeles de «Enrique IV», también de Shakespeare, y el de «Enrique V», en el Round House Theatre de Londres.

Por si fuera poco, es asombroso el extraordinario parecido físico con Juan de Dios, según lo evidencian cuadros y tallas de la época.

El productor José María Carcasona y Eduardo Bussalleu, productor ejecutivo de General Film Corporation, S. A., hace aproximadamente dos años comenzaron a preparar esta ambiciosa superproducción que pretende exaltar la figura de Juan de Dios, su vida, sus luchas y la obra que legó al mundo y la ardua tarea de estos hombres al frente de una gran equipo

ahora se verá por fin cristalizada en la más ambiciosa película del cine español en los últimos años.

JONATHAN BURN

Jonathan Burn, prestigioso actor inglés, estudió arte dramático en la Central School of Speech and Drama, dirigido entre otros por William Gaskill y Ann Yellioe. Ha intervenido entre otras en diversas obras teatrales como «Marat Sade», «Man of the Mancha», «My Fat Friend» y «Saturday, Sunday, Monday». En cine en «Une Marat Sade», «Steppenwolf», «Une Party's Over», «Paganini», etc. Fue dirigido entre otros por Guy Hamilton y Peter Brook. En Radio y Televisión es un actor habitual de las emisoras ABC, BBC, Thames, Anglia, etc.

Ahora, contratado por General Film, interpretará el papel de Antón Martín en la superproducción «El hombre que supo amar».



FICHA ARTISTICA

Juan de Dios: TIMOTHY DALTON.
 Doctor Cabrales: ANTONIO FERRANDIS.
 Antón Martín: JONATHAN BURN.
 Inquisidor general: JOSE MARIA PRADA.
 Inés: QUETA CLAVER.
 Comisario: ANTONIO CASAS.
 Juan de Avila: ALBERTO DE MENDOZA.
 Jazmín: ANGELA MOLINA.
 La soldadera: Pilar Bardem.
 Joaquina: Ana Farra.
 Felisa: Beatriz Savón.
 Gómez: José Vivó.
 Obispo: Félix Dafauce.
 Jusuf: Fernando Hilbeck.
 Venus: Aurora de Alba.

FICHA TECNICA

Productor: José María Carcasona Beltrán.
 Director: Miguel Picazo.

Productor ejecutivo: Eduardo Bussalleu Ricart.

Ayudante dirección: Juan Ignacio Galván.

Operador jefe: Manuel Rojas Idalgo.
 Segundo operador: Salvador Gil Montecosinos.

Director de producción: Ramón Plana.
 Ayudante de producción: Enrique Jiménez.

Decorador: Eduardo Torre de la Fuente.
 Maquillador: Julián Ruiz Prieto.

Montador: Pablo Gómez del Amo.

Jefe sastrería: Pedro Ramos.

Iluminación: Julio Romera.

Laboratorios: Foto-Film Madrid.

Película: Eastmancolor.

Guión cinematográfico de Santiago Moncada. Basado en la obra de José Cruset, sobre San Juan de Dios.

Rodaje en: Guadalupe, Toledo, Granada, Baeza, Montilla, El Paular, Talamanca y Madrid.

transportes

cinegasa s.l.

Dulcinea, 61

Teléfonos 253 25 55 - 234 80 89 - 234 83 04

M A D R I D - 2 0

"Cinerestaurante"

SERVICIO DE COMIDAS EN RODAJES



Caracas, 19

M A D R I D - 1 9

TECNICOS DE COMUNICACION ASOCIADOS, S. L.



EM Técnicos en Comunicación Asociados, S. L.

Avda. de América, 42, 1.º izda.

Teléfonos 246 48 05 - 255 48 04

M A D R I D - 2



GECISA

GENERAL DE SERVICIOS CINEMATOGRAFICOS, S. A.

OFICINAS: Alcalá, 30 y 32 - Telfs. 231 52 32 - 222 24 52

MADRID-14

ALMACEN: Julián Camarillo, 4 - Telf. 204 72 31

MADRID-17

Dirección Telegráfica: GECISAFILMS



UMESA

UNIDADES MOVILES ELECTRICAS, S. A.

(INSONORIZADAS)

OFICINAS: Alcalá, 32

Telf. 231 52 32

M A D R I D - 1 4

«LEGI SCINE»

Marcenado, 23, 4.º B

Telfs. 416 26 23 - 416 20 95

M A D R I D - 2

INDISA

Invercine Distribución, S. A.



Mayor, 6

M A D R I D - 1 3



SOCIEDAD ANONIMA

Capital: 5.000.000 de pesetas

ESTUDIOS DE DOBLAJE

SONIDO: WESTERN ELECTRIC

Avda. de los Madroños, s/n. (Parque Conde de Orgaz)

Teléfonos 200 06 46 - 7 - 8

M A D R I D - 1 6

VARIOS

LÍNEAS DE UN CATECISMO PARA EL HOMBRE DE HOY

Ed. Sígueme. Salamanca.

Casi el mismo título lo indica, «líneas»; no se trata de algo hecho, sino de un inicio, de algo que hay que ir haciendo.

«Nuestra obra es solamente un intento de ayudar a nuestros hermanos y a nosotros mismos a descubrir cuánta luz, cuánto gozo y cuánta paz hay en el mensaje que ha venido a traernos Jesús de Nazaret.»

Dos partes importantes forman el libro: I. Anuncio de Jesús al hombre contemporáneo (fe en el tiempo de la muerte de Dios, siervo de Yavé, anuncio del reino, obras, enseñanzas, camino de Jesús) II. La Iglesia, comunidad nacida de la resurrección (Pascua, crecimiento, carismas, estilo de vida, sacramentos, a la espera de Dios, búsqueda continua...). Un buen instrumento para caminar hacia adelante, hacia el encuentro con Cristo.

JOSÉ L. REDRADO

PIKAZA, JAVIER
CALLE, FRANCISCO DE LA

TEOLOGÍA DE LOS EVANGELIOS DE JESÚS

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974, páginas 505.

Ante el gran movimiento teológico-bíblico aparece este libro de dos expertos en Teología Bíblica que pretenden profundizar, y con un lenguaje actual, en los evangelios de Jesús.

Al principio es difícil comprender ciertos términos bíblicos a los cuales se refieren los autores, pero hay que tener en cuenta a la hora de una crítica que dichos autores usan el texto griego, cosa que nosotros estamos poco acostumbrados, y de ahí este primer impedimento que nos aparece en el libro.

La teología de cada evangelista aparece con una gran referencia de notas bibliográficas de autores franceses y la mayoría alemanes, especialista en materia bíblica.

Hay que marcar en dicho texto el lenguaje teológico derivado de diversas filosofías o concepciones alemanas que hacen más difícil de comprender, según nuestra mentalidad, la interpretación o hermenéutica.

Tanto el profesor Pikaza como de la Calle usan un lenguaje profundo con una mentalidad actual en materia exegética, teniendo muy presente a la hora de plasmar esta riqueza teológica-bíblica la «redaktionsgeschichte» y la «formgeschichte».

La obra por completo no es un análisis crítico de textos bíblicos sino un

estudio teológico con un mensaje de salvación que se hace vida en la comunidad cristiana.

JOSÉ SARRIÓ ALARCÓN, O. H.

PEDRO BELTRAO

SOCIOLOGÍA DE LA FAMILIA CONTEMPORÁNEA

Ed. Sígueme. Salamanca.

El libro es todo un interrogante: ¿Hacia dónde va la familia? Está diseñado dentro de una mentalidad de evolución y continuo cambio social que afecta inevitablemente a la célula familiar. En una sociedad nueva son nuevos también los roles que desempeñan las personas; en el ambiente familiar se viene acusando esta realidad desde el momento en que la vida es más abierta, más secular, menos repetidora: esto está afectando a los criterios sobre la educación, relaciones y valores. Esto es lo que aparece a lo largo del libro.

JOSÉ L. REDRADO

BÖCKLE-VIDAL-KÖHNE

SEXUALIDAD PREMATRIMONIAL

Ed. Sígueme. Salamanca.

Los autores interrogan sobre los contenidos de la sexualidad, sus expresiones y su integración en la vida del hombre. ¿Hasta dónde lo sexual es comunicación? Cuatro grandes capítulos recogen un montón de interrogantes, porque, ¿quién se aventura a dar respuestas?

I. Ethos del amor. II. El matrimonio, ¿única institución para la sexualidad? III. Las relaciones prematrimoniales entre estudiantes de ambos sexos desde el punto de vista médico. IV. Hacia un replanteamiento moral de la sexualidad prematrimonial.

JOSÉ L. REDRADO

SECRETARIADO NACIONAL DE LITURGIA

LOS SACRAMENTOS DE LOS ENFERMOS

Ed. PPC.

Como aportación a la renovación litúrgica en el campo concreto de la pastoral sanitaria, los que se dedican al campo hospitalario (capellanes, religiosos, médicos, enfermeras), encontrarán en esta obra un instrumento para su acción pastoral o su comportamiento cristiano; para hacer presente la fuerza redentora de Cristo por medio del testimonio, de la Palabra o del Sacramento. Se recogen en sus páginas las ponencias, informes y experiencias, etc., de las Jornadas Nacionales de liturgia del año 1974, dedicadas a los Sacramentos de los enfermos.

JUAN ESQUERDA BIFET

NOSOTROS SOMOS TESTIGOS

Ed. Sígueme. Salamanca.

Se trata de una serie de reflexiones aprendidas de la vida, «reavivando» la gracia recibida en la consagración, para ser testigos en medio del pueblo, que pregunta por nuestra razón de ser.

GERMAIN G. GRISEZ

EL ABORTO

Ed. Sígueme. Salamanca.

El tema está hoy en todos los medios de comunicación; lo habla también el hombre de la calle; lo discuten los alumnos, pero ¿quiénes de cuantos hablan o se ponen a favor de una u otra sentencia han leído y reflexionado en serio sobre el tema?

El libro que recensamos lleva un subtítulo: «mitos, realidades y argumentos»; deseáramos se leyese despacio para captar toda su realidad, todos sus argumentos sociales, médicos y religiosos. El volumen —717 páginas— bien merece no tener prisa; el lector encontrará estadística, legislación, posturas, ideas para meditar.

JOSÉ L. REDRADO

JOSÉ M.^a LÓPEZ RIOCEREZO

CRIMINALES DE LA PAZ (Lucha contra el aborto)

Ed. Studium.

¿Por qué alarmarse ante la guerra, sus catástrofes, sus muertes? ¿Por qué inventar y construir, si por otra parte destruimos, matamos y consentimos?

Treinta millones de abortos al año es una cifra escalofriante, es un atentado criminal; bien titulado el libro: «Criminales de la paz». Un buen documental, grave, sencillo, claro, estadístico y reflexivo en favor de los derechos del hombre. Al final amplia bibliografía.

JOSÉ L. REDRADO

DR. PAUL TOURNIER

EL HOMBRE Y SU LUGAR

Ed. Studium.

Siempre ha amado el hombre el espacio, la tierra que ha pisado, lo vivido, lo disfrutado. ¿Cómo hacerlo hoy realidad en una mentalidad itinerante, de aventura, sin lugar para disfrutarlo? El hombre de hoy —agitado por la prisa— no goza del lugar que ve y habrá que enseñarle a disfrutar de él, pero al mismo tiempo a separarse de él, a caminar, a estar y abandonar. El libro intenta meter al hombre en esta doble visión.

JOSÉ L. REDRADO

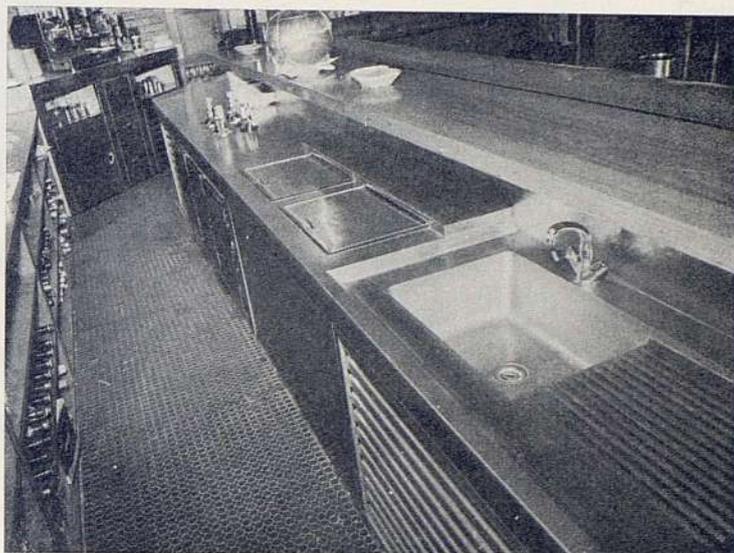
HOSTELERIA

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 - TELEFONOS 2278949 - 2279935 - BARCELONA-6



MAQUET

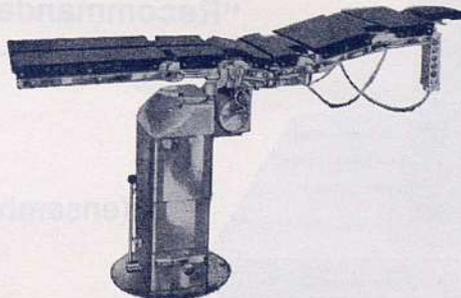
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



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

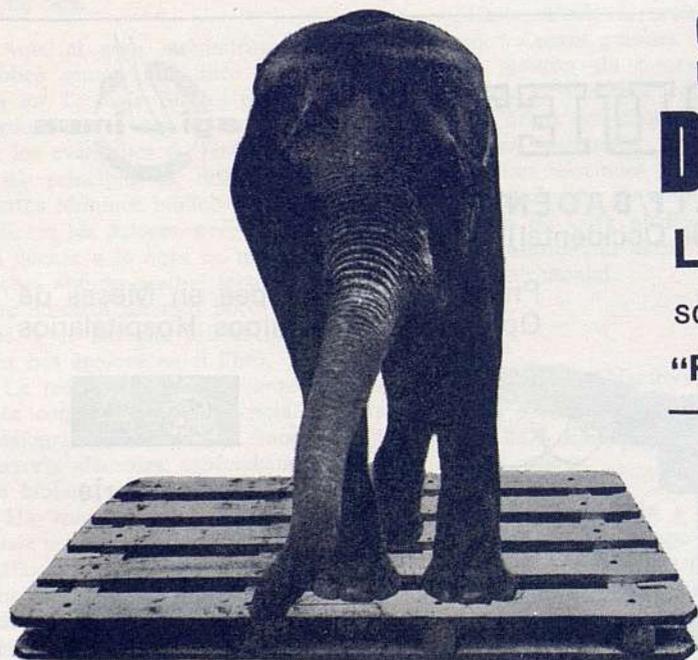
Completísima exposición de las marcas de
máxima calidad y prestigio mundiales

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



SOLIDAS Y DURADERAS

Las "Palettes" TORRES

son fabricadas bajo
"Recommandation ISO"

más sólidas
(pino pirineo)
más duraderas
(ensamblaje con clavos de torsión)
más económicas
Medidas Standard y especiales

|| palettes ||



Solicite información a:

JOSE TORRES GAMBON

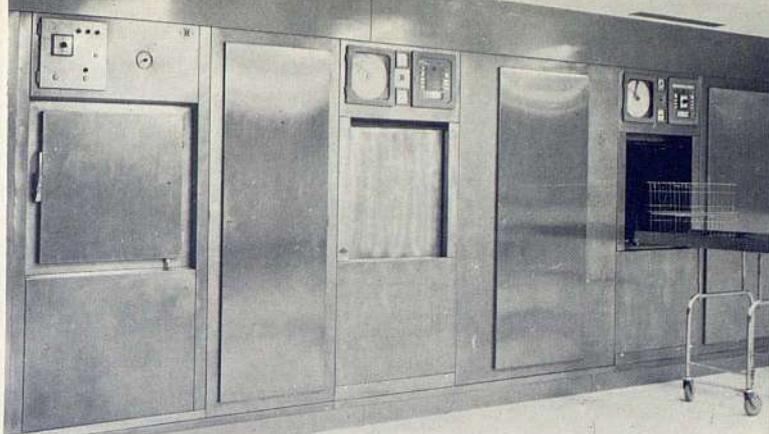
maderas - carpintería - embalajes

Rubio y Ors, 13 al 25

Tel. 377 00 90

Cornellá (Barcelona)

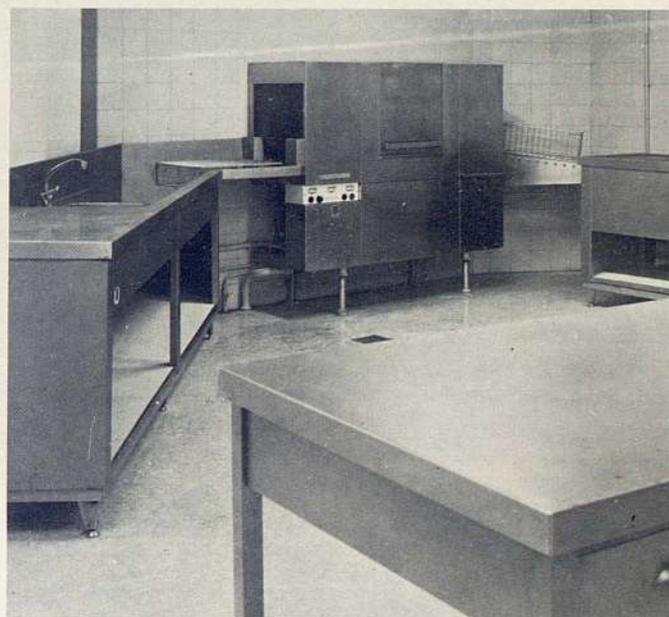
Miembro de la
Fédération Européenne
de la Manutention " F. E. M. "



Central de esterilización

Instalaciones de:

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



Central de

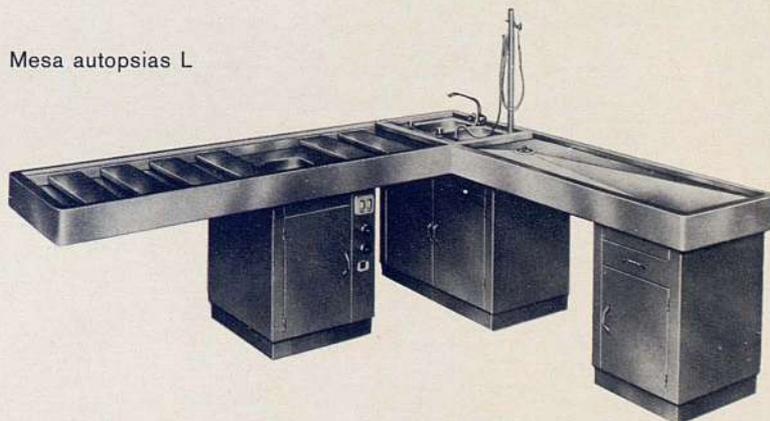
Entrega de:

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



Lavador
de cuñas

Mesa autopsias L



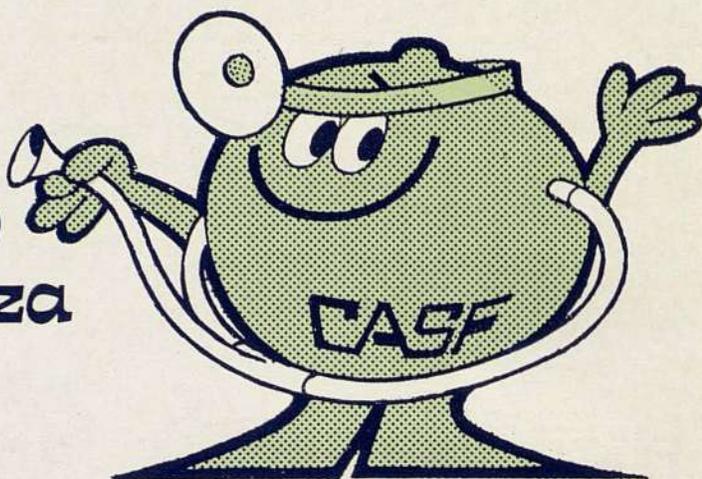
PUBLICIDAD FLAGUE CAMPS



Antonio Matachana, s

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada 

CENTRAL

Rivadeneira, 6 / Plaza de Cataluña
(Tel. *301 12 08)

AGENCIAS

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundición, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petarca
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

SAN FELIU DE LLOBREGAT

Avda. Marquesa de Castellbell, 116

¡Vale más quien sirve mejor!