

**ORGANIZACION
Y PASTORAL DE
HOSPITALES**

**LA
LABOR
HOS
PITAL
ARIA**

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 29. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1976
Número 161 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 DEPORTE Y LOS MINUSVÁLIDOS 100

Por GUILLERMO CABEZAS CONDE

*UN SIGLO DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA
EN SAN BAUDILIO* 107

Por PEDRO ANTÓN FRUCTUOSO

*OPINIONES DE LOS USUARIOS
SOBRE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA* 124

Por C.E.G.R. y J. BASSETS

LOS ENFERMOS, ¿UNOS OLVIDADOS? 128

Por CLAUDE ORTEMANN, M. I.

REIVINDICACIONES PARA UNA PROFESIÓN 132

Por JESÚS VASALLO

COMPROMETIDAS CON EL QUE SUFRE 133

Por JOSÉ LUIS REDRADO, O. H.

CÓDIGO PARA ENFERMERAS 134

NOTICARIO 135

EL DEPORTE Y LOS MINUSVALIDOS

PREHISTORIA DE «DEPORTE»

Existe una rara unanimidad, tanto entre los filólogos como entre aquellos que han estudiado el desarrollo de ese fenómeno social llamado DEPORTE, en lo referente a la raíz latina del término. No podía decirse lo mismo en cuanto al origen de la palabra, hasta que apareció el magnífico trabajo *Depuerto, Deporte, Prehistoria de una palabra*, de Miguel Piernavieja, publicado en 1967 en la Revista «Citius Altius Fortius», en el que nos lleva, después de paciente y fructífera indagación, entre textos de la Edad Media, escritos y recopilaciones del provenzal, castellano, francés antiguo y antiguo catalán, latín, etc., y de *exprimir* al máximo el vocablo, al origen de esta palabra, cuya cuna sitúa en el Mediterráneo Occidental y en los albores del siglo XIV.

En dicho estudio nos hemos apoyado para iniciar nuestro trabajo, por lo que consideramos de justicia agradecer a nuestro amigo Piernavieja sus investigaciones y su publicación, que han permitido deshacer el confusionismo existente sobre el origen del vocablo DEPORTE, y a mí, personalmente, con su estudio, la redacción de este escrito.

Como ya hemos dicho, el vocablo DEPORTE aparece y se asienta en el Mediterráneo Occidental en las postrimerías del siglo XIII. No obstante, en el Poema del *Mío Cid*, escrito hacia 1140, se encuentra la palabra *Deporte* en dos ocasiones: en el verso 1.514 del *Cantar de las Bodas* y en el verso 2.711 del *Cantar de Corpes*.

El verso 1.514 dice, textualmente: «Luego toman las armas e tomarse a *deportar*». Lo que en versión moderna podemos traducir como: «Cogen las armas y hacen ejercicio con ellas».

Vemos, pues, la primera alusión al deporte como ejercicio físico o diversión y esparcimiento.

En el verso 2.711 lo encontramos nuevamente, ahora con un significado, a nuestro juicio, de *diversión obscena*. Veamos: Los Infantes de Carrión, que acababan de casarse con las hijas del Cid, al llegar al Robledal de Corpes, deciden afrentar a las doncellas, para lo cual mandan a su séquito que sigan adelante, ya que ellos... «Deportarse quieren con ellas a todo sabor»; lo que en el lenguaje moderno podría significar: «*Divertirse* con las Infantas quieren a su gusto».

Un siglo más tarde, en «Vida de Santa María Egipciaca», escrita hacia 1215, se puede leer, en los versos

168 y 266, la palabra *deporte*, en ambos casos utilizada con la acepción de diversión. Copiamos textualmente:

«Cato ayuso a los puertos
on solia fer sus depuertos
una galera arribar...»

Cuya traducción actualizada sería:

«Miró abajo, hacia el puerto,
donde acostumbraba a divertirse,
arribar una goleta...»

Conociendo la vida de esta mujer, que si ciertamente fue canonizada y subió a los altares, no es menos cierto que su juventud fue pródiga en orgías, pudiendo decirse de ella que «vivió en plena orgía», no es difícil intuir la intención del vate, ni el significado del vocablo «*depuertos*».

En «Milagros de Nuestra Señora», que escribió Gonzalo de Berceo entre 1245 y 1255, encontramos asimismo el término «*depuerto*», en este caso con significación distinta de jarana, descanso entre dos trabajos, ejercicio físico y diversión.

Cervi de Girona (1280); Ramón Llull (1295); Ramón Muntaner (1325) y otros escritores de la época, utilizan «Du port», «Depuerto», «Deport», con significación varia, que va desde diversión a ejercicio físico, pasando por recreo, paseo, pausa, juerga, broma, juego amoroso, distracción obscena..., pero, fundamentalmente, como *diversión*.

Y es en este sentido en el que la utilizan los marineros provenzales. Es éste el significado de la expresión «du portu», pudiendo considerarse a estos hombres como los «padres del deporte» como sustantivo.

Aquellos marinos medievales, aquellos rudos hombres de mar, cuya vida era una auténtica aventura, aquellos hombres que pasaban meses y meses en la mar, en riesgo permanente, empleaban la expresión «de portu» para indicar o significar que estaban «de puerto», esto es, descansando. Eran días que permanecían en puerto, días que el buque permanecía anclado («estadías» diríamos hoy, en lenguaje comercial), reparando averías, calafateando, remendando velas..., días tranquilos entre la arribada y la partida hacia una nueva aventura, preñada de duras singladuras y de un retorno siempre

difícil y nunca cierto. Los días de estos marinos en puerto, días de ocio y diversión, de esparcimientos «non sanctos», de horas largas en tabernas, al amor del vino, que solían terminar en bulliciosas, tumultuosas y escandalosas juergas, eran titulados «*deporte*» (por degeneración de «*duport*») viniendo a significar en su argot y en el de los hombres que vivían en torno a los marinos «estar divirtiéndose», *distrayendo* sus «ocios deportivos» o «*du port*».

Con el tiempo, el vulgo se apropió de esta palabra para expresar que alguien estaba «divirtiéndose». No importaba qué tipo de diversión, lo único que importaba era que estaba «*distrayendo su ocio*». (Es importante señalar aquí la variación etimológica sufrida por la palabra «ocio», pasando de una primitiva y desprestigiada acepción... «la ociosidad es la madre de todos los vicios», a la actual concepción de «tiempo libre», necesario y precioso en la vida actual).

Pero volvamos a nuestros marineros provenzales. Decíamos que distraían sus «ocios deportivos» y que el vulgo comenzó a usar el vocablo «*de port*» para indicar que alguien estaba divirtiéndose, aplicándose indistintamente el término, tanto para los esparcimientos familiares y honestos como para las juergas taberneras e incluso para definir un juego entre chiquillos.

El pueblo llano y menestral, que es el que «inventa» el lenguaje, le hace suyo y le «populariza», dándole difusión, dio carta de naturaleza al vocablo «*deporte*» unido al sentimiento, a la idea de: *distraición, recreo, diversión*. (Más tarde las Academias, a la zaga del pueblo, «fijan y dan esplendor» a las palabras, pero es, como decimos, el pueblo, el que crea el lenguaje, quien lo inventa, quien lo hace suyo. Recordemos la palabra «*Jeriñac*», tan académica ella, pero sin aceptarla el pueblo, pero esto es otra cosa). Naciendo así «*Deporte*».

En el siglo XIV el vocablo que nos ocupa, que, como decimos, es una palabra y no dos, la preposición «*de*» y el sustantivo «*port*» cuya significación por otra parte

podiera ser «trabajo de portear», expresando con ello «deposición absoluta de todo cuanto fuera cuidado y fatiga para divertirse mejor», se extendió por todo el país Galo, llega a Normandía, trampolín hacia las Islas Británicas y desde allí, saltando el Canal, aterriza en Inglaterra, donde se afinca, toma carta de naturaleza y se hace anglosajón, convirtiéndose, primero en «*disport*», más tarde en «*sport*», pero en cualquier caso significando: diversión, distracción del ocio, juego, pasatiempo al aire libre.

Los ingleses depuran la palabra y cuando retorna a Europa, después de cruzar de nuevo el Canal de la Mancha, «*sport*» se extiende por todo este Continente, con una significación muy diferente de la que tenía en sus orígenes. Se emplea normalmente como distracción o diversión, pero unida ésta al ejercicio al aire libre, es decir, con un sentido muy parecido al actual.

DEFINICIÓN DE «DEPORTE»

En el devenir de los siglos, en el transcurso de los años, la significación «*Deporte*» o «*sport*» evoluciona, cambia, se modifica, como consecuencia de la evolución de conceptos e ideas, empleándose de muy diversa manera. ...Pero en cualquier lugar, en todo tiempo, ha mantenido una acepción; la de «diversión», «divertimiento». Esta es su raíz y lo que nos permite definir *deporte* en la actualidad como «Recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común, al aire libre» (Diccionario de la Lengua Española).

Sin embargo, no es difícil encontrar definiciones en las que, prácticamente se ha perdido o desvirtuado la primitiva acepción. Así, se define el deporte, como: «Ejercicio físico intenso, sin fin utilitario inmediato, practicado con idea de lucha, de superación»..., que como vemos poco recuerda el concepto que de «*du port*» tenían los viejos marinos provenzales.

No obstante, hay que reconocer que en la mayoría de las definiciones vive latente aquella primitiva idea de diversión, como puede apreciarse por alguna que hemos recopilado y que a continuación transcribimos:

En el *Diccionario Ideológico de la Lengua Española*, de Julio Casares, podemos leer: **DEPORTE**: «Recreación, juego, ejercicio o diversión al aire libre. Por analogía: «*sport*», deportivismo, diversión, fiesta, record».

En el *Vocabulario de la Lengua Italiana: DIPORTO*: «El pasear por recreación y pasatiempo. Por extensión: recreación, solaz, diversión».

El *Westminster Dictionary*, señala: **SPORT**: «Juego, diversión, competición, chanza, diversión campestre, como: caza mayor, cetrería, pesca. Por extensión: Tipo simpático, persona honesta, sincera».

Prácticamente iguales son las definiciones que dan los Diccionarios portugueses, Vocabulario alemán, Larousse francés, Diccionario de Autoridades, etc.

La Enciclopedia Italiana distingue entre deporte antiguo y deporte moderno. Para ella, el deporte antiguo



C. F. Menni, equipo de fútbol organizado en el sanatorio San Baudilio de Llobregat

tiene un sentido ético-religioso muy distinto al deporte moderno, al que sólo reconocen como «actividad física, con fin práctico».

El Profesor Cagigal, Director del Instituto Nacional de Educación Física, I.N.E.F., y uno de los más capacitados teóricos del deporte, lo define, aunando el concepto tradicional y el moderno, de la siguiente manera: «Divertimiento liberal espontáneo desinteresado, en y por el ejercicio físico, entendido como superación propia o ajena, más o menos sometido a reglas».

Vemos pues que, independientemente de los matices, existe un denominador común entre todas las definiciones que del deporte se han dado, y esta es precisamente la *diversión*, el *divertimiento*, el *recreo*.

DEPORTE PARA MINUSVÁLIDOS

Pero existe una parte de la humanidad para la que el deporte es algo más que una diversión o una distracción, es *¡una necesidad!* Esta porción de la humanidad, que *necesita* el deporte, y a la que hacemos referencia, son precisamente los disminuidos físicos, los minusválidos.

El Dr. Guttmann, ex-Director del Centro Nacional de Lesiones Espinales de Stoke-Mandeville (Inglaterra) y precursor del deporte entre los paraplégicos, considera el deporte para los minusválidos como «algo imprescindible, necesario e inapreciable para su reajuste físico y psicológico, para su victoria sobre la incapacidad física y para su reintegración social.

Es, precisamente en el mundo del deporte, donde la filosofía de la rehabilitación moderna adquiere toda su significación. Todo su contenido se basa en un concepto de profunda humanidad: «...no es lo que has perdido lo que cuenta, sino lo que te queda...», y es precisamente esto que queda lo que preocupa a los médicos rehabilitadores, a los sociólogos, etc. A nosotros, que nos preocupa el deporte y los minusválidos, nos ha de preocupar necesariamente el *Deporte para Minusválidos* como fuente de energía, como terapéutica, como posibilidad de ocupación benéfica del tiempo libre.

Sin embargo, no vamos ahora a teorizar sobre los efectos terapéuticos del deporte en la rehabilitación, tanto psíquica como física, del minusválido. Esto son temas para expertos. Nosotros vamos a centrar nuestra atención en la evolución del deporte para minusválidos, y en su significación.

El ejercicio físico y, por extensión, el deporte entre los no impedidos físicamente, es tan viejo como la humanidad, sin embargo, la práctica del deporte entre discapacitados es de este siglo.

En efecto: En los años 1918 o 1919, y concretamente en Alemania, se inició el deporte para minusválidos. Al terminar la Primera Guerra Mundial, ciegos y amputados de guerra, organizados en pequeños grupos, inician un movimiento deportivo que tenía por finali-

dad, más que otra cosa, distraer las largas y aburridas horas de hospitalización. Este movimiento dura poco. Sin ayuda económica, sin comprensión, sin estímulos exteriores o ajenos a los propios minusválidos, pronto tenía que perder fuerza. El entusiasmo primitivo de los propios minusválidos disminuye cuando abandonan los centros hospitalarios. Cunde el desaliento, y solamente pequeños grupos de mutilados continuaron sus actividades deportivas. Sin embargo, no pasó de simple ensayo.

Pocos años más tarde se funda en Inglaterra el Primer Club Deportivo para Minusválidos. Se denominó «Club del Motor» y no tenemos noticias de su evolución. En 1932, en Glasgow, se funda la «Sociedad de Golfistas de un solo brazo», que gozó de una larga y dilatada existencia.

Por esta misma época, en Alemania, Carl Diem y Mallwitz, reavivan la idea del deporte para minusválidos que había nacido en 1918, pero su vida, al igual que la de casi todas —por no decir todas— estas sociedades, es lánguida, prácticamente nula su actividad, hasta que mueren o vegetan, siendo sólo un nombre en un registro.

Se necesitó algo tan terrible y colosal como la segunda guerra mundial —con sus miles de hombres, mujeres y niños mutilados—, para que el movimiento en pro del deporte para minusválidos resucitara y cobrara vida, adquiriendo verdadera importancia en 1944, al ponerse en funcionamiento en Stoke-Mandeville (Inglaterra) el primer Centro para Tratamiento de Lesionados Espinales en el que, con ideas revolucionarias en materia de rehabilitación, se empieza, de manera regular y científica, a aplicar las técnicas deportivas en los tratamientos de recuperación y rehabilitación, tanto física como psíquica, de los pacientes con lesión en la espina dorsal.

RECUPERACIÓN PSÍQUICA POR EL DEPORTE

Queremos poner especial interés, acentuar, remarcar, la importancia de la recuperación psíquica, ya que, si necesaria es la recuperación física del minusválido, más interés tiene su recuperación psíquica, puesto que, generalmente, una gran invalidez, las más de las veces traumática, amputación doble, paraplejias, etc., afectan no sólo al aparato locomotor, a la movilidad, sino que, afectan también a la mente del inválido, lo que, por otra parte, es fácilmente comprensible, puesto que el nuevo inválido es consciente de su impotencia, de la falta de fuerza y energía en su cuerpo, de la debilidad de sus músculos, y esto produce, normalmente, tensiones psicológicas entre el minusválido y el mundo que le rodea, lo que suele configurar una situación incómoda, áspera, que dificulta el contacto del «nuevo» inválido con sus semejantes sanos. Esta dificultad, a veces, se agrava, haciendo prácticamente imposible todo contacto social.

El inválido se hace introvertido, adquiere un sinnúmero de complejos y siente que, además de lo físico, algo se ha quebrado en su interior.

El inválido no soporta la compasión, las tristes miradas, los comentarios misericordes, ¡esas frases de conmiseración que se pronuncian en voz no tan baja como para que no lleguen a sus oídos!... Todo ello determina, en la mayoría de los minusválidos, situaciones críticas, caracterizadas por un estado de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo, desesperación en muchos casos, y siempre depresión, que convierten al minusválido en un ser egocéntrico, huraño, hosco; en pocas palabras, un ente antisocial.

La importancia de la recuperación psíquica queda, pues, patente, y es, sin duda, el deporte un factor de tal magnitud en la rehabilitación, que hoy no se concibe ésta sin aquél.

Hemos dicho que el deporte es sinónimo de diversión, distracción, pasatiempo. Pero también es ejercicio físico, superación... De la conjunción de estos aspectos: «distracción», «ejercicio físico», «superación», nace el concepto del deporte para minusválidos.

Mediante el deporte, se vigoriza el cuerpo y se distrae el espíritu; proporciona al que lo practica una oportunidad para su rehabilitación física y psíquica y su ajuste personal a través de un medio que es, a la vez recreo y competición, muy distinto de la gimnasia correctiva, de la gimnasia rehabilitadora y de la gimnasia terapéutica.

La piscina y el gimnasio de los centros de rehabilitación llegan a ser lugares odiados por el minusválido. Allí van a pasar días y semanas de duro esfuerzo, para, al cabo de muchas jornadas de sacrificio, no apreciar prácticamente progreso alguno. La recuperación es lenta, desesperante, exige del minusválido una paciencia casi heroica, un tesón y un deseo de superación que no todos poseen, por lo que muchos se desaniman, abandonan y su recuperación se prolonga meses y meses, y aun años.

Ahora bien, si esa práctica cotidiana en el gimnasio o en la piscina, si ese tratamiento terapéutico tiene además el aliciente de la competición, del enfrentamiento deportivo, de superación en suma, habremos dado al minusválido una nueva razón y un porqué de su esfuerzo, un placer en el entrenamiento, una fortaleza espiritual que le hace olvidar la fatiga y el esfuerzo. La experiencia que el participante recibe por medio del deporte es de inmensa ayuda, devolviéndole la confianza y la seguridad en sí mismo.

Por otra parte, el deporte reglamentado y de competición, tiene de por sí un gran valor recreativo, lo que representa para el minusválido un motivo más para «recobrar e incorporarse al esquema de gozosa actividad, y de deseo de experimentar la alegría y el placer de vivir, deseos inherentes al ser humano».

Podemos decir —con frases del doctor Guttmann— que «el fin más noble del deporte para minusválidos es el de ayudarlo a restaurar la conexión con el mundo

que les rodea. En otras palabras: facilitarles y acelerar su reintegración social».

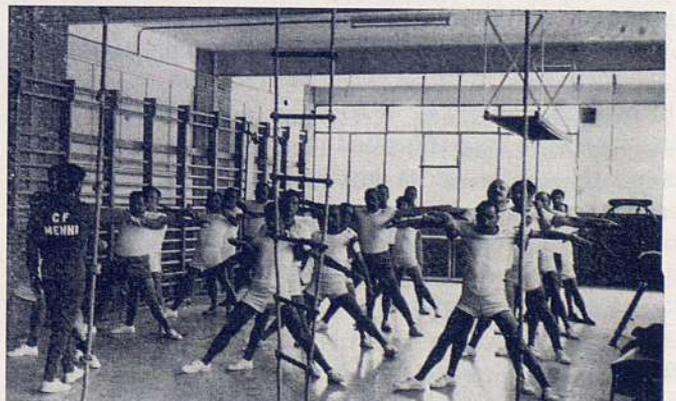
La sociedad moderna, vertiginosa y mecanizada, en la que proliferan los conflictos bélicos, en la que los accidentes laborales se producen con ritmo acelerado, en la que los siniestros en carretera causan miles y miles de inválidos diariamente, esa sociedad no puede ignorar un problema que se agudiza cada día, debiendo enfrentarse seriamente con la situación que comportan esos miles de minusválidos..., y si la ciencia médica, si los rehabilitadores, reconocen que la mejor terapéutica es el deporte, ¿qué hace esa sociedad, en el orden deportivo, por el minusválido?... Probablemente no todo lo que debiera. Sin embargo, es preciso reconocer que, poco a poco y gracias al esfuerzo y tesón de unos pocos, se han logrado metas que tan sólo cuatro lustros atrás parecían inalcanzables.

ORGANIZACIÓN DEL DEPORTE PARA MINUSVÁLIDOS

Veamos, en rápida ojeada, la evolución del deporte para minusválidos.

Aparte de los intentos que ya hemos apuntado por los años 18 y 19, nada se había hecho de importancia. La segunda guerra mundial, con sus trágicos resultados y número extensísimo de soldados que regresaron al hogar en sillas de ruedas, determinó la necesidad de proporcionar a los inválidos algo más que un tratamiento médico, había que reintegrarlos a la sociedad, estableciéndose, tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido, unos amplios programas de rehabilitación en los que el deporte era considerado como importante factor integral de aquélla.

Se inicia, entre otras cosas, la creación de equipos de baloncesto en sillas de ruedas. En 1946, los Estados Unidos, con idea de llamar la atención pública sobre el deporte en sillas, creó un equipo de parapléjicos denominado «Las Ruedas Voladoras», que, tras un período de entrenamiento, inició una gira por el país,



Gimnasio del C. F. Menni

levantando un enorme interés en todos los Estados de la Unión en que actuaron. A estos pioneros se debió el espectacular avance del deporte en silla que se produjo en los Estados Unidos, y no poco del actual movimiento en pro del deporte para minusválidos.

Del 46 al 48 se va perfilando este movimiento y es, en este último año y en Stoke-Mendeville (Inglaterra), donde tienen lugar los I Juegos Deportivos para parapléjicos. La participación es pequeña: 14 hombres y dos mujeres. Sin embargo, la sociedad pudo comprobar que el deporte no es una prerrogativa exclusiva de los sanos, sino que un parapléjico, hombre o mujer, pueden perfectamente practicar un deporte y tienen derecho a ser deportistas.

En 1952, los Juegos de Stoke-Mendeville, se convierten en la primera competición internacional para minusválidos, y desde entonces, y en el mismo escenario, los atletas minusválidos de todo el mundo tienen una cita deportiva anual.

En 1960, en Roma, en los mismos escenarios en que días antes se habían celebrado los Juegos Olímpicos, 400 deportistas en sillas de ruedas, representando a 22 países, se enfrentaban en noble lucha y defendiendo los colores nacionales ante los ojos asombrados de miles de romanos. Ha nacido la Paraolimpiada, juegos olímpicos reservados a los parapléjicos del mundo entero.

En 1964 la Olimpiada se celebró en Tokio. Los minusválidos tuvieron allí sus Juegos. En las mismas pistas de ceniza, en los mismos estadios que antes habían sido testigos de las hazañas de vigorosos atletas, 370 participantes minusválidos de 28 países compitieron, con menos espectacularidad y fuerza, quizá, pero con más fe en el triunfo, con más ilusión de victoria... El espíritu que animó a aquéllos a batir marcas, alentaba a estos cuerpos rotos, que sobre sus sillas de ruedas daban al mundo la gran lección de su voluntad.

En 1967, en Winnipeg (Canadá), tuvieron lugar los Primeros Juegos Panamericanos, en los que tomaron parte, además de los parapléjicos, otros afectados del aparato locomotor, amputados, polios, etc. Argentina, Canadá, Estados Unidos, México, Trinidad y Tobago fueron los países participantes, aprovechándose la coyuntura para crear el Consejo Panamericano, cuya función consiste en «el planteamiento y la organización de los Juegos, cada dos años, en los países del continente americano».

Dos años después, efectivamente, tienen lugar, en Buenos Aires, los II Juegos Panamericanos, en los que intervinieron cerca de 300 minusválidos de América del Norte, Centro y Sur.

Los Juegos Olímpicos de 1968 tuvieron por escenario México. La altura y otros factores determinaron que la Paraolimpiada —olimpiada para minusválidos— se celebrara en Tel-Aviv (Israel). España, casi de incógnito, hizo acto de presencia.

También, y aunque con menor importancia y menor participación, han tenido lugar competiciones interna-

cionales en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Estados Unidos. Los Campeonatos de Europa de Baloncesto en sillas, celebrados en Kerpape (Francia), etc., son otros tantos jalones que marcan la trayectoria del movimiento deportivo del minusválido en el mundo.

LAS REALIZACIONES ESPAÑOLAS

Y aquí, en nuestra Patria, ¿qué se ha hecho?

Hasta 1968, prácticamente nada. Algunos ensayos, con mejor intención que resultados prácticos. Competiciones y juegos sin base firme, sin preparación, sin continuidad. En 1960, unas competiciones en Tarragona organizadas por la Cruz Roja. Luego, el vacío. Más tarde, la Delegación Nacional de Juventudes, a instancias de la Asociación Nacional de Inválidos Civiles (A.N.I.C.), montó diversas competiciones. En tres ocasiones, minusválidos de toda la Península acudieron a Madrid a disputar unos Juegos Nacionales (Trofeos de Superación), pero sin que existiera una organización que diera entidad y regularidad a estas competiciones.

La Delegación Nacional de Educación Física y Deportes, atendiendo a las demandas de la A.N.I.C. (y es de justicia citar aquí a don Juan Antonio Samaranch y a don Fernando Tamés y dedicarles un agradecido y entrañable recuerdo), comprendiendo la importancia del deporte entre los minusválidos, decide crear una Federación deportiva que, al igual que sus hermanas, organizara, programara y dirigiera el *deporte entre los minusválidos*, estableciendo los Reglamentos y encargándosele la representación de aquéllos ante los organismos deportivos internacionales.

Como decíamos antes, la Federación Española de Deportes para Minusválidos (F.E.D.M.) nació al mundo del deporte nacional en 1968. Era la época del «contamos contigo», y Samaranch no olvidó a los discapacitados.

El día 21 de noviembre se cumple el primer lustro de existencia federativa. Su historia, aunque corta, ha sido intensamente vivida. Las vicisitudes y trabajos han sido muchos, las desilusiones, no pocas, pero mayores han sido las satisfacciones. Mas esto son experiencias personales que aquí están «fuera de juego».

Para comprobar la evolución del deporte para minusválidos en nuestro país, nada mejor que seguir las actuaciones de nuestros discapacitados, tanto en las competiciones nacionales como en las internacionales, con lo cual podemos hacernos una idea de la progresión del deporte para inválidos a escala mundial, aunque de una manera esquemática, puesto que si desarrolláramos el tema en profundidad nos saldríamos de los márgenes que se nos han fijado.

La actividad puramente deportiva de la F.E.D.M. comenzó en el mes de abril de 1969. En Barcelona se celebran encuentros de baloncesto en sillas que sirven para formar la selección que concurriría, en el mes de

**Plantilla del C. F. Menni
que tantos éxitos obtiene
dentro y fuera del sanatorio**



julio, a los Juegos Mundiales de Stoke-Mandeville que, precisamente ese año, y con motivo del 25 aniversario de su nacimiento, adquieren un relieve especial. La Reina Isabel inaugura las nuevas instalaciones y preside las ceremonias de apertura y clausura. Nuestros representantes, seleccionados después de diversas competiciones de carácter interprovincial en las especialidades de atletismo, natación, slalon y tiro con arco, junto con el equipo de baloncesto, tiene una actuación destacada; dos mujeres y 18 hombres compiten en Inglaterra y, aunque son noveles y con material deficiente, consiguen traer a España una medalla de oro, tres de plata y cuatro de bronce (slalon, natación y tiro con arco), y un noveno puesto en baloncesto. Su actuación (discretamente recogida en la prensa) podemos titularla de brillante, puesto que se midieron con deportistas experimentados que, en número de 534 y representando a 28 países, acudieron a estos Juegos deportivos.

Ese mismo año —1969—, Madrid fue escenario de los I Juegos Deportivos Nacionales. Participaron 244 minusválidos (hombres y féminas) que, representando a 26 provincias, compiten en atletismo, baloncesto, balonmano, natación, slalon, tenis de mesa y tiro con arco.

En 1970, la competición más importante, en el orden internacional, son los Juegos Mundiales, abiertos a todo tipo de incapacidad, que tienen lugar en Francia. Nuestros representantes, masculinos y femeninos, que habían sido seleccionados en el transcurso de los II Campeonatos Nacionales de los seis deportes que promociona la Federación, obtienen en Saint-Etienne señalado triunfo, al conseguir 19 medallas (8 de oro, 7 de plata y 4 de bronce) en atletismo, natación y tiro con arco. Por primera vez nuestros invidentes salen al extranjero y causan sensación, tanto por sus valores humanos, como por su actuación deportiva, tan magistral, que lleva a los organizadores a solicitar su participación en el acto de clausura. La portentosa actuación gimnástica demostró ante las cámaras de televisión mundial, mejor que nada, el valor de la voluntad y los beneficios del deporte.

En 1971, siguiendo esta línea ascendente, la Federación organiza, en distintas provincias españolas Campeonatos Nacionales de cada especialidad. Para asistir a los mismos, y como prueba del incremento experimental, se exigen «marcas mínimas» que habían de obte-

nerse forzosamente en los Campeonatos Provinciales, sin cuyo requisito no se autorizaba la participación en la confrontación nacional. En el campo internacional, nuestro equipo de baloncesto se clasifica cuarto en los Campeonatos de Europa que se celebran en Francia. Participan con fortuna diversa en Suiza y Francia, y en Barcelona se bate ampliamente a la selección francesa de natación y de tenis de mesa, siendo batidos en tiro con arco.

Llega el año 1972. Año Olímpico. Año Paraolímpico. La Federación tiene una cita en Heidelberg, y todas las competiciones se supeditan a aquélla.

Los II Juegos Nacionales congregan este año a más de 400 participantes en Madrid, su duración esta vez es de siete días. Pero es preciso olvidar las competiciones nacionales para fijarnos en la internacional. Encuentros con Suecia en baloncesto; II Francia-España en París, con victoria española en natación, masculina y femenina, y derrotas en tenis de mesa, y, finalmente, ¡la Paraolimpiada! Representación española en atletismo, baloncesto, tenis de mesa y natación. Éxitos resonantes en natación: cuatro medallas de plata y dos records mundiales batidos, y numerosos finalistas; y en baloncesto, tercero en su categoría.

El deporte para minusválidos ha llegado en esta Paraolimpiada a alcanzar la máxima cota. 1.500 discapacitados de 45 países se congregaron en las instalaciones deportivas de Heidelberg; 1.500 minusválidos asombraron con sus actuaciones deportivas a los miles de atónitos espectadores que diariamente llenaban las gradas de los estadios. 1.500 hombres y mujeres, en silla de ruedas, llenaron de alegre bullicio las viejas e históricas calles de la hermosa Ciudad Universitaria. 1.500 minusválidos, ayer retraídos, introvertidos, reservados, deprimidos, daban muestra ante el mundo (cientos de cámaras de televisión de todos los países estaban allí) de su alegría, de su gozo de vivir, que gracias al deporte habían recobrado, evidenciando, con sus actuaciones, que el futuro del deporte entre minusválidos es ilimitado. Con las cotas ya alcanzadas y el interés que la sociedad empieza a mostrar, aunque quede mucho camino por recorrer, vale la pena seguir caminando.

En el orden nacional, el año 1973 ha deparado un incremento sustancial de las licencias federativas y la incorporación de nuevas provincias y actividades (pira-

güismo y automovilismo), un mayor perfeccionamiento de la reglamentación y de la valoración del minusválido, y, lo que es más importante con vistas al futuro, una mayor atención de los medios de difusión, pareciendo que, por fin, se empieza a ver con naturalidad al minusválido. La prensa le hace hueco en sus páginas, quizá como consecuencia de las destacadas actuaciones internacionales. Concretamente, en los XXIX Juegos Mundiales, celebrados en el mes de julio en Stoke-Mandeville, se lograron cuatro medallas de oro y tres de plata en natación, otra de plata en slalon, igual metal en tiro con arco y título de subcampeones del mundo en baloncesto, dentro de su categoría... Este equipo había sido séptimo en los Campeonatos de Europa celebrados en Bélgica en el mes de abril. También, en el orden internacional, se celebró el III Francia-España en Madrid, venciendo el equipo español de natación (masculino y femenino), y el de atletismo, siendo derrotados en tenis de mesa y tiro con arco.

En cuanto a las competiciones de carácter nacional, se han celebrado los III Campeonatos de Atletismo, Baloncesto, Balonmano, Natación, Slalon, Tenis de Mesa y Tiro con Arco, y el II Campeonato de España de Piragüismo. En todas estas competiciones, culminación del quehacer deportivo provincial, se ha evidenciado: un incremento en el número de participantes, una mejor preparación física, un espíritu deportivo superior y una sana alegría nacida de una mayor estimación propia al ver que sus miembros responden al esfuerzo. Este esfuerzo, este espíritu deportivo, las propias competiciones, han dejado huella, han causado impresión profunda en miles de personas que empiezan a comprender este aspecto de la rehabilitación que es el deporte.

LO QUE FALTA POR HACER

Sin embargo, y pese a lo actuado, falta mucho por hacer. De forma especial, es imprescindible que el Estado y la sociedad tomen conciencia de la importancia que el deporte debe tener dentro del amplio esquema programado para la adaptación e incorporación del minusválido al quehacer nacional. Es imprescindible que la prensa, fundamentalmente la especializada, colabore en esta promoción del deporte, pues con su ayuda, y en general con la ayuda de todos los medios de difusión, se logrará la comprensión y atención del público para que el programa de rehabilitación e integración social sea completo y eficaz.

El tiempo libre, el ocio, que para los sanos constituye un medio de evasión, un descanso, una diversión, es para el disminuido físico, en muchas ocasiones, un tiempo tedioso, un descanso forzoso, obligado..., desesperante, ¡triste espacio inactivo en el que se piensa con añoranza en el vigor perdido! Este tiempo libre es preciso cubrirle, llenarle con una actividad física que, al mismo tiempo que vigoriza el cuerpo, aleja los fantasmas del recuerdo y fortalece el espíritu. Esta activi-

dad física, la más adecuada, la mejor, es la práctica de algún deporte, que además de mejorar y hacer su rehabilitación más eficaz y rápida, modifica su carácter y cambia la constante preocupación por sus limitaciones, por un deseo de esforzarse al máximo para lograr la plena y total realización de sus facultades.

Como hemos indicado, el deporte es indudablemente un importante instrumento para la educación y la cultura. Gracias a la práctica de un deporte de competición, el minusválido viaja, adquiere nuevas amistades, experimenta el deseo de ampliar sus conocimientos, de conocer idiomas para poder intercambiar sus inquietudes con minusválidos de otras ciudades y de otros países, etc.

Además, y esto es muy importante, esta convivencia cambia su esquema mental, y también las reservas mentales de sus familiares y amigos, facilitando una mayor comprensión, desarraigando de su mente numerosos complejos en unos y falsa caridad y conmiseración en los otros, enseñando, demostrando que la «*habilidad, y no la incapacidad, cuenta*», lo que ha permitido ya la reintegración al mundo del trabajo de numerosos minusválidos que hasta hace poco eran inútiles.

Finalmente, el deporte organizado tiene auténtico y positivo valor económico: «Los resultados obtenidos en los Estados Unidos han demostrado, sin lugar a dudas, que los participantes han desarrollado una mayor capacidad para la formación y el trabajo, así como una participación activa en los grupos de la comunidad y otras asociaciones cívicas, que ha permitido su incorporación al trabajo mejorando su economía».

Es, por otra parte, demostrable que la actividad deportiva tiende a disminuir la necesidad de un tratamiento médico continuo, lo que permite que el minusválido pueda desarrollar antes sus actividades laborales en muchas especialidades, con resultados, en casi todas las experiencias llevadas a cabo, más favorables y una productividad superior a los no incapacitados con los que se les comparó. Lo cual ha determinado que el minusválido, que ayer era una carga para la familia y una rémora para el Estado, pase, de vivir a costa de la sociedad, a ser parte integrante de la misma y fuente de trabajo del país.

Como conclusión y a modo de resumen podemos decir que el deporte para minusválidos tiene valores terapéuticos y recreativos, educativos y hasta económicos, al mismo tiempo que sirve para formar al público en un sentido de mayor comprensión, siendo además el mejor y más eficaz sistema para el ajuste personal del minusválido, llevándole de la autocompasión e introversión a una actitud social normal, demostrando asimismo que el minusválido no desea renunciar a ninguna parte de su vida, lo que determina, finalmente, la integración total en la sociedad.

GUILLERMO CABEZAS CONDE

B.O.E. E.D.S.

UN SIGLO DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN SAN BAUDILIO

INTRODUCCIÓN

El tema de la asistencia psiquiátrica es hoy día muy debatido. En realidad, siempre lo ha estado desde que se comienza a hacer asistencia de un modo más o menos organizado hacia mediados del siglo pasado, por los que estaban directamente relacionados con la misma: los «psiquiatras de manicomio».

Desde entonces a nuestros días la asistencia al enfermo mental ha sido para éstos un tema polémico, de lucha constante en la que a veces se sacrificaba no sólo la profesión sino las cosas más nobles: ideales, familia.

Sin embargo, de nada o de casi nada ha servido porque nadie —excepto los propios interesados— ha querido entender qué significa la enfermedad mental y, por lo tanto, qué postura adoptar ante ella. Ni la sociedad, ni el Estado, ni los organismos competentes han querido facilitar la solución del enmarañado problema del enfermo mental. A éste, al «loco», se le aísla, se le encierra, o en el mejor de los casos se le ignora.

Si bien los comienzos de nuestra tradición en la asistencia no pueden ser mejores —en 1409 un fraile mercenario, Fray J. Gilabert Jofré, lleva a cabo la idea de crear un hospital para locos que sería el primer hospital psiquiátrico del mundo, inmediatamente se fundarían otros, en 1425 en Zaragoza, en 1436 en Sevilla, en Palma de Mallorca en 1485, en Toledo (1480), Valladolid (1489) y finalmente Granada (1527)— debidos casi siempre al impulso de personas que sin tener muchos conocimientos sobre el tema, sí tenían en cambio una alma generosa capaz de comprender y asistir a aquellos pobres desgraciados; en cambio —aparte de esfuerzos muy aislados—, este primer impulso apenas tiene continuidad en los siglos siguientes. Y llegamos al siglo XIX, cuando otros países vecinos nuestros (Francia, Inglaterra, Alemania) han organizado de un modo científico la asistencia, en España en cambio tenemos solamente los asilos fundados varios siglos antes. Los derroteros de la asistencia psiquiátrica durante esta centuria van a ser paralelos a la evolución político-social y económica del mismo. La desmoralización de la gente, la inestabilidad de los gobiernos y la pobreza que vive el país, se acompañan de tal desorganización en la asistencia al enfermo mental que todavía en nuestros días perduran los efectos de aquel desastre.

San Baudilio va a ser una excepción que confirma la regla. La fundación del Dr. Pujadas va a dar un hálito de luz en el sombrío panorama de la asistencia al enfermo mental. A pesar de las incomprendiones, de la indiferencia en el exterior, y de la falta de medios económicos, en estos casi cien años de asistencia psiquiátrica, unos pocos —médicos o no— van a realizar una labor digna, sin importarles demasiado las dificultades, siendo merecedores de nuestra mejor consideración.

Estamos de acuerdo con Sarró (1) cuando dice que la historia de la Psiquiatría debe ser autónoma, independiente de la historia general de la Medicina, y que debe ser escrita por los propios psiquiatras. Pero, también creemos, que la historia de la asistencia psiquiátrica debe ser escrita por el «psiquiatra de Manicomio» (como se le llamaba antiguamente), ya que la asistencia hasta el siglo pasado y gran parte de éste, queda reducida en nuestro país a los hospitales que son asilos (donde se almacenan los enfermos) y los hospitales que quieren dejar de serlo, y el conocimiento a fondo de una de estas instituciones debe permitir una valoración más acertada del pasado psiquiátrico.

Deliberadamente hemos escogido el año 1945 como límite de nuestro estudio por tener esta fecha un significado histórico: se cumplen cincuenta años en que la administración del Hospital pasa a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Hay que hacer una advertencia: la historia de los hospitales de San Baudilio es común hasta el año 1915, a partir de entonces existe una separación administrativa completa (los hombres a cargo de la Orden de San Juan de Dios, y las mujeres a cargo de la Congregación de las Hermanas Hospitalarias) y también del Cuerpo Médico, aunque el director médico fuese el mismo para ambos centros hasta 1930. A partir de la fecha de la separación, nos referiremos solamente al hospital de hombres.

LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA A MEDIADOS DEL SIGLO XIX

Antes de entrar de lleno en los comienzos de San Baudilio, conviene tener una idea clara del estado de la asistencia psiquiátrica en nuestro país a mediados del siglo pasado.

Es por todos conocido que la asistencia al enfermo mental comienza a realizarse de un modo organizado, científico, a partir de Pinel, que en 1793 y a los pocos días de ser nombrado médico del Hospital de Bicêtre, rompe las cadenas que sujetaban a aquellos pobres enfermos (algunos permanecían encadenados desde hacía más de cuarenta años), proclamando, ante el asombro de los convencionales, que los locos no eran fieras, sino infelices enfermos dignos de toda clase de cuidados. La verdadera hazaña de Pinel, como dice V. Peset (2), fue la de inaugurar la «entrada» de los médicos en los manicomios de una manera decisiva, al propugnar un contacto más íntimo entre el médico y el enfermo, lo que no tardaría en dar sus frutos.

Casi al mismo tiempo, Tuke en Inglaterra y Chiarugi en Italia van a ser los que impulsan la reforma de la asistencia mental, poniendo las bases de un tratamiento más racional, y sobre todo más humano, del demente o loco (como se le llamaba entonces).

Estos aires reformistas, innovadores, tardan en llegar a nuestro país, que, aún a mediados del siglo, mantiene una situación asistencial casi idéntica a la de cuatro siglos atrás. Hasta 1846 se carecía de centros sostenidos por la Beneficencia Estatal (5); gracias al esfuerzo del ilustre higienista don Pedro María Rubio, que informó al Gobierno de la necesidad de mejorar la asistencia de los enfermos mentales, se acuerda la fundación de un manicomio modelo en las cercanías de Madrid, edificándose el de Santa María de Leganés, que no quedaría concluido hasta el año 1859. Una idea de nuestra situación con respecto a otros países, queda reflejada en el número de establecimientos privados y públicos que, mientras en España (1860) sólo existen 17, en Francia, Inglaterra y Alemania, superan ampliamente el centenar (111, 108 y 111 respectivamente).

Del estado del lugar donde eran albergados los enfermos en aquella época y de la asistencia que recibían, se puede sacar una idea clara de las referencias que hace Concepción Arenal (4) sobre un Departamento de dementes en el hospital general de Madrid: «Los dementes agitados están en las jaulas, especie de alcobas improvisadas donde en el invierno debe hacer un frío horrible, porque ni siquiera se han hecho los tabiques de modo que las cierren: no llegan más que a cierta altura; después quedan abiertos en la bóveda de aquellos inmensos subterráneos. Tienen una cama, una puerta y una reja fuerte... los locos que no están agitados tienen un dormitorio común, con camas muy sucias que sacan al sol para que se seque su pestilente humedad... Por aquella habitación o por un patio reducido y rodeado de altos muros andan más o menos vestidos según les parece... Allí no hay nada que los ocupe o distraiga, ni se ven señales de que se intente algún medio de curación; no sabemos si el médico los visita; lo mismo da, porque en tales condiciones es inútil».

Y continúa Concepción Arenal: «El mismo demente era conducido a un hospital donde lo esperaba una jaula, el palo, la correa, el hierro, el aislamiento, que basta por sí solo para privar de razón a los que la tienen más cabal. Si la locura no se consideraba como un crimen se trataba como tal, dejando su castigo a discreción de hombres brutales y desalmados. Ni los cabos de vara en presidio ni los domadores de fieras pueden darnos idea de lo que era un loquero. Armado con el duro látigo y con un cora-

zón más duro todavía arrojaba a sus víctimas la comida entre imprecaciones y golpes. Perverso e inexorable podía ejercer las mayores crueldades impunemente; los que habían de quejarse estaban locos. Y esto no sucedía allí en tiempos bárbaros, en el siglo XIX, y los que no somos muy viejos hemos podido ser testigos de escenas horribles, cuyo solo recuerdo estremece e indigna, de crímenes sin nombre y de tal género que no pueden escribirse sin faltar a la decencia y al pudor».

Durante este tiempo el enfermo mental, como dice Espinosa (5), no importa como tal enfermo, sino como loco, y sus condiciones asistenciales poco pueden mejorar dentro de esta sociedad que tiene la convicción de que aquellos que perdieron la razón no pueden darse cuenta de la miseria en que viven.

PUJADAS, EL HOMBRE

Las pocas cosas laudables que se realizan en pro de la asistencia al enfermo mental en el siglo XIX proceden del esfuerzo de personas singulares que sin importarles el sacrificio, la lucha contra corriente, el acopio de enemigos de uno y otro bando y con conocimiento de causa —de lo que querían a pesar de las circunstancias—, fueron capaces de salpicar con tonos claros el tapiz negrísimo de la asistencia psiquiátrica en esta segunda mitad del siglo XIX.

Una de estas personas, sin lugar a dudas, fue nuestro doctor Antonio Pujadas y Mayans (1811-1881), del que tenemos pocos datos a pesar de los estudios sobre él realizados (6).

Los datos más directos que tenemos sobre su persona proceden de un entrañable amigo, el Dr. Rodríguez Méndez, granadino, catedrático de Higiene y andando el tiempo Rector de la Universidad de Barcelona, quien entabló amistad con nuestro doctor a los pocos días de su llegada a Barcelona para ocupar la cátedra (abril de 1874). De la primera entrevista Rodríguez Méndez guardará un recuerdo imborrable, pues treinta años después de la muerte de Pujadas, le recordaría en una biografía sobre él de esta manera (7): «Si me sorprendió el modo de presentarse, me sorprendió aún más el modo de despedirse, y dije para mis adentros, éste no es un hombre vulgar».

El mismo Rodríguez Méndez comenta en una nota biográfica en la muerte de Pujadas, lo siguiente (8): «Era un hombre de una voluntad inflexible. Resuelto a acometer una empresa, ni reparaba en los inconvenientes, ni se entibiaba con el tiempo; siempre él mismo llegó donde quiso y puso en práctica lo que en otra cabeza no hubiera pasado de la categoría de un sueño. Era difícil hacerle seguir un consejo, bueno o malo: lo escuchaba, lo entendía, lo aquilataba, pero en su ánimo, después de este alarde de cortesía y de inteligencia, no causaba la más leve impresión, cual si se tratase de una plancha de hierro inalterable por los más potentes proyectiles, recibía el golpe, vibraba, acusaba el choque, y a los pocos minutos ni vestigios del suceso; continuaba y continuaba».

También, y ahora es un periódico de aquélla época (9), que en un artículo firmado por M. Carreras y González dice: «El posee, en efecto, la ciencia y el arte, la teoría y la práctica, el talento profundo del médico y el sentido positivo del hombre de negocios; piensa bien y obra mejor;

concibe como sabio y ejecuta como empresario; nada se le oculta a su razón, nada detiene su voluntad; pertenece en fin, a esa raza de hombres, a la vez filósofos y gobernantes, en quienes se aúnan el idealismo y el realismo, y para los cuales la naturaleza no tiene secretos, ni la mar escollas, ni el camino de la vida obstáculos».

No vamos a detenernos en detalles de la vida del Dr. Pujadas que ya se comentan en los trabajos antes aludidos. Si nos hemos detenido un poco en sus características personales es porque esto nos ayudará a comprender que el Establecimiento por él fundado, llegará a figurar en la «cúspide de la moderna Psiquiatría» (10).

ANTECEDENTES DE SAN BAUDILIO

Antes de fundar el Manicomio de San Baudilio, Pujadas, hombre inquieto y de decidida vocación psiquiátrica, marcha a Francia donde visita los mejores manicomios del país y recibe lecciones «de los más reputados alienistas en las Facultades de París y Montpellier». Posteriormente visita Londres, donde permanece un año y al igual que en Francia, «asistió a las lecciones y las clínicas de la Universidad, examinó cuidadosamente la organización de los más célebres manicomios y establecimientos para dementes».

Su vocación psiquiátrica y la idea de fundar un Manicomio nos la explica el mismo Pujadas en uno de los escasos escritos que nos ha dejado (11): «Con todo, todavía recordamos con estremecimiento las escenas que presenciamos siendo niños en cierta casa de orates, y es seguro que aquellas escenas profundamente grabadas en nuestra imaginación infantil, de tal modo han influido en nuestra educación literaria, que desde entonces somos víctimas de una idea fija; de la idea de tratar a los locos como a enfermos del espíritu y no como a criminales o a la manera que a los criminales. La idea de compasión hacia los orates y su engendro el deseo de hacerles todo el bien posible ha estado siempre en nos y nosotros siempre con ella, hasta que hallándonos cursando la medicina en Montpellier recibí nuevo y vigoroso impulso con los discursos que sobre las enfermedades mentales pronunciaba el sabio profesor de Reig, tanto que entonces decidimos hacer de su estudio teórico y práctico nuestra ocupación predilecta para con el tiempo y la ayuda de Dios dedicarnos al ejercicio de la medicina alienística fundando en nuestro país un Manicomio».

A su regreso a España y teniendo clara la idea de la creación del Manicomio decide fundar un balneario en La Puda de Montserrat, aprovechando sus manantiales hidrosulfurados, para establecer el manicomio anejo al balneario aunque totalmente independiente del mismo. El proyecto no se realizará totalmente porque su idea no es aceptada por el resto de los componentes de la sociedad que el mismo Pujadas había formado para llevar adelante la empresa.

En el año 1849, ahora sin asociarse con nadie, encuentra una gran casa, situada en el número 31 de la calle de Canuda, donde inaugura su «Casa de curación u hospedaje para enfermos con asistencia médica o sin ella», como se puede leer en los prospectos de propaganda que había hecho para darla a conocer. Hasta mediados de 1852 no se decide Pujadas a presentar su casa de curación como

«casa de locos», título que aparecía con cierta frecuencia en el «Diario de Barcelona».

Este «pequeño manicomio» iba afianzándose con éxito, cuando el 20 de agosto de 1853, por una orden del Gobernador Civil, don Melchor Ordóñez, se le obliga a que en 24 horas abandone su «casa de locos» con los enfermos. La orden gubernativa de desahucio había sido motivada por las repetidas quejas del vecindario.

A la mañana siguiente, Pujadas con un grupo de enfermos (16 en total), se traslada a San Baudilio para ocupar un edificio viejo y destartalado que era propiedad del marqués de Santa Cruz de Vilatorrada y que con anterioridad había sido convento de los padres Servitas, hasta su excomunión forzosa en los sucesos de 1835 (12). Parece ser que Pujadas había sido novicio residiendo en este convento, por tanto, antes de aquella fecha.

EL INSTITUTO MANICÓMICO DE SAN BAUDILIO DE LLOBREGAT

De esta manera, tan original como precaria, comienza la asistencia psiquiátrica de San Baudilio. En pocos meses queda transformada la antigua casa de tal manera que causa admiración a propios y extraños, siendo inaugurado el Instituto Manicómico, de forma solemne, el 6 de junio de 1854.

Ya tiene Pujadas lo que tanto había soñado. A partir de ahora va a poner toda su capacidad al servicio del Instituto, al que procurará embellecer y enaltecer hasta que su fama traspase las fronteras. Como dice T. Arranz (13): «Todas las ganancias que le proporcionaba su Manicomio a éste volvían y revertían, bien con nuevas edificaciones o mejoras en las antiguas, bien, incluso, haciendo participar en lo posible, a sus enfermos de sus beneficios, organizando grandes fiestas y mejorando la alimentación o proporcionándoles toda clase de comodidades o diversiones».

Ya hemos dicho que Pujadas recorrió los puntos de Europa donde la enseñanza de la Psiquiatría había alcanzado niveles más altos: París, Londres, Montpellier, Bruselas, Edimburgo... Ahora tiene oportunidad de llevar a la práctica sus amplios conocimientos, lo que va a hacer desde el primer momento. No sólo se limita a aplicar lo que había aprendido, sino que, como veremos, va a ser un adelantado en algunos aspectos de la asistencia al enfermo mental. Un autor actual, J. Fuster, considera a Pujadas como el precursor del movimiento pro-higiene mental (14).

ETAPA DE ESPLENDOR

Pujadas prepara un establecimiento en el que las condiciones naturales no pueden ser mejores: grandes paseos y jardines, huertos, estanques, etc., que son un marco excelente para el tratamiento moral de los alienados, tan en boga entonces después del impulso dado primero por Pinel y después por Leuret. Además, como tratamiento moral, estaban los juegos de billar, tresillo, damas, etc., bailes, conciertos, asistencia a los oficios religiosos, lecturas, etc. No falta, por supuesto, la terapéutica ocupacional que es considerada como uno de los medios morales más eficaces: «Siendo considerados los ejercicios del cuerpo,

como uno de los más poderosos y eficaces medios para la curación de las enfermedades mentales, acostumbramos a los pensionistas a dedicarse, bajo la dirección de un jardinero y la vigilancia de criados, al cultivo de jardinería y hortaliza, a cuyo efecto está destinado un terreno a propósito dentro de los muros del establecimiento» (15).

Completan el tratamiento la hidroterapia, con «baños contruidos según los mejores sistemas conocidos», y los remedios físicos (vomitivos, purgantes, tónicos y estimulantes, calmante como el opio, etc.).

Junto a todo esto, «en el Instituto Manicómico numerosas divisiones circuidas de galerías y azotea, corredores, patios y plazas, permiten tratar por separado a las diferentes especies de alienados, y de clasificar siempre a los enfermos metódicamente, conforme a su estado mental, circunstancia indispensable a su curación» (16).

En el Reglamento del Instituto, que lleva fecha de mayo de 1954, se puede leer que el servicio facultativo se halla confiado al director y a otro médico que reside constantemente en el establecimiento auxiliados ambos, en caso necesario, por los facultativos del pueblo de San Baudilio que son considerados como «coadyutores» del establecimiento. «El médico Residente está encargado de pasar las visitas a los enfermos dos veces al día, y ordenar todo cuanto convenga al tratamiento físico, moral e higiénico, siguiendo el plan trazado por el médico Director, al que consultará en los casos arduos» (17). Existen tres clases de pensionistas y, como dato curioso, «los pensionistas de primera clase comen en la mesa del Director y capellán cuando su estado lo permite; los de segunda comen en esta mesa una vez a la semana; los de tercera comen en la del mayordomo» (18). Finalmente en el artículo 15 del Reglamento, que se refiere al respeto que deben guardar los empleados a los enfermos, se dice: «Se prohíbe absolutamente amenazar, castigar o maltratar a ningún pensionista: en estos infelices debe respetarse su estado de enfermedad; el que haga lo contrario es inmediatamente despedido del establecimiento» (19).

Pujadas lleva a la práctica para el tratamiento de sus enfermos el método «non restraint», introducido en 1837 por Conolly, médico inglés, y con el que se buscaba la tranquilización del enfermo agitado únicamente con paciencia, bondad, por medio de atenciones, cuidados, confort, limpieza y buen vestido. Si bien es cierto que pone alguna limitación al método como se desprende del dictamen de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona sobre el Manicomio de San Baudilio, al tiempo de su inauguración: «Las camisas de seguridad, la silla de sujeción, las camas con lazos y cerraduras correspondientes y un resorte para incorporación forzosa constituyen todo el aparato de represión, tan propio para dominar como opuesto a crueles tratamientos» (20).

Por el año 1857, escribe Pujadas (21): «Al considerar que el alienado necesita un modo de vivir diferente en cada uno de los diversos períodos por que pasa, nos ha determinado a establecer una casa de convalecientes para ellos, a fin de que llegados a este feliz período, nada haya capaz de afectar su imaginación de una manera fuerte, cuidando de hacerlos entrar de nuevo en el seno de la sociedad, lenta y gradualmente, a medida que la masa cerebral va reponiendo y consolidando lo que había perdido. Así pues, los convalecientes son trasladados desde el Manicomio de «Sant Boy» a nuestra casa de curación,

establecida en la calle Canuda, número 31: en ella ya no se trata al hombre enfermo, sino al convaleciente; se le acompaña a la iglesia, al café, al teatro, a los paseos públicos; en una palabra, a donde puede convenirle, a juicio del médico, que se halla identificado con la vida física e intelectual del convaleciente».

Esta es una de las ideas que convierte a Pujadas en un aventajado de su tiempo en materia de asistencia psiquiátrica. Precisamente lo que Pujadas hacía entonces con sus enfermos, es hoy un eslabón importante en los modernos planes de asistencia al enfermo mental.

Por eso, no puede resultar extraño que nos diga Pujadas que obtiene el 28 % de curaciones en los enfermos ingresados en su Manicomio (80 en 1859). Años más tarde, en 1872, nos dice que las curaciones obtenidas son el 70 % de los enfermos curables, siendo el número de los albergados de 600.

Que el manicomio de San Baudilio destacaba sobre el resto de los que existían en el país, es algo incuestionable. Pedro Mata en una visita que realiza a San Baudilio el 14 de noviembre de 1858, deja su opinión escrita (22): «Acabo de visitar uno de esos establecimientos, y me alegro de haberlo visto porque así rectificaré algún error que había cometido en mis lecciones, afirmando que en España no había manicomios tales como la actual civilización los demanda a voz en grito. El nombre de don Antonio Pujadas y de cuantos le ayudan en su filantrópica empresa será histórico en los fastos de la beneficencia. Y un autor alemán, Ullersperger, que por aquella época se dedicó a conocer los centros psiquiátricos del país, fruto de lo cual sería un libro muy interesante (23), escribe en el capítulo sobre «Las instituciones privadas en España»: «Según nuestros informes, el reino de España posee ya dos establecimientos particulares; entre ellos, un manicomio modelo, es decir, el manicomio mayor, más extenso, adecuado, sano, bello, generosamente dotado con los más modernos adelantos y, por consiguiente, el más elegante del mundo, el de San Baudilio de Llobregat de Barcelona».

Y como un resumen de lo que venimos diciendo, puede servir este escrito de Pujadas (24), precisamente cuando va a comenzar la decadencia del Instituto: «Los importantísimos a la par que vastos edificios que acabamos de terminar y los extensos patios, jardines, huertos, paseos, lagos, etc., amenizando sus naturales risueñas y salutíferas condiciones, convierten el Instituto en una morada deliciosa que por sus formas exteriores tomaríase por la vivienda de algún potentado, más bien que por un asilo de enfermos y ancianos, que consiente, por lo mismo que en él todo es grandioso, el aislamiento de crecido número de enfermos y su medicación por los tres sistemas, y el que puedan medicarse todas las clases de la sociedad, desde las más encopetadas hasta las menesterosas, pues a todas recibe nuestra grande institución».

PENSAMIENTO PSIQUIATRICO DEL DR. PUJADAS

La formación psiquiátrica de Pujadas, está influenciada por los autores franceses, especialmente Pinel, Esquirol, Parchape, también Guislain y sobre todo Brierre de Boismont, que además fue un gran amigo de nuestro doctor, lo que se comprobaría cuando en el famoso proceso contra

Pujadas y otros dos médicos en el año 1861, por retención ilegal de una enferma en San Baudilio, el psiquiatra francés se desplazó a España para defender a Pujadas, trayendo la representación de la sociedad médico-psicológica de París.

Es ya momento de preguntarse qué es lo que piensa Pujadas de la enfermedad mental y del modo de combatirla. En uno de sus escritos (25), sale al paso de estas preguntas: «Considerada en globo la locura, hallaremos que no es otra cosa que el desorden de nuestras facultades intelectuales: todo cuanto pueda tender a ordenarlas será, pues, un medio curativo. Nosotros nos representamos al desjuiciado como un ser falto de razón, dominado por ideas inconexas, desordenadas y falaces; y en ciertos casos no podemos menos de compararlo a un niño, cuya educación debe confiarse al médico alienista: siendo de advertir que en el niño no tenemos que combatir errores, y sí sólo enseñar lo que nunca ha sabido, al paso que en el alienado nos vemos precisados a luchar constantemente contra inveteradas preocupaciones sostenidas, en los más de los casos, por un estado de ilusión o alucinación constante, producido por la enfermedad, y sostenido por ideas y nociones adquiridas en el estado de salud, las que tergiversa el enfermo, dando pábulo a las mil visiones extrañas que le dominan pervirtiéndole el juicio».

Y continúa diciendo, ahora sobre el tratamiento: «Nada hay tan eficaz para el tratamiento de la enajenación mental, como la poderosa influencia del aislamiento. Aislar a los alienados no es tenerlos encerrados, solitarios o privados de toda comunicación, ni de las ventajas que el hombre puede desear o apetecer; aislar a los desjuiciados, no es más que cambiar su modo de vivir».

Unos años después, hacia 1872, las ideas de Pujadas respecto al tratamiento de los enfermos han terminado de perfilarse (26): «Nuestra profesión de fe médica, tocante al tratamiento de los enajenados es la siguiente: Dada una agrupación sintomatológica, hay que buscar lo que está detrás de ella que es el individuo, porque tenemos la certeza de que así como cada individuo está sano a su manera, cada enfermo lo está también a su manera». «Los métodos o sistemas terapéuticos que se disputan para el tratamiento moral y material de las Vesánias son tres, sin que a la hora ésta pueda decirse cuál de ellos es el mejor, porque todos son buenos».

«Las vesánias no pueden sujetarse a una fórmula general de tratamiento, sino que la fórmula ha de ser concreta y prescrita por cada individuo, tomándose lo bueno de cada sistema». Y acaba afirmando con la seguridad que le acostumbra: «Exentos de pasión y de espíritu de escuela, nos creemos en posesión del mejor criterio para acertar en la terapéutica de los enfermos de todas clases y condiciones que se nos confían».

(Los métodos terapéuticos a que hace referencia Pujadas son, vida de familia y aire libre, claustral y mixto.)

Antes hemos hecho referencia al famoso proceso por retención ilegal de una enferma, que mantuvo a nuestro doctor apartado de su Manicomio durante algunos meses. Tenemos la historia clínica de la enferma (doña Juana Sagrera de Noya), manuscrita por el propio Pujadas, que, además de ser un documento interesante por el famoso incidente, nos da una idea clara —desde la práctica— de la formación médico-psiquiátrica de Pujadas.

La historia es la número 6 (Sección de mujeres), y

después de los datos de filiación y fecha del ingreso (31 de julio de 1861), pasa a hacer un resumen histórico de la enfermedad, en estos términos: «La enferma es de temperamento eminentemente nervioso, idiosincrasia uterina, medianamente robusta de constitución. A consecuencia de un hijo querido se afectó vivamente el espíritu de esta señora y desde luego se manifestó en ella ciertas excentricidades, un odio sin causa fundada por los objetos que le habían sido más queridos, sus facultades intelectuales se exaltaron luego, hubo también depresión de las afectivas; más de una vez tuvo la idea de suicidio. En tal estado, aconsejaron los médicos viajes, vino a Cataluña y pareció haber mejorado, volvió al seno de la familia y tuvo una recidiva al poco tiempo en la que se presentaron luego síntomas de una manía celosa, pues no había motivo fundado, volvieron los médicos a aconsejar a la familia los viajes, entonces se fue a Murcia en donde la exaltación nerviosa y los ataques de naturaleza histérica se hicieron más visibles. Sin embargo, aparecieron alucinaciones pero con la calma y reposo, con el nuevo modo de vivir separada de los objetos y de las causas que hubieran podido producir la enfermedad, mejoró algún tanto, volvió al seno de la familia, mas a los pocos días de haber llegado, volvió a agravarse la enfermedad. Manifestó deseos de separarse de la casa conyugal y últimamente pidió hacer un viaje a la Corte que verificó, pero fue sin resultado beneficioso para su salud; hastiada de estar en la Corte, ella misma volvió a presentarse en el seno de la familia y entonces los facultativos aconsejaron la traslación de la enferma a un manicomio».

«Así se verificó siéndonos confiada en el día de la fecha. Reconociendo que la paciente sufría la enfermedad que hemos clasificado y empezamos a tratarla en consecuencia con la belladona, los antinervinos y el alcanfor en dosis fraccionadas. El ejercicio, los paseos y las labores propias del sexo, fueron los medios morales que empleamos y en la enferma logramos una rebaja general de síntomas. El apetito aumentó, hizo un cambio en su fisonomía, las alucinaciones disminuyeron, la exaltación se calmó algún tanto y cuando pronosticábamos un éxito feliz en la curación de esta señora, por disposición del Excmo. Sr. Gobernador Civil de esta provincia, tuvimos que hacer entrega de la enferma aunque con protesta, en cumplimiento de nuestro deber, en 22 de agosto de 1861».

De esta manera, tan práctica como concreta, tenemos un resumen de sus ideas psiquiátricas. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar algo, que aunque aparentemente sin mucha importancia, da idea del proceder de nuestro doctor.

Se trata de un borrador existente en los archivos del Hospital, también manuscrito por Pujadas, en el que responde a un oficio del juzgado de 1.ª instancia del distrito de San Beltrán, en el que se solicita sea «puesto en libertad» uno de los pacientes albergados en el Manicomio. En el citado borrador contesta Pujadas, con fecha 26 de abril de 1877: «...y como la presente orden de V. I. era de poner en libertad al referido individuo, me hallo en el caso de observar por lo que interesa al prestigio de mi establecimiento y de las Casas de curación en general, que no ha de confundirse, con la privación de libertad, la prudente vigilancia ejercida sobre los enfermos, por especial encargo de sus familiares o de las autoridades que han acordado su ingreso».

En esta breve y clarísima respuesta, se trasluce todo un programa de actuación que Pujadas había llevado a cabo y que ya estaba tocando a su fin.

LA RAZÓN DE LA SINRAZÓN

A un hombre de la vitalidad y entusiasmo de Pujadas, nada le podía pasar inadvertido y he aquí que en febrero de 1865, sale a la luz una revista con el sugestivo título (que podría ponerse en el frontispicio de nuestro pasado psiquiátrico) de «La razón de la sinrazón», dirigida por nuestro doctor y con el siguiente subtítulo: «Revista de medicina e higiene mental redactada, impresa y litografiada por los señores pensionistas del Instituto Manicómico de San Baudilio de Llobregat». Esta sería la primera revista que en nuestra patria aborda temas psiquiátricos.

Solamente aparecerían tres números en esta primera época, porque años más tarde, en 1879, volvería a aparecer con distinto formato, y en la cabecera de la revista aparte del nombre de Pujadas, aparece el de Rodríguez Méndez, su gran amigo, y por entonces co-director del Manicomio.

Repasando las páginas de la revista —que son todo un testimonio de la época—, encontramos detalles interesantes que merecen la pena ser señalados. Así en el número 1, aparece una nota al final de la revista que con el título de «aviso importante», dice: «Deseando que se fomente el estudio en la ciencia mental, el director del Instituto del Llobregat ha dispuesto un pabellón aislado, fuera del recinto del Manicomio, en el que recibirá a los señores

facultativos y personas ilustradas que deseen estudiar la organización del manicomio y prácticamente las enfermedades del espíritu, ofreciéndoles la más esmerada asistencia sin ninguna clase de retribución». Esta idea de Pujadas, se ha visto realizada en los planes modernos de formación del postgraduado. Otro dato más que nos confirma a Pujadas como un adelantado en esta disciplina.

En varios números de «La razón de la sinrazón» (del 39 al 45), aparecen una serie de comentarios del Dr. Rodríguez Méndez sobre la estadística oficial de los manicomios españoles, que por su importancia desde el punto de vista asistencial, vale la pena recoger algunos datos que reflejan el estado de la asistencia psiquiátrica en aquella época (1880-1881) (ver los anexos I, II, III).

Por los datos del primer anexo, resulta que: 1. El Manicomio de San Baudilio tiene más enfermos que cualquiera otro de todos los de España, sean generales, provinciales o particulares. 2. Que dicho Manicomio posee, solo, más del doble de enfermos que los otros seis particulares reunidos.

Con los datos del segundo anexo resulta: 1. Los establecimientos particulares tienen mayor extensión superficial que todos los oficiales. 2. Que sólo el de San Baudilio tiene casi igual extensión que todos los últimos. 3. Que la superficie métrica que corresponde a cada acogido, es infinitamente mayor en los manicomios particulares.

Respecto al tercer anexo, Rodríguez Méndez aclara (27): «Hay que advertir que la palabra «mixta» con relación a la dieta, no sólo representa el empleo de alimentos vegetales y animales, sino también el uso alternativo de estos mismos con el objeto de obtener mayor variedad. Como es

ANEXO I

NOMBRE DEL MANICOMIO	RESIDENCIA Pueblo	Provincia	Carácter	Clase	Número de enfermos
Instituto Manicómico de San Baudilio de Llobregat	San Baudilio de Ll.	Barcelona	Particular	Mixto	625
Casa de Orden	Valladolid	Valladolid	Provincial	Mixto	463
Hospital de dementes del ex Convento de Jesús	Valencia	Valencia	Provincial	Mixto	459
Hospital de Nuestra Señora de Gracia	Zaragoza	Zaragoza	Provincial	Mixto	398
Manicomio del Hospital de Santa Cruz	Barcelona	Barcelona	Patronato	Mixto	313
Casa de dementes de Santa Isabel	Leganés	Madrid	Del estado	Mixto	197
Casa de dementes	Cádiz	Cádiz	Provincial	Mixto	169
Casa Real	Granada	Granada	Provincial	Mixto	166
Manicomio de Nuestra Señora del Carmen	Mérida	Badajoz	Provincial	Mixto	112
Instituto Frenopático	Las Corts de Sarriá	Barcelona	Particular	Mixto	106
Manicomio de Nueva Belén	San Gervasio de C.	Barcelona	Particular	Mixto	102
Casa Principal de Beneficencia	Teruel	Teruel	Provincial	Mixto	90
Hospital de las cinco llagas (vulgo de la Sangre)	Sevilla	Sevilla	Provincial	Mixto	73
Hospital de dementes	Salamanca	Salamanca	Provincial	Mixto	65
Hospital Civil	Palma	Baleares	Provincial	Mixto	60
Hospital de Santa Catalina	Gerona	Gerona	Provincial	Mixto	53
Hospital de San Juan de Dios	Murcia	Murcia	Provincial	Mixto	53
Hospital de Inocentes (vulgo Nuncio)	Toledo	Toledo	Provincial	Mixto	52
Hospital de Agudos	Córdoba	Córdoba	Provincial	Mixto	48
Hospital Provincial	Oviedo	Oviedo	Provincial	Mixto	44
Manicomio del Dr. Esquerdo	Carabanchel Alto	Madrid	Particular	Mixto	40
Hospital Nuestra Señora de los Angeles	Málaga	Málaga	Provincial	Mixto	35
Manicomio de San Rafael	Valladolid	Valladolid	Particular	Mixto	27
Manicomio de los Hermanos de San Juan de Dios	Ciempozuelos	Madrid	Particular	Varones	25
Torre Lunática	Lloret de Mar	Gerona	Particular	Mixto	10
Hospital Provincial	Soria	Soria	Provincial	Mixto	5

natural los enfermos pensionistas deben tener una alimentación arreglada a las condiciones del contrato. Los costeados por las Diputaciones, etc., exceptuando algún caso que señalado con la palabra «escasa», consumen una cantidad suficiente y aun abundante, y si bien se da la preferencia a las sustancias vegetales, hay Establecimiento que da diariamente alimentos del reino animal».

«En el plan curativo, la voz «mixto» indica el empleo de todos los recursos higiénicos y farmacológicos empleados, según las circunstancias del enfermo y de la enfermedad. Pero bueno es consignar que si bien, se dice, que en algún manicomio, no se usa la hidroterapia, porque no se cree indicada, en cambio en la gran mayoría se emplea y con profusión, así como los demás agentes de la materia higiénica y de la materia médico-física, de preferencia a todos los fármacos. En esto, con gran razón, seguimos las huellas de nuestros antecesores y compatriotas, quienes, y no me dejo llevar por un patriotismo que en la esencia desconozco, sentaron sólidamente las bases de la terapéutica higiénico-moral, y fueron los grandes maestros de las reformas emprendidas por este lado en el extranjero».

En diferentes números de «La razón de la sinrazón», aparecieron una serie de trabajos firmados por Pujadas, bajo el título todos ellos de «La responsabilidad criminal de los alienados». Era éste un tema que le preocupaba bastante, ya que en otra obrita («Estados analíticos de las enfermedades mentales. Tentativa»), dice que lo que pretende es una guía de juriconsultos, canonistas y médicos; destaca los abusos que se cometen por no conocer nada de materia alienística y, concluye, «de este modo se podrá

conocer muchos estados patológicos de criminales que quieren pasar por locos».

ETAPA DE DECADENCIA

La empresa descomunal llevada a cabo por Pujadas, va a hundirse en pocos años. El motivo de este cambio inusitado, cuando hasta entonces, 1870, todo había sido éxito y prosperidad en la vida del Instituto, nos lo refiere Rodríguez Méndez (28): «De número uno hubiera muerto Pujadas a no ocurrírsele una idea que le precipitó en el abismo. Esta idea fue recibir e instar el ingreso en su Manicomio de locos a cargo de las Diputaciones provinciales». A partir de 1871, se inicia la llegada de enfermos, apareciendo un primer grupo de 61 procedentes del Manicomio de Leganés. Y continúa Rodríguez Méndez: «La inundación de enfermos pobres invadió el Manicomio. Con ella se inició la no llegada de pensionistas y la retirada de algunos de los que había. Con ella empezó a aumentar la mortalidad, que llegó a veces a verdadera mortandad, que no podía ocurrir otra cosa, dada la situación de los enfermos y lo horrible de un largo viaje: de todos los puntos de la nación. Con ella, porque no es posible otra cosa, se redujo al mínimo la cifra de curaciones. Con ella empezó el descrédito, fomentado por la calumnia. Con ella empezó a desmoronarse la obra tan bien construida».

La situación llegó a tal extremo que Pujadas decide vender el Establecimiento. Así comienza las gestiones para ello y el 13 de julio de 1877 escribe al P. Benito Menni, restaurador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

ANEXO II

NOMBRE DEL MANICOMIO	Extensión superficial (m ²)	Superficie métrica por acogido (m)	Estado de conservación del edificio	Sus condiciones
Instituto Manicómico de San Baudilio de Llobregat	98.000	176,—	Perfecto	Buenas
Casa de Cordon (Valladolid)	16.200	36,24	Bueno	Medianas
Hosp. dementes del ex Conv. de Jesús (Valencia)	18.900	41,50	Bueno	Medianas
Hospital de Ntra. Sra. de Gracia (Zaragoza)	5.778	26,—	Bueno	Malas
Hospital de Santa Cruz (Barcelona)	No consta	No consta	Bueno	Malas
Casa de dementes de Sta. Isabel (Leganés)	15.766	74,—	Regular	Regulares
Casa de dementes de Cádiz	9.282	22,325	Bueno	Buenas
Casa Real (Granada)	1.148	23,22	Mediano	Medianas
Manicomio de Ntra. Sra. del Carmen (Mérida)	9.761	91,229	Perfecto	Medianas
Instituto Frenopático	No consta	No consta	Bueno	Buenas
Manicomio de Nueva Belén	50.000	530,—	Perfecto	Buenas
Casa provincial de Beneficencia de Teruel	4.088	49,—	Bueno	Buenas
Hospital de las Cinco Llagas (Sevilla)	6.984	98,—	No consta	Malas
Hospital de dementes de Salamanca	4.352	65,—	Bueno	Malas
Hospital Civil de Palma (1)	4.352	65,—	Bueno	Malas
Hospital de Santa Catalina (Gerona) (1)	4.352	65,—	Bueno	Malas
Hospital de San Juan de Dios (Murcia)	No consta	No consta	Regular	Malas
Hospital de Inocentes (Toledo)	No consta	No consta	Malo	Malas
Hospital de Agudos (Córdoba)	No consta	No consta	No consta	No constan
Hospital Provincial de Oviedo	658	18,30	Malo	Malas (2)
Manicomio del Dr. Esquerdo	No consta	No consta	No consta	No constan
Hospital de Ntra. Sra. de los Angeles (Málaga)	10.924	242,77	Regular	Buenas
Manicomio de San Rafael (Valladolid)	No consta	No consta	Bueno	Buenas
Manicomio de los Hnos. de San Juan de Dios	No consta	No consta	No consta	No constan
Torre Lunática	8.500	850,—	Bueno	Buenas
Hospital provincial (Soria)	No consta	No consta	No consta	No constan

en España, proponiéndole la cesión del Instituto Manicómico. El P. Menni contesta primero diciéndole que lo meditaría seriamente y en una segunda carta responde que «de momento no era posible entablar la negociación de compra» (29).

En vista del fracaso de estas gestiones, Pujadas decide entregar el Manicomio al Gobernador Civil, pensando que la máxima autoridad provincial aceptaría esta responsabilidad; pero de nuevo recibe una respuesta negativa.

A pesar de todo, se trata de dar una apariencia de normalidad en el Instituto. R. Méndez, a través de las páginas de «La razón de la sinrazón», sale al paso de las calumnias vertidas por la opinión pública sobre el Establecimiento, e invita a las personas interesadas a que lo visiten: «Visitando el Establecimiento es como se puede formar un concepto acabado de lo que pasa de puertas

adentro, desde puertas afuera, el amigo que adula o el envidioso que muerde, ni dicen ni saben decir la verdad» (30).

Abatido el ánimo de Pujadas por tantas desventuras, cayó en un estado de melancolía, acompañado de delirio alucinatorio, con fugas, temores, sitiofobia, y hasta tentativas de suicidio. Iniciada la enfermedad a principio de 1881, transcurren lentamente las semanas con ligeras intermisiones, pero la inapetencia, el insomnio y el desaliento le hacían sentirse agotado. En sus momentos de lucidez aún quería asegurar el porvenir del Manicomio, pero hubo de ceder la administración a sus acreedores en fecha 19 de abril del mismo año. Nueve días después, el 28, un derrame sanguíneo que afectó la base del encéfalo, acabó, con la muerte, todos sus sufrimientos.

En «La razón de la sinrazón», de fecha 1 de mayo de

ANEXO III

NOMBRE DEL MANICOMIO	Dieta	Plan curativo	Número y clase de ocupación de los acogidos que trabajan
Instituto Manicómico de S. Baudilio de Ll.	Mixta	Mixto	94 en labores de la casa, 35 en aseo y limpieza, 62 en agricultura y 139 en profesiones y artes liberales.
Casa de Cordon (Valladolid)	Mixta	Mixto, pero incom.	Número indeterminado en labores de la casa, aseo y limpieza.
Hospital de dementes del ex Conv. de Jesús	Mixta	Mixto	50 en aseo y limpieza
Hospital de Ntra. Sra. de Gracia (Zaragoza)	No consta	Mixto, pero incom.	64 en labores de la casa, 62 en aseo y limpieza, 45 en agricultura, 32 en profesiones y artes liberales.
Hospital de Santa Cruz (Barcelona)	Mixta	Mixto	12 en labores de la casa, 8 en profesiones y artes liberales y varias en aseos y limpieza.
Casa de dementes de Sta. Isabel (Leganés)	Mixta	Mixto	Número indeterminado en trabajos domésticos y agricultura.
Casa de dementes de Cádiz	Mixta	Tónico reconstitu.	16 en labores de casa, 9 en aseo y limpieza, 20 en agricultura y 24 en profesiones liberales.
Casa Real (Granada)	Mixta	Mixto	No trabajan.
Manicomio Ntra. Sra. del Carmen (Mérida)	Mixta	Mixto	9 en aseo y limpieza, y 6 en agricultura.
Instituto Frenopático	Mixta	Mixto	No se ocupan en nada.
Manicomio de Nueva Belén	Mixta	Mixto	13 en labores de la casa, 4 en agricultura, 9 en profesiones y artes liberales.
Casa provincial de Beneficencia (Teruel)	Mixta	Mixto	12 en agricultura.
Hospital de las Cinco Llagas (Sevilla)	Mixta	Mixto	No trabajan.
Hospital de dementes de Salamanca	Mixta	Mixto	27 en labores de la casa.
Hospital Civil de Palma (1)	Mixta	Mixto	27 en labores de la casa.
Hospital de Sta. Catalina (Gerona) (1)	Mixta	Mixto	27 en labores de la casa.
Hospital de San Juan de Dios (Murcia)	No consta	No consta	11 en aseo y limpieza.
Hospital de Inocentes (Toledo)	Mixta	Mixto	No trabajan.
Hospital de Agudos (Córdoba)	Mixta	Mixto	No trabajan.
Hospital Provincial de Oviedo	Mixta	Mixto	6 en agricultura.
Manicomio del Dr. Esquerdo	No consta	No consta	No consta.
Hospital Ntra. Sra. de los Angeles (Málaga)	Mixta y escasa	Mixto	Número indeterminado en trabajos domésticos.
Manicomio de San Rafael (Valladolid)	Mixta	Mixto	Número indeterminado en agricultura, profesiones y artes liberales.
Manicomio de los Hnos. de San Juan de Dios	No consta	No consta	No trabajan.
Torre Lunática	Mixta	Mixto	No trabajan.
Hospital provincial (Soria) (2)	Mixta	Mixto	No trabajan.

(1) Los enfermos se trasladan al Manicomio de San Baudilio.

(2) Los enfermos son trasladados a otros manicomios.

1881, aparece la esquila mortuoria de Pujadas, con unas sentidas y sobre todo sinceras palabras de su gran amigo Rodríguez Méndez. A continuación, el mismo R. Méndez, dice que «gracias a la intervención de respetables personas, la cuestión financiera está completamente asegurada y sin gravamen alguno, habiéndose dotado con holgura el Establecimiento de todos los medios necesarios para que no sufran en lo más pequeño los desgraciados vesánicos».

La Dirección es ocupada interinamente por el Dr. Baudilio Net, que durante largos años había sido Vicedirector. El Dr. Rodríguez Méndez sigue vinculado al Manicomio en calidad de médico consultor.

Sin embargo, aparece una comunicación a las Diputaciones provinciales, de la Comisión ejecutiva del Manicomio, que se hace pública en «La razón de la sinrazón» (1 de junio de 1881), en la que entre otras cosas se dice: «Consignemos ante todo, que nos parece escaso el personal facultativo existente, y que por lo mismo se ha de aumentar en grandes proporciones, dotándole a la par de una manera que esté en relación con la trascendencia del cargo, y que sea capaz de despertar un vivísimo interés por el Establecimiento».

Esta Comisión ofrece el cargo de Director al Dr. Rodríguez Méndez por «su posición independiente, el honroso cometido que se le confiere en las regiones oficiales, y el conocimiento que tiene de las prácticas hospitalarias». Confirma, además, en su cargo al Vicedirector y con respecto al «personal de otra índole», aclara que no habiendo en España enseñanzas oportunas para esta clase de profesión, han de aprender ejerciendo, no obstante, «tal vez nos resolvamos a plantear una Escuela de enfermeros y enfermeras, propias para los manicomios, ya que la numerosa población de San Baudilio se presta para una buena práctica».

En esta ocasión la Comisión —siguiendo el ejemplo de Pujadas— se había adelantado en muchos años (al menos en teoría), a lo que debía ser el moderno Hospital psiquiátrico.

MOMENTOS CRÍTICOS Y NUEVO RESURGIR

Es en este tiempo, segunda mitad del siglo XIX, cuando se alcanzan los niveles más altos de asistencia psiquiátrica en Cataluña, único sitio de la nación donde tiene cierta envergadura la reforma asistencial. De «Renacimiento psiquiátrico de Cataluña», califica Fuster (31), a este período preñado de fervor fundacional. Así, en 1844, se funda en Lloret de Mar la llamada Torre Lunática por Francisco Campderá (1793-1862); en 1857 se crea el Manicomio de Nueva Belén, que va a conseguir un notable prestigio con Giné y Partagás (1836-1911), que años más tarde sería el director del mismo. Giné destaca como gran maestro de la psiquiatría; a su lado se forman discípulos que alcanzarán después gran prestigio, como Galcerán Granés y Rodríguez-Morini, ambos estrechamente vinculados a la futura marcha del Manicomio de San Baudilio, pues durante largos períodos ocuparán la dirección del mismo.

Y continúan las fundaciones, en 1865, Tomás Dolsa (1818-1911) y Pablo Llorach (1839-1890), fundan en las Corts de Sarriá un establecimiento al que dieron el nombre de Instituto Frenopático. Como dice Espinosa (32), la creación de estos establecimientos privados permitió que

se formaran nuevas generaciones de médicos, lo que no era factible tanto en los establecimientos públicos como en la Universidad, con lo que a ellos se debe la formación de los cimientos de la psiquiatría, no ya catalana, sino española.

Pero volvamos a nuestro Manicomio. Su marcha va a ser distinta de la que en un principio había planeado la Comisión Ejecutiva. Los propósitos que había hecho —en la comunicación a las Diputaciones— tan clarividentes como difíciles de conseguir (como el futuro se encargaría de demostrar), no se llevan a cabo. El inmediato futuro del Manicomio está amenazado por los múltiples acreedores que ha dejado el difunto Pujadas. Los mismos que un día dejaron «sin pan» (en expresión de R. Méndez) a los enfermos, ahora paralizan todo intento de reforma y de mejora asistencial.

SITUACIÓN CRÍTICA. EPIDEMIA DE CÓLERA

Así las cosas, el 11 de febrero de 1882, Rodríguez Méndez da a conocer a la opinión pública su dimisión como Director por diferencias de criterios con la Comisión Ejecutiva de acreedores. En la misma nota (33) señala el propósito que le ha llevado durante el tiempo que ocupó el cargo, «mantener la vida íntima del Manicomio sobre las únicas bases posibles en esta clase de Establecimientos: la moralidad y la ciencia». La publicación que comenta el escrito de Rodríguez Méndez espera que «el sentimiento de humanidad se sobreponga a las naturales aspiraciones del capital de los numerosos acreedores del difunto Dr. Pujadas».

A partir del mes de marzo del mismo año ocupa el cargo de Director el Dr. Caballero, que no supo imponer su autoridad sobre los miembros de la Comisión.

El Manicomio estaba manejado por personas que eran totalmente ajenas a la Psiquiatría, por lo que no es raro que se llegara a una situación calamitosa que tuvo su fatal desenlace en los últimos días de septiembre de 1885, cuando se declaraba una epidemia de cólera en el Establecimiento.

Según nos cuenta P. Marcet (34): «El día 4 de octubre, habían sido contagiadas once mujeres, por lo cual el Dr. Caballero expresó a la Junta Administrativa, la necesidad de dar parte a las Autoridades de lo que ocurría, sin embargo no se dio conocimiento de ello al Sr. Gobernador, hasta al cabo de cinco días. El día 8 se personó la primera autoridad de la provincia en San Baudilio, no encontrando allí ningún individuo de la Junta, y al volver al día siguiente y no encontrar tampoco a ninguno de ellos, a pesar de haberles anunciado su visita con 24 horas de anticipación, impuso una multa de 500 ptas. al presidente, destituyendo, además, a toda la Junta».

«El día 10 por la mañana, la Comisión nombrada por la Junta provincial de Sanidad, junto con los diputados provinciales del distrito, se trasladaron a San Baudilio, celebrando una reunión con la Junta local de Sanidad, acordándose la adopción inmediata de enérgicas medidas. El día 11 tuvo lugar una reunión general de acreedores, nombrándose una nueva Junta, la cual estaba formada por personas de grandes posibilidades económicas, quienes en pocos días pasaron a ser dueños del Manicomio, pues pagaron todos los créditos, deshaciéndose así de un enjam-

bre de pequeños acreedores que eran la rémora en todos los asuntos que se ventilaban, lo mismo directivos que administrativos».

«El día 12, poco rato después de haber llegado el delegado del Gobernador, su médico asesor y dos practicantes de Farmacia, preparados todos ellos para permanecer en la Casa mientras lo exigieran las circunstancias, se presentaron los individuos de la Junta administrativa nueva, celebrando al instante con ellos una conferencia. Dos días se emplearon para trazar, con todo detalle, el plan que en breve espacio de tiempo, pondría fin a aquel desastre. Uno de los asuntos más importantes fue el traslado de los 310 alienados que reunían mejores condiciones sanitarias, a la finca denominada Can Soler, propiedad de don Eusebio Güell, distante poco más de un kilómetro del Establecimiento, en cuya casa fueron trasladados el día 14, y al cuidado de los cuales se destinó el Dr. Polo, ayudado por cuatro Hermanas Concepcionistas, quedándose en el Manicomio para el tratamiento de los coléricos y enfermos graves, los Drs. Caballero, Bertrán, Net, Balaguer y Llinás».

«Pocos días bastaron para sofocar la epidemia, pues el último contagiado lo fue el día 22, habiendo muerto en el período de tres semanas 90 personas. La intervención gubernativa del Manicomio cesó el día 12 de noviembre. En uno de los días que mediaron entre el último caso de cólera y el cese de la intervención gubernativa, el Dr. Caballero presentó la dimisión de su cargo, no siéndole admitida ésta de momento».

EL DR. GALCERÁN

A los pocos días del cese de la intervención gubernativa pasó a ocupar el cargo de director el Dr. Arturo Galcerán Granés. Era quizás el hombre adecuado en este momento crítico para el Manicomio. Como ya hemos dicho su formación científica la adquirió al lado de Giné y Partagás, y por entonces su nombre era bastante conocido por sus trabajos en la Revista Frenopática Barcelonesa (órgano científico del Manicomio Nueva Belén).

En este mismo año, el 19 de mayo de 1885, aparece el real decreto sobre Manicomios que es ardorosamente combatido por los psiquiatras de los manicomios particulares, por sus incongruencias respecto a la admisión de enfermos (a partir de entonces aparte del certificado médico, será preciso un informe del Alcalde para ingresar y la formación de un expediente judicial por la familia, cuando el enfermo ingrese en el Establecimiento, al objeto de decretar la reclusión definitiva).

Galcerán ataca duramente al decreto y a su autor para el que «los locos no son enfermos, sino cosas, que no necesitan medicación ni cuidados científicos, o todo lo más seres dañinos, especie de fieras que lo que importa es tenerlas encerradas para seguridad de los que nos consideramos sanos...» (35). Esto nos da una idea del pensamiento del nuevo Director.

El Manicomio de San Baudilio va a conocer con Galcerán las reformas que desde hacía años ansiaba. Las ideas del nuevo Director sobre organización de la asistencia al enfermo mental se ponen en marcha rápidamente. Lo que piensa Galcerán de cómo debe ser un Manicomio, lo refiere en uno de sus escritos (36): «La especialidad en la construcción de un manicomio desciende hasta los más

mínimos detalles. Cada departamento y cada edificio debe estar separado del que le sigue por parterres o por patios extensos, por lo menos en un doble de la altura de aquél, al objeto de asegurar la conveniente aireación; los techos de las habitaciones han de ser lisos o abovedados; cerrado el ojo de las escaleras por telas metálicas, para evitar los suicidios; distribuida la calefacción, ventilación y alumbrado por medio de adecuados aparatos que reúnan la doble ventaja de cumplir su objeto con sencillez y seguridad; suprimidas las rejas y sustituidas por vistosos balcones, ingeniosamente contruidos, al objeto de hermanar la seguridad y la estética; anuladas por completo las celdas de reclusión y los medios subjetivos para evitar abusos; montados, según los más recientes adelantos, los talleres de artes y oficios para la educación de ciertos orates...».

Galcerán es un ferviente partidario del «non restraint system», que desde el primer momento tratará de implantar en la asistencia al enfermo. En la obra anteriormente citada, aborda esta cuestión (37): «El funcionalismo del Manicomio de San Baudilio, al igual que sus condiciones materiales, responde a las exigencias de la ciencia contemporánea. El régimen que en él impera de una manera absoluta es el régimen de libertad. Podemos decirlo muy alto: en este punto hoy el Instituto de San Baudilio compite con los mejores de Europa y en él, absolutamente, no existen medios de permanente reclusión. En vez de los aparatos de fuerza, aseguramos completamente el orden con la suavidad en el trato y el empleo racional de los medios curativos».

ORGANIZACIÓN DEL MANICOMIO

Las ideas asistenciales del momento giraban en torno a un tema: el aislamiento, que el eminente Esquirol había elevado a la categoría de principio fundamental. Con el aislamiento como punto de referencia, existían diferentes métodos asistenciales; así tenemos el colonial (los principales institutos coloniales existían en Austria —el fundado por el Dr. Barón Mandy— y en Bélgica, la colonia de Gheel), el aislamiento en casa de campo, en casa de salud... El sistema de predilección era el mixto, que reunía las ventajas del aislamiento en casa particular y en manicomio (sin los inconvenientes del exclusivismo particular de cada uno); por lo que había casas anexas al Manicomio, comunicándose entre sí por patios, jardines o paseos y aquellas con la vía pública. El enfermo podía ser atendido al mismo tiempo con los servicios del manicomio y por su propia familia, gozando de la libertad que pudiera tener en su casa y sin darse cuenta en ciertas ocasiones de que su habitación colinda con un establecimiento frenopático. Por último, el otro tipo de aislamiento era el manicomial propiamente dicho.

Galcerán organiza el Manicomio de modo que puede ofrecer todos los modos de asistencia válidos; como se puede leer en el «extracto del reglamento» (38): «Respondiendo a las diversas aplicaciones prácticas del Manicomio, como medio curativo, el de San Baudilio está organizado conforme a las exigencias del sistema colonial, del sistema mixto, del sistema en familia y del sistema claustral, disponiendo a estos efectos de terrenos, casas, departamentos y habitaciones adecuadas».

La división de los enfermos en el Establecimiento se

hacia teniendo en cuenta el sexo, posición social y tipo de enfermedad. Respecto al tipo de enfermedad, existían dos departamentos, uno para cada sexo, cada uno de los cuales se dividía en ocho secciones, a saber:

1.^a Sección: idiotas, imbeciles, cretinos y niños atrasados. 2.^a dementes, clinequesas. 3.^a epilépticos, alcoholizados. 4.^a agitados, destructores, turbulentos. 5.^a tranquilos. 6.^a procesados. 7.^a lúcidos intermitentes. 8.^a convalecientes.

Conviene señalar entre los medios que se empleaban en la asistencia, los de ocupación en un trabajo o en una labor determinada: «Cuanto se diga es poco encomiando la ocupación de los alienados en los manicomios. Constituye uno de los recursos de mayor fuerza del tratamiento moral y a su influjo se obtiene considerable número de curaciones. Y hay más: tal como está organizado el trabajo de los orates en San Baudilio, se convierte para ellos en estímulo poderoso que aviva su afición merced a los resultados inmediatamente útiles que reportan. Parte de lo que ganan se invierte a voluntad, en el mejoramiento de sus condiciones, y la otra se reserva llevando cuenta de sus alcances, que se entregan al individuo a la fecha de su salida. Al frente de cada taller hay en San Baudilio un director y los oficiales necesarios, cuyas personas gozan de integridad mental. A su cuidado están confiados los enfermos y a su cargo tienen la enseñanza de éstos y el señalamiento de los emolumentos a que se hacen acreedores los orates según la calidad y cantidad del trabajo realizado».

«Los talleres que en la actualidad funcionan son: la panadería, la herrería, la carpintería, ebanistería, sastrería, y la zapatería, y recientemente el de fotografía, que es de utilidad suma a título de auxiliar de estudio de las manifestaciones expresivas de las vesanias.»

Otros medios los constituían las secciones de hidroterapia, para utilizar el agua en todos sus estados y temperaturas como medio de curación (baños, inmersiones, duchas y chorros aplicados a altas y bajas temperaturas y en distinta formas y presiones); y las secciones de electroterapia, mediante aparatos electrónicos y electrodinámicos (que actuaban sobre los sistemas nervioso y muscular, en forma de corrientes ascendentes, directas e indirectas, intermitentes y continuas).

El personal facultativo estaba integrado, aparte del médico director, por un médico subdirector, un médico residente, médicos consultores especialistas, médicos auxiliares por si las necesidades del servicio lo exigían, un farmacéutico y practicantes de medicina, cirugía y farmacia. Por esta época el número de enfermos que por término medio había era de 850 aproximadamente.

EL INCIDENTE

Un incidente que merece la pena ser señalado por cuanto nos da idea de un modo inequívoco de la situación asistencial del Manicomio en estos momentos, así como de los «aires» asistenciales que soplaban en otros puntos, nos lo comenta el propio Galcerán (40), quien encontrándose en Madrid el 21 de diciembre de 1877, lee en «El Día» un comunicado de la Comisión de Hacienda de la Diputación de Madrid, que hacía las siguientes consideraciones: «Examinando la relación de los dementes dados de alta y fallecidos en los manicomios de San Baudilio y Ciempozuelos durante los meses transcurridos del año actual, salta a la vista una grandísima e inconcebible desproporción. Mien-

tras en el último de dichos establecimientos han fallecido 90 dementes, y han sido dados de alta por curación o pasar a sus familias 30, en el primero y en igual período de tiempo sólo aparecen tres bajas por fallecimiento y una por curación, siendo así que, habiendo en Ciempozuelos una existencia de 244 asilados y de 90 en San Baudilio, o sea dos y media partes menos, debieran corresponder en proporción a San Baudilio una baja en junto de 48 asilados, en vez de cuatro que aparecen solamente». Y terminaba diciendo la Comisión: «Indiscutible es, pues, que la traslación de los dementes cuya estancia en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat costea la Diputación, a un establecimiento de esta especialidad dentro de nuestra provincia, por ejemplo al de Ciempozuelos, ya que su sostenimiento tanto cuesta a esta Corporación, sería una medida por todos conceptos beneficiosa y merecedora, por tanto, de llevarse a práctica».

Tal razonamiento extrañó tanto a «El Día», que se planteó, seguidamente, lo siguiente: «Ahora bien: o en este párrafo hay una reticencia, que de ser justificada debe convertirse en denuncia ante los tribunales, o a fuerza de trabajar por el Manicomio de Ciempozuelos, se le dirige la acusación más grave que pueda lanzarse contra una Casa de Salud».

Galcerán se dirige rápidamente a la Diputación Provincial de Madrid suplicando que se aclaren los hechos: la sinceridad de las estadísticas de San Baudilio y las condiciones higiénicas de ambos establecimientos. Al mismo tiempo invita a la prensa, a la que ofrece todos los datos posibles, para que ayude al esclarecimiento de la verdad.

Sin embargo, a pesar de la insistencia de Galcerán ante la Diputación para que se nombrara una Comisión que investigara las condiciones de uno y otro establecimientos, transcurre un año siendo el silencio oficial toda la respuesta. Pero un hecho circunstancial, el juicio oral sobre una cómica patraña, «el muerto resucitado», sirvió de pretexto para que gran parte de la prensa (La Epoca, El Imparcial, La Publicidad...), sensibilizada por el asunto de los manicomios, comentara si había muchos «muertos resucitados» en el Manicomio de San Baudilio; lo que produjo tal sensación que la Corporación Provincial —que hasta entonces había relegado al olvido las peticiones de Galcerán—, nombró inmediatamente una Comisión inspectora que aclarase los hechos.

La citada comisión inspectora marchó a San Baudilio prevenida en contra del Establecimiento, a causa de la atmósfera que en contra del mismo había creado la prensa. A la Comisión se unieron representantes de la prensa madrileña, convencidos de encontrar «sapos y culebras» en San Baudilio, según expresión de uno de los redactores de «El Imparcial».

La Comisión —al frente de la cual iba el ilustre frenópata y diputado, Angel Pulido— y los periodistas que la acompañaban, se dedicaron durante dos días a realizar una investigación verdaderamente inquisitorial: revuelven todo el establecimiento, registran todas las dependencias, fiscalizan todos los servicios, inspeccionan todos los libros, registros y documentos y examinan con minuciosa detención a todos los enfermos. Al final de la exhausta visita, comisionados y acompañantes suscriben espontáneamente el siguiente informe que publican diversos periódicos de Barcelona y Madrid: «En la visita practicada en los días de ayer y hoy en este Instituto Manicomio, con el carácter de

delegados unos, de la Excm. Diputación Provincial de Madrid, y otros en representación de la prensa periódica y profesional, han examinado minuciosamente este establecimiento, tanto en detalle como en síntesis, encontrando en él, que responde a las necesidades de la ciencia frenopática moderna, no sólo en la organización del Instituto, sino en la acertada e ilustrada dirección que en él imprime su jefe facultativo don Arturo Galcerán, cuyo espíritu innovador y circunstancias verdaderamente extraordinarias que en él concurren, como especialista en las enfermedades mentales, son segura garantía para que los alienados hallen todos aquellos beneficios que demandan de consuno la humanidad y la ciencia. A realizar el estado próspero en que hoy se encuentra, han contribuido los inteligentes profesores don Celestino Armenter Domench y don Joaquín Martínez Valverde y las Hermanas de San Vicente de Paúl, como asimismo la Junta Administrativa, quien, no escaseando los recursos necesarios, ha elevado este establecimiento a la altura de los más reputados del extranjero».

Sin embargo, no produjo a la Comisión la misma impresión favorable la visita al Manicomio de Ciempozuelos (regentado por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios), como se deduce de la declaración de la misma, comparando ambos manicomios: «Los cuartos fuertes, las argollas de hierro en dos camas (cuando menos), las correas en muchas, y las camisas de fuerza aplicadas con sensible prodigalidad, aun en aquellos impotentes paralíticos que no pueden mover los brazos, han producido en la Comisión, cuando visitaba Ciempozuelos, una impresión de dolor y de tristeza que no había sentido en San Baudilio, donde contemplando centenares y centenares de locos, apenas recuerda haber observado puestas, arriba de media docena de camisas de fuerza. En cambio ha observado, como es lógico que ocurra en condiciones tales, que los agitados eran en número incomparablemente mayor en Ciempozuelos que en San Baudilio».

La conclusión de la Comisión no puede ser más aclaratoria: «La Comisión ha deducido que San Baudilio es un establecimiento que ha venido formándose poco a poco, bajo una dirección científica, con espíritu amplio, con buen sentido arquitectónico y con cierto gusto artístico que conviene mucho en lugar donde ha de residir una población que sufre las tristezas y dolores de la locura; y que Ciempozuelos tiene fundamentalmente una dirección religiosa, un espíritu de sobriedad conventual, ningún gusto artístico y una marcada reminiscencia del antiguo asilo del loco, que precisa cambiar radicalmente, buscando nuevas y más científicas aspiraciones si ha de responder cumplidamente a esos organismos hoy tan bien estudiados, registro de tantas conquistas y materia de tantos y tan obligados perfeccionismos que se llaman manicomios».

Aclarada la confusión y devuelto el prestigio que con justicia merecía San Baudilio, la Comisión de Beneficencia de la Diputación, en su dictamen final, ratifica la buena asistencia de nuestro Manicomio, acordando enviar sus enfermos a San Baudilio, en tanto no se disponga de un manicomio provincial.

AMPLIACIÓN

A partir del año 1891 se decide ampliar el Manicomio con vistas a albergar en el mismo a los enfermos que la

Diputación Provincial de Barcelona tenía en el Instituto Frenopático de las Corts y en la Casa de Caridad. El proyecto es ambicioso, pues se trataba de crear prácticamente otro Manicomio, ya que con el traslado de los nuevos enfermos la población manicomial se iba a duplicar. El Dr. Galcerán formuló un plan de establecimiento frenopático moderno, que aprobado sin discusión por los propietarios del Manicomio y ejecutado sin dilación, acreditó, una vez más a su autor de excelente técnico manicomial, pues si tuvo un gran acierto en la elección del terreno donde habían de levantarse los nuevos pabellones (al lado opuesto del camino de San Pablo de Torrellas), aún lo tuvo mayor en la disposición y situación de éstos, al adoptar el sistema de diseminación, en forma de village (41). Cada pabellón fue concebido y edificado teniendo por norma las necesidades de la clase de enfermos a que estaba destinado.

Por de pronto se construyeron cuatro pabellones (San Agustín, Bto. Juan Grande, Vble. P. Camacho y S. Carlos), que fueron ocupados —a partir de 1893— por hombres agitados y peligrosos y por enfermos crónicos tranquilos y semitranquilos.

Con ello se consiguió descongestionar en primer lugar los antiguos edificios, y establecer por otra parte, agrupaciones más racionales de enfermos, permitiendo, al propio tiempo, una vigilancia más eficaz y una asistencia médica más ordenada.

NUEVA ETAPA: LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Con estos últimos cambios, habiéndose duplicado en los últimos años la extensión de Manicomio y su población que ahora superaba ampliamente la cifra de mil enfermos, y con un merecido prestigio científico, se abre a principios de 1895 una nueva y trascendental etapa en la vida del Manicomio. La Junta Administrativa del mismo, siguiendo el ejemplo del Dr. Pujadas, ofreció en venta el establecimiento al Padre Menni, que desde el año 1867 se encontraba en España, recomenzando la tradicional tarea de la Orden.

El 20 de agosto del mismo año se cierran las negociaciones, pasando a depender el Manicomio, desde este momento, de la Orden Hospitalaria que desde el año 1537 —en que gracias a un hombre, Juan Ciudad Duarte, más tarde santificado y conocido por San Juan de Dios, inflamado de caridad cristiana, fundara un hospital en Granada, sostenido por limosnas y donativos— había mantenido una tradición ininterrumpida de asistencia al enfermo mental, llenando de esta forma y desde entonces «una imperiosa necesidad, que la ineptitud oficial ha dejado sentir en todo tiempo» (42).

EL PADRE MENNI, AL FRENTE

El Padre Menni, que ya tenía experiencia en la materia (había sido Superior en Ciempozuelos cuando el incidente relatado), asume desde el primer momento la dirección del Manicomio.

Reorganiza la distribución de los enfermos, quedando el Establecimiento dividido en dos Secciones: la de mujeres, que ocupa casi todas las dependencias del antiguo Instituto Manicomio, y la de hombres, que se instalan en los cuatro pabellones que se habían construido recientemente. Los enfermos pensionistas y los necesitados de mayor vigilancia y cuidado, ocuparon tres departamentos del antiguo manicomio.

Establece una sola administración para ambas secciones, que dirijan los Hermanos, y confía el cuidado de los hombres a los Hermanos Hospitalarios y el de las mujeres a las Hermanas del Sagrado Corazón (Congregación que el Padre Menni había fundado con anterioridad).

Para el cargo de Director facultativo fue nombrado el prestigioso médico don Juan Heredia, médico cirujano en aquellos momentos del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, que, con seguridad, uniría a su prestigio la total confianza del padre Menni. Junto al director estaban dos médicos, uno para cada sección, que le ayudaban en el desempeño de las funciones asistenciales.

Poco podemos decir, ya que no tenemos datos, en lo que a asistencia al enfermo se refiere, del transcurso de los últimos años del siglo. Es de suponer que se siguieran los mismos principios asistenciales tan sólidamente implantados por Galcerán, ya que durante este período —hasta mediados de 1902— solamente se realizan reformas administrativas, se compran terrenos para ampliar la granja agrícola y se comienza la construcción del pabellón situado en la entrada de la sección de hombres.

LA EPIDEMIA DE ENTERITIS COLIBACILAR Y NUEVO DIRECTOR: EL DR. RODRÍGUEZ MORINI

Si bien es cierto que la llegada de un buen número de Hermanos y Hermanas hospitalarios iba a facilitar la asistencia de los enfermos (mejorando el cuidado y vigilancia de los mismos), no lo es menos que la dotación de médicos del Manicomio es totalmente insuficiente, teniendo en cuenta el aumento tan considerable de la población manicomial en los últimos años. En el año 1900 había en total 1.490 enfermos (767 hombres y 723 mujeres), que tenían que repartirse entre tres médicos, con la considerable proporción de un médico por cada quinientos enfermos (por entonces el criterio científico situaba como proporción correcta la de 200 enfermos por cada médico).

Las consecuencias no tardaron en producirse. Como en tiempos no lejanos en la historia del Manicomio y a pesar de la mejor organización y cuidado en la asistencia actual, nuevamente ocurre un fallo en las condiciones higienico-sanitarias del Establecimiento, con lamentables consecuencias.

Una epidemia de enteritis colibacilar (43) invade la población asilar —solamente en la sección de mujeres—, produciendo gran mortandad entre las enfermas asiladas, y no se atajará hasta que las cifras de defunción son verdaderamente escandalosas.

Entre el año 1900 y hasta mediados de 1902, comienza a elevarse la mortalidad anual en la sección de mujeres, mientras que en la de hombres permanece más o menos constante. Así mientras la mortalidad para los hombres es en este año de 80,83 por 1.000, en las mujeres la propor-

ción es de 103,73 por 1.000. En el año 1901, la mortalidad en las mujeres llega a la aterradora cifra de 203,89 —más de la quinta parte de las asiladas— permaneciendo casi sin variación la cifra de los hombres. En los siete primeros meses de 1902, todavía aumenta la cifra de defunciones en las mujeres hasta 276 por 1.000 (159 mujeres en total, fallecidas).

Durante estos dos años, la prensa, basándose en estos datos y en otros mal interpretados o intencionadamente confundidos, creó la alarma general en la opinión pública, repercutiendo «lo del Manicomio de San Baudilio» (como generalmente se le llamaba) por todos los ámbitos de la Península. Algunas Diputaciones Provinciales, de las que sostenían asilados en el Establecimiento, enviaron comisionados técnicos a inspeccionar el Manicomio y la situación llegó a tal punto que hubo de intervenir la autoridad gubernativa.

Para entonces, el padre Menni había destituido el Cuerpo Médico y, consciente de que la difícil situación que se había creado sólo podía ser resuelta por una persona de capacidad y de elevado prestigio, nombró director facultativo al hombre que reunía estas cualidades: El Dr. Rodríguez Morini, quien a partir del 1 de agosto de 1902 y en compañía de otros médicos (Rius y del Cueto), comenzaron a hacer las gestiones oportunas para detener aquella terrible epidemia. Reorganizan en breve tiempo las enfermerías de mujeres, separando las enfermas infecciosas que estaban confundidas con otras que padecían enfermedades comunes, y diagnostican clínicamente la epidemia, de infección intestinal producida por el bacterium coli commune probablemente, que después se vería confirmado en el análisis bacteriológico de las deyecciones de las enfermas y del agua que consumían, al encontrar la presencia del colibacilo en cantidades considerables.

Aisladas las enfermas y sometidas a un tratamiento adecuado, y por otro lado descubierta la causa de la infección —filtraciones desde un antiguo patio enladrillado, ocupado por las enfermas sucias y agitadas, a un gran depósito o cisterna donde se almacenaba el agua que después se distribuía por todo el departamento—, no tardó en descender la mortalidad, desapareciendo ésta completamente en el mes de octubre del mismo año.

No satisfecho aún Rodríguez Morini con lo realizado, pide consejo a sus maestros y compañeros Rodríguez Méndez y Galcerán —que tan buen conocimiento tenían del Manicomio—, los cuales prepararon un dictamen (44) completísimo de la situación del Manicomio en aquellos momentos, lo que sirve para aclarar los rumores sin fundamento que estaban en el ambiente por un lado, y de otra parte, como guía en el difícil caminar que le esperaba al nuevo director.

No podemos resistir la tentación de transcribir un párrafo del mencionado dictamen, que expresa de una forma tan real como dramática, la situación de los llamados «locos de beneficencia»; «...tramitado el expediente oficial, largo y penoso, son conducidos los vesánicos a depósitos anti-higiénicos, que se denominan casas reales, asilo, manicomio, con menos razón que antelas del cementerio que les cuadra justamente a la inmensa mayoría de ellos...».

«En esos almacenes de razones perdidas y de organismos en bancarrota, sucumben los menos fuertes. Hay una primera resta cuyas proporciones aterran. Los supervivientes, cuando han de ir a San Baudilio y constituyen un

convoy de docenas o de centenares (práctica corriente, pues así resulta el viaje menos dispendioso), son trasladados, y sólo de ellos tratamos, al Manicomio.

»Procedentes muchos de ellos de luengas tierras y no siempre con fáciles comunicaciones, dirigidos y asistidos por escaso personal, alimentados como se puede, tratados forzosamente con uniformidad anticientífica, conducidos en los vehículos más baratos, abundando los ataderos y las camisas de fuerza... así viajan esos pobres enfermos, sucios y desarropados, cubiertos de parásitos, hediondos, desnutridos, sufriendo los rigores del invierno y del verano a través de España, con padecimientos comunes que ya sufrían o que adquieren en el trayecto, si es que no costean todo el litoral en la sentina de un barco o en las bodegas que han servido para el transporte de los animales. Esta peregrinación, más o menos larga, sin médico que proteja ni guíe a tanto desvalido, no es soportable por algunos, y más de una vez hubo muertos por el trayecto.

»Esta es la población que mandan a San Baudilio las Diputaciones contratantes, que creen, sin duda, haber hecho grandes beneficios a sus provincianos con recogerlos, almacenarlos, transportarlos y pagar, cuando pagan, ¡cinco reales diarios!, generalmente, por todo tratamiento y asistencia, desde el inmueble, que se exige sea un palacio, a la mortaja.

»Aparece aquí un negro abismo cubierto por la palabra Beneficencia. ¡Desgraciados los pobres! ¡Más desgraciados los locos pobres!»

El dictamen de Rodríguez Méndez y Galcerán acaba con esta sentencia que tendría que figurar en el primerísimo lugar de toda asistencia psiquiátrica (46): «Aconsejamos a nuestros compañeros, si es que han de menester el consejo, que pongan en primer término al enfermo y después a las conveniencias mercantiles; que procuren favorecer éstas sin lesión de aquél; que en el supuesto, que no esperamos en modo alguno, de resultar divergencias, opten siempre por el vesánico, y que si por evento se vieren cohonestados en la libre evolución de sus atribuciones, abandonen una casa en la que entraron para hacer el bien en momentos luctuosos, y no para prestarse a dañinas aquiescencias o a reprobables abandonos. Y al abandonarla digan pública y solemnemente por qué lo hacen; quizá registrando la historia del Manicomio se encuentre una página en que está consignada esa conducta». La alusión final, hace referencia a la dimisión que bastantes años atrás presentara Rodríguez Méndez por disparidad de criterios con la Junta Administrativa.

Estas últimas palabras representan todo un programa de actuación que, con seguridad, meditaría provechosamente el nuevo director.

Como ha quedado dicho, Rodríguez Morini se formó en Nueva Belén junto a Giné, que fue su maestro. Ya en 1883, con ocasión de un «gran certamen frenopático» —que fue el primer Congreso Español de Psiquiatría—, organizado en Nueva Belén, Rodríguez Morini, fue el secretario del mismo. Cuando ocupa el cargo de Director del Manicomio tiene 39 años y está en un momento de plenitud: se encuentra al frente del manicomio de mayor entidad del país (47). Al frente de San Baudilio, durante todo el primer tercio del siglo xx, Rodríguez Morini va a tener oportunidad de llevar a la práctica sus conocimientos asistenciales, situando al Manicomio en el lugar que por su tradición le correspondía.

No va a ser nada fácil esta tarea, como se deduce de la memoria médica que en el año 1904 es presentada a la Diputación Provincial de Barcelona (48): «...como Médico Director me veo en la precisión de lamentar amargamente el inconcebible retraso con que la Excm. Diputación Provincial de Barcelona atiende el pago de lo acreditado por este establecimiento, comprometiendo acaso en lo porvenir, el estado sanitario del mismo, y perturbando su marcha científica y administrativa...».

«Las nueve décimas partes de los enfermos que ingresan por cuenta de la Diputación de Barcelona y de las demás corporaciones provinciales, padecen afecciones psíquicas crónicas, incurables todos ellos y refractarios a toda clase de medios terapéuticos. A consecuencia de esto, el Manicomio, en los departamentos que albergan enfermos de las diputaciones, deja de ser una casa de curación, para convertirse en un asilo de incurables.»

LA REVISTA FRENOPÁTICA ESPAÑOLA

San Baudilio cuenta con el galardón de ser el primer lugar donde aparece una revista que trata de cuestiones relativas al enfermo mental («La razón de la sinrazón», como ya se dijo). Posteriormente, en el período del Dr. Galcerán, se publicará de 1886 a 1895, una revista psiquiátrica titulada «Boletín del Manicomio de San Baudilio» (de la que no tenemos referencias directas).

Con Rodríguez Morini, se continúa esta tradición, pues precisamente una de sus primeras medidas al hacerse cargo de la dirección fue fundar la Revista Frenopática Española cuyo primer número sale a la luz en enero de 1903, a los cinco meses de comenzar su actividad.

La Revista Frenopática Española, parece recordar a aquella que años antes dirigiera Giné, la Revista Frenopática Barcelonesa y en la que Rodríguez Morini había colaborado asiduamente. Apareció todos los meses durante catorce años, hasta 1916 en que desapareció, según refiere R. Morini, «por motivos económicos dimanantes de la Guerra Europea».

En los comienzos de su aparición, la revista se titulaba «Órgano científico del Manicomio de San Baudilio de Llobregat», figurando como redactores los doctores Rius y Matas, Llinás, Cunill, Net y Cardona y del Cueto, todos ellos vinculados al Manicomio. Entre los colaboradores se encuentran la mayor parte de las personalidades importantes de la psiquiatría española del momento, con la única salvedad de la colaboración de Madrid. Al año siguiente, 1904, la R.F.E. se convirtió en el órgano de todos los manicomios que tenían los Hermanos de San Juan de Dios en España: San Baudilio, Ciempozuelos (Madrid), Santa Agueda (Guipúzcoa) y Palencia.

A través de la revista —en los artículos originales, referencias bibliográficas, referencias clínicas, etc.—, encontramos de forma objetiva la situación asistencial y clínica de la época. La revista era prácticamente el único medio de difusión existente en el país, de los trabajos de nuestros psiquiatras, de ahí su importancia. También existían interesantes aportaciones de autores extranjeros, bien en forma de artículos originales o como referencias a otros trabajos, en particular franceses.

La difusión de la R.F.E. es importante, «había llegado a adquirir gran difusión mundial», dice R. Morini, siendo

reproducidos algunos de sus artículos en países americanos, especialmente Méjico y Argentina.

Durante la primera década del presente siglo, el nivel científico de San Baudilio se encuentra en pleno apogeo, como se observa repasando las páginas de la R.F.E. Los médicos del Manicomio, con su director al frente, participan en los Congresos Internacionales, con trabajos científicos de calidad que les valdrá el reconocimiento internacional. Así, entre 1903 y 1906, participan en los Congresos Internacionales de Medicina celebrados en Madrid y Lisboa y en el Congreso Internacional de Asistencia de los Alienados, celebrado en Milán. En este último Congreso (septiembre de 1906), se adjudicó al Manicomio de San Baudilio el «Gran Diploma de Honor» por los planos y fotografías presentadas en la «Exposición de Establecimientos Frenopáticos», anexa al Congreso, y se nombró, además, al médico-director de San Baudilio, como Delegado del Manicomio, Presidente de Honor del Congreso».

Sin embargo, a pesar de todo, nuevos problemas se acercan.

OTRO INCIDENTE Y SEPARACIÓN ADMINISTRATIVA

El manicomio, desde siempre, ha venido a ser como un apéndice de la sociedad, en donde se almacena lo que nadie quiere, y con una comunicación tan frágil con ésta que las corrientes de cualquier tipo (sociales, culturales, etcétera), apenas llegan a aproximarse a sus dominios. Sin embargo, de cuando en cuando, algún retazo de la sociedad se aproxima y le conmueve, perturbando su orden interno, a veces sin motivo.

Esto último es lo que sucedió durante el año de 1910, cuando durante los primeros meses de este año comienzan a aparecer una serie de artículos en un periódico político de Barcelona en los que, de forma violenta y difamatoria, se denunciaban supuestos abusos cometidos por la Administración del Manicomio en perjuicio de los enfermos asilados en el mismo.

Estos comentarios impresionaron tanto al Presidente de la Diputación de Barcelona —de cuya corporación dependían centenares de enfermos reclusos en el Manicomio—, que el día 20 de agosto del mismo año designó una Comisión de personas técnicas encargadas de hacer una detallada visita de inspección en el Manicomio de San Baudilio, para dar cuenta de la manera como en él se hace el servicio de dementes» (49).

El día 10 de septiembre, la Comisión integrada por los doctores Villa, Coroleu y Ferrer inician las investigaciones que terminarán a mediados de noviembre, haciendo en total dieciséis visitas de tres horas de duración aproximadamente. Hay que señalar que uno de los médicos de la Comisión había pertenecido a la plantilla de médicos del Manicomio y era asiduo colaborador de la R.F.E. Precisamente en el número del mes de marzo de 1911, aparece una «nota de la Dirección» que dice: «Desde este número es dado de baja de la redacción de la R.F.E. el Dr. Wifredo Coroleu, que desde la fundación del periódico, ha colaborado activamente en el mismo. La Dirección de la Revista siente tomar estas medidas, pero las más rudimentarias reglas del eticismo profesional le obligan a ello, por no ser posible que la persona que ha escrito unas virulentas

páginas (que acabamos de leer) en las que calumnia despiadada e inicua al Cuerpo Facultativo del Manicomio de San Baudilio, pueda continuar figurando con dignidad en el periódico dirigido y redactado por los médicos de dicho establecimiento frenopático».

El día 30 de noviembre los miembros de la Comisión entregan una Memoria a la Diputación con el resultado de sus averiguaciones en las visitas al Manicomio. La Memoria no puede resultar más crítica sobre casi todos los aspectos de la asistencia (servicios médicos, alimentación e indumentaria, servicios de limpieza, de vigilancia de los enfermos, etc.), llegando a extremos calumniosos, con «apreciaciones apasionadas y no fundamentadas, insidias malévolas, conceptos injuriosos y frases de dudoso gusto».

Ante estas acusaciones Rodríguez Morini prepara un informe técnico rebatiendo las apreciaciones de los comisionados, que acompañado por otro informe del director administrativo (Fray Emilio Murillo) son dirigidos a la Excm. Diputación Provincial. En este informe dice Rodríguez Morini: «Nosotros nos defenderemos aportando datos científicos y administrativos, fácilmente comprobables; relatando hechos, pasados y presentes, cuyo conocimiento está al alcance de todo el mundo; señalando lo malo, lo bueno, lo mediano, pues de todo hay, que una visita imparcial y sin prejuicios, observa en el Manicomio de San Baudilio; y razonando serenamente nuestra acción técnica en el establecimiento, que podrá ser o no ser acertada, que seguramente acusará imperfecciones debidas a la escasez de nuestra inteligencia y de nuestros conocimientos científicos, pero que está constantemente inspirada en el cumplimiento estricto de los deberes profesionales, avalados por la firmeza de nuestras convicciones y por los dictados de nuestra libérrima conciencia, sin sombras que la oscurezcan y sin ingerencias extrañas que la tuerzan, como falazmente se supone en la Memoria de los señores comisionados» (50).

El impacto de los informes médico y administrativo fue tan contundente ante la Diputación, que no hicieron falta más pruebas para demostrar su veracidad, como así se reconoció en una reunión de dicha Corporación, volviendo el buen nombre y el prestigio al Manicomio.

SEPARACIÓN DE LAS SECCIONES

Desde hacía algún tiempo, se deseaba tanto por parte de las comunidades que administraban el Sanatorio como el Cuerpo Facultativo, la separación completa de ambas secciones. Las razones eran obvias: las funciones —tanto administrativas como médico-asistenciales— se simplificaban al tener que asistir a la mitad aproximadamente cada Sección.

En el año 1913, se lleva a cabo de un modo definitivo la separación de ambas secciones, quedando los dos establecimientos separados y con independencia en todas sus funciones. Se procedió a la delimitación territorial de las dos nuevas entidades, adjudicándose al Manicomio de mujeres todo lo que constituía el antiguo establecimiento fundado por el Dr. Pujadas y al Manicomio de hombres lo que se adquirió y edificó con posterioridad a 1890, quedando separadas las dos Casas por una calle del pueblo de San Baudilio.

Como ya se ha dicho, el Cuerpo Facultativo era distinto

en cada establecimiento, a partir de la separación, aunque el Dr. Rodríguez Morini fue director para ambos centros hasta su retirada del cargo en 1930.

Al efectuarse la separación, fue necesario crear en el Manicomio de hombres los servicios que eran comunes y que habían quedado en la sección de mujeres, tales como lavadero, cocina y servicio de abastecimiento de aguas. Junto a esto, empezó también la construcción de nuevos pabellones (nuevo pabellón de clausura y el de San José, para pensionistas), que formaban parte de un plan previsto ya en los primeros años del siglo (51). También se comenzó la construcción de una iglesia, que no quedaría finalizada hasta el año 1929.

ESTABILIDAD

Como de período estable se puede calificar el tiempo que va desde 1915 a 1930. Después del fuerte impulso inicial, era necesario un período de calma, quizá forzado por las mismas circunstancias críticas, que en todos los órdenes de la vida se estaban viviendo.

La panorámica general en la asistencia psiquiátrica continúa siendo extremadamente precaria. Vallejo Nájera en un artículo que titula «El tratamiento de la locura en 1858 y en 1928» (52), comenta lo siguiente: «Los problemas manicomiales de nuestro país en la época isabelina difieren poco de los presentes: personal facultativo y auxiliar escaso y mal remunerado, abandono del enfermo a las fuerzas de la naturaleza, deficiencias de la alimentación, abuso de los medios coercitivos, insuficiencia de las instalaciones hidroterápicas y mal funcionamiento de las existentes, dimanando todo ello de causas que tienen difícil remedio, como son la reducida consignación que destinan las Diputaciones a la asistencia de los locos, y la avaricia y la negligencia de los particulares que explotan manicomios. Los progresos del tratamiento de los enfermos mentales en los manicomios serán debidos en todos los casos a los esfuerzos personales de facultativos conscientes de su deber, que han tenido que luchar con la inercia de los interesados en que no cambie el estado lamentable de la asistencia psiquiátrica española».

A pesar de todo, y con los matices que se quiera, Cataluña puede considerarse una excepción —como ahora mismo se verá—, dentro de esta panorámica general y con ella, San Baudilio.

Por el año 1911 se crea la «Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona», siendo su primer presidente Galcerán y Rodríguez Morini uno de los miembros fundadores. Es una de las primeras sociedades no médico-quirúrgicas de España (53). En 1924, Rodríguez Arias (que más tarde será director de San Baudilio, Mira López y Saforcada inician la «Sociedad española de Neuropsiquiatras», con sede social en Barcelona. Los días 29 y 30 de diciembre de 1924, tiene lugar la reunión preliminar asistiendo a la misma el profesor Emil Kraepelin como invitado. Posteriormente —en la reunión anual de esta sociedad, en 1926— los mismos que inician ésta, proponen la creación de una Liga de Higiene Mental (54), con una serie de secciones que merece la pena citarlas: Propaganda y educación popular. Asistencia médica y protección social de los psicópatas. Legislación. Orientación profesional. Pedagogía. Prevención de la criminalidad, delincuencia y vaga-

bundeo. Lucha contra la toxicomanía, enfermedades venéreas, infecciones, etc.

Volviendo a nuestro Manicomio, el año 1929, Rodríguez Morini publica un trabajo bastante documentado e ilustrado que titula: «El antiguo Manicomio de San Baudilio y el moderno Sanatorio Frenopático Nuestra Señora de Montserrat», cuyo título ya es un exponente del cambio efectuado durante los casi treinta años que estaba al frente del Establecimiento.

En el trabajo encontramos algunos datos asistenciales que merecen ser señalados. «Los enfermos del Sanatorio forman dos grupos distintos, desde el punto de vista social y administrativo: uno de ellos, el menos numeroso está integrado por los pensionistas particulares que están sostenidos por sus familias, y el otro, muchísimo más nutrido, está constituido por los que han sido recluidos por cuenta de la Beneficencia Municipal, Provincial o del Estado. Los dos grupos están separados por completo, así estática como dinámicamente, en edificios independientes, con servidumbre distinta y con paseos y jardines destinados a cada uno de ellos, no teniendo de común nada más que la iglesia, la dirección espiritual y el tratamiento médico que son absolutamente iguales para todos los residentes.»

Los asilados que sostiene la beneficencia pública están distribuidos en diez pabellones, y si bien desde el punto de vista administrativo todos son iguales, pues satisfacen, aproximadamente, la misma pensión, están agrupados médicamente, en diferentes secciones que se ha procurado, al constituir las tengan cierta similitud. Así se ha formado una sección con niños, cualquiera que sea la forma de psicopatía que padezcan; otra está formada por adultos de todas edades, impedidos, valetudinarios y sucios; dos más, muy numerosas, por enfermos crónicos, habitualmente tranquilos; una, muy reducida, por agitados e impulsivos; otra, bastante nutrida, por epilépticos y otra, cuyo número sufre fluctuaciones, por todos aquellos que por sus ideas delirantes pueden llegar a ser peligrosos o que son excesivamente molestos para los demás asilados o que ofrecen tendencia irreductible a la fuga.

«El 60 % de los asilados de beneficencia son enfermos crónicos o agénicos (paralíticos generales, epilépticos, dementes seniles, idiotas, imbéciles), absolutamente incurables que pesan fatalmente sobre las estadísticas demográficas. Así se explica que sean en número tan reducido las altas por curación que se han concedido en este establecimiento desde hace muchos años (de un 3 a un 4 % en el último quinquenio). Se prodigan, en cambio, las salidas temporales (de un 10 a un 15 %) a enfermos notablemente mejorados o con remisión sindrómica, que pueden, sin peligro probable, vivir con sus familias y hasta dedicarse a sus trabajos habituales.»

Al final del mencionado trabajo, Rodríguez Morini dice algo, no sin amargura, que le ha preocupado desde que en 1902 ocupara la dirección: «Los alienados continúan siendo, como antiguamente, los parias de la sociedad española; las leyes que pretenden ampararlos, sirven más bien, para entorpecer su oportuna curación; los manicomios y los sanatorios no pueden admitir ni tratar a los enfermos mentales, con perjuicio para éstos, en el mismo plano de libertad de que gozan otra clase de Centros de curación; y el Estado, las Diputaciones y los Municipios siguen abonando por las estancias de los asilados cantidades que escasamente cubren sus más apremiantes necesidades».

ÚLTIMOS AÑOS

En 1930, Rodríguez Morini cree que ha llegado el momento de su retirada para dar paso a otros médicos jóvenes —como dice en su carta de despedida publicada en la revista «Caridad y ciencia»—, para que nuevos impulsos den al Sanatorio ese espíritu de renovación que constantemente necesita.

Precisamente ocupará el cargo de director su hijo, el Dr. Belarmino Rodríguez Arias, que ya gozaba de gran prestigio científico, y que desde bastantes años antes estaba ligado de algún modo a San Baudilio (desde el año 1910 colaboró asiduamente en la Revista Frenopática Española).

La trayectoria científica de Rodríguez Arias (55), hasta este momento, había sido muy brillante y después lo seguirá siendo: en 1934, se crea la «Societat Catalana de Psiquiatria i Neurologia», que es la continuación de la que se creara en 1911, y Rodríguez Arias es su primer Presidente; también sería el primero en España en ocupar una cátedra de Neurología (en la Universidad Autónoma).

Por estos años, existían como cuatro escuelas dentro de la clínica psiquiátrica. La escuela filosófica que critica las ideas reinantes sobre la radicación de las facultades intelectuales y funciones psíquicas en los procesos nerviosos generales. La escuela psicológica que trata de hallar una relación psicodinámica entre los fenómenos psíquicos normales y patológicos (psicoanálisis, caracterología, fenomenología). La escuela constitucionalista, que se basa en las relaciones encontradas por Kretschmer, entre la figura corporal y el temperamento. Y finalmente la escuela neurológica de gran importancia entonces por los progresos de la histopatología.

Pues bien, a Rodríguez Arias hay que situarlo dentro de esta última escuela —la neurológica—, su línea de pensamiento es claramente organicista.

En el año 1931, se perfeccionaron todos los servicios técnicos, creando otros nuevos «cuya necesidad se dejaba sentir, de forma que a partir de esa fecha no se carece de ningún elemento para fines diagnósticos y tratamientos de las distintas formas de alteraciones psíquicas que se presentan. Funciona un potente aparato de Rayos X, los gabinetes de Otorrinolaringología, dental y oculista; un completo servicio de Cirugía y los laboratorios clínico e histopatológico, con abundante material para la investigación científica» (58).

Las necesidades asistenciales comienzan en esta época, a abrirse paso por otros caminos diferentes al Manicomio. Cuando otros países han recorrido bastante trayecto, en España aún no hemos empezado. Así, un autor, Pedro A. Novillas, a finales de 1931 hace estas consideraciones: «El Manicomio no basta, el problema es más complejo y es precisa una organización de conjunto, con establecimientos muy diferentes y no obstante íntimamente ligados y puestos bajo una dirección única y de carácter médico. Bien es verdad, que como queda dicho, en España, no se ha rebasado la época del manicomio y mientras no se organicen los estudios universitarios de la especialidad, es muy verosímil que sea inútil tratar de perfeccionar estos servicios» (57).

Escasos, muy escasos datos, tenemos del Sanatorio en los confusos y difíciles años treinta. El Dr. Rodríguez Arias dejó la dirección del Sanatorio en julio de 1936 a consecuencia de los desórdenes que también llegaron a San Bau-

dilio. Hasta esta fecha el número de enfermos había ido aumentando, contándose este año la cifra de 1.321. Pero a partir de entonces, por las especiales circunstancias del momento, la carencia de medios materiales, de la alimentación, la falta de higiene, etc., llegaron a crear un estado general de depauperación entre la población asilada, con la consiguiente elevación de la mortalidad, llegando a cifras verdaderamente aterradoras (más de ochocientos en un año). Esto hizo que se redujera muchísimo la población, a pesar de los enfermos que constantemente ingresaban evacuados de otros hospitales.

La etapa de la postguerra es fundamentalmente de reorganización, se salva lo que se puede y se vuelve a empezar. En esta nueva etapa, la dirección pasa al Dr. José Córdoba Rodríguez, que junto a los doctores Soler Martín, Pons Balmes, Juncosa Orga, García Trujillo y Sastre Lafarga, comienzan a realizar la difícil tarea de la reconstrucción sobre las débiles bases que habían quedado en los últimos años.

* * *

Y continúa la lucha para llegar a métodos eficaces de tratamiento de la enfermedad mental. En estos años, tendrán mucho predicamento los métodos biológicos: Insulina, Cardiazol y Electroshock, que son nuevos ensayos con elementos químicos o físicos sobre el sistema nervioso central. Incluso se llega a ensayar un método que se ha puesto de moda en los Estados Unidos: la extirpación de las vesículas seminales (vesiculotomía) en enfermos esquizofrénicos, cuyo resultado es fácil de prever. A veces no se tiene en cuenta que «la moda en psiquiatría ha hecho mucho mal. Evolucionamos de error en error y esto a costa del enfermo. El principio esencial que debe informar la terapéutica, es que las timosis y psicosis no son, en gran parte, cosa distinta que la exageración más o menos pronunciada de los elementos y reacciones psíquicas que todos conocemos; tratémosles como deseáramos ser tratados; ofrezcámosles todo aquello que consideramos necesario para el vivir normal, y así resurgirá la cesación de los conflictos, la consiguiente readaptación al medio colectivo y como corolario la libertad interior» (58).

Mientras tanto, siguen siendo actuales las palabras que Pi i Molist pronunciara, con su habitual retórica, en la inauguración del Manicomio de la Santa Cruz, el 9 de diciembre de 1889: «El alma piadosa se contrista y llora, y el buen patricio se conduele y avergüenza al considerar que España se envanece de haber edificado una cárcel modelo antes que tuviese un manicomio oficial o público de nueva planta. El alma piadosa se contrista y llora, y el buen patricio se conduele y avergüenza al observar que hay en España villas que tienen hipódromo y ciudades con una y hasta dos plazas de toros y carecen de manicomio oficial o público construido de nueva planta, como si, impasibles al mayor infortunio y resabiados del paganismo de nuestros antiguos dominadores, el «panem et circenses» de la plebe fuese todavía fórmula de nuestras aspiraciones y compendio de nuestra bienandanza y contentamiento.

PEDRO ANTÓN FRUCTUOSO
Médico-psiquiatra del Hospital Psiquiátrico
de San Baudilio (Hombres)

OPINIONES DE LOS USUARIOS SOBRE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El estudio tuvo como primer objetivo conocer las opiniones de nuestros usuarios, es decir de los familiares de los pacientes, sobre la asistencia que éstos reciben en el hospital.

El segundo objetivo fue el de producir una acción conducente a un cambio si los datos extraídos del estudio nos decían que algo o que mucho debía ser cambiado.

El tercer objetivo fue «vernos un poco desde fuera» a través de los ojos de aquéllos a quienes atendemos.

ÁMBITO DEL ESTUDIO

El hospital San Juan de Dios de Barcelona es un hospital infantil de 300 camas en el que se atiende a niños y adolescentes de uno y otro sexos desde 0 a 18 años. Existen prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

El estudio se realizó entre los familiares de los pacientes hospitalizados en las plantas dedicadas a cuidados semi-intensivos —5.^a, 6.^a, 7.^a, 8.^a y 9.^a plantas— que cuentan con un total de 149 camas.

Se interrogó a familiares de pacientes hospitalizados en habitaciones individuales y en habitaciones de 4 camas.

MÉTODO UTILIZADO

Se utilizó el método de encuesta por medio de entrevistas a un familiar, generalmente a la madre, o conjuntamente a los padres del paciente. Fueron entrevistas estructuradas sobre la base de un formulario previamente preparado.

El formulario fue redactado sobre un esquema presentado por el Departamento de Enfermería a un grupo de trabajo del que formaban parte: el capellán, un psicólogo, un miembro del Servicio de Trabajo Social, tres miembros del Departamento de Enfermería y un médico.

El formulario consta de una carta de introducción, 11 preguntas y un apartado para sugerencias.

Las dos primeras preguntas recogen datos objetivos (preguntas de hecho): Edad del niño y número de días de estancia. Las preguntas 3 a 10, ambas incluidas, son preguntas de opinión dirigidas a las familias sobre diferentes aspectos de la asistencia recibida (preguntas dicotómicas). La pregunta 11 es estimativa. (Véase el Formulario en Apéndice).

Las entrevistas se realizaron a familiares de pacientes a quienes ya se había dado el alta pero todavía estaban en el hospital puesto que éste parece ser el momento más adecuado para conseguir sinceridad en las respuestas.

Aun cuando las respuestas podían estar contaminadas por la satisfacción de haber recobrado la salud el hijo, se estimó que podría existir menos sinceridad si se realizaba la entrevista durante la estancia que después de haber sido dado de alta el paciente.

POBLACIÓN CONSULTADA

El total de encuestas realizadas fue 172 desglosadas de la siguiente manera: 142 en una primera fase realizada en un período de tres meses y 30 en una segunda fase de verificación realizada en la segunda quincena del mes de octubre.

APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS

En la primera fase los entrevistadores fueron 50 alumnos de la escuela de enfermería del hospital, quienes, previa preparación, realizaron una entrevista cada uno, como trabajo de curso.

Durante el verano una señorita, cuya actividad en el hospital se orientó exclusivamente en esta tarea, realizó 97 encuestas. Esta persona fue preparada para realizar el cometido. Efectuaba un promedio de 8 entrevistas diarias. Mantuvo sus entrevistas durante una época quizás poco propicia ya que durante el verano se produjeron los constantes cambios de personal originados por las vacaciones.

Posteriormente con la finalidad de verificar la fiabi-

lidad de las contestaciones obtenidas —muy positivas en su evaluación de la asistencia recibida— iniciamos una segunda fase o etapa de control mediante una nueva serie de encuestas realizadas esta vez por una alumna de tercer curso de la escuela de asistentes sociales en período de prácticas en el hospital. Se trataba

de una persona preparada para entrevistar y a la que además se instruyó expresamente para el cometido.

Presentamos a continuación los resultados obtenidos separando los resultados de la 1.^a fase y de la 2.^a.

Puede apreciarse la concordancia de datos en ambas fases.

CUADRO DE EDADES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL (1.^a pregunta)

Edades	1. ^a fase		2. ^a fase		Total	
	N.º de niños	%	N.º de niños	%	N.º de niños	%
De 1 día a 30 días	2	1,38	1	3,22	3	1,71
De 31 días a 5 meses y 29 días	9	6,25	5	16,12	14	8
De 6 meses a 11 meses y 29 días	13	9,03	4	12,90	17	9,71
De 12 meses a 24 meses	15	10,41	2	6,45	17	9,71
De 2 a 3 años y 11 meses	32	22,22	6	19,35	38	21,71
De 4 años a 5 años y 11 meses	24	16,66	9	29,03	33	18,85
De 6, 7, 8, 9 años	33	22,91	1	3,22	34	19,42
De 10 a 14 años	10	6,94	3	9,67	13	7,42
De más de 14 años	6	4,16	—	—	6	3,42
TOTAL	144*		31*		175	

* 3 familias tenían 2 niños ingresados.

CUADRO DE ESTANCIAS EN EL HOSPITAL (2.^a pregunta)

Estancias	1. ^a fase		2. ^a fase		Total	
	N.º de estancias	%	N.º de estancias	%	N.º de estancias	%
De 1 día	7	4,92	1	3,33	8	4,65
De 2 a 5 días	69	48,59	10	33,33	79	45,93
De 6 a 10 días	26	18,80	10	33,33	36	20,93
De 11 a 15 días	17	11,97	3	10	20	11,62
De 16 a 20 días	9	6,33	1	3,33	10	5,81
De 21 a 30 días	4	2,81	4	13,33	8	4,65
De 31 días a 3 meses	9	6,33	1	3,33	10	5,81
Más de 3 meses	1	0,70	—	—	1	0,58
TOTAL	142		30		172	

CUADRO DE RESPUESTAS AL CUESTIONARIO. Corresponde a las preguntas 3 a 10

Preguntas	1. ^a fase						2. ^a fase						Total					
	Sí	%	No	%	No con- testan	%	Sí	%	No	%	No con- testan	%	Sí	%	No	%	No con- testan	%
3. ^a	140	98,54	1	0,70	1	0,70	30	100	0	0	170	98,83	1	0,58	1	0,58		
4. ^a	140	98,54	2	1,40	0	0	30	100	0	0	170	98,83	2	1,16	0	0		
5. ^a	124	87,32	15	10,56	3	2,11	25	83,33	5	16,66	149	86,62	20	11,62	3	1,74		
6. ^a	117	82,39	23	16,19	2	1,40	9	30	21	70	126	73,25	44	25,58	2	1,16		
7. ^a	119	83,80	15	9,15	10	7,04	27	90	3	10	146	84,88	16	9,30	10	5,81		
8. ^a	137	96,47	2	1,40	3	2,11	28	93,33	2	6,66	165	95,93	4	2,32	3	1,74		
9. ^a	136	95,77	0	0	6	4,22	30	100	0	0	166	96,51	0	0	6	3,48		
10. ^a	112	78,87	15	10,56	15	10,56	25	83,33	5	16,66	137	79,65	20	11,62	15	8,72		

CUADRO DE RESPUESTAS AL CUESTIONARIO (11.^a pregunta)

Enunciado de la pregunta	1. ^a fase		2. ^a fase		Total	
	N.º de respuestas	%	N.º de respuestas	%	N.º de respuestas	%
¿Cómo clasifican ustedes la atención hospitalaria que han recibido?						
EXCELENTE	81	57,04	11	36,66	92	53,48
BUENA	57	40,14	18	60	75	43,60
REGULAR	4	2,81	1	3,33	5	2,90
MALA	—	—	—	—	—	—
NO CONTESTAN	—	—	—	—	—	—
TOTAL	142		30		172	

OBSERVACIONES A LAS PREGUNTAS

PRIMERA FASE

Los padres expresaron las siguientes observaciones:

Pregunta 4: La atención de día fue buena. Mala por la noche (2). Una queja. Se equivocaron de medicina (1).

Pregunta 5: Si no lo preguntaban, no eran informados (10).

Pregunta 6: No les explicaban (4).

Pregunta 7: Mala, deficiente (6). Mala, insuficiente (1). Revisar el horario de comidas (1). Muy poco amables en el bar (2). Comida de restaurante mala (2).

Pregunta 8: Es incómodo dormir en una silla (4). Cuatro camas en una habitación son demasiadas (1). Poco tiempo para comer los familiares (1).

Pregunta 10: Ninguna explicación del médico (3).

SEGUNDA FASE

Pregunta 3: Todos consideran que han sido muy bien atendidos en admisión. Algunos indican les hicieron esperar mucho en el trámite de hospitalización, si bien lo consideran normal.

Pregunta 4: Todos coinciden que la atención recibida por parte del personal sanitario ha sido excelente. Alguno hace alusión a la colaboración de *no profesionales* que pese a su buena voluntad denotan *inexperiencia*.

Pregunta 5: Falta de información.

Pregunta 6: Un 70 % de los entrevistados indican no haber recibido información sobre las diversas actividades médicas aplicadas al niño, salvo en los casos en que la solicitaron.

Pregunta 8: En general coinciden en que el servicio es frecuente pero que se realiza algo superficialmente. Unos pocos dicen categóricamente que es deficiente.

Pregunta 9: Todos se muestran muy satisfechos por este servicio.

Pregunta 10: La falta de información va asociada, en los casos que afirman no haberla recibido, a estar esperando pruebas complementarias que determinen el diagnóstico.

En el apartado de sugerencias las que han aparecido en la 1.^a fase con mayor insistencia han sido:

— Se quejan de que en las habitaciones de 4 camas el familiar duerme muy mal; ni las sillas ni las hamacas son cómodas.

— Se quejan de las habitaciones de 4. Si hay niños operados, las visitas de unos marean a los otros.

— Se quejan de que no se les hubiera informado de que había sábanas para utilizar por el familiar que dormía en habitación individual.

— Alguna queja respecto al horario de comidas. Si el niño tarda en comer la madre llega tarde al restaurante.

SUGERENCIAS QUE SE REPITEN EN LAS ENCUESTAS DE LA FASE 2.^a

— Que se den más explicaciones a la familia sobre el curso de la enfermedad del niño, si la familia la solicita.

— Que en el post-operatorio se informe sobre el resultado de la intervención y que la visita del cirujano no se demore tantas horas.

— Una mejor regularización de la temperatura ambiente. De día la calefacción funciona a muchos grados y por la noche a pocos.

— Que el precio del servicio de cama del acompañante sea más módico.

— Que en las habitaciones de 4 camas el acompañante pueda descansar mejor.

— Que desde el anuncio del alta hasta su consecución práctica, transcurran menos horas. En algunos casos perjudica a los padres que deben reincorporarse al trabajo.

— Que se informe sobre los servicios de la biblioteca (préstamo gratuito de libros para pacientes y familiares) diferenciándolo del kiosko (venta de libros y revistas), y de que existen máquinas automáticas para servicio de bocadillos y bebidas.

— Recibir información sobre determinados usos, (baño, cama acompañante, etc.).

— Que las habitaciones dispongan de algún juguete para los niños.

— Dotar las ventanas con algún sistema de protección que evite posibles accidentes.

ACTITUDES DE LOS ENTREVISTADOS

Opiniones del entrevistador de la segunda fase

No obstante el esfuerzo realizado para dar a conocer los objetivos de la entrevista y para crear un clima de confianza insistiendo en la reserva que mantendríamos respecto a sus comentarios a la encuesta presentada, los entrevistados en general han mostrado una actitud de colaboración condicionada, optando fácilmente por la conformidad, e incluso adelantando en algunos casos un *sí* a una pregunta parcialmente formulada.

Esto ha hecho aconsejable dedicar a cada encuesta mayor tiempo del que cabía prever, circunstancia que nos permite pensar ahora, con ciertas posibilidades de acierto, que los resultados obtenidos han sido bien elaborados y en consecuencia bastante ajustados a la realidad.

La tónica general es de una gran satisfacción por los cuidados médicos recibidos y, si por una parte es cierto que dicha satisfacción tiende a asociarse a los casos de curación, también se reconoce el esfuerzo y solicitud del personal médico y asistencial cuando todavía no se ha logrado recuperar la salud del niño.

También hay que señalar la impresión o experiencia que viven los entrevistados respecto al positivo contraste respecto a otros centros hospitalarios, haciendo hincapié todos ellos en la facilidad que da el hospital de que algún familiar pueda acompañar de día y noche al niño, circunstancia que todos elogian y comentan.

La mayoría de los interrogados han sido mujeres y en los reducidos casos que ha sido posible encontrar al esposo se ha podido constatar que las contestaciones

han sido más precisas y críticas, tanto en el sentido positivo como negativo.

El nivel cultural e intelectual parece ser un serio condicionante para conseguir la información deseada sobre la evolución del paciente hospitalizado, considerándose la mayoría no autorizados a pedirla o incapacitados para comprender las explicaciones que puedan obtener.

Independientemente del material recogido, la presentación de la encuesta en sí misma ha sido positiva ya que ella nos ha posibilitado un acercamiento a los entrevistados, circunstancia que ha permitido a los menos satisfechos, tener la oportunidad de ser consultados e informados y a los más satisfechos abundar en la certeza, hasta el momento de recibir el alta, de una buena asistencia.

COMENTARIOS GENERALES

A la vista de los resultados de la encuesta se observa:

Pregunta 3: La totalidad de los interrogados (excepto 1) no presentan ninguna queja sobre admisión.

Pregunta 4: La totalidad (excepto 2) considera que fueron bien atendidos por el personal de las plantas.

Pregunta 5: Un 11 % de los entrevistados considera que no fueron suficientemente informados por los médicos sobre la enfermedad del niño.

Pregunta 6: Un 25 % responde que no les explicaron por qué tenían que realizarse ciertas actividades sanitarias.

Pregunta 7: A un 9 % no le pareció bueno el servicio de alimentación.

Pregunta 9: Pocas quejas (sólo 4) respecto al cuidado de la ropa.

Pregunta 10: Un 11 % dice que no les informaron sobre qué cuidados médicos y asistenciales precisaba su hijo al ser dado de alta.

Por tanto, respecto a las preguntas, los porcentajes más elevados de *respuestas negativas* se observan en cuanto a:

— Información sobre actividades como tomar pulso, inyecciones, etc.	25,58
— Información médica deficiente durante la estancia	11,62
— Información en el momento del alta	11,62
— Alimentación	9,30

Por tanto, el área en que aparecen más respuestas negativas es la referente a la información.

Podemos preguntarnos si las familias hubieran detectado una falta de información si no se les hubiera preguntado directamente sobre ello. En cuanto a quejas *espontáneas* (contenidas en las observaciones y sugerencias) se aprecian las siguientes como más destacadas:

- Incomodidad de dormir en sillas.
- Quejas sobre las habitaciones de 4 camas.

CONCLUSIONES

Una abrumadora mayoría de encuestas enjuicia de manera muy positiva la atención recibida en el hospital.

No obstante, hemos de tener en cuenta las limitaciones del estudio («deformación conservadora» originada por las respuestas *sí*; bajo nivel cultural de muchas familias; temor a la autoridad representada por el hospital, etc.) así como algunas limitaciones del formulario (ausencia de datos respecto a los entrevistados, tales como edad, sexo y nivel cultural).

El estudio que presentamos es el primero de este tipo realizado en este hospital (y uno de los escasos realizados en nuestro país) por lo que le concedemos únicamente el valor de ser un primer paso para la realización de otros posteriores que incorporarán la experiencia adquirida ahora.

Esperamos que otros estudios seguirán a éste: no solamente dirigidos a las familias sino a los propios pacientes, concretamente a lo adolescentes hospitalizados.

Algunas de las quejas presentadas por las familias

han originado una acción conducente a subsanar las deficiencias aludidas. Otras deficiencias no se han subsanado todavía. De todos modos creemos que este tipo de sondeos deben repetirse periódicamente.

NOTA

1. Edad del niño.
2. Tiempo que ha estado internado.
3. ¿Les recibieron amablemente en admisión?
4. ¿Fueron bien atendidos por el personal de la planta?
5. Durante su estancia en el hospital, ¿les informaron suficientemente los médicos sobre la enfermedad del niño?
6. ¿Le explicaron los médicos, enfermeras y personal sanitario por qué tenían que realizar ciertas actividades, como tomar la tensión arterial, el pulso, inyecciones, etc.?
7. ¿Les pareció bueno el servicio de alimentación?
8. El servicio de limpieza de la habitación ¿era el adecuado?
9. El cambio de ropa de la cama y la del niño ¿fue hecho con la frecuencia requerida?
10. Al ser dado de alta el niño, ¿les han explicado qué cuidados médicos y asistenciales necesitará su hijo?
11. ¿Cómo calificarían ustedes la atención hospitalaria que han recibido?

C. ESEVERRI, G. RUBIOL y J. BASSETS
Asistentes Sociales

LOS ENFERMOS, ¿UNOS OLVIDADOS?

Nunca como hoy la Iglesia desea unirse al hombre desgraciado, al pobre, a quien está gravado por las condiciones económicas, técnicas y sociales, por los prejuicios culturales o raciales, por las intolerancias políticas. ¿No encontramos aquí la energía del amor de Cristo, que siempre se hizo solidario de los pobres, de los pequeños, de los indefensos?

¿Y los enfermos?

UNA LAGUNA, QUIZÁS, EN NUESTRA SOLIDARIDAD

Tenemos la impresión de que nuestras comunidades cristianas no son suficientemente sensibles con respecto

a la existencia de los enfermos. Tenemos la tendencia, en el período de su enfermedad, a hacer de ellos unos marginados; como si ese período no fuese más que un paréntesis sin importancia en la vida real que es la nuestra, habitualmente. ¿No nos comportamos, acaso, inconscientemente, como los contemporáneos de Jesús que situaban a los enfermos en el ghetto, fuera de la comunidad, mientras que Jesús nunca dejó de acercarse a ellos, tocarlos, unirse a ellos y reincorporarlos en la sociedad?

Indudablemente los enfermos no constituyen una categoría social, sino un estado de transición, como el mundo de la escuela. Se trata, sin embargo, de un verdadero ambiente de vida para el número de los hospitalizados, y la experiencia común de la enferme-

Por tanto, el área en que aparecen más respuestas negativas es la referente a la información.

Podemos preguntarnos si las familias hubieran detectado una falta de información si no se les hubiera preguntado directamente sobre ello. En cuanto a quejas *espontáneas* (contenidas en las observaciones y sugerencias) se aprecian las siguientes como más destacadas:

- Incomodidad de dormir en sillas.
- Quejas sobre las habitaciones de 4 camas.

CONCLUSIONES

Una abrumadora mayoría de encuestas enjuicia de manera muy positiva la atención recibida en el hospital.

No obstante, hemos de tener en cuenta las limitaciones del estudio («deformación conservadora» originada por las respuestas *sí*; bajo nivel cultural de muchas familias; temor a la autoridad representada por el hospital, etc.) así como algunas limitaciones del formulario (ausencia de datos respecto a los entrevistados, tales como edad, sexo y nivel cultural).

El estudio que presentamos es el primero de este tipo realizado en este hospital (y uno de los escasos realizados en nuestro país) por lo que le concedemos únicamente el valor de ser un primer paso para la realización de otros posteriores que incorporarán la experiencia adquirida ahora.

Esperamos que otros estudios seguirán a éste: no solamente dirigidos a las familias sino a los propios pacientes, concretamente a los adolescentes hospitalizados.

Algunas de las quejas presentadas por las familias

han originado una acción conducente a subsanar las deficiencias aludidas. Otras deficiencias no se han subsanado todavía. De todos modos creemos que este tipo de sondeos deben repetirse periódicamente.

NOTA

1. Edad del niño.
2. Tiempo que ha estado internado.
3. ¿Les recibieron amablemente en admisión?
4. ¿Fueron bien atendidos por el personal de la planta?
5. Durante su estancia en el hospital, ¿les informaron suficientemente los médicos sobre la enfermedad del niño?
6. ¿Le explicaron los médicos, enfermeras y personal sanitario por qué tenían que realizar ciertas actividades, como tomar la tensión arterial, el pulso, inyecciones, etc.?
7. ¿Les pareció bueno el servicio de alimentación?
8. El servicio de limpieza de la habitación ¿era el adecuado?
9. El cambio de ropa de la cama y la del niño ¿fue hecho con la frecuencia requerida?
10. Al ser dado de alta el niño, ¿les han explicado qué cuidados médicos y asistenciales necesitará su hijo?
11. ¿Cómo calificarían ustedes la atención hospitalaria que han recibido?

C. ESEVERRI, G. RUBIOL y J. BASSETS
Asistentes Sociales

LOS ENFERMOS, ¿UNOS OLVIDADOS?

Nunca como hoy la Iglesia desea unirse al hombre desgraciado, al pobre, a quien está gravado por las condiciones económicas, técnicas y sociales, por los prejuicios culturales o raciales, por las intolerancias políticas. ¿No encontramos aquí la energía del amor de Cristo, que siempre se hizo solidario de los pobres, de los pequeños, de los indefensos?

¿Y los enfermos?

UNA LAGUNA, QUIZÁS, EN NUESTRA SOLIDARIDAD

Tenemos la impresión de que nuestras comunidades cristianas no son suficientemente sensibles con respecto

a la existencia de los enfermos. Tenemos la tendencia, en el período de su enfermedad, a hacer de ellos unos marginados; como si ese período no fuese más que un paréntesis sin importancia en la vida real que es la nuestra, habitualmente. ¿No nos comportamos, acaso, inconscientemente, como los contemporáneos de Jesús que situaban a los enfermos en el ghetto, fuera de la comunidad, mientras que Jesús nunca dejó de acercarse a ellos, tocarlos, unirse a ellos y reincorporarlos en la sociedad?

Indudablemente los enfermos no constituyen una categoría social, sino un estado de transición, como el mundo de la escuela. Se trata, sin embargo, de un verdadero ambiente de vida para el número de los hospitalizados, y la experiencia común de la enferme-

dad y de la muerte para el conjunto del personal de la asistencia.

Hay que decir también que son poco numerosos los sacerdotes que visitan a los enfermos de su comunidad. La falta de tiempo es uno de los motivos mayores. Se da también el hecho de que la familia no notifica que uno de sus miembros está enfermo. ¿Pero son estos los únicos motivos? ¿No existe también la impresión inconsciente de que la visita a los enfermos huele a una de esas *buenas acciones* superficiales, más o menos fuera de moda, sin una profunda conexión con la evangelización?

Más frecuentemente sucede que el enfermo es dejado a su familia, a los amigos; como si su comunidad fuese sólo el círculo de parientes y amigos. ¿Pero el resto de la comunidad, sacerdotes y seglares, se sienten atañidos? Así se comprueba, como en el caso de otras muchas tareas, que los seglares han dejado en manos de los sacerdotes la solicitud de acudir al lecho del enfermo, como si sólo el sacerdote fuese la Iglesia, como si fuera el único responsable de los enfermos.

¿No se da aquí una laguna en nuestra preocupación de ser solidarios de los necesitados? Nos parece que el proyecto pastoral de la Iglesia de compartir las alegrías, las aspiraciones, las desgracias de todos los hombres, sobre todo de los pobres, y de los que sufren, como Cristo las comparte, implica el que tomemos a nuestro cargo a nuestros hermanos cuando están enfermos.

Este nuestro interés no ha de parecer accesorio, más pequeño, en relación con otros compromisos en los que los cristianos, movidos por el Espíritu, se comprometen en el servicio a sus hermanos.

Nos parece que la cuestión se plantea tanto más, cuanto la Iglesia se revela toda ella ministerial. La preocupación por el hombre, cuando está enfermo, ¿no debería no ser tarea de algunos solamente, sino habitar en todos nosotros?

Los enfermos constituyen una llamada para cada cristiano, si éste quiere acercarse y ver.

LOS ENFERMOS, UNA LLAMADA PARA TODOS

EL ENFERMO, HOMBRE SAQUEADO

La enfermedad es la dislocación de toda la vida del hombre. El sufrimiento se instaura; a veces intolerable. El enfermo entra en una soledad interior dolorosa, puesto que ya no puede compartir con los demás lo que le desgarran. Se siente arrojado del mundo.

Y es verdad; la enfermedad lo arranca de su círculo personal. Para muchos la hospitalización es un exilio, porque les proyecta tal vez a cientos de kilómetros de sus casas. No se verán con frecuencia los rostros de seres queridos. El enfermo está arrojado en una habitación de hospital, extraño entre los demás enfermos, objeto de exámenes y terapias que no comprende. Su

cuerpo se le escapa; igualmente sus horarios y costumbres. Cae en una dependencia más o menos total que, si la enfermedad se agrava, se convierte en humillante y gravosa para él y para los demás.

Es una multitud de sufrimientos la que arremete contra él, todos juntos. El sufrimiento del cuerpo, pero también el del futuro trastornado, de los proyectos anulados, de la incertidumbre de la curación. Sufrimiento de ciertas curas. Sufrimiento por el alejamiento de los familiares y por la duración de ese alejamiento, sin señales de mejoría; por las esperanzas frustradas, por la perspectiva de la muerte, no como una idea vaga, sino como una amenaza que está siempre ahí, dentro de su cuerpo. Sufrimiento por la suerte de los hijos, por el abandono de un padre impotente o muy viejo. Y sufrimientos por las preocupaciones financieras. También por no poder comunicar como antes con los seres queridos, por ser mal comprendido, por ser el *asistido*. Con el sufrimiento de ser inútil, de sentirse incapaz de resolver los problemas que surgen. La enfermedad acumula las pruebas que, normalmente, no se dan todas al mismo tiempo.

¿Somos siempre conscientes de todos estos saqueos en el hombre lacerado por la enfermedad? ¿Ese hombre no nos llama a su lado junto con todos los que sufren junto a él, parientes y amigos?

EL ENFERMO, CAUSA DE MALESTAR

Reconozcámoslo, el enfermo con frecuencia nos crea malestar. Ya no sabemos qué decirle. Sentimos que está haciendo la experiencia de una situación que nosotros no podemos comprender. Nuestras palabras ya no nos parecen adecuadas. Entonces adoptamos una falsa jovialidad, imaginando que sirve de ayuda: ¿para el enfermo o para nosotros? Percibimos que el enfermo cuestiona la superficialidad de nuestras conversaciones habituales.

Nos pone en situación embarazosa porque coloca ante nuestros ojos el fallo, el hundimiento de nuestras actividades, de nuestros proyectos, de ese futuro que no cesamos de planificar como si nos perteneciese totalmente. He ahí que la enfermedad hace brotar lo irracional, lo que escapa a nuestra lógica y a nuestra voluntad.

Nos sitúa frente a lo que no queremos ver: El hundimiento, la prueba son una realidad. Desenmascarada la euforia de una sociedad fascinada por el dinero, por la belleza fantasmagórica, por la eficacia, por el éxito. La enfermedad destruye la ilusión.

Nos recuerda que nosotros mismos estamos amenazados. Nuestros cuerpos no están asegurados contra ella. Tarde o temprano conocerán el sufrimiento, desintegración. La enfermedad revela lo que verdaderamente somos; seres limitados, finitos, siempre vulnerables, tributarios de los demás, inevitablemente arrastrados hacia la muerte, nuestra muerte.

El descubrimiento hace daño. ¿La muerte no es indecorosa, el nuevo *tabú* de nuestra sociedad?

EL ENFERMO, PROBLEMA PARA LA FE

Ante la enfermedad los teísmos se hunden.

¿Dónde está el dios omnipotente, el dios protector, el dios justo, ante la mujer que debe abandonar a sus hijos, ante este hombre que no ha vivido más que para los demás, ante ese rostro tumefacto por el cáncer, ante el niño que agoniza?

Las preguntas, «¿Por qué el mal?», «¿Por qué tantas ruinas, en la vida de algunos?», ya no son abstracciones. El enfermo y su círculo están frente a ellos, visceralmente. Y también todos los cristianos si se acercan.

¿Cuántas respuestas estereotipadas son pulverizadas! «Dios prueba a los que ama»; «la enfermedad es un castigo del pecado»; «el ofrecimiento de nuestros sufrimientos es agradable a Dios»; «Dios le ama»; «si Dios es bueno no permitirá que...».

Nada es más evidente. Todas las contestaciones del ateísmo contemporáneo surgen, brutales, al lecho del enfermo. Contestaciones de un Dios que premia o que castiga según los méritos, cuando la enfermedad y la salud se suceden sin razón, de una manera absurda, lo mismo para el generoso que para el egoísta. Contestaciones de actitudes religiosas, denunciadas como rechazo de una mirada lúcida sobre las condiciones del hombre: El recurso a Dios, a los sacramentos, para obtener alivio en el sufrimiento y curación infalible, o por miedo a la muerte, o para apaciguar la angustia frente a culpabilidades imaginarias, ante la inseguridad del futuro. Todas estas invocaciones de ayuda se dirigen a un dios que no responde o responde rarísimamente. Es la divinidad rechazada por Marx, Nietzsche y Freud, por la cultura moderna, como inverificable, alienante, inútil al hombre para construir una sociedad de felicidad para todos.

El enfermo nos interroga. ¿Qué queremos decir cuando afirmamos que Dios nos ayuda, mientras todo se resquebraja? ¿Qué ayuda podemos esperar de ese Dios? Y más profundamente, ¿el Dios en quien creemos es el Dios viviente en Jesús de Nazaret? ¿No existe un abismo entre el Dios Omnipotente protector y el Dios de rostro humano, pobre y vulnerable, de los caminos de Palestina, el Dios de Jesús crucificado?

Sufrimiento y enfermedad nos obligan a desentrañar, a desechar el teísmo frágil, inadmisibles, que se burla de nuestra fe, para entrar más profundamente en el Evangelio, a fin de que una palabra de salvación pueda ser entendida por el enfermo sin desgarrarlo todavía más.

UN TESTIMONIO ESENCIAL

Se nos ofrecen otras lecciones. El mundo de los enfermos nos extiende un cuadro de todas las culturas,

de todas las clases sociales, de todas las edades, de todos los niveles de fe y de todas las formas de ateísmo. Podemos descubrir lo que forma el tejido concreto de la vida de cada uno: Las preocupaciones, los objetivos principales y el modo de creer o de ser ateo. Es un mundo que refleja bien el aspecto de nuestra sociedad.

Este contacto de hombre a hombre no da lugar a escapatorias. Compromete al verdadero diálogo, despojado de prejuicios, de respuestas prefabricadas, de actitudes falsamente generosas, falsamente acogedoras, de los bloqueos personales que nos impiden llegar verdaderamente a los demás. Todo enfermo es un hombre bien definido, en un momento particular de su caminar con Cristo. Nuestro comportamiento con él no puede ser estereotipado. Debemos encontrarlo allí adonde él ha llegado en su evolución personal, respetando su paso, sin querer conducirlo allí adonde no es capaz de llegar. Jesús nunca impuso su actitud de fe a aquellos con quienes se encontraba. Respetaba lo que cada uno era capaz, frente a Él, de comprender y de hacer.

El enfermo enseña también qué es la grandeza del hombre que lucha contra la prueba, contra la muerte, y cómo puede crecer espiritualmente aquél que busca vivir de Cristo. Los enfermos nos evangelizan.

Llaman nuestra atención. Nos hacen ver qué es la fe vivida, cuando el hombre ya no puede construir, cuando ya no es eficaz, cuando la prueba lo inmoviliza. Nos muestran cuál puede ser la tenacidad de la fe en Cristo, cuando todo se hunde y Dios parece lejano, escondido, como si no respondiese ya a nuestras aspiraciones. Nos demuestran que en medio del desastre la fe todavía es posible: Fe en la presencia de Cristo que comparte la angustia del hombre y sostiene su lucha por la vida. Cuando todo le empuja a replegarse sobre sí mismo, el enfermo nos enseña la potencia del amor a través de su solicitud por los demás, el interés que tiene por su vida, la preocupación por no intranquilizarlos, no desanimarlos, quererlos felices.

Frente a la muerte, el enfermo es testimonio de la esperanza. La esperanza de que ningún sufrimiento sea definitivo, de que la muerte no sea la última palabra, sino que desemboque, gracias al amor de Dios, en una vida total, la alegría de la comunión sin obstáculos, con Dios y con los demás. El enfermo nos hace comprender hasta donde llega la confianza en Dios, cuando toca el fondo de la impotencia y del despojo, cuando comprueba que todo, curación, futuro, le escapan, que ya no es el dueño omnipotente de su destino, que el después-de-la-muerte no le pertenece, sino que en todo debe ponerse en manos de la gratuidad del amor de Dios.

¿QUÉ HACER?

Es la cuestión que se plantea a todos los cristianos cuando abren sus ojos sobre el enfermo. Pueden con-

tinuar su camino como los dos de la parábola del Samaritano. ¿Pero han tenido la percepción de que el enfermo es también Cristo?

«Estaba enfermo y me visitasteis». ¿Descuidaremos este encuentro en el que tenemos tanto que recibir?

Por lo que a mí respecta he recibido una enorme aportación por parte de los enfermos. A ellos debo mi ser más hombre, más creyente. Son los compañeros, los testigos que han relanzado mi fe.

Me han permitido comprender la Iglesia, a través del conocimiento cotidiano de todos aquellos que han descendido en compartir conmigo su vida, la más personal, sus aspiraciones más profundas, las convicciones y las cuestiones que les hacían vivir. El rostro de la Iglesia y de la sociedad actual, me ha parecido percibirlos concretamente.

Me han hecho comprender la grandeza del hombre comprometido en la prueba, luchando con la muerte, sea creyente o no. En la manera como los he visto (del menos instruido al más culto) dar un sentido a su vida, en la paciencia y en la valentía, aceptando la realidad sin rebeldía, en la solicitud por los demás más que por sí mismos, he percibido mejor lo que puede ser la calidad de la vida, de la que tanto se habla hoy.

Me han hecho ver cómo puede ser vivida la fe, cuando todo se confabula para destruirla. Es imposible hacer trampas en el juego de la enfermedad, y contentarnos con palabras. La fe no puede permanecer a nivel de temas abstractos. Allí es necesario vivirlos. He descubierto en un cierto número de enfermos a Cristo a punto de actuar, al Espíritu actuando en un corazón humano. Es una experiencia vital. Puedo decir que, muchas veces, he como tocado la presencia de Jesús en mis hermanos. Y me he sentido pequeño ante aquél que vivía de Él.

La fe de los enfermos ha puesto en discusión mi fe; y continúa poniéndola. Su autenticidad me ha ayudado

a ver la mediocridad de mi amor a los demás, y de mi solidaridad, mi flojedad, los recovecos de mi egoísmo y de mi indiferencia, todo aquello que me aleja de Cristo y que no busco en Cristo. Los enfermos me enseñan a tomar más en serio el Evangelio, a no contentarme con pensar en él, sino a vivirlo, sin falsas huidas, sin ilusiones. Me obligan a purificar las caricaturas de Dios, los conceptos demasiado simplificados de Dios y de la salvación que llevo en mí. Me hacen hacer la más profunda experiencia de Dios, que mora en mí, para los demás.

¿Cómo hacer, pues, sensibles a las comunidades cristianas de la importancia de los enfermos, de la llamada evangélica que ellos representan? En una sociedad que repudia a los inactivos, a los improductivos, la solicitud por los enfermos ¿no sería un signo privilegiado de la lucha de Cristo por la salud total, por la liberación total del hombre? De hecho los enfermos nos hablan de la liberación y de la salud en Cristo.

Reunirse con los enfermos es, por otra parte, ensanchar el propio horizonte. Nos hacen descubrir más lo que interesa tan poco a la opinión pública: Este vasto mundo de la salud, las condiciones de la hospitalización, el problema del personal hospitalario, del cuerpo sanitario. Comprenderemos que la evolución de este mundo depende, en muchas cosas, de cada uno de nosotros. Nos convenceremos de que la lucha que aquí se libra por el hombre forma parte de la lucha contra todo lo que en nuestra sociedad mancha, desfigura, aliena y hace morir.

¿Qué hacer entonces para que cada cristiano se sienta interesado y actúe? Esta es una búsqueda que merece ser emprendida por todas las comunidades cristianas.

Jesús nos repite siempre: «Anunciad la Buena Noticia a los pobres, curad a los enfermos».

CLAUDE ORTEMANN, M. I.

ALCANCE

Está a punto de aparecer el libro *Morir con dignidad*. Es un libro que le hará pensar y le hará vivir. Le descubrirá toda la problemática del tema en un mundo que tiene ganas de vivir, pero que experimenta por todas partes el dolor y la muerte.

REIVINDICACIONES PARA UNA PROFESION

Vivimos un tiempo en que los problemas hacen explosión. Vemos cómo surgen cada día en las páginas de los periódicos, en polémicas seguidas con apasionado interés. Entre ellos ocupan un lugar importante las cuestiones profesionales. Es natural. Puede que estas cosas asusten a alguno. Estimo que no hay motivo para la alarma si se enfocan debidamente. Es decir, si se sustrae de ellas cualquier implicación de tipo ajeno. En esto hay que tener cuidado. Sobre todo, con los pescadores en río revuelto. Con los que andan al acecho de la menor oportunidad para implicar a otros en lo que son sus fines nada claros.

La política, la radicalización en virtud de presupuestos o condicionamientos ideológicos son cuestiones muy distintas a las legítimas reivindicaciones de una profesión. Lo normal es que quienes la ejercen al servicio de la sociedad pretendan mejorar su situación en todos los aspectos. Singularmente en una época de desarrollo. Uno de los síntomas más claros del progreso es precisamente la reafirmación profesional del individuo. Su avance en cuanto a la consideración social y económica que merece a los demás. Sobre todo cuando las metas que se persiguen son justas y, por tanto, muy estimables. En suma, desean que un determinado grupo humano conquiste plenamente su dignidad.

Eso sucede, por ejemplo, ahora, con los ayudantes técnicos sanitarios, en orden a la reestructuración de sus estudios. Puede que se considere como un tema más, englobado en el contexto de la sanidad y de la medicina. Allá cada cual. Lo importante es que el hecho está ahí. Que quienes puedan decidir deben hacer un hueco para estudiarlo con prontitud. No será tiempo perdido el que a ello dediquen.

Los títulos de practicantes, enfermeras y comadronas desaparecieron hace veintidós años al establecer los estudios únicos de ayudantes técnicos sanitarios. Hasta ahí todo parecía normal y los interesados estaban de acuerdo. No lo es tanto, la inexplicable división en cuanto a las enseñanzas, en dos compartimientos estancos: masculino, uno; femenino, el otro. La carrera de practicante fue siempre mixta. Las otras dos, como es natural, estuvieron reservadas a las mujeres. La separación de sexos creó dificultades y suspicacias, agudizadas desde que la nueva ley en materia educativa estableció la coeducación.

La figura del practicante se convirtió en ayudante técnico sanitario; la de enfermera pasó a extinguirse y llenan el vacío, sin la preparación adecuada, los auxiliares de clínica. A simple vista esa separación en los estudios, aun siendo éstos iguales, carece de justificación. Las ayudantes femeninas encuentran dificultades,

a veces insalvables, para ejercer. Ninguna de ellas afecta a los varones encuadrados en la misma profesión. La verdad es que ello no resulta muy congruente. Por añadidura, cada día se pone de manifiesto con mayor intensidad que es necesario poseer la cultura necesaria para formarse como expertos en la profesión y en las especialidades que de ella dimanen.

Es lógico que los afectados aspiren a liberarse del enfrentamiento entre cultura y especialización, entre la formación general y la netamente profesional. El ser humano compone un todo. Y a nadie puede sorprender que en éste, como en otros casos, pretenda realizarse plenamente, sin complejos ni desequilibrios. La propia Ley de Educación garantiza el derecho a la preparación especializada y a la capacitación del individuo para afrontar las nuevas situaciones nacidas de la movilidad profesional. Además, a los ayudantes técnicos sanitarios se les han confiado, con carácter exclusivo, modalidades de gran responsabilidad, como fisioterapia, podología, obstetricia y ginecología, pediatría y puericultura, radiología y atención médica de empresas. Y mediante oposiciones pueden ingresar en los cuerpos sanitarios de toda índole y en los servicios de las Fuerzas Armadas.

En el fondo, el problema es como muchos otros en este país: romper la mentalidad ambiente. Conseguir que al ayudante técnico sanitario no se le considere como un mero aplicador de inyectables. Así de sencillo. Que no lo es lo saben bien en los 2.500 pueblos que carecen de médicos. Allí atienden ellos, aunque sea en forma provisional, partos, accidentes, heridas, intoxicaciones y enfermedades repentinas. A nadie deberá sorprender que pidan la reestructuración de su carrera, de forma que resulte más idónea y eficaz al relacionarla con la función que desempeñan. El ayudante técnico sanitario tiene reconocida la condición de técnico de



grado medio. Otros profesionales del mismo rango ya se han incorporado a la Universidad a través de sus Escuelas.

Necesitan el bachillerato superior, y no el medio, para una mayor formación profesional. Para realizar con conocimiento de causa lo que hoy hacen como autodidactas. Y que se cambie su denominación por la de gra-

duados en Medicina y Cirugía. Parece que no es solicitar demasiado y que estas reivindicaciones merecen ser tomadas en consideración. No es ninguna gollería lo que pide este honesto y sacrificado sector de nuestra cada día más complicada sociedad.

JESUS VASALLO
El Alcázar

A las enfermeras

COMPROMETIDAS CON EL QUE SUFRE

«Yo he escogido la profesión de cuidar enfermos. Sé que el primer bien es la vida y que su conservación es la salud total.

Me comprometo a usar todas mis fuerzas, todos mis conocimientos y todo mi corazón para devolverla íntegramente a los que la han perdido.

Me avergonzaré de divulgar su miseria o de aprovecharme de ella; por el contrario, protegeré sus secretos, su dignidad, sus bienes, sus esperanzas.

Me comprometo a ello con juramento, y si no lo cumplo, que se me eche del cuidado de los enfermos».

Cualquier enfermera firmaría ahora este juramento. Lo difícil será llevarlo a la práctica todos los días, o cada día con nueva ilusión, con nueva presencia. Con todo, se hace necesario, urgente cada vez más, el que pensemos en serio cuál es nuestro compromiso y a quién va dirigido.

EL HOMBRE BUSCADOR DE PLENITUDES

Somos seres para la permanencia, con un instinto de vida que polariza toda nuestra atención, nuestros deseos, nuestras aspiraciones. El hombre es un eterno buscador de dicha y felicidad, pero con una experiencia dolorosa que le hace tomar conciencia de su contingencia y de su limitación. El dolor y la enfermedad le acorralan, son un freno a todos esos deseos de vida.

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA EL HOMBRE

Pero lo menos importante para el hombre es la materialidad de la enfermedad (estómagos, piernas rotas). Lo que importa es ver cómo reacciona, cómo la vive, qué conciencia tiene de eso que le sucede, ya que cada uno vive su enfermedad según la personalidad, edad, sexo, condición social y cultural, estado de ánimo, presiones sociales y familiares, etc.

HACIA UNA ASISTENCIA INTEGRAL

La asistencia a enfermos se hace por ello cada vez más compleja; caminamos hacia una medicina de equi-



po, donde tienen cabida nuevos profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes, para captar así las cuatro dimensiones de todo hombre: somática, psicológica, social y religiosa. Mientras no recuperemos en el enfermo estos cuatro bloqueos no curaremos al hombre.

Descubrir el nuevo significado de estar enfermo y el nuevo tipo de asistencia a que tiene derecho el enfermo es una tarea de todo profesional que tiene en gran estima al hombre y que no lo acepta ya como caso clínico sino en toda su totalidad.

INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Nuestra relación con el enfermo tiene unas exigencias que arrancan desde la técnica, pero que no son las únicas, ni las principales. La asistencia a enfermos requiere, sí, como base la preparación técnica adecuada, pero reclama imperiosamente un mayor conocimiento de lo que es el hombre, su sentido y el respeto que nos merece. Pide este hombre —en su estado de enfermedad— que le atendamos en su cuerpo, pero que tengamos competencia para saber asistirle como persona, conociendo sus reacciones y su entorno. Todo ello nos llevará a no realizar una asistencia standard, global y funcional, sino individualizada y personal —explicitada en una aceptación, respeto y escucha concretos.

grado medio. Otros profesionales del mismo rango ya se han incorporado a la Universidad a través de sus Escuelas.

Necesitan el bachillerato superior, y no el medio, para una mayor formación profesional. Para realizar con conocimiento de causa lo que hoy hacen como autodidactas. Y que se cambie su denominación por la de gra-

duados en Medicina y Cirugía. Parece que no es solicitar demasiado y que estas reivindicaciones merecen ser tomadas en consideración. No es ninguna gollería lo que pide este honesto y sacrificado sector de nuestra cada día más complicada sociedad.

JESUS VASALLO
El Alcázar

A las enfermeras

COMPROMETIDAS CON EL QUE SUFRE

«Yo he escogido la profesión de cuidar enfermos. Sé que el primer bien es la vida y que su conservación es la salud total.

Me comprometo a usar todas mis fuerzas, todos mis conocimientos y todo mi corazón para devolverla íntegramente a los que la han perdido.

Me avergonzaré de divulgar su miseria o de aprovecharme de ella; por el contrario, protegeré sus secretos, su dignidad, sus bienes, sus esperanzas.

Me comprometo a ello con juramento, y si no lo cumplo, que se me eche del cuidado de los enfermos».

Cualquier enfermera firmaría ahora este juramento. Lo difícil será llevarlo a la práctica todos los días, o cada día con nueva ilusión, con nueva presencia. Con todo, se hace necesario, urgente cada vez más, el que pensemos en serio cuál es nuestro compromiso y a quién va dirigido.

EL HOMBRE BUSCADOR DE PLENITUDES

Somos seres para la permanencia, con un instinto de vida que polariza toda nuestra atención, nuestros deseos, nuestras aspiraciones. El hombre es un eterno buscador de dicha y felicidad, pero con una experiencia dolorosa que le hace tomar conciencia de su contingencia y de su limitación. El dolor y la enfermedad le acorralan, son un freno a todos esos deseos de vida.

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD PARA EL HOMBRE

Pero lo menos importante para el hombre es la materialidad de la enfermedad (estómagos, piernas rotas). Lo que importa es ver cómo reacciona, cómo la vive, qué conciencia tiene de eso que le sucede, ya que cada uno vive su enfermedad según la personalidad, edad, sexo, condición social y cultural, estado de ánimo, presiones sociales y familiares, etc.

HACIA UNA ASISTENCIA INTEGRAL

La asistencia a enfermos se hace por ello cada vez más compleja; caminamos hacia una medicina de equi-



po, donde tienen cabida nuevos profesionales: médicos, psicólogos, asistentes sociales, sacerdotes, para captar así las cuatro dimensiones de todo hombre: somática, psicológica, social y religiosa. Mientras no recuperemos en el enfermo estos cuatro bloqueos no curaremos al hombre.

Descubrir el nuevo significado de estar enfermo y el nuevo tipo de asistencia a que tiene derecho el enfermo es una tarea de todo profesional que tiene en gran estima al hombre y que no lo acepta ya como caso clínico sino en toda su totalidad.

INDIVIDUALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Nuestra relación con el enfermo tiene unas exigencias que arrancan desde la técnica, pero que no son las únicas, ni las principales. La asistencia a enfermos requiere, sí, como base la preparación técnica adecuada, pero reclama imperiosamente un mayor conocimiento de lo que es el hombre, su sentido y el respeto que nos merece. Pide este hombre —en su estado de enfermedad— que le atendamos en su cuerpo, pero que tengamos competencia para saber asistirle como persona, conociendo sus reacciones y su entorno. Todo ello nos llevará a no realizar una asistencia standard, global y funcional, sino individualizada y personal —explicitada en una aceptación, respeto y escucha concretos.

ACTITUD DE LA ENFERMERA

Más allá de la ciencia cada vez más completa y exigente, veo la vida profesional de la enfermera consagrada a estas dos misiones esenciales pero distintas: estar constantemente presente junto al enfermo para ayudarlo a realizar los actos esenciales de la vida y procurar al enfermo todas las satisfacciones, todos los alivios, todas las técnicas de curación que la medicina descubre y prescribe.

Lo que distingue el oficio de enfermera de la mayoría de los otros oficios, es que se ejerce con seres vivos y esos seres vivos son no sólo nuestros hermanos, sino que además tienen derechos sobre nosotros, porque sufren. Pero en este servicio importa menos la naturaleza de cuidados que hacemos al enfermo que la manera cómo los hacemos. De ahí que el oficio de

enfermera no soporta ser hecho con indiferencia. Si es practicado así, va camino de su fin, pues el enfermo que viene a pedir socorro a indiferentes, se marcha más enfermo de lo que estaba.

No se trata, por tanto, de un acto profesional, de un simple quehacer, sino que hay que ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige una vocación, que es igual a dedicación, entrega, armonía, colaboración, respeto y amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribía el médico Paracelso en el siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

JOSÉ L. REDRADO, O. H.

CODIGO PARA ENFERMERAS

Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

La enfermera asegura los servicios de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad y coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud.

LA ENFERMERA Y EL INDIVIDUO

La enfermera debe atender en primer término a aquellas personas que necesiten de sus servicios profesionales.

La enfermera, en el ejercicio de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

LA ENFERMERA Y EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación permanente.

Adaptada a la realidad de una situación específica, la calidad del trabajo de la enfermera será en cada caso lo más elevada posible.

La enfermera evaluará con espíritu crítico profesio-

nal la competencia de los individuos siempre que tenga que aceptar y delegar responsabilidades.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera debe mantener una conducta irreprochable que dé crédito a su profesión.

LA ENFERMERA Y LA SOCIEDAD

La enfermera comparte con otros ciudadanos la responsabilidad por iniciativas y acción tendentes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la colectividad.

LA ENFERMERA Y SUS COLEGAS

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otras áreas.

Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.

LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN

Cabe a la enfermera la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

La enfermera contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios a la enfermería.

Por medio de su asociación profesional, la enfermera participará en el establecimiento y el mantenimiento de condiciones de trabajo en enfermería que sean económica y socialmente justas.

Elaborado por el Comité de derechos profesionales

ACTITUD DE LA ENFERMERA

Más allá de la ciencia cada vez más completa y exigente, veo la vida profesional de la enfermera consagrada a estas dos misiones esenciales pero distintas: estar constantemente presente junto al enfermo para ayudarlo a realizar los actos esenciales de la vida y procurar al enfermo todas las satisfacciones, todos los alivios, todas las técnicas de curación que la medicina descubre y prescribe.

Lo que distingue el oficio de enfermera de la mayoría de los otros oficios, es que se ejerce con seres vivos y esos seres vivos son no sólo nuestros hermanos, sino que además tienen derechos sobre nosotros, porque sufren. Pero en este servicio importa menos la naturaleza de cuidados que hacemos al enfermo que la manera cómo los hacemos. De ahí que el oficio de

enfermera no soporta ser hecho con indiferencia. Si es practicado así, va camino de su fin, pues el enfermo que viene a pedir socorro a indiferentes, se marcha más enfermo de lo que estaba.

No se trata, por tanto, de un acto profesional, de un simple quehacer, sino que hay que ir más allá: nuestro servicio al hombre que sufre exige una vocación, que es igual a dedicación, entrega, armonía, colaboración, respeto y amor. «El más hondo fundamento de la medicina —escribía el médico Paracelso en el siglo XVI— es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos». Hay que amar a los enfermos para ser capaces de servirles.

JOSÉ L. REDRADO, O. H.

CODIGO PARA ENFERMERAS

Son cuatro los aspectos que reviste la responsabilidad de la enfermera: mantener y restaurar la salud, evitar las enfermedades y aliviar el sufrimiento.

La necesidad de los cuidados de enfermería es universal. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería. No se hará distinción alguna fundada en consideraciones de nacionalidad, raza, religión, color, edad, sexo, opinión política o condición social.

La enfermera asegura los servicios de enfermería al individuo, a la familia y a la comunidad y coordina sus actividades con otros grupos de profesionales de la salud.

LA ENFERMERA Y EL INDIVIDUO

La enfermera debe atender en primer término a aquellas personas que necesiten de sus servicios profesionales.

La enfermera, en el ejercicio de su profesión, crea un medio ambiente en el cual los valores, costumbres y creencias del individuo son respetados.

La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con alguien cuando sea necesario.

LA ENFERMERA Y EL EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

La enfermera es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia por medio de una educación permanente.

Adaptada a la realidad de una situación específica, la calidad del trabajo de la enfermera será en cada caso lo más elevada posible.

La enfermera evaluará con espíritu crítico profesio-

nal la competencia de los individuos siempre que tenga que aceptar y delegar responsabilidades.

En el ejercicio de su profesión, la enfermera debe mantener una conducta irreprochable que dé crédito a su profesión.

LA ENFERMERA Y LA SOCIEDAD

La enfermera comparte con otros ciudadanos la responsabilidad por iniciativas y acción tendentes a satisfacer las exigencias sanitarias y sociales de la colectividad.

LA ENFERMERA Y SUS COLEGAS

La enfermera coopera con las personas con las que trabaja en el campo de la enfermería o en otras áreas.

Cuando los cuidados que recibe un paciente son puestos en peligro por un colega u otra persona, la enfermera debe tomar la decisión más adecuada y actuar en consecuencia.

LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN

Cabe a la enfermera la definición y aplicación de las normas deseables relativas al ejercicio y la enseñanza de la enfermería.

La enfermera contribuye activamente al desarrollo del acervo de conocimientos propios a la enfermería.

Por medio de su asociación profesional, la enfermera participará en el establecimiento y el mantenimiento de condiciones de trabajo en enfermería que sean económica y socialmente justas.

Elaborado por el Comité de derechos profesionales

El hombre que supo Amar



CARTA DE MONSEÑOR CIRARDA

Madrid, 21 de abril de 1976

Señor don José María Carcasona
Madrid

Muy señor mío:

Hace algún tiempo me comunicó usted que estaba empeñado, con su equipo técnico, en la producción de la película *El hombre que supo amar*, con la biografía de san Juan de Dios.

Me llega ahora la noticia de que han alcanzado ya la meta, y que dicho film está a punto.

Espero tener algún día ocasión de verlo y de apreciar los muchos méritos que me dicen ha alcanzado dicha obra.

Sin esperar a ello, le escribo ahora ya como presidente de la C. E. de Medios de Comunicación Social, para darle

las gracias por el esforzado trabajo que se ha cumplido con ilusión técnica, artística y apostólica a la vez. La Iglesia desea que la actitud de los cristianos ante el cine no sea la de salvaguardarse puramente de los daños que pueden hacer las malas películas, sino la de hacerse presente en ese mundo del cine con el testimonio de unas obras que sean lo más perfectas posible en lo artístico y al mismo tiempo portadoras de un mensaje.

Se que es eso lo que ha pretendido usted con esta su última película, sobre la apasionante vida de san Juan de Dios. Le felicito ya por el intento. Espero que haya acertado en un todo. Y tenga el premio hasta temporal, según la promesa evangélica del ciento por uno aquí en la tierra, de ver el triunfo de su film. Se lo pido al Señor, por medio del propio san Juan de Dios, de todo corazón.

JOSÉ MARÍA CIRARDA
Obispo de Córdoba

DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA PASTORAL SANITARIA EN ESPAÑA

El Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria ha realizado una primera distribución regional y su presidente, Monseñor Manuel Casares, obispo de Almería, ha tenido a bien nombrar responsables de la pastoral sanitaria de dichas regiones a los siguientes sacerdotes:



Padre DIGNO MARIÑO
Hospital Labaca
La Coruña

REGIÓN NOROESTE
Galicia, Asturias, León, Zamora



Padre JOSÉ BUJ
Hospital Civil
Bilbao

REGIÓN NORTE
Santander, Palencia, Burgos,
Valladolid, Soria, Navarra,
Vizcaya, Álava, Guipúzcoa
Logroño



Padre JOSÉ L. REDRADO
Hermanos San Juan de Dios
San Baudilio de Llobregat
(Barcelona)

REGIÓN NORDESTE
Aragón, Cataluña, Baleares



Padre FRANCISCO MERCHÁN
Resid. de la Seguridad Social
Toledo

REGIÓN CENTRO
Castilla la Nueva, Salamanca,
Ávila, Segovia, Cáceres



Padre ANTONIO FRANCO
Hospital Provincial
Almería

REGIÓN SURESTE
Levante, Murcia, Albacete, Jaén,
Almería, Granada



Padre DIONISIO MANSO
Cruz Roja 8
Sevilla

REGIÓN SUROESTE
Badajoz, Córdoba, Sevilla,
Málaga, Cádiz, Huelva, Canarias

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

CURSILLO DE ACTUALIZACIÓN HOSPITALARIA

INTRODUCCIÓN

Queremos recoger las ideas principales que se explicaron o se dialogaron en los grupos durante los días del cursillo celebrado en Las Palmas de Gran Canaria.

Finalidad del cursillo. Reflexionar en común, intercambiar, exponer las experiencias que pertenecen a nuestras vidas. Y todo ello en orden a una búsqueda para un mejor servicio a los enfermos. Creemos que el cursillo ha respondido —por parte de todos— a la finalidad propuesta.

Dinámica. Hemos dedicado las mañanas a una exposición de los temas propuestos, y las tardes a una reflexión por grupos. Esta forma de hacer ha tenido la garantía de ofrecer en abanico las ideas principales que sirvieran de soporte para los trabajos de los grupos.

Temas principales expuestos. Hemos partido de la *vivencia que suele tener el enfermo*, para poder nosotros prestarle después la *ayuda* según las necesidades. La enfermedad vivida desde dentro, reacciones. Ayuda que debemos prestarle en sus necesidades, teniendo en cuenta también su entorno (edad, sexo, lugar, conciencia). Y esta ayuda tanto desde las posibilidades personales como desde las estructuras para llegar a una verdadera humanización de la asistencia.

Presencia cristiana en el hospital. Como rasgos principales hemos destacado el *aspecto antropológico* y sus valores para cuestionarnos desde la dimensión de cristianos qué es y qué significa el dolor y el sufrimiento. Pasamos después a los *fundamentos teológicos*, centrados en la figura de Cristo, en sus palabras y en sus signos mesiánicos. Todo

ello ha de continuarlo hoy la Iglesia con una *presencia pastoral* que debe arrancar de lo humano (servicio competente al hombre total), pero llamado también a la trascendencia, para lo cual habrá que ver qué dimensión —nivel— religioso vive ese hombre concreto y entonces prestarle el servicio correspondiente —tanto desde el plano personal como desde las estructuras. Dentro de esta presencia cristiana hemos reflexionado también sobre la faceta final del hombre: *La Muerte*. La hemos visto en una nueva dimensión y perspectiva y cómo nos urge a acompañar al hombre en este trance para que la realice de forma humana y libre. La *Unción de enfermos* y la administración comunitaria, realizada en su día, quería patentizar entre nosotros el nivel práctico que debe responder a las ideas.

Presencia de la religiosa en el hospital. Este fue el tema final. Se desarrolló en un intento de búsqueda de lo que debe ser hoy la religiosa en el medio hospitalario, cimentando su ser desde la opción que ha hecho, pero expresada en unas estructuras en continuo cambio, y es ahí donde debe «brillar y relucir» el signo de consagrada.

Durante estos cinco días se ha dicho en voz alta parte del sentido y contenido de nuestras vidas en el hospital. La experiencia compartida entre todos sirve de aliento y esperanza. Hemos hecho muchas cosas, pero nos queda todavía mucho por hacer.

TRABAJO DE LOS GRUPOS

Ponemos a continuación la síntesis de los grupos para que sirva a los cursillistas —junto con las explicaciones y esquemas entregados en el cursillo— de recuerdo y repaso de un trabajo elaborado entre todos.

DÍA 1

■ *A partir de la experiencia personal como sanitarias, ¿cuál es la vivencia fundamental que ha descubierto más frecuentemente, de una persona en estado de enfermedad y cuáles sus reacciones más comunes?*

Depende de la condición del enfermo, tipo de hospital y clase de enfermedad; sobresalen: Deseo de curarse. Temor a lo desconocido. Invalidez. Preocupación. Desconfianza. Inseguridad. Soledad. Angustia. Enfermedad como castigo y miedos diversos.

Reacciones más frecuentes: Agresividad. Desconfianza. Pasividad. Enfermedad como refugio. Hipersensibles.

■ *¿Descubrimos detrás de sus reacciones y comportamientos las necesidades que les inquietan? ¿Qué respuesta les damos?*

No es lo más frecuente, sobre todo en los grandes hospitales. Nos falta tiempo, además el enfermo de por sí ya es difícil, nos cuesta ponernos en su lugar, infantilizamos. No somos serios.

Existe mucha burocracia, rutina, polarización a la atención somática. Necesitamos más colaboración entre todos y descubrir las causas que originan la angustia.

■ *¿Qué dificultades encuentras en la estructuración de la asistencia al enfermo para que éste sea visto y cuidado como persona humana que padece?*

El dar más importancia a la técnica que a la dedicación. Falta organización y coordinación. Nos falla el elemento

humano: preparación, sensibilidad, vocación. Hay tendencia a la eficacia, se acumula trabajo. Demasiado rigor en las visitas.

■ *¿Qué medios conocéis y utilizáis en orden a una mayor humanización de vuestros hospitales?*

Hacer que el enfermo se sienta útil. Mentalizarnos y mentalizar para que todo coopere al bien del enfermo y no al servicio del capital.

Negarnos a tratar o ser tratados en serie. Testimonio personal.

Reuniones de todo el equipo sanitario: cursillos, conferencias, sesiones clínicas.

Relaciones públicas. Relación y buen trato con los familiares del enfermo.

DÍA 2

■ *¿Cómo vive la gente la enfermedad? ¿Cómo reaccionamos nosotros ante ella?*

Cómo se vive. Con sentido fatalista, como un mal, como un castigo. Depende mucho de la edad, condición social, formación, tipo de enfermedad, de quien atiende, del tipo de hospital.

Nuestras reacciones. Rebeldía, impotencia, fracaso. Se es sensible ante enfermedad concreta. Se valora a veces más la vida. Algunos dicen que les acerca más a Dios. A veces con sentido cristiano y silencio positivo.

■ *¿Qué cabría hacer para vivir nosotros y saber dar la verdadera dimensión antropológica y cristiana de la enfermedad y aun de la muerte?*

Compartir experiencias. Mantener la serenidad. Educarlos y enriquecernos con el diálogo. Mentalizar para llegar a aceptar la enfermedad. Ponerse en lugar del enfermo. Selección vocacional. Preparación en estos temas. Testimonio cristiano.

■ *Metodológicamente, en la práctica, ¿qué hacemos y qué podríamos hacer a nivel individual, comunitario, local y diocesano para acercar este misterio cristiano a nuestros enfermos?*

A nivel personal muchas veces nos da vergüenza de hablar de Jesucristo. A nivel comunitario no programamos, ni revisamos.

Deberíamos mantener un clima de paz, serenidad y alegría. Insistir más en programar, dialogar, revisar, informar, para una mayor mentalización y compromiso.

DÍA 3

■ *¿Cuáles suelen ser las actitudes más genéricas de los enfermos frente a lo religioso?*

Depende del ambiente en donde viven y cómo encajan la enfermedad, pero suelen aparecer las siguientes: miedo, timidez, rechazo, indiferencia. Ignorancia. Cierta rebeldía. Aceptación por complacer. Refugio. Otros piden asistencia religiosa, pero son minoría.

■ *¿Qué criterios predominan entre nosotros sanitarios, sobre la pastoral, apostolado, sacramentos, etc., en nuestros hospitales?*

A nivel de Dirección. Cierta pasividad, a lo más una preocupación de que haya un capellán si bien no se interesan cómo funciona.

Capellanes. Su labor se considera deficiente y «sacramentera». Muchos tienen pluriempleo. Falta vocación, selección, dedicación.

Religiosas. Hay deseos pero se está sola. Se palpa preocupación, aunque también existe y se constata una falta de preparación pastoral.

Laicos. Aunque la construcción del Reino pertenece a todo bautizado, se nota una despreocupación en el laico por lo religioso; existe indiferencia y apatía. No acaba de entenderse el compromiso laical.

■ *¿Cuáles suelen ser los obstáculos para realizar una pastoral comprometida y qué remedios ven?*

Obstáculos: Falta coordinación. Comodidad, miedo al compromiso. Aglomeración de trabajo. Falta conexión y tiempo.

Remedios: Formación de un equipo, diálogo, cooperación. Formación continuada a todo nivel: charlas, cursillos, utilización medios comunicación social. Formación desde las Escuelas de ATS. Toma de conciencia en la diócesis, conexión con la parroquia.

■ *Comunicación de experiencias de pastoral con enfermos en la parroquia.*

Faltan verdaderas experiencias, se constata trabajo individual.

En cuanto a las características que debería tener la Evangelización de los enfermos en la parroquia, se pide que exista conexión entre párroco y capellán de hospital, se hagan visitas a domicilio y se prepare personal para ello.

DÍA 4

La mañana de este cuarto día estuvo dedicada a una exposición del tema de la *muerte en el mundo actual*, los problemas que presenta para nuestra sociedad técnica y materializada. El miedo y rechazo que el hombre moderno hace de este tema. Se expuso la necesidad de preparar a los nuevos profesionales para ayudar a realizar una muerte humana y libre como derecho del enfermo para que no sea ni se sienta manipulado.

Después de las conferencias se abrió un diálogo que estuvo centrado en una serie de preguntas realizadas por los asistentes: Quién ha de utilizar el pulmón cuando sólo hay uno. Barreras de la UCI. La verdad al enfermo. Administración de sedantes. Dónde comienza la muerte.

Por la tarde se trató el tema de la Unción de enfermos en una breve exposición, como preludeo a una celebración de la Eucaristía en la que se administró la Unción comunitaria a cuatro enfermos.

DÍA 5

Este último día lo dedicamos a una exposición y reflexión sobre la *Presencia de la religiosa en el hospital* y las

ideas principales iban en esta línea: Cimentar bien el aspecto de la vida religiosa como don, signo siempre en cambio. Presencia que debe traducirse en el *trabajo* (preparación, inserción sin privilegios) y en la *comunidad* sometida hoy a mayor dispersión, lo cual requiere más formación integral, aunar y revisar las vidas a la luz de la Palabra de Dios y de la Eucaristía para tomar conciencia de la propia misión.

Pasamos después a un diálogo, corto pero suficiente para aclarar y reafirmar el sentido, el valor de las personas y la necesidad y cómo llegar a ser signos auténticos.

Terminamos el Cursillo con la Eucaristía donde se insistió en la figura de Cristo resucitado, del cual debemos ser hoy nosotros testigos llenos de fe y de esperanza.

JOSÉ LUIS REDRADO, O. H.

BARCELONA

HOSPITAL DOCENTE

Con fecha 20 de octubre de 1975 se estableció convenio entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y el Hospital Infantil San Juan de Dios, para la impartición de la enseñanza práctica, a los alumnos del rotatorio en la disciplina de Pediatría y Puericultura.

Dicho convenio, firmado por el señor Decano de la Facultad de Medicina y el Director Médico del Hospital San Juan de Dios y con la aquiescencia rubricada del Magnífico señor Rector de la Universidad, concede venia docente a nuestro hospital por un período de cinco años.



Doctor J. Plaza



Doctor A. Fumadó



Doctor P. Giner



Doctor A. Palou



Doctor R. Manzanares



Doctor Javier Herrero



Doctor J. Martín

Con tal motivo y para el desempeño de las funciones docentes han sido nombrados profesores, en fecha reciente, por el Decanato de la Facultad de Medicina, los siguientes doctores del Hospital Infantil San Juan de Dios:

Doctor Joaquín Plaza, como profesor encargado del curso y como profesores ayudantes, doctores Antonio Fumadó, Pascual Giner, Amado Palou, Ramón Manzanares, Javier Herrero y José María Martín.

IV SYMPOSIUM DE PEDIATRÍA

El hospital San Juan de Dios ha sido elegido como sede del IV Symposium Nacional de Pediatría Social que se celebrará en mayo de 1978, bajo el patrocinio de la Asociación de Pediatras Españoles y con la participación de destacados miembros de la O.M.S.

PRESENCIA DE LABOR HOSPITALARIA

Labor Hospitalaria es recibida con agrado, en muchos países del tercer mundo, donde religiosas españolas trabajan en dispensarios y hospitales, al igual que en todos los países de habla hispana. Quisiéramos tener información detallada de la labor que realizan para que sirviera de lazo de unión con todos y cada uno de los lectores de LABOR HOSPITALARIA, cada vez más numerosos, en España, países hispanoamericanos y países europeos y africanos donde trabajan ayudantes técnicos sanitarios formados en España.

Hoy publicamos la información que nos ha llegado desde Lunsar, Sierra Leona y desde Cholula, México.

LUNSAR, SIERRA LEONA

AL SERVICIO DEL TERCER MUNDO

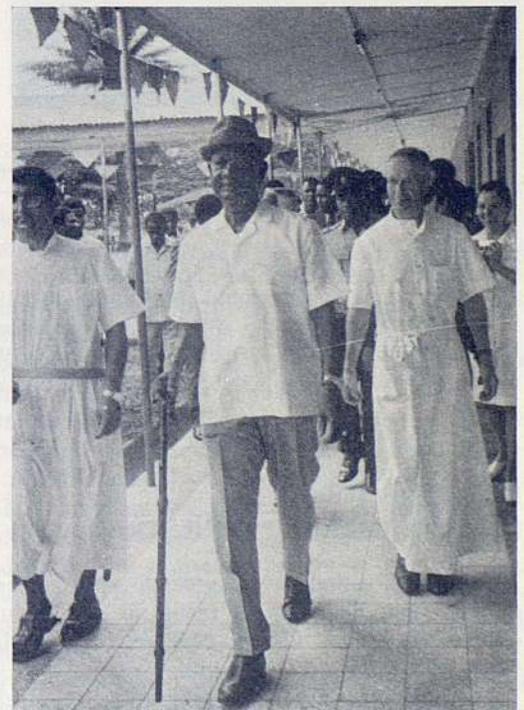
HOSPITAL EN AUGE

El incremento que, año tras año, se viene registrando en los parámetros de la actividad hospitalaria (pacientes ingresados, operaciones, partos, visitas dispensariales) nos ha compelido a una ampliación del hospital. En efecto, se está terminando ya un nuevo pabellón destinado a albergar los servicios de cirugía y maternidad. El quirófano y sala de partos actualmente en uso serán transformados en salas de enfermería, con lo que se ampliará el número de camas en unas quince unidades.

Desafortunadamente no todo son noticias satisfactorias. En noviembre de 1975 se han clausurado las minas de hierro de Marampa, que ocupaban a unos dos mil trabajadores. El cierre ha sido debido a la baja rentabilidad de la explotación, agravada en los últimos meses por la adversa situación económica mundial.

Nuestro hospital, como consecuencia inmediata de este cierre, ha visto disminuir considerablemente los servicios de maternidad; ya que, por contrato con la compañía minera, se asistían unos 400 partos de esposas de trabajadores anualmente. Indirectamente, además, las consecuencias de este colapso económico también se dejan sentir en la marcha del hospital; ya que el nivel de vida de la mayoría de habitantes de esta región, si nunca fue holgado, ahora es más crítico que nunca, y se retraen de venir al hospital si no es por extrema necesidad.

Por esto, renovamos nuestra gratitud a cuantos, desde España, nos ayudan a aportar un poco de alivio a los sufrimientos de estas pobres gentes.



El doctor Siaka Stevens en el hospital de Lunsar. A su izquierda, el doctor Ricardo Botifoll, O.H., autor de este escrito



Una de las dependencias del hospital

LABOR DE TODO EL AÑO 75

HOSPITAL

Enfermos	Homb.	Mujeres	Niños	Total
Ingresados	594	859	158	1611
Dados de alta	575	852	138	1565
Fallecidos	25	16	20	61

Operaciones quirúrgicas, 335: hernia, 168; hidrocele, 30; cesárea, 46 y otras, 91.

Partos, 554.

Transfusiones sanguíneas, 41.

DISPENSARIO

Visitas médicas con tratamiento: general, 57.994; maternidad, 3.711.

RAYOS X

Radioscopias, 5.700

Radiografías, 46.

LABORATORIO

Análisis bacteriológicos, 472; Análisis hematológicos, 163; Análisis bioquímicos, 91; Total: 624.

AMBULATORIOS MÓVILES SEMANALES

Visitas con tratamiento: Melikuri, 5.017; Maborah, 2.314; Mashiaka, 6.014; Masimera, 769; Masanka, 883; Roline, 1.376; Mayola, 192; Gbomsamba, 4.860; Kabantama, 1.340 y Foredugu, 5.954. Total, 28.719.

Dr. RICARDO BOTIFOLL, O. H.

PRIMERAS JORNADAS DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

Dentro del programa organizado para celebrar la fiesta de san Juan de Dios, el sanatorio de Cholula, México, encabezado por su Cuerpo Médico, organizó las Primeras Jornadas de Enfermería Psiquiátrica.

Temática nueva para el sanatorio y para el Estado de Puebla; se ignoraba cuál sería el resultado asistencial pues se suponía que el mayor porcentaje de los asistentes habría de ser de Puebla, pero el desplazamiento fuera de la ciudad siempre acarrea molestias, aunque éstas se superan en

mayor o menor grado por el interés que en cada uno despiertan los programas.

Invitamos como ponentes a médicos psiquiatras reconocidos en la ciudad por su prestigio en la docencia universitaria, en los estamentos oficiales y en la consulta privada.

El cupo establecido, sesenta participantes, se cubrió de inmediato sin poder dar cabida a todas las solicitudes.

Durante el desarrollo de las jornadas y al final de las mismas los participantes se mostraron satisfechos porque nunca habían tenido ocasión de potenciar su capacidad enfermerística en el campo psiquiátrico y psicológico. Unánimemente solicitaron a los ponentes que en lo sucesivo se organicen otras jornadas de mayor duración y avaladas por la Universidad; en esta ocasión se dio una carta de asistencia.



El director del sanatorio habla a los participantes

Procedían los jornalistas de: I.M.S.S.; I.S.S.S.T.E., Salubridad, Cruz Roja, Escuelas de Enfermería y hospitales privados. En el grupo hubo doctores, jefes de enfermeras y responsables de sala.

Resaltamos la petición hecha por tres escuelas de enfermería de realizar sus prácticas de psiquiatría de tercer año en nuestro sanatorio. Pensamos que, además de cooperar en la enseñanza de la psiquiatría por parte del sanatorio, los pacientes se beneficiarán al verse atendidos por personal técnico femenino.



Grupo de cursillistas

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

En el transcurso del año han pasado por el sanatorio estudiantes de las facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de Puebla ya que las clases de estas disciplinas se han desarrollado en el auditorio del sanatorio.

Un grupo de estudiantes de Psicología de la Universidad de las Américas de Cholula, tiene sus clases dos veces a la semana en el mismo auditorio.

ANTONIO FARRÉ, O. H.

LA DONACIÓN DEL CUERPO

Sin duda que muchos vieron hace unas semanas por TVE un programa informativo sobre la utilización del cuerpo humano después de la muerte. Varias personas me preguntaron después qué decir, desde la fe, a esta posibilidad.

En plena celebración de la Pascua; reflexionando sobre la Resurrección de Cristo y viviendo conscientemente la esperanza de nuestra resurrección, es un tema que todos nos deberíamos plantear.

Vivimos en un mundo extraño. Todo el mundo habla de solidaridad, pero son legión los que nunca la suscitan: los ancianos, los disminuidos físicos o mentales; juzgamos no rentables y, por tanto, inútiles a los que han sido víctimas de una enfermedad crónica o de un accidente grave que les ha inutilizado. Y también son muchos los que se indignan de que un cirujano pida a los familiares de un recién fallecido que pueda extirpar del cadáver un órgano que podría permitir a otro hombre o a otra mujer vivir o sobrevivir, para alegría de los suyos o, quien sabe, si de la colectividad. Como si la donación del cuerpo o de la sangre, no fuera una de las formas más elementales de la solidaridad humana. Como si nuestro cuerpo, después de la muerte, pudiera ser de la propiedad exclusiva de nuestros familiares y no de la humanidad entera, amasada del mismo barro, de la misma arcilla original.

Por lo que a mí concierne, estoy bien decidido: en el momento de mi muerte, si mi corazón, mis riñones, mis ojos u otro órgano de mi cuerpo puede aún ser útil a alguien, quienquiera que sea, se lo doy de buena gana. Con plena fraternidad. Para que su esposa, su marido o sus hijos —si los tiene— encuentren en esta vida —y yo en la otra— un suplemento de felicidad.

No niego, con ello, el respeto debido al cuerpo, desde su nacimiento hasta la muerte. Este último homenaje al fiel compañero de toda una vida, marcado por el sello de la fe, alimentado por la Eucaristía, testigo de nuestros miserias, cómplice de nuestras generosidades y de nuestras cobardías, de nuestros amores, penas y alegrías, es plenamente justificado y merecido. Pero el hecho de ser cristiano no constituye una objeción a la donación del cuerpo para uso médico. Creo que incluso constituye una especie de prolongación fraternal de la Eucaristía. Porque es hacer realidad lo que no hemos dejado de pedir a Dios cuantas veces la hemos celebrado: que «fortalecidos con el Cuerpo y la Sangre de tu Hijo y llenos de su Espíritu Santo, formemos un solo cuerpo y un solo espíritu». Cristo, entregando por los demás su cuerpo y su sangre —su vida—, nos ha merecido a nosotros una vida plena, más abundante. Pienso que dando parte de mi cuerpo, también yo puedo dar una vida más plena al que la tenía limitada por una enfermedad. Y me sentiré más unido a Cristo, participando de su vida que no acaba.

J. MARTÍNEZ ROURA

VÍCTIMA DEL DEBER

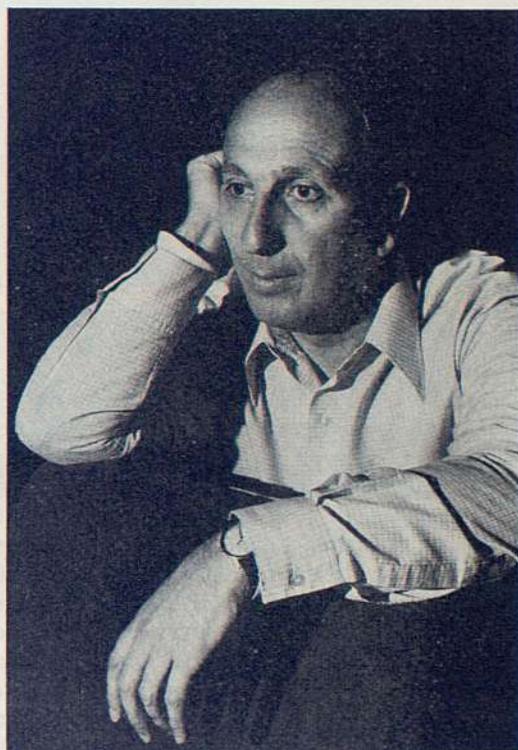
Una estudiante de A.T.S. del Hospital de San Pablo, Barcelona, ha fallecido en el Hospital Clínico, víctima de una meningitis meningocócica, que, al parecer, había contraído en contacto con los enfermos de meningitis hospitalizados en el primero de los centros sanitarios.

La gerencia del Hospital de San Pablo ha indicado que, efectivamente, el fallecimiento de la muchacha ha sido

debido a la enfermedad indicada, y que se ha considerado como consecuencia de un contagio o de una enfermedad profesional.

EL ENGAÑO, PREMIO LOPE DE VEGA

José Martín Recuerda ha sido galardonado con el premio Lope de Vega, por su obra *El Engaño*, escrita sobre el tema san Juan de Dios, el año 1972.



EN LA MISMA LINEA

Los que tienen que escribir desean siempre transmitir buenas noticias.

Inmejorable noticia, y con garra, es la que llegó a la redacción de *LABOR HOSPITALARIA*, remitida por José Martín Recuerda, desde Salamanca, nada más conocer el galardón concedido a su obra predilecta, *El Engaño*.

Esto realza todavía más la información que transmitimos a los lectores con satisfacción y alegría.

Así que se recibió la noticia en la dirección de *LABOR HOSPITALARIA*, se informó primeramente al hermano provincial. Se hizo llamándole por teléfono a Zaragoza. Se hallaba en la escuela apostólica San Juan de Dios. El hermano Ramón Ferreró recibió alborozado esta gran noticia, síntoma indudable del impacto que había de causar en todos los hermanos de san Juan de Dios que ven galardonada nuevamente con un gran premio, otra obra inspirada en la figura ingente de Juan Ciudad.

José Martín Recuerda, cuando terminó de escribir *El Engaño*, se trasladó a Barcelona para informar al provincial de los hermanos de san Juan de Dios. La entrevista se celebró en el recién estrenado hospital infantil.

Todos los presentes pudieron darse cuenta, desde el primer momento de la visita, del entusiasmo que había

puesto el autor en escribir su obra. Esta era fruto del cariño que encierra el corazón de Martín Recuerda, al santo del Amor. Es verdad. Su afecto a san Juan de Dios no conoce fronteras.

Por esta razón, los hermanos de san Juan de Dios permanecen desde el primer momento, en la línea que manifestó su provincial Ramón Ferreró, al autor de *El Engaño* en aquella histórica entrevista celebrada en la residencia provincial de Barcelona.

Era deseo del ilustre escritor que su obra se estrenase en Valencia. La dirigiría el consumado joven artista Antonio Díaz Zamora, que acompañaba al ilustre catedrático de Salamanca.

Sin perder tiempo se iniciaron los contactos con personalidades de Madrid y Valencia. El apoyo encontrado en ambas capitales, fue por demás acogedor. En Madrid, a nivel de ministerio, se encontró total apoyo. La obra la hizo suya el equipo de Pío Cabanillas, ministro de Información y Turismo. En Valencia se abrieron todas las puertas, con verdadero interés.

Hecho mucho camino, llegó el cambio de ministro. Hubo asimismo cese de director general de Teatro. La senda se estrechó hasta hacerse del todo intransitable.

Con la concesión del premio Lope de Vega, queda expedito el camino. Lo que dice el diario *YA* en su sección habitual *Vida Cultural*, del 16 de mayo de 1976, da suficiente información para que el lector quede enterado del camino que seguirá la obra de Martín Recuerda a partir del galardón conseguido. Leamos.

El engaño, de José Martín Recuerda, ha sido galardonado con el premio Lope de Vega, el más importante que se concede en España y que, aparte de su cuantía —200.000 pesetas—, lleva aparejado el estreno en teatro nacional, concretamente el Español, ahora en ruínas por incendio. Es la segunda vez que Martín Recuerda lo consigue; la anterior fue en 1958 por su obra *El teatrillo de don Ramón*.

El engaño —cuenta el propio autor— fue terminada de escribir a final de agosto del año 1972. Su elaboración e investigación me costó años. Quizá ocho. Su ejecución, cuando tuve la suerte de encontrar el misterio creativo, tardó un mes. Su primera versión creo que duraba más de cuatro horas.

El tema —prosigue— es la vida de san Juan de Dios, en función del Imperio. Su técnica la creo dentro de las exigencias del teatro de nuestro tiempo, con desbordamiento de espacios escénicos. Es una obra que entra en el círculo de lo que pudiera ser un teatro español y barroco en nuestros días, sin posible delimitación con las corrientes dramáticas manieristas.

Al terminar la obra —continúa Martín Recuerda— me puse en contacto con Antonio Díaz Zamora, creador en Valencia del Quart-23. Nos desplazamos a Barcelona y sometimos la obra y el proyecto del montaje a la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios, de la provincia de Aragón. El montaje, por supuesto, iba fuera de recintos de teatro a la italiana. Obra y montaje fueron aceptados por la Orden Hospitalaria. Se habló con el equipo del entonces ministro Pío Cabanillas y se nos prometió una subvención para el estreno. Cuando se llevaban cinco meses de ensayos intensos —más de cuarenta actores—, al cambiar de ministro con la llegada de León Herrera y el director general de Teatro, Mario Antolín, todo lo entendido quedó olvidado.»

CARTAS ELOGIOSAS

También «la obra —explica el autor— fue leída por José Tamayo. De él conservamos varias cartas. En una, fecha 13 de noviembre de 1972, dice: «Todo deja patente que estamos ante una obra épica y muy por encima de lo que escriben nuestros mejores autores, tanto por su tema como por su desarrollo. Precisa un ajuste que la deje en un horario asequible.»

Adolfo Marsillach también leyó la obra; me escribió otra carta, fecha 4 de marzo de 1973, donde me dijo: «Tu *Engaño* —termino ahora su lectura— es, a mi juicio, una de las tres o cuatro obras más serias, más importantes y más lúcidas que se han escrito en este país en muchos, muchísimos años. Estoy realmente entusiasmado. Me has devuelto la confianza en el futuro de nuestro teatro. Claro que me gustaría estrenarla.»

Antes de la caída del ex ministro Pío Cabanillas —da más detalles Martín Recuerda—, el empresario Antonio Redondo quiso en exclusiva todas mis obras (conservo la carta contrato que no se llegó a firmar). También, naturalmente, *El engaño*, en el montaje de Díaz Zamora. Fuimos al Ministerio y el subdirector general, Carlos Gortari, dijo que la empresa de *El engaño* era el Ministerio de Información y Turismo, y que, por lo tanto, esta obra no podía entrar dentro de la exclusiva que se le iba a dar a Antonio Redondo. La exclusiva fue un acto fantasmal más de nuestro teatro al uso y de nuestros empresarios. Empresarios que negocian con el teatro como negociarían con la construcción de viviendas. Tuve que ir olvidando este asunto. No había cabida para esta obra en el teatro español.»

Hasta aquí, parte de la historia de una obra —y de un autor— que recorre mil peripecias, mientras no nos faltan, sino que abundan, engendros lamentables en nuestra cartelera.

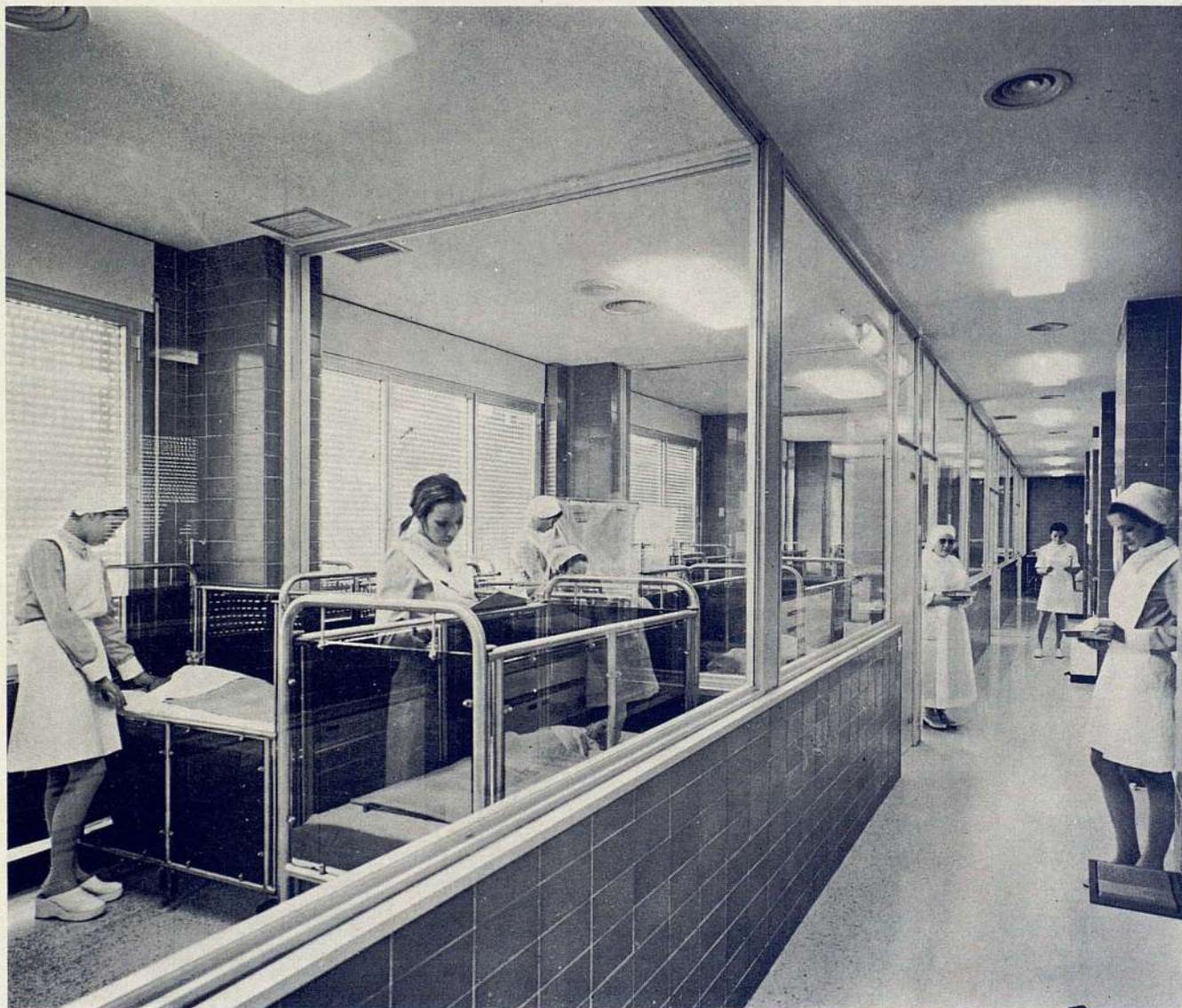
«En 1975 —concluye Martín Recuerda— hice una reducción de la obra. Ahora tiene menos duración. Quizá dos horas y tres cuartos.»

José Martín Recuerda nació en Granada en 1925, y actualmente dirige la cátedra de teatro Juan de la Enzina de la Universidad de Salamanca. En su ciudad natal dirigió durante años, el TEU (Teatro Español Universitario). Doctor en Filosofía y Letras, ha estado de profesor en universidades de los Estados Unidos. En 1954 escribió *La muralla* y desde entonces no ha parado su producción de dramaturgo: *Los átridas*, *El payaso y los pueblos del sur*, *El teatrillo de don Ramón* (premio Lope de Vega, 1958), *Como las cañas secas del camino*, *Las salvajes de Puente San Gil*, *Quién quiere una copla del Arcipreste de Hita*, *El Cristo*, *Las ilusiones de las hermanas viajeras*, *Las arrecogías del beaterio de Santa María Egipcíaca*. Su última obra es *Regreso de un emigrante en el año 1976*.

M. G. O.

José Martín Recuerda con *Su Engaño*, pasa a ocupar una gran página del libro de oro que abrió Lope de Vega poco tiempo después de la muerte del *Creador del hospital moderno*, donde, siglo tras siglo, van inscribiéndose los grandes escritores que se han inspirado hasta el presente, en la vida y obras del humano Juan de Dios.

Los hermanos hospitalarios felicitan a José Martín Recuerda y le envían sus mejores parabienes con afecto de hermanos y amigos.



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



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)

FRIA MAS Y MEJOR CON



Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

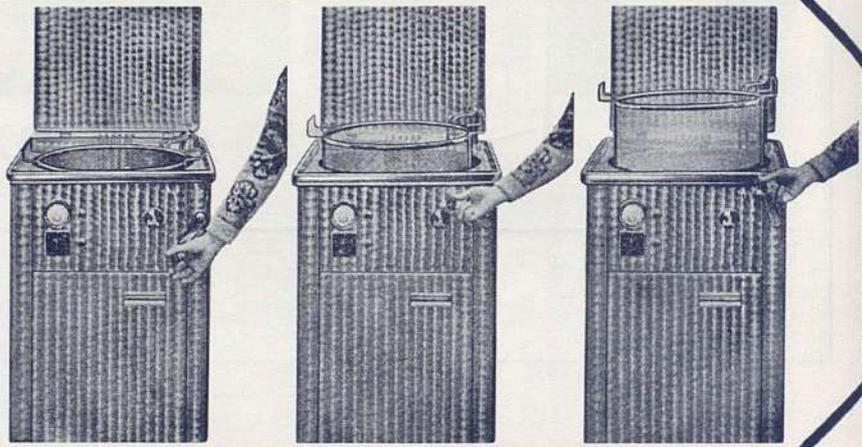


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

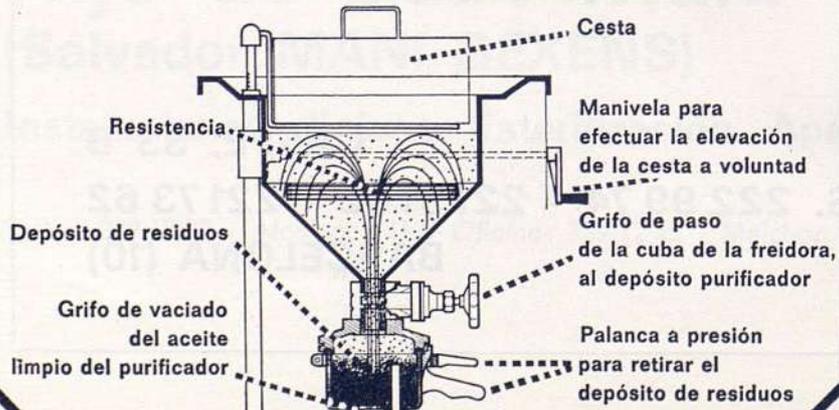
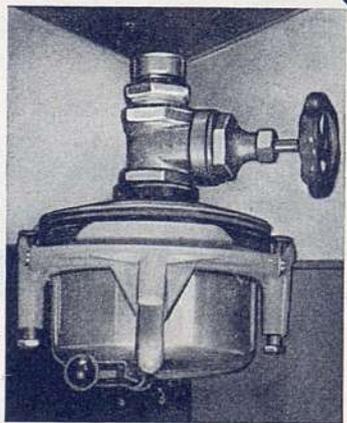
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

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



PURIFICACION DE RESIDUOS DEL ACEITE

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



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

*La freidora de calidad internacional

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

SIRVASE REMITIRME
AMPLIA INFORMACION DE
SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado

Don

Domicilio

Población

Provincia

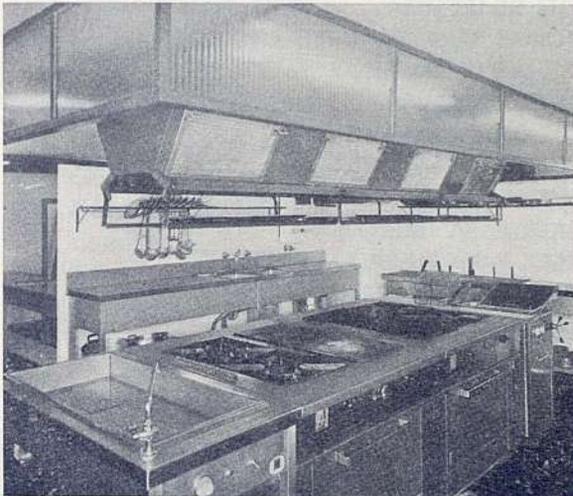


HOSTELERIA

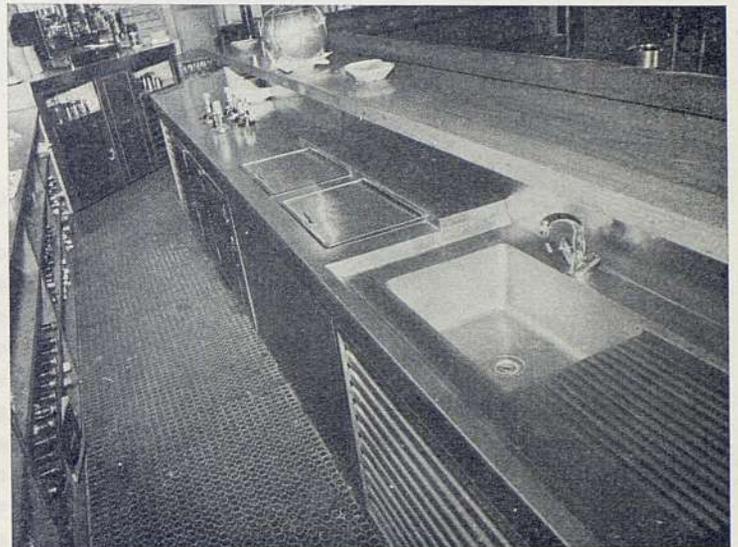
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

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

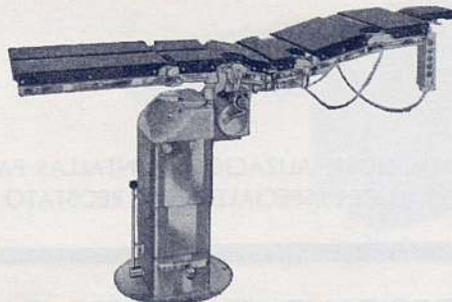
RASTATT/BADEN
(Alemania Occidental)



Primera Firma Europea en Mesas de Operaciones y Equipos Hospitalarios



Libros y revistas



Laboratorio



Instrumental quirúrgico



Mobiliario clínico



Aparatos médicos

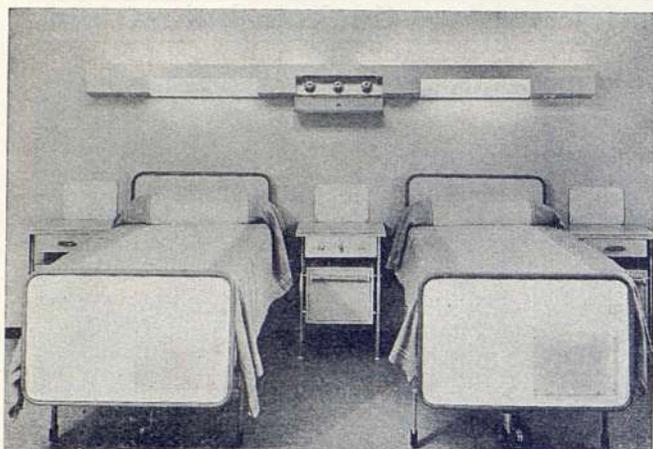
FUNDACION GARCIA MUÑOZ
LA ORGANIZACION COMERCIAL
MEDICA MAS COMPLETA DE ESPAÑA

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

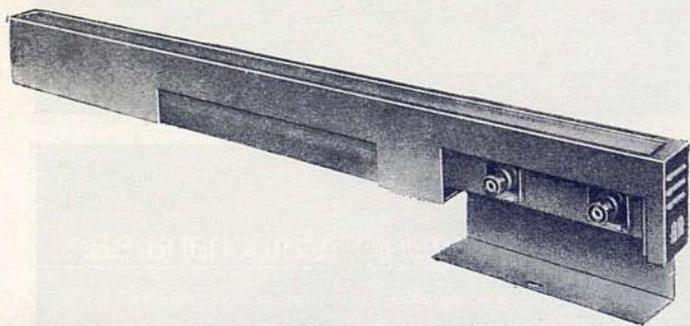


Electromedicina

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

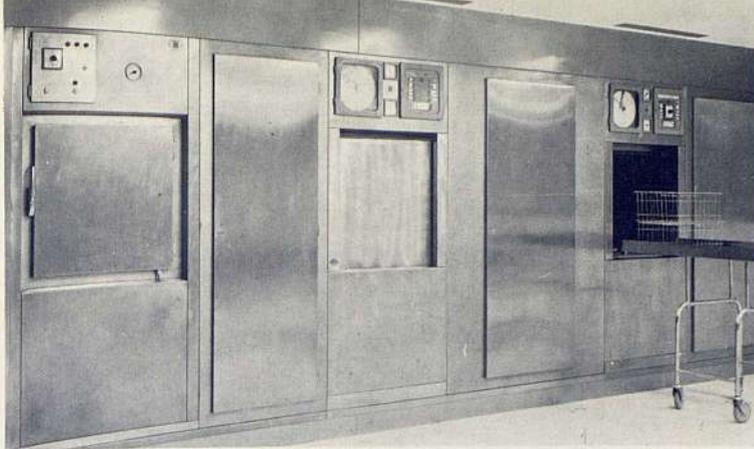
PANTALLA CANAL **panhos** DEBIDAMENTE REGISTRADA Y AMPARADA POR PATENTE



FABRICADA Y DISTRIBUIDA POR

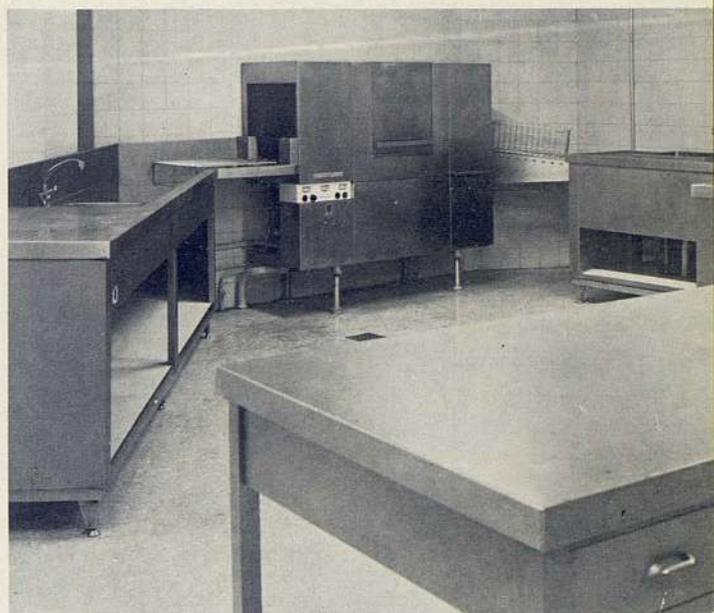
panhos s/a

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



Central de esterilización

Central de lavado



Instalaciones de:

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

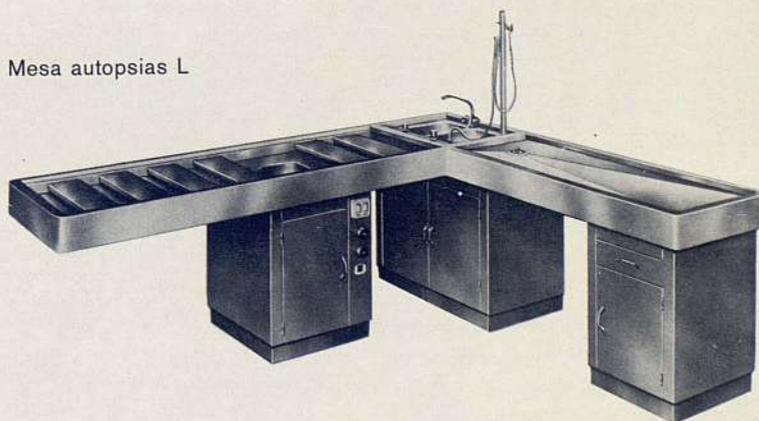
Entrega de:

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



Lavador
de cuñas

Mesa autopsias L



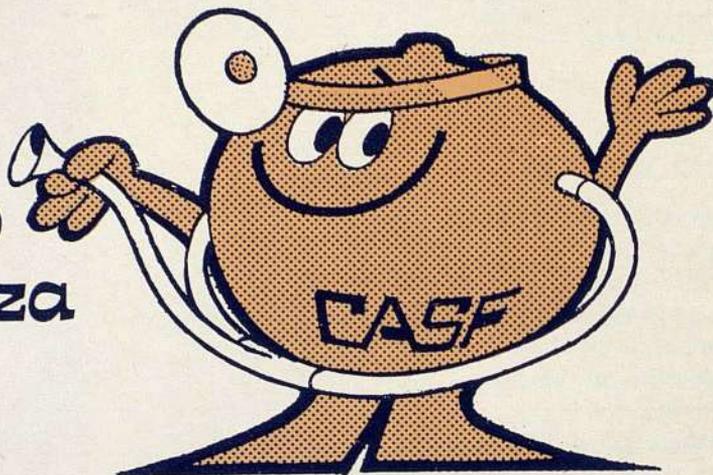
PUBLICIDAD FLAQUE CAMPS



Antonio Matachana, s.a.

LABOR HOSPITALARIA

nos ha
depositado
su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

Caja Confederada 

CENTRAL

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

AGENCIAS

Cardenal Tedeschini, 55 (Congreso)
P.º Zona Franca, 182-184 / Fundación, 33-35
Viladomat, 247-249 / Rosellón
Provenza, 379-381 / Nápoles, 256
Lauria, 20 / Caspe, 31
Aribau, 121 / Rosellón
P.º Maragall, 386-388 / Petrarca
Avda. Mistral, 36 / Rocafort
Aribau, 272-274 / Mariano Cubí
Plaza Comas, 11-12 (Las Corts)
Virgen Lourdes, 5-11 (Trinidad)
Artesanía, 96 (Guineueta)
Rambla del Cazador, 2 (Guineueta)
Menorca, 35 (Verneda)
Consejo de Ciento, 204 / Villarroel, 94

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

HOSPITALET DE LLOBREGAT

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

S. ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

BADALONA:

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

PREMIA DE MAR:

Avda. 27 de Enero, 132

SAN FELIU DE LLOBREGAT

Avda. Marquesa de Castellbell, 116

i Vale más quien sirve mejor!