ORGANIZACION Y PASTORAL DE HOSPITALES

LABOR HOSPITALARIA

LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral de Hospitales

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 31. Segunda época. Abril-Mayo-Junio 1978
Número 168. Volumen X

Consejo de Redacción
Director
ANGEL M.ª RAMIREZ

Redactores Jefes
Ramón Ferreró
José L. Redrado

Redactores
Gestión Hospitalaria
José M.ª Muneta
Asistencia y Enfermería
Cecilio Eseverri
Teología y Pastoral
Pascual Piles
Etica Sanitaria
Gabino Gorostieta

Colaboradores
Joaquín Plaza, Pedro Clarós, Amado Palou, L. Gil Nebot, José L. Alabert, José M.ª Sostres, Ascensión Zubiri, Felipe Alaez, José Sarrió.

Administración, Publicidad y Oficina de información hospitalaria
Curia provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera de Esplugas
Tel. 203 40 00
Barcelona 34

Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

72 LA DEONTOLOGIA MEDICA

ORGANIZACION DE HOSPITALES

74 SALARIO SOCIAL Y SALARIO DE RENDIMIENTO
Por Carmelo M.ª Cabré Rabadá

78 POLITICA DE SELECCION EN EL HOSPITAL
Por José M.ª Sostres

ASISTENCIA Y ENFERMERIA

81 LOS NIÑOS Y LOS JOVENES MINUSVALIDOS
Por Cecilio Eseverri Chaverri y equipo

PASTORAL HOSPITALARIA

93 HUMANIZACION Y RELACIONES HUMANAS EN EL HOSPITAL
Por Francisco de Llanos Peña

96 LAS RELACIONES HUMANAS EN EL HOSPITAL
Por R. Andreu Anglada

101 PSICOLOGIA DEL ENFERMO (II)
Por Angel Perulán, O. H.

107 PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

NOTICIARIO

114 HOSPITALES

118 PASTORAL

122 BIBLIOGRAFIA

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

LH opina

LA DEONTOLOGIA MEDICA

En los últimos meses han aparecido en el panorama médico español numerosos trabajos sobre Deontología Médica lo que hace suponer, o bien que estamos ante un nuevo ordenamiento jurídico general, que de alguna forma afectará al ejercicio profesional médico, o bien que nos encontramos en un momento de cambio social trascendental que hace plantearse de nuevo las bases éticas de nuestro quehacer médico.

Las referencias más importantes a nuestro modo de ver, de ese resurgir de la Deontología Médica son, por una parte el libro editado por el Colegio de Médicos de Madrid titulado Deontología, derecho, medicina *y que recopila no sólo los Códigos deontológicos de la profesión en España, sino también otros europeos, internacionales e incluso algunos históricos desde el de Hammurabi. Además, contiene la referencia de los temas tratados en las Primeras Jornadas sobre Deontología, Derecho y Medicina celebradas en Madrid, en febrero de 1976. Y, por otra parte, los Proyecto y Anteproyecto de Código Deontológico Médico editados respectivamente por el Consejo General de Colegios Médicos de España y por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.*

No vamos a entrar aquí en el análisis de estos proyectos, sino a señalar la oportunidad de su aparición. Y, aunque cada uno de ellos tiene sus diferencias y podemos ver, en el del Consejo General una mayor normativa y en el de Barcelona una inclinación preferente por los principios reguladores del hacer médico, en ambos se nota un deseo manifiesto de actualización en los campos en que la medicina se va desarrollando.

Tratan con amplitud los campos del respeto a la vida, de la muerte, de la experimentación clínica y humana, de los trasplantes, de la medicina en equipo, del secreto profesional, de las relaciones médico-paciente, de los honorarios, del ejercicio médico en instituciones, de las relaciones entre profesionales, etc.

Sin embargo, comparando con otros Códigos de diferentes países, se nota la ausencia de alguna orientación del trabajo en equipo, no solamente médico,

sino con otros profesionales de la sanidad. Hoy se habla frecuentemente de los equipos interdisciplinares y sería oportuno dar algunas directrices para regular la actuación de cada profesional en el terreno ético. Piénsese en la actualidad de equipos de asistencia psiquiátrica en los que entren a formar parte: médicos, psicólogos, enfermeros psiquiátricos, trabajadoras sociales, etc. Y lo mismo en el Hospital general en el que cada día más se verá actuar al equipo compuesto por médicos, diplomados en enfermería, psicólogos, sociólogos, etc.

También la estructura sociopolítica de cada país matiza, en gran parte, la actuación del médico, por lo que es oportuno delimitar bien sus normas éticas para que se respete la independencia del médico en su campo concreto de actuación, si bien conviene sentar unos principios de humanidad que, aun pareciendo de índole política, son simplemente conceptos humanitarios.

A este respecto, convendría matizar algunos artículos, como son los del aborto, en los que conviene dejar bien claro, aparte de la orientación del médico a defender la vida, su independencia frente a cualquier legislación civil a favor del aborto derivada de razones de conciencia.

Si en el Código del Consejo General queda claro, no así en el del Colegio de Barcelona.

Por otra parte, este Código trata nuevos matices del ejercicio médico en defensa de la vida integral, al tratar temas como el de la tortura, a la cual, tampoco el médico ha de colaborar, a pesar de leyes civiles que lo pueden involucrar.

Es de suponer que las numerosas colaboraciones que a estos proyectos se habrán hecho por parte de los profesionales, los hayan completado y puesto a punto para su aprobación que se prevé en breve.

Sin embargo, abundando en la idea manifestada casi unánimamente en la Conferencia de Ordenes Médicas Europeas, celebrada en París el pasado 7 de marzo, sería conveniente que estos Códigos no recibiesen tal nombre, sino más bien el de principios éticos o guía deontológica para el ejercicio de la medicina, ya que, de otra forma, destacan más el aspecto jurídico que el estrictamente ético que es el principal de la Deontología Médica.

Por nuestra parte hay que añadir que también creemos muy oportuna la aparición de estos Proyectos ya que nos encontramos en España en una nueva ordenación y planificación no sólo de la Constitución del país, sino también de una concreta Ley de Sanidad, muchos de cuyos puntos deberían estar en acuerdo con la Deontología Médica actual.

Esperemos que la Corporación Médica sea consultada y, su opinión tenida en cuenta, no en exclusiva, pues hay que reconocer que la salud es un bien que afecta a todos y en cuya conservación y recuperación intervienen numerosos profesionales, pero sí en equipo, ya que su profesión le da una intuición y un saber especiales para captar y prever circunstancias que desde el punto de vista del político, del sociólogo, del economista o del ecólogo se ven de distinta manera.

Solo considerando al hombre de forma integral y teniendo en cuenta todas sus facetas, le haremos un verdadero servicio.

SALARIO SOCIAL Y SALARIO DE RENDIMIENTO

LA DEFINICION DE SALARIO

La primera cuestión que se nos plantea como previa a todo el desarrollo del tema es definir de forma adecuada qué se entiende por salario.

Creemos que una definición que podemos tomar como base, es la que en teoría económica se entiende por salario en su sentido más amplio, la remuneración real del esfuerzo humano en general es, sencillamente el precio del trabajo.

Existen un gran número de personas, que su standard de vida viene dado por ese precio que percibe por su trabajo, y de ahí la importancia que actualmente se da a esta cuestión en toda Empresa.

LAS DOS VARIABLES

Actualmente el Salario se considera que es función de dos variables, entre otras muchas, pero éstas, son de la máxima importancia.

— La cantidad de trabajo humano.
— La calidad de trabajo humano.

La cantidad de trabajo humano es una consecuencia del tiempo empleado en una determinada actividad.

Pero este tiempo tiene unas características especiales, no es un tiempo observado, sino dicho tiempo en el que se introducen dos factores correctivos.

— La actividad.
— El coeficiente de recuperación.

Entendemos por actividad la calificación en términos de eficiencia del trabajo que lleva a cabo un productor, respecto a un patrón que se toma como término de comparación y al que se denomina actividad correcta.

Entendemos por coeficiente de recuperación el incremento que debemos otorgar al productor para que no pierda vida profesional y cada día venga con las mismas ganas de trabajar, y ello debido a la fatiga acumulada y a las necesidades personales.

El tiempo observado corregido por dichos dos factores nos da la cantidad de trabajo.

La unidad de la cantidad de trabajo es el Hombre-hora que es el trabajo que puede llevar a cabo un productor en una hora a rendimiento correcto.

La cantidad de trabajo óptimo (máximo sin pérdida de vida profesional) es la correspondiente a 1,4 H/h. a la hora.

Esto quiere decir que una remuneración debe ser mayor cuanto más se sobrepase el rendimiento correcto correspondiente a 1 H/h. a la hora.

El segundo factor importante es el correspondiente a la «Calidad del Trabajo humano». Esta *calidad del trabajo humano* viene definida por la importancia relativa de los diferentes trabajos.

No es lo mismo 1 H/h. efectuado por un peón, que esa misma cantidad de trabajo llevada a cabo por un profesional.

El segundo caso debe remunerarse más que el primero.

Con esto anterior, tenemos ya los dos pilares básicos en los que se asienta un salario, pero esto no es suficiente.

CARACTER DEL SALARIO ACTUAL RESPECTO AL ANTIGUO

La cuestión salarial, es algo que tiene relaciones muy íntimas con el sistema económico moderno y que la forma esencial que revisten los problemas con los que se tropieza, se derivan de los caracteres e instituciones especiales de este sistema por ejemplo, distribución de la propiedad y forma en que se disfruta, etc.

Si estudiamos los caracteres que distinguen los salarios que hoy se pagan de los otros medios con que el trabajo del pasado se ejecutaba y pagaba, y tratamos de definir el carácter del actual sistema de salarios en estos términos, veremos que existen distinciones fundamentales que dan un sello único a los problemas actuales a los que se enfrenta el sistema industrial moderno.

En el pasado son tres los sistemas con los cuales el sistema moderno de salarios puede compararse.

El primero de ellos fue la esclavitud, bajo la cual la persona del trabajador era propiedad de su amo, que podía comprarlo y venderlo. Todo el tiempo del esclavo estaba a disposición del amo, que alimentaba al trabajador en la medida que estimaba necesario para mantenerlo en condiciones eficientes de trabajo, aprovechando la jornada del esclavo para atender a sus necesidades o caprichos o para producir con fines comerciales.

El segundo fue la servidumbre, que prevaleció en la mayor parte de la Europa medieval, durante el feudalismo y que ha existido, con ligeras diferencias, en otras épocas en varias partes del mundo. Dentro de la servidumbre cada aldea se bastaba a sí misma en lo principal, siendo el tráfico fuera de ella, la excepción más que la regla. El siervo no pertenecía al señor, pero por derecho constitudinario le debía ciertos servicios y estaba atado a la tierra de éste, sin poderle abandonar. Usualmente el siervo procuraba su subsistencia trabajando algunas parcelas que tenía como suyas. La tierra y el tiempo que le eran propios debían bastarle para mantenerse a él y sus familiares.

En el tercero, el artesano o trabajador manual libre trabajaba con sus propios utensilios en su propio Taller y vende en el mercado él mismo, sus propios productos o en la agricultura el campesino independiente cultiva con su trabajo y el de su familia su propia tierra. Es un ejemplo del que encontramos casos en casi toda la Edad Media, lo mismo que en las épocas clásicas. Dentro del artesanado, el trabajador es, en cierto sentido, su propio patrón, que hace y vende sus productos y que retiene como utilidad el excedente o «ingreso neto» por encima del coste de sus materiales y de su propia subsistencia.

Si comparamos estos tres sistemas entre sí y con el moderno sistema de salarios, veremos que en un aspecto en el que difieren es el grado diverso de libertad económica de que goza el trabajador, lo que a su vez depende de las relaciones en que se encuentre respecto de la propiedad económica, es decir, de su situación de propietario o no propietario. Lo que determina las relaciones entre los hombres —entre grupos o clases sociales— es la forma que adquieren los derechos de propiedad.

En el sistema salarial de hoy, el trabajador no tiene las limitaciones legales que antaño. Ante la ley es su propio amo, libre de trabajar o no, según le plazca; libre de alquilarse por un jornal, o de trabajar, si lo prefiere, como artesano independiente. El capitalista, dueño de un taller, de una fábrica, etc., puesto que no puede obtener mano de obra coercitivamente, por compra o derecho tradicional, tiene que alquilar el tiempo de un trabajador, como mínimo por el precio del mercado. En esas condiciones obtiene su utilidad de la diferencia entre el salario que ha de pagar y el precio que consigue por el producto acabado que vende. De ahí que la desaparición de todas las restricciones a la libertad del trabajador se halla generalmente en la historia como una de las condiciones previas a la aparición de un sistema de salarios.

De todas formas la libertad económica del trabajador, puede variar mucho dentro del sistema de salarios mismo. Por una parte, cuando los trabajadores poseen fuertes organizaciones sindicales, con fondos considerables, o cuando han organizado cooperativas prósperas, con facilidades especiales para créditos, abastecimiento etc., o bien cuando valiéndose de su influencia política, consiguen una buena legislación laboral, entonces la debilidad económica del asalariado como clase, puede desaparecer en gran parte.

Por otro lado, a menudo existen circunstancias de carácter puramente económico que restringen anormalmente la libertad del trabajador y que en casos extremos tienden de hecho a limitar su elección de trabajo a una empresa o un pequeño grupo de empresas.

Los trabajadores se hallan con frecuencia, en una situación de debilidad siempre que la existencia de una gran reserva de parados da al empresario, la oportunidad de reemplazar fácilmente a cualquiera de sus trabajadores por otros nuevos.

El trabajador especializado en un determinado sector se encontrará virtualmente atado a un solo empresario, en el caso de que un monopolio domine la industria etc.

Todo ello desemboca a que una cuestión tan importante debe reunir unas condiciones mínimas para que el sistema salarial se considere bueno.

CONDICIONES PARA QUE UN SISTEMA SALARIAL SE CONSIDERE BUENO

Para que una remuneración se considere como buena por el personal, es necesario que sea:

— Suficiente.
— Justa.
— Adaptada.

Estas tres cualidades conducen a estudiar:

a) El nivel general de remuneración de la empresa y su situación respecto a:

— Mínimo vital.

— Satisfacción de necesidades del productor.

b) La justicia en los métodos de reparto del montante salarial.

c) La adaptación de los métodos de remuneración que deben seguir la evolución de las técnicas.

SALARIO MINIMO

En cuanto al nivel general de remuneración en la empresa, podemos decir que el legislador se ha preocupado de definir un mínimo vital (salario mínimo interprofesional) que aun cuando lejos de cubrir esta necesidad, representa un avance social.

Este mínimo representa una tentativa objetiva e interesante para definir el presupuesto mínimo de un soltero. Este presupuesto debería tener en cuenta ciertos gastos aun cuando no sean estrictamente de subsistencia, tales como periódico, tabaco, espectáculos, etc.

El salario mínimo, hoy por hoy, no puede tener en cuenta un nivel más elevado de aspiraciones del asalariado que emplea sus esfuerzos en su empresa para mejorar su situación y para poder satisfacer las necesidades personales que no son todas de orden material.

Tengamos presente que las necesidades del hombre son ilimitadas y que cada uno procura satisfacer más y más sus necesidades, cualquiera que sea al nivel que llegue.

Se llega por tanto a la conclusión de que la remuneración no será nunca suficiente, puesto que el hombre no dispondrá nunca de suficiente dinero para satisfacer todos sus deseos.

De todas formas actualmente el salario mínimo interprofesional es 548 ptas. que al año da un total de 200.020 ptas.

En Barcelona ciudad, el mínimo alimenticio para una familia con dos hijos a base de 3.000 calorías el hombre, 2.800 la mujer y 2.100 cada uno de los hijos, teniendo en cuenta un promedio respecto a la edad es en estos momentos de alrededor de 124.000 ptas.

Vemos por tanto que este mínimo legislado queda por debajo de la cifra necesaria.

Si avanzamos un poco más, veremos que la revista *Dirigentes,* de la Sociedad Católica de Dirigentes, da como dato para el mes de enero de 1978 la cifra de 377.012,15 ptas. como mínimo necesario para esta misma familia anterior.

Con todo ello podemos afirmar que conocer si una remuneración es suficiente no es una cuestión que sea posible para el conjunto de un grupo de asalariados.

Además en la práctica cada persona se compara con otras que tienen funciones equivalentes o superiores, y ello nos lleva a estudiar la justicia en los métodos de distribución.

CALIFICACION DE PUESTOS DE TRABAJO VALOR PERSONAL

Hemos indicado al principio que era necesario tener en cuenta «la importancia relativa de los trabajos», la técnica que tiene en cuenta estos se denomina calificación de puestos de trabajo, con lo cual podemos tener un juicio objetivo sobre los distintos niveles jerárquicos de acuerdo con su importancia y con la dificultad que puede tener el ocupante del mismo.

Es un medio de poder comparar las funciones entre departamentos muy distintos. Es un instrumento de medida que nos permite establecer la comparación con la máxima justicia y equidad.

Pero todo esto tiene una segunda parte que consiste en conocer el valor profesional del titular de un puesto con vistas a fijar su salario. El nivel de remuneración individual debe tener en cuenta la antigüedad, el valor profesional, así como las posibilidades de adaptación a las técnicas o a los nuevos métodos de pensar.

La remuneración sería juzgada justa si cada uno tiene el sentimiento de estar remunerado en su justo valor y en proporción de los esfuerzos que él realiza.

EVOLUCION DE LA EMPRESA

Pero a pesar de la importancia de estos parámetros, no se puede olvidar que la Empresa evoluciona, tanto en su proceso como en su estructura.

Los sistemas salariales deben poder seguir esta evolución y es por ello que es necesario la adaptación de los métodos de remuneración.

No es raro, encontrar empresas en que los procesos, se han modificado completamente y en cambio los sistemas de remuneración permanecen estancados e invariables.

En estos casos, la estructura del personal se ha modificado y muy probablemente los métodos salariales empleados, pueden no ser los más convenientes.

Es por esto que es necesario adaptar los sistemas de remuneración a la nueva estructura del personal y de los procesos, procurando que el paso de un sistema a otro, se haga de una manera armoniosa. Es necesario establecer un plan completo, tratando el problema en toda su amplitud y no intentando de resolver al día los problemas que se van presentando.

Vemos por todo ello, que en el contexto salarial, se encuentra toda la problemática social.

Que el salario que se paga influye como factor sociológico en todo nuestro contexto económico.

DEFINICION DEL SALARIO SOCIAL

Y es por ello que consideramos que el salario social, es aquél que se percibe como contraprestación a una actuación correcta en la Empresa.

Lo mejor del hombre está consagrado al servicio del trabajo y esto hace que existan tres aspectos que se deben tener en cuenta:

— Fisiológico.
— Psicológico.
— Social.

El hombre no puede desarrollarse y conseguir su plena autonomía más que en colaboración con los otros miembros de la sociedad, y esto hace que en el salario debe tenerse en cuenta.

a) El empleado ser social.
b) Contactos humanos del empleado.
c) Relaciones sociales del empleado.

— Marido y cabeza de familia.
— Número en la mesa.
— Miembro de una clase social.
— Asalariado de una empresa.

Pero como anteriormente explicábamos el hombre no tiene nunca suficiente, siempre desea más.

Como cada hombre es diferente, esto quiere decir que habrá productores que estén dispuestos a dar más esfuerzo, si con ello pueden satisfacer un deseo y de ahí que se plantee el salario de rendimiento.

SALARIO DE RENDIMIENTO: INCENTIVO

El salario de rendimiento corresponde a una de las formas de participación de los productores en la productividad o en los resultados propiamente dichos.

Dichos salarios están unidos a un cierto estudio del progreso técnico marcado por la división del trabajo y la individualización de las tareas.

La división de las tareas conduce a una disminución del interés por el trabajo; los salarios de rendimiento, han constituido un medio de crear un nuevo estímulo. El salario de rendimiento, parece por otra parte, conforme a la justicia, ya que permite diferenciar los salarios en función del esfuerzo realizado, por encima del correcto obligatorio.

Los salarios de rendimiento pueden ser clasificados en el origen, en dos grandes categorías:

— Las que ofrecen una remuneración estrictamente proporcional al trabajo realizado; es el salario a destajo.
— Las que añaden al salario a rendimiento correcto, dependiente de la importancia del puesto, una remuneración al trabajo suministrado por encima de una cierta cantidad.

Sólo hablaremos de la segunda categoría, puesto que las Leyes laborales y los Convenios Colectivos, al imponer salarios mínimos han hecho que, con pequeñas diferencias, la primera categoría se reduzca a la segunda.

CARACTERISTICAS DE LOS SALARIOS DE RENDIMIENTO

Estos sistemas se caracterizan por:

— La norma, es decir la cantidad de trabajo, por encima del cual se empieza a percibir ese incremento salarial.
— El valor de dicho incremento.
— La curva del incremento.

Debemos señalar que a partir de ahora, a ese incremento le llamaremos prima.

La definición de prima, es toda cantidad función del esfuerzo propio, que se percibe por encima de lo correspondiente al salario a rendimiento correcto o pactado.

Durante los últimos años, se ha trabajado sobre la cuantía relativa a la forma de la curva, es decir a las fórmulas de primas, mientras que estas parecen no tener mucha importancia a los ojos de los productores.

Por el contrario, la determinación de las normas, muy difíciles de realizar es el origen de la mayor parte de los conflictos engendrados por la institución de las primas individuales de rendimiento.

Estas normas que en el pasado eran mal calculadas y en consecuencia discutidas, explica la actitud generalmente de gran desconfianza por parte del personal obrero frente a las primas por rendimiento.

Por otra parte, el sentimiento de seguridad está amenazado por una remuneración que no tiene un nivel constante. El riesgo recae, en ciertos casos sobre el salario; la remuneración al depender en forma demasiado exclusiva del rendimiento, hace al personal sentirse sometido al esfuerzo. Sin embargo, por el contrario, las primas constituyen un atractivo, pues están unidas precisamente al esfuerzo personal, aumentando la remuneración con estas. Corresponden también a una cierta necesidad de juego.

Esto explica que en todas las empresas exista un cierto número de productores, pequeño, entre el 5 y 10 %, que las primas no les agradan y además protestan porque arguyen que ellos tienen sentido de responsabilidad y no es necesario estimularlos para que aporten un mayor esfuerzo.

Para el 90 ó 95 % restante, esto no es así y explica la necesidad de implantarles este sistema, si se desea obtener una productividad elevada y que los ingresos de los productores sobrepasen los mínimos.

Debe advertirse, que de todas formas, las primas al rendimiento, que corresponden a un cierto estudio de adelantos técnicos, se encuentran actualmente superadas en ciertos casos. La mecanización y más aun, la automatización, transforman al trabajador en un controlador, quitándole cada vez más la influencia directa que tenía sobre la producción de su puesto de trabajo.

A pesar de ello, las primas al rendimiento, pueden tener justificación: tipo de tareas fraccionadas, poco

POLITICA DE SELECCION EN EL HOSPITAL

PREAMBULO

La selección no es tan sólo la aplicación de unas técnicas a unos candidatos que aspiran a entrar a formar parte del hospital, sino un proceso que debe iniciarse antes del ingreso formal en el hospital, continuando en la admisión y seguido después, procurando orientar a los más idóneos hacia la formación adecuada y continuada y ofreciendo posibilidades de promoción a quienes tengan condiciones para ello.

Con la selección de personal, se pretende dotar al hospital de los medios humanos suficientes e idóneos, para alcanzar los objetivos propuestos.

Es necesario, por tanto, un contacto continuo del Departamento que, en definitiva, debe responsabilizarse de la selección —Departamento de Personal— con aquellas personas —Directores de División— u órganos —Junta de Gobierno— que tienen encomendada la elaboración de los objetivos del hospital y con aquellos Comités —Acreditación— que deben participar de forma activa en la selección, mediante la creación o aplicación de los correspondientes baremos.

EL CONOCIMIENTO DE LOS PUESTOS DE TRABAJO Y LA SELECCION

Para que una selección tenga éxito, se debe partir de un conocimiento exhaustivo de las necesidades del puesto a cubrir, a fin de que conjugándolas con las generales del hospital, se pueda referenciar al máximo la persona o personas a seleccionar.

Para lograr el conocimiento del puesto a que hemos hecho mención, deberá obrar en el Departamento de Personal, un ejemplar actualizado de las instrucciones permanentes de cada uno de los puestos de trabajo del hospital.

Basado en las instrucciones permanentes, puede trazarse el perfil profesional de cada puesto, que si bien no es preciso hacerlo de inmediato para todos los puestos, sí será preciso redactarlo para todos aquellos que en el futuro deban cubrirse mediante convocatoria.

PROCESO DE SELECCION

En los apartados anteriores se ha hecho mención de la necesidad del conocimiento del puesto a cubrir; a partir del presente trataremos del seleccionado.

El proceso de selección tiene tres estadios o etapas:

— Publicidad de la convocatoria y recepción de solicitudes.
— Establecimiento de un orden o prelación entre los solicitantes.
— Presentación del candidato estimado como más adecuado.

---

interesantes en sí, cuyos resultados pueden ser apreciados en términos de rendimiento cuantitativo.

TENDENCIAS ACTUALES

Hoy día se tiende a un reagrupamiento de tareas, que de un cierto contenido afectivo al trabajo, y esta nueva organización justifica, sino un salario fijo, si al menos una prima de importancia relativa disminuida; sobre todo en lo concerniente a salarios próximos al mínimo social, es deseable limitar la parte variable de la remuneración.

Al parecer, es pues conveniente de cara al futuro, orientarse hacia un sistema que comparte una remuneración fija relativamente alta, a la cual se añade una prima al rendimiento que no sobrepase el 15 % de este salario base. Hoy día en nuestro país, el % que representa la prima es superior a esta cifra anterior alcanzando con frecuencia valores comprendidos entre el 30 ÷ 40 %.

En el momento actual se tiende hacia la supresión de las primas al rendimiento individual; es el resultado de la desconfianza de la clase obrera ante los numerosos errores cometidos al establecer las primas. Pero la supresión de toda forma de primas al rendimiento, en favor de un salario, totalmente fijo, suprime, por exceso de seguridad, todo espíritu de competición. Es a su manera, otra forma de sujeción. En numerosos casos, será interesante adaptar las primas existentes antes que suprimirlas, pura y simplemente.

CARMELO M.ª CABRE RABADA
Profesor de Administración de Empresas de la E.T.I.I.B.
Doctor Ingeniero Industrial, Director de Relaciones Laborales del hospital de la Santa Cruz y San Pablo

La selección de personal debe desarrollarse en todos los casos en base a un expediente personal o currículum de los candidatos optantes, que recogerá de forma expresa y suficiente:

— Los factores humanos o personales.
— Los factores académicos o de formación profesional.
— Los factores de práctica profesional o experiencia laboral.
— Aquellos otros aspectos que pudieran enriquecer o modificar a los otros anteriores.

TOMA DE CONTACTO

El contacto con el posible optante podrá hacerse de forma distinta según la categoría del puesto a cubrir.

— Contacto directo mediante: solicitudes de empleo archivadas; personal con contrato eventual o de suplencia; parientes, amigos, conocidos de empleados; otras fuentes semejantes.

— Contacto a través de convocatoria:

• Unicamente es aconsejable mediante el sistema directo, aquellos puestos de servicios generales o de subalternos que no requieran una categoría profesional de oficial o simiar.

El resto de puestos deberá cubrirse mediante el sistema de convocatoria pública.

• En el sistema de cobertura directa, el candidato podrá ser presentado por el Departamento de Personal o por el responsable del servicio a que deba ser destinado. Tanto en uno, como en otro caso, deberá pasar por los trámites que se fijan en la correspondientes normas de contratación del hospital.

CONVOCATORIA

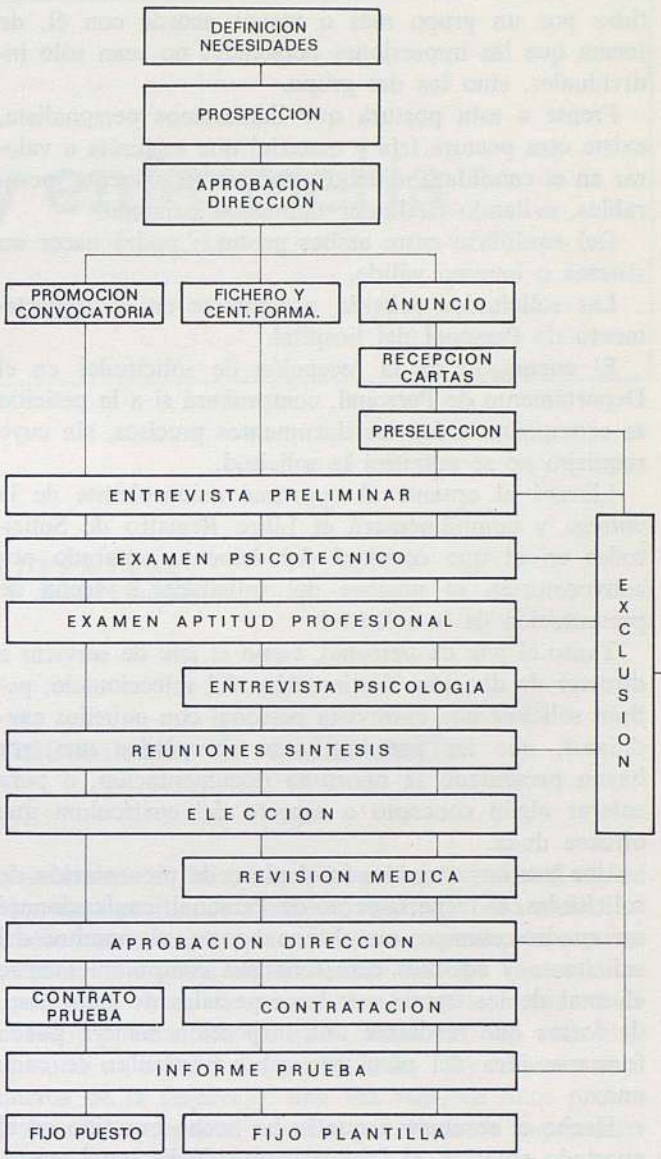
Se hará a través del Departamento de Personal, respondiendo a la petición de:

— Junta de Gobierno.
— Director de división.
— Gerencia.

Constará en la convocatoria:

— Puesto a cubrir.
— Titulación requerida.
— Especificaciones especiales respecto a conocimientos y experiencia.
— Forma y plazo para la presentación de solicitudes.
— Lugar de presentación.

Si bien en la convocatoria no se mencionará ni la retribución ni el horario, se indicará que en el Departamento de Personal del hospital, se podrá obtener cualquier información complementaria.



El ámbito de divulgación y las posibilidades de acceso, serán siempre intra y extrahospitalario.

En cuanto a su remisión a colegios profesionales, facultades o escuelas profesionales, dependerá de la titulación que deban poseer los concurrentes.

El plazo que se fije para la presentación de solicitudes será de quince días naturales. En el caso de que la convocatoria se realice en época del año en que abunden los festivos, podrán considerarse la posibilidad de que computen únicamente los días hábiles.

En todo caso en la convocatoria se hará constar claramente el día en que termine el plazo.

1. El deseo íntimo de cualquier dirigente, es seleccionar a sus colaboradores y empleados en forma individual, basándose en sus apreciaciones personales, aunque como cobertura aplique métodos pseudo-científicos.

A medida que debe razonar sus decisiones frente a una comunidad, busca que sus decisiones sean compar-

tidas por un grupo más o menos acorde con él, de forma que las impresiones personales no sean sólo individuales, sino las del grupo.

Frente a esta postura que llamaremos personalista, existe otra postura fría y material que se limita a valorar en el candidato aquellos aspectos físicamente mesurables, evitando cualquier impresión personal.

Del equilibrio entre ambas posturas podrá nacer un sistema o baremo válido.

Las solicitudes deberán presentarse en el Departamento de Personal del hospital.

El encargado de la recepción de solicitudes en el Departamento de Personal, comprobará si a la petición se acompañan todos los documentos precisos, sin cuyo requisito no se admitirá la solicitud.

Librará al optante el oportuno comprobante de la entrega y cumplimentará el Libro Registro de Solicitudes en el que constará debidamente separado por convocatorias, el nombre del solicitante y fecha de presentación de la solicitud.

Tanto el jefe de personal, como el jefe de servicio o director de división, destinatarios del seleccionado, podrán solicitar una entrevista personal con aquellos candidatos, que les parezcan más apropiados una vez hayan presentado la oportuna documentación, o para aclarar algún concepto o aspecto del currículum que ofrezca duda.

Una vez haya terminado el plazo de presentación de solicitudes, el Departamento de Personal, confeccionará un cuadro-resumen, en el que conste, el nombre del solicitante y aquellas características comparables entre el total de los optantes y las especiales de cada caso, de forma que mediante una inspección somera pueda formarse idea del nivel general y particular de cada uno.

Hecho el resumen a que se ha hecho mención en el apartado anterior, el Departamento de Personal, entregará los expedientes completos al Comité que deba entender en la debida prelación entre los optantes.

ESTABLECIMIENTO DE UN ORDEN O PRELACION ENTRE LOS OPTANTES

El establecer un orden de prelación o preferencia, entre varias solicitudes crea siempre la necesidad de establecer un método o sistema, mediante el cual el establecimiento de dicho orden no sea producto de impresiones personales sino el resultado de aplicar un método racional mediante el cual se atribuyan a cada una de las condiciones del optante un valor o puntuación, cuyo conjunto nos dé una valoración de los méritos aportados por el solicitante y por comparación se pueda establecer un orden o prelación entre los mismos.

Denominaremos baremo, a la pauta según la cual se valorarán los méritos aportados por cada solicitante mediante la atribución de un cierto número de puntos a cada uno de los aspectos a contemplar, de formación, experiencia, condiciones humanas, etc.

2. Condición básica de cualquier baremo debe ser:

— Que exista una preponderancia de la puntuación a obtener por conceptos que no dependen de la apreciación del valorador, con respecto a aquellos otros que dependan de una apreciación personal.
— Que sea susceptible de corrección en función de los resultados que se vayan obteniendo de su aplicación.
— Que sea conocido previamente por quienes optan a un puesto determinado.
— Que hayan participado en su elaboración empleados de igual categoría del puesto a valorar.

De acuerdo con el baremo a aplicar, se fijará para cada una de las categorías laborales un mínimo de puntos a obtener, de forma que si en una selección nadie alcanza el mínimo propuesto, se pueda declarar desierta y convocarla nuevamente.

El mínimo a obtener de puntuación se hará en función de un número máximo teórico de puntuación y de forma que el mínimo alcance el 30 por ciento del citado máximo.

La creación de los baremos de puntuación y el control de la aplicación de los mismos, está confiada en el hospital al Comité de Acreditación.

Al hacer el estudio de la modificación y adaptación de los actuales comités deberá tenerse en cuenta la conveniencia de que éste tenga una forma a la vez fija y móvil, de manera que manteniendo una base invariable que preste unidad a la creación de los sistemas de valoración, pueda acoger en su seno una representación participativa de la categoría a valorar, para que aporte un conocimiento más exhaustivo del puesto.

Debe tenerse asimismo en cuenta que la función del Comité de Acreditación o de cualquier otro que pudiera sustituirle en sus funciones, será siempre meramente consultiva y por tanto se limitará a aconsejar la posible contratación en función de las puntuaciones obtenidas o meramente se contraerá a dar una relación de dichas puntuaciones, quedando la decisión en manos de la Junta de Gobierno, Gerencia o persona en quien se delegue.

Será asimismo precisa la aprobación previa del jefe o director de quien vaya a depender, para poder proceder a un compromiso de contratación.

JOSE MARIA SOSTRES
Jefe del Departamento de Personal
del Hospital San Juan de Dios, Barcelona

Asistencia y enfermería

LOS NIÑOS Y LOS JOVENES MINUSVALIDOS

Mesa redonda tenida en las jornadas nacionales de enfermería

PRESENTACION

El problema de la subnormalidad, de la minusvalía, está hoy sobre el tapete de cualquier mesa de trabajo, tanto político, económico, médico, como social.

A nosotros, hoy y aquí, sólo nos va a inquietar, vamos a exponer, unas pocas cuestiones técnico-rehabilitadoras, educativas, socioasistenciales. No vamos a bajar, ni vamos a subir, no podremos tratar el asunto muy científicamente. Cada uno de los temas luego tratados pueden dar de sí y tienen entidad suficiente como para poder desarrollar todo un curso largo y profundo. Hoy somos y estamos aquí sólo como pregoneros de la detección, una vez más, de unos problemas y queremos contestar, si se nos pregunta, aquellas cuestiones o inquietudes que los aquí presentes tengan a bien formularnos.

A cada uno de los ponentes nos van a servir de base común de nuestras inquietudes profesionales, las siguientes agrupaciones de procesos patológicos que conducen a la subnormalidad, campo de nuestro trabajo:

1.º Patologías cromosómicas.
2.º Patologías malformaciones congénitas.
3.º Patologías intrauterinas: tumores, placenta previa, traumatismos, anemias, hemorragias, anoxias connatales, etc.
4.º Patologías metabólicas y degenerativas, mucopolisacaridosis, leucodistrofias, etc.
5.º Patologías consecutivas a traumatismos, encefalitis, hidrocefalias, meningitis, epilepsias y otras.
6.º Patologías consecutivas de los síndromes de Lange, Rubinstein, etcétera.

A nosotros, profesionales de *Enfermería,* no nos corresponde diagnosticar las precedentes patologías causantes de cualquiera de las distintas manifestaciones reductoras de la capacidad humana, pero sí que cae dentro de nuestro campo profesional establecer criterios rehabilitadores, aplicar tratamientos científicamente elaborados y opinar sobre el curso a seguir con los pacientes. La epicrítica de cada proceso debe ir firmada por las vertientes que han entendido y colaborado

en la rehabilitación de cada caso, esto es, el médico y los distintos profesionales que han participado.

Todo tratamiento tendente a evitar o reducir las minusvalías de los pacientes resulta complejo y es, o debe ser, fruto a conseguir mediante un trabajo en equipo de médicos, fisioterapeutas, ortopedas, podólogos, foníatras, psiquiatras y psicólogos, asistentes sociales, pedagogos especializados, padres y comunidad social.

Ciertas formas de minusvalías de los niños y los adolescentes las vamos a intentar reducir a través de distintas aplicaciones técnicas y profesionales. Veamos algunos procesos a aplicar con sus circunstancias y peculiaridades.

REEDUCACION DE AMBLIOPES

Definición de la especialidad. Reeducación de ambliopes que quiere decir deficientes visuales en el funcionamiento de los ojos, sin lesiones u otros defectos como podrían ser las cataratas, opacidades de la córnea, enfermedades de la retina, etc. Las deficiencias visuales de los ambliopes están desarrolladas a consecuencia de un estrabismo.

Técnicas fundamentales. Las podemos clasificar en dos grupos básicos:

a) Técnicas pasivas: son aquellas que no exigen la colaboración activa del paciente. Ej., las oclusiones y la utilización de lentes.

b) Técnicas activas de reeducación: Pretenden enseñar al niño con la ayuda de diferentes instrumentos y técnicas de trabajo, a ver. Todo esto va encaminado a la recuperación de la actividad visual normal que consiste en:

— Agudeza visual.
— Fijación: capacidad de ver un objeto por la parte central de la retina o zona macular.
— Conocimiento del espacio.
— Percepción de relieve, etc.

Procesos más frecuentes. La especialidad en casi su totalidad se refiere a los trastornos sensoriales producidos por la aparición de un estrabismo.

Necesidades de la sociedad y frecuencia de solicitudes para el tratamiento. Se calcula aproximadamente más de medio millón de niños estrábicos que sin un tratamiento adecuado, completo (cirugía, oclusiones y reeducación activa) y en la edad adecuada (2 a los 8 años), inexorablemente no aprenderán a ver de un ojo, o no aprenderán a ver con los dos ojos a la vez.

— *Ojo gandul.* Según el diccionario, un gandul es un individuo que no quiere trabajar. El ojo estrábico no es que no quiera trabajar, es que no sabe porque no aprendió o aprendió mal.
— Si estas cifras estadísticas son aproximadas, se comprende perfectamente el drama que representa para un país como España perder medio millón de ojos o tener millones de disminuidos visuales.
— La frecuencia de solicitudes rebasa en cifras astronómicas nuestra capacidad de asistencia.

Problemas que plantea la atención de estos pacientes. Son tiempo, dedicación, cooperación del paciente y de la familia, etc.

Soluciones posibles y recursos técnicos que ofrece la sociedad. El más grave problema es la falta absoluta de personal capacitado para la atención de estos pacientes junto con el desconocimiento por parte de la familia de la gravedad del problema.

En cuanto a los recursos que los responsables sanitarios del país ofrecen para la solución de este problema, pueden considerarse nulos hasta el punto de que aún no está reconocida en España la Ortoptista o reeducación como especialidad básica en el tratamiento de los estrábicos.

Lógicamente tampoco se ha despertado interés ninguno entre el personal de enfermería por esta especialización dura, difícil y sin presente cierto desde el punto de vista laboral.

SERVICIO DE REHABILITACION

Definición de la especialidad. Es el encargado de la recuperación funcional del aparato locomotor de los pacientes, tanto en régimen de hospitalización como de ambulatorio.

Técnicas fundamentales

— Cinesiterapia.
— Electroterapia y Termoterapia.
— Hidroterapia.
— Mecanoterapia.

Procesos más frecuentes

— Niños con problemas en columna vertebral.
— Parálisis obstétricas.

— Secuelas de poliomielitis.
— Parálisis crural post inyección.

Necesidades de la sociedad y frecuencia de solicitudes. Cada vez es mayor el número de estos niños afectos por estos o parecidos diagnósticos señalados, que nos mandan tanto de los diferentes servicios como de la calle. Actualmente tenemos en tratamiento 249 niños que los podemos clasificar en los siguientes números según su diagnóstico:

Columna	105
Parálisis Braquial	33
Secuelas polio	26
Hemiparesia, Tetraparesia y espasticidad	26
Enfermedad de Perthes	5
Secuelas Meningitis	4
Varios	31

Los pacientes afectos de parálisis post inyección se encuentran en varios, ya que en estos momentos hay muy pocos.

No obstante nos vemos incapacitados para atender el gran número de solicitud a tratamiento de nuevos niños que lo precisan. Se nos hace imposible el poder disminuir o eliminar nuestra lista de espera, ya que en la actualidad supera los 40 niños.

Problemas que plantea la atención de estos pacientes. Podemos encontrarnos con los siguientes problemas:

— Falta de personal especializado en rehabilitación infantil.
— La incapacidad o falta de cultura de muchos padres.
— El gran problema de la escolaridad.
— La larga duración que suponen algunos tratamientos.
— Las enfermedades crónicas.
— La poca o mala colaboración de los pacientes (ya que son niños).
— A veces, la disparidad de criterios sobre todo entre los ortopedas y rehabilitadores, ya sea en tratamientos, aparatos, como altas y bajas, problemas que se evitan con los otros servicios que envían pacientes.

Situación. No tengo fundamento para hacer un juicio real sobre la Sociedad. Concretándome a la Sociedad de Barcelona veo:

— Insuficientes centros rehabilitadores para tratamiento de niños. Poco apoyo por parte de la Seguridad Social hacia este tipo de enfermos que requiere trato especial.
— Insuficientes medios para que puedan aprender oficios o puestos de trabajo dentro de su incapacidad puedan realizar.

SOLUCIONES

— Cultura sanitaria a los padres y ciudadanos en general.
— Personal especializado en escuelas para que puedan seguir sin ningún problema el curso Académico con el tratamiento adecuado.
— Hacer que los padres entren dentro de la problemática que supone el niño descapacitado.
— Enseñanza a la madre o pariente cercano de los ejercicios a realizar el niño en su domicilio ya que consideramos que la rehabilitación dura las 24 horas del día. Esta solución ya la hemos puesto en práctica con resultados muy positivos.
— Reuniones con los padres de niños (de 8 a 10) con un mismo diagnóstico realizado por el médico rehabilitador, asistente social, psicólogo y fisioterapeuta, explicándoles qué es lo que tiene el niño y problemas derivados de dicha enfermedad. Da resultados muy positivos.

REEDUCACION DE LOS NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Definición de la especialidad. Se define como Parálisis Cerebral la afección del Sistema Nervioso Central producida antes, durante o después del nacimiento, por una lesión o defecto de desarrollo en los centros cerebrales.

El daño cerebral toma al niño no sólo en lo motriz, sino también en sus esferas perceptiva y sensitiva; implica la así llamada inteligencia, porque ésta se desarrolla sobre la base del reconocimiento del propio cuerpo y de la posterior comprensión del espacio.

Técnicas fundamentales. Existen diversas técnicas para tratar al niño afecto de Parálisis Cerebral:

— Un primer grupo de técnicas se dirigen a una etapa muy primitiva, sus modelos terapéuticos pertenecen a la prehistoria de la locomoción (Temple Fay).
Votje con una estimulación de determinadas zonas reflexoorgánicas, lo que permite desglosar movimientos activos.
— Segunda etapa: se estructuran los automatismos para llegar a la estética y a la locomoción, meta principal del método neuroevolutivo *Bobath.*
— La tercera etapa de la motricidad ya madura y de los automatismos secundarios. La fisioterapia se vale en este caso de la técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva, cuyos modelos son los componentes motrices elementales de un adulto normal.

Procesos más frecuentes. Los diversos tipos de Parálisis Cerebral se pueden englobar en cinco grupos: *Espásticos, Atetósicos, Atóxicos, Fláccidos* y *Mixtos.*

El período más importante para iniciar la terapia es el primer trimestre.

En nuestra sección, utilizamos la técnica *Bobath*. Su método consiste en facilitar los movimientos automáticos normales e inhibición de los reflejos técnicos patológicos, cuya persistencia da lugar a la fijación de esquemas patológicos de postura y movimiento. Se realiza de forma indirecta ya que no vamos a enseñar los movimientos ni a describirlos, ni a pedírselos a los niños, sino que lo colocamos en posturas y actitudes tales que favorece su operación de forma automática.

Necesidades de la Sociedad. En la actualidad en nuestro servicio se atiende a 145 niños, esperando ser atendidos 20 niños más, pero que por ahora es imposible por falta de personal, tiempo, espacio, etc.

El problema que presentan estos niños es muy amplio y de diversa índole:

— Problemas de tipo escolar ya que existen muy pocas escuelas especializadas y con personal adecuado.
— Problemática de la integración del niño al medio ambiente.

Presentan a menudo alteraciones de tipo psicológico debido a la aptitud del niño frente a su hándicap; desvalorización, aceptación, rechazo. Son pacientes que tienden a esperar con cierta pasividad, más que a entrar en comportamientos de compensación tales como los adoptan algunos poliomielíticos o con trastornos motores traumatológicos.

También se observan problemas de percepción auditiva y en la esfera del lenguaje, que se manifiestan desde pequeños con dificultades de succión, deglución y masticación.

El problema más grave se presenta como consecuencia o falta de detección precoz de cualquier síntoma o anomalía que pueda inducirnos a sospechar una posible afección temprana.

Soluciones posibles. En la actualidad no existen en España centros suficientes en los cuales se pueda diagnosticar y tratar precozmente a todos los niños con afecciones neurológicas.

REHABILITACION DE TERAPIA OCUPACIONAL CON NIÑOS PARALITICOS CEREBRALES

Definición de la especialidad. Se entiende por Terapia Ocupacional el tratamiento dirigido a los incapacitados físicos y mentales por medio de actividades constructivas. Partiendo de las necesidades básicas de todo ser humano, tales como el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Por consiguiente la función del terapeuta ocupacional consiste en ayudar a cada individuo a conseguir el mayor nivel posible de funcionalidad en estos aspectos.

La Terapia Ocupacional en el Hospital San Juan de Dios es una parte integral del equipo de Fisioterapia del Servicio de Neurología, cuyo objetivo es la complementación del tratamiento del niño paralítico cerebral.

Técnicas fundamentales. Junto con el cuadro clínico que acompaña al niño paralítico cerebral hay problemas que pueden ser tan incapacitantes como el propio trastorno muscular. Estos problemas complican el tratamiento muscular y se debe tener muy en cuenta si se quiere un máximo progreso en esta clase de enfermos.

Problemas a tener en cuenta para el tratamiento de terapia ocupacional en el departamento de neurología:

— Trastorno en la imagen y esquema corporal.
— Trastorno en la velocidad y el tiempo.
— Trastorno en la sensación dáctil.
— Trastorno en la percepción visual.
— Problemas de discriminación: derecha izquierda.
— Apraxia del vestir.
— Apraxia en las actividades de la vida cotidiana.
— Apraxia constructiva.
— Retrasos mentales.
— Disfunción motora y perceptiva.
— Trastornos psicológicos.
— Trastornos en la comunicación y lenguaje.

En fin, la falta de sensaciones vividas hace que el niño pierda información, creatividad, y todo ello le ayuda a hacerle aún más inadaptado e incapacitado en la sociedad.

La aplicación del tratamiento se lleva a cabo con una educación psicomotriz, y ésta se hace a través de un estudio del desarrollo psicomotor del niño normal, más el conocimiento global de las distintas técnicas que se emplean en la rehabilitación de los niños paralíticos cerebrales con un conocimiento más a fondo de la técnica *Bobath* que se aplica en el hospital.

Todo ello ayuda a saber qué sensaciones y adquisiciones el niño paralítico cerebral debe de encontrar a través de un juego o trabajo. Sensaciones que de una forma normal no ha podido nunca percibir o adquirir.

En el hospital sólo hay una Terapia Ocupacional. El Departamento de Psicomotricidad ve la necesidad de que todo niño que viene a rehabilitación pasara por Terapia Ocupacional.

En el departamento se atiende a 145 niños y en Terapia Ocupacional 30 de dichos niños. La selección se hace según el criterio de la Fisioterapeuta y la aprobación de la Terapia Ocupacional después de unos días de tratamiento.

Problemas que plantea la atención de estos pacientes. El niño en el Departamento de Terapia Ocupacional plantea problemas de distinta índole.

— Por ser un niño muy protegido le cuesta aceptar nuevas vivencias.
— Son niños poco estimulativos y muy pasivos.
— Son muy pocos los niños paralíticos cerebrales que puedan llegar a ser prácticamente normales, después del gran esfuerzo que ha llegado a hacer para obtener su máxima funcionalidad la sociedad no está preparada para aceptarles tal como son y quedan marginados.
— Tanto por parte de la sociedad como del mismo paciente es difícil la aceptación de su lesión neurológica.

Recursos de la sociedad. En España hay más de 250.000 niños con lesiones cerebrales. Todos ellos requieren una atención especial. Nosotros vivimos muy de cerca este problema y sabemos que la mayoría quedan sin atención.

Posibles soluciones. Es a través de dar a conocer a la sociedad la existencia de este problema como se debería lograr que el niño paralítico cerebral que pueda acudir a una escuela normal tenga su puesto y el niño que deba ser asistido en un centro especializado pueda obtener igualmente el lugar que necesite, sin que esto le separe de una integración del medio normal y familiar.

FORMACION DEL MINUSVALIDO

Es muy difícil condensar en unas líneas todos los problemas desde el punto de vista pedagógico, que inciden en el mundo del minusválido.

Formación del pedagogo

Lógicamente la formación de los educadores deberá tener matices propios según la vertiente a la que va a ser orientada:

— Minusválidos mentales y neurológicos.
— Minusválidos físicos (motóricos).
— Deficientes sensoriales (ciegos, sordos).

Igualmente habría que iniciar esta visión pedagógica desde el parvulario, siguiendo por E.G.B., B.U.P., Formación Profesional, Universidad.

Por desgracia estamos muy lejos de esta realidad y no se ha planteado a ningún nivel, al menos de forma generalizada el sistema pedagógico adecuado a la hora de impartir enseñanza al minusválido.

Nuestra Pedagogía más bien parece curgir de unas premisas fijas, de una pautas marcadas: «Domesticar al hombre». Adaptarlo a nuestra sociedad.

Esto implica ratificar al minusválido como tal. Sádicamente lanzamos el anatema: «El que vale vale, y el minus-válido...».

La pedagogía debe formar a las personas para una más rica integración en la Sociedad. Quizás la problemática está en que a los minusválidos nuestro sistema pedagógico en lugar de integrarles, les deja a la deriva.

Lógicamente, tampoco puede ser una pedagogía paternalista, más falsa en sí si cabe.

Hay que replantearla con otras perspectivas «médico-pedagógico-psicosociales».

Hay que formar pedagogos con nociones claras y científicas sobre la función que van a desempeñar y conocimiento completo de aquellos a los que se les va a aplicar la enseñanza.

Formación del minusválido

Además de no poseer pedagogos en calidad y cantidad suficiente para la educación del minusválido, tenemos otros factores que inciden en la deficiencia pedagógica.

Si tomamos el ejemplo de los disminuidos físicos, encontramos, sin hablar o pasando de largo las barreras arquitectónicas, transporte escolar, etc., que nuestra Ley de Educación, equipara las edades con los niveles de E.G.B.

Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos, el minusválido deberá pasar buena parte del tiempo en un hospital o en un servicio de rehabilitación, estamos imponiendo al niño minusválido un esfuerzo superior al de cualquier otro niño no disminuido, que puede terminar en una encerrona.

Lógicamente no puede pedirse que dejen de lado su tratamiento médico para una mejor asistencia escolar.

La organización pedagógica debe estar adaptada en contenido y actividades al tipo de niños que se educa.

En nuestra actual situación, el minusválido se siente, en el problema pedagógico, segregado, marginado, destruido.

La pedagogía en nuestro hospital

En nuestro hospital tenemos montada una escuela de enseñanza especial (modalidad disminuidos físicos), servida por tres maestros y personal auxiliar.

Se imparte una enseñanza individualizada, de este modo puede adaptarse siempre a las prescripciones de los facultativos.

Tenemos dos grupos diferenciados de alumnos. Los estrábicos, con estancias periódicas que oscilan entre quince días y dos meses, y los de cirugía de larga estancia.

Es una enseñanza totalmente gratuita. A cada niño se le imparten enseñanzas correspondientes a su propio ciclo, adaptándose el profesor no sólo a las características del niño, sino también a la escuela de donde procede, para lo cual se procura tener contacto con el colegio y siguiendo sus propios textos.

El niño al ser dado de alta del hospital, recibe un certificado en el que constan los días de permanencia en el centro y las evaluaciones realizadas por el profesorado de la escuela hospitalaria para que su maestro respectivo los integre en su expediente escolar.

En la descripción de funciones del profesorado de E.G.B de nuestro centro aparece entre otros puntos:

— Procurar hacer de la escuela una recuperación pedagógica para cubrir las lagunas que con demasiada frecuencia se presentan en el campo de los estudios del niño descapacitado.
— Adaptarse a las especiales características personales, ambientales y escolares de cada niño enfermo y con larga estancia hospitalaria.
— Desarrollo de una personalidad equilibrada del paciente.

PSICOLOGIA DE LOS NIÑOS Y JOVENES MINUSVALIDOS

Somatometría y Psicometría

En un estudio somero sobre la psicología y el desarrollo de la personalidad en los deficientes o disminuidos físicos se impone, condición esencial y base de cuanto seguidamente podamos decir, el planteamiento y la trascendencia de su constitución somática y las consecuencias reales y angustiosas respecto al devenir de sus vidas.

Con base en unas encuestas aplicadas a cerca de doscientos niños y jóvenes disminuidos y de uno y otro sexos, sacamos las siguientes conclusiones sobre la persona del minusválido:

Estudiadas de fuera a dentro, del cuerpo al espíritu diremos que, en general, la personalidad de los individuos es la resultante de unir el temperamento, el carácter, el ambiente social y la madurez psíquica de los mismos.

En un individuo disminuido es absurdo realizar estudios y aplicaciones técnicas sobre su conformación anatómica basándose en los clásicos métodos somatométricos. Resultarían incluso, difíciles, molestas, inexactas las conclusiones y, sobre todo, ofensivas para el paciente. Con todo, dado que a cada temperamento corresponde, más o menos acertadamente, una forma de ser intrínseca, un carácter, podemos muy bien aventurarnos a trazar sobre este punto ciertas concordancias psicológicas con las tipologías clásicas seguidas hoy por la psicología aplicada.

El disminuido físico, debido a su estado, a la visión de sí mismo tangible, real y negativa, sufre una tensión nerviosa —stress— constante, casi obsesiva, que corre el peligro de hacerse crónica. Las necesidades, las posibilidades y las exigencias de la vida están en él en un constante desequilibrio. De donde se deduce que, si el inconsciente de dichos individuos se cronifica negativamente, nulo o difícil será pretender que el consciente de los mismos les funcione positivamente. Todos sabemos que éste se nutre, casi totalmente, a expensas de la dinamización de las ideas escondidas en aquél.

Siempre nos queda el consuelo y la esperanza de saber que, con frecuencia, las necesidades psíquicas no son defectuosas, sino que funcionan en el hombre defectuosamente.

Todo cuanto precede nos hace pensar que, si seguimos las doctrinas de Kretschmer, en un porcentaje muy elevado de casos podemos incluir a los minusválidos entre aquellos individuos afectados de manifestaciones esquizotímicas. Para Jung, posiblemente, serán introvertidos. Sobre los anteriores parécenos más equilibradas y exactas las expresiones de la tipología que Sheldon y sus seguidores llaman cerebro-viscerotónicas. Con más o menos carga de cada una de dichas manifestaciones, siempre según los casos, aunque predominando la primera sobre la última, la cerebral sobre la visceral. Fijándonos en la caracteriología de Le Senne, los disminuidos físicos podrían ser encasillados o catalogados entre los sentimentales, cuyas siglas o fórmula, según Lorenzini, serían E. nA. S. (emotivos-no activos-secundarios). Para Freud se trataría de individuos con un super-yo muy agudizado.

Los niveles psíquicos y la energía

En los niños y adolescentes afectos de subnormalidades físicas es importantísimo desarrollarles sus energías psicofísicas. Ambas están íntimamente relacionadas. Con la disminución de las fuerzas físicas frecuentemente disminuyen las psíquicas, aunque, ciertamente, tenemos experiencias y conocemos muchos casos que, por el contrario, las reducciones somáticas espolean la voluntad hacia una autosuperación humana, intelectual o profesional.

Sabiendo que en nuestro interior la energía psíquica funciona a través de distintos niveles, lo importante será saber orientar eficazmente dicha energía hacia aquellos estratos que mejor puedan favorecer el desarrollo de la personalidad. Estos niveles son:

a) *Concretos o personales*

— El organismo físico.
— Los instintos vitales.

b) *Superiores o espirituales*

— La mente abstracta.
— Los afectos superiores.
— La voluntad espiritual y creadora.

El conocimiento claro de cada uno de estos niveles y la recta aplicación y desarrollo de los mismos en los niños y adolescentes enfermos y disminuidos es de trascendencia vital.

La energía se dinamiza mediante los estímulos externos y los internos. Dichos estímulos desarrollan las facultades del alma cualitativa y cuantitativamente; inclinan a la toma de conciencia de la posible capacidad de nuestros muchachos disminuidos.

Si se dice que nosotros somos *la suma de nuestras experiencias.* Si esto es así —y lo es— podemos presumir fácilmente qué son y qué serán nuestros jóvenes disminuidos físicos. Bastará sólo hacerles una sucinta historia clínica, aplicarles algunos tests, o ganarse la confianza de los mismos, para que de una manera muy aproximada percatarnos de la verdadera personalidad actual de nuestros encomendados. No divagaremos sobre los posibles hallazgos de estados positivos o negativos; de los factores desencadenantes de los mismos; de los modos terapéuticos que deberán aplicarse, etc.; pues no corresponde a la intención que nos guía al redactar estas notas psicológicas. Cuanto se acaba de decir cae bajo la responsabilidad de los correspondientes fisiólogos, psicoterapeutas, sociólogos, etc., del centro asistencial.

Vivir y sobrevivir

Moragas al tratar de la adolescencia y, más concretamente, de su etapa de superación, cuando nos habla de la autoexigencia de los muchachos, dice: «Vivir es integrar la esencia de la persona en su existencia».

Cierto, pero tratándose de adolescentes normales y, además, inmersos en un ambiente equilibrado. El muchacho minusválido, al tomar conciencia de sí mismo, de cómo está y de cómo se ve a sus propios ojos; de la problemática social que le circunda, pocas veces fielmente equilibrada, etc., creemos que difícilmente podrá asociarse y «enfrentarse con cada uno de los problemas del mundo y, según la manera de ser personal, plantárselos como si fueran propios, buscándoles una solución que sea también apta para las demás personas».

«Vivir —continúa Moragas—, es integrar el universo en el propio ser y no ser uno sólo con sí mismo, sino ser uno mismo con los demás.» Bien, como doctrina es maravillosa. Pero esta manera de vivir, aunque se diera alguna vez en los disminuidos físicos; aun en el supuesto de que fuera común a la peculiar manera de ser de la mayoría de ellos, los otros llamados *otros:* nosotros, sociedad, estado, hombres, etc. ¿aceptan «ser una misma cosa» con los disminuidos físicos? ¿aceptamos tan sólo una común convivencia en el trabajo, en el estudio, en las diversiones, en la camaradería, o en la sincera amistad? Por lo tanto, si estos requisitos previos no son una auténtica realidad, será cosa difícil, creo, la coexistencia igualitaria en dicha integración universal».

«Vivir, según Moragas, es proyectar la propia sombra sobre el contorno que nos rodea y ponernos a tono con lo que requiere la convivencia con los demás.»

Sí, esta convivencia el disminuido físico la admira y la quiere, pero es casi imposible que él la inicie. Aparte su natural complejidad recaen sobre él otros nuevos prejuicios, como éstos: ¿los otros aceptarán sobre sus espaldas el peso de su deformada sombra? Su sombra bailando en medio del contorno que le rodea, ¿no será motivo de impías e hirientes risas? Ponernos a tono con cuanto requiere la convivencia común, pensarán, ¿no resultará pretencioso, incongruente, ridículo?

La mejor solución a todos estos interrogantes nos la proporciona en otra parte el mismo doctor Moragas al recomendar —él habla del niño y adolescente normal y yo lo aplico al disminuido físico— nos olvidemos un poco de *lo que es* y nos fijemos más en lo que *está siendo.*

Fijémonos, estudiemos y pongamos en práctica la idea *de lo que será* o *lo que puede llegar a ser* con una auténtica ayuda.

ASISTENCIA SOCIAL AL MINUSVALIDO

Teniendo en cuenta que la rehabilitación es algo más complejo que una recuperación funcional, el asistente social se ocupa de los aspectos psicosociales del proceso rehabilitador.

En consecuencia estudia los factores extrínsecos que afectan a la rehabilitación, tales como:

- — Ambiente sociocultural y económico de la familia.
- — Actitudes familiares ante la disminución y ante la rehabilitación.
- — Nivel escolar o profesional del propio paciente.
- — Actitud de paciente frente a la disminución y frente al proceso de rehabilitación.
- — Posibilidades individuales de estudio y trabajo.
- — Recursos existentes en la sociedad que puedan beneficiar al paciente.

Es misión del asistente social, cuando está integrado en un equipo rehabilitador, comunicar estos datos al resto del equipo, que a su vez le habrá proporcionado datos acerca del diágnóstico y pronóstico del paciente, y así como una relación entre los diversos profesionales del equipo poder asumir y practicar una rehabilitación integral.

Una vez vista la situación del paciente y familia, el asistente social puede colaborar a que ellos enfoquen sus problemas o situaciones de diferentes formas:

a) Orientar a la familia del paciente a que adopte las actitudes más favorables respecto al mismo y a su rehabilitación; como puede ser, colaboración con el equipo rehabilitador, equilibrio entre la sobreprotección y la negación de la disminución, etc.

b) Informar y orientar al paciente y/o a la familia sobre los recursos existentes en la sociedad, estimulan-

[1] Moragas, Jerónimo: *Psicología del niño y del adolescente.* Editorial Labor. S. A. Barcelona.

do a que los utilicen, así como a que realicen en sus hogares las acomodaciones o cambios físicos necesarios.

c) Motivar y responsabilizar a la familia para obtener la máxima colaboración en el proceso rehabilitador.

d) Impulsar y coordinar charlas o reuniones formativas para padres o adolescentes sobre diagnósticos, tratamientos u otros aspectos de interés para el cuidado y educación del niño.

e) Colaborar en la adaptación a la vida del hospital de los niños adolescentes que ingresen y estimular la creación de actividades, recreativas y culturales y de grupos con diversas finalidades, así como la relación con la familia y el ambiente exterior.

Problemas que presenta la atención de estos pacientes a nivel de trabajo social

a) Falta de recursos suficientes como:

— Escuelas especiales para minusválidos físicos, psiquícos o sensoriales, o posibilidades de matriculación en escuelas normales según los casos.
— Escuelas y talleres de formación profesional y los posteriores puestos de trabajo.
— El problema se agrava cuando el paciente reside en una zona rural y requiere rehabilitación y/o escolaridad especial.

b) La pluralidad de actividades de un asistente social de hospital, cuya dedicación no es solamente para un equipo, reduce profundización y no le permite especializarse en rehabilitación.

c) Falta de trabajo en equipo e insuficiente motivación por una parte de profesionales para llevarlo a cabo.

Soluciones posibles

— Presionar a la administración por parte de los minusválidos (según la edad), de los padres, de los profesionales y de la población en general para la creación o promoción de centros o recursos adecuados.

— Si un asistente social está integrado en un equipo con dedicación completa, podrá realizar un trabajo en profundidad suponiendo que tenga a su cargo un número limitado de pacientes, que no deberá sobrepasar a los cien.

— Que todos los profesionales tengan la posibilidad de tomar parte en actividades de reciclage o formación permanente, contactos e intercambios con otros equipos, valoración e investigación basada en el propio trabajo, etc.

EL MINUSVALIDO AL DESCUBIERTO

Falta de información. Es acongojante cuando a unos padres se les dice categóricamente que su hijo ha sufrido una Poliomielitis o un ataque de Polio.

Fijos los ojos en el ser querido, se preguntan en silencio, qué nueva catástrofe se ciñe sobre ellos. Especulan sobre las teorías dramáticas e insalvables. No existe quien les contradiga cuando manifiestan con vergüenza que tienen un hijo INVÁLIDO. Esta denominación equivocada del mermado de facultades físicas, será la herencia que pasará negativamente sobre ésta a lo largo de su vida.

Falta de recursos. Si a esta desorientación se agrega una falta de recursos, siempre primordial cuando no se tiene información, nos encontraremos a estos padres, vagar entre las dudas para resolver un problema que visto desde otro prisma podría ser menos grave.

Autoculpabilidad. A medida que el minusválido va creciendo, éste pone de manifiesto en todo momento, su impotencia física ante los ojos de sus progenitores, los cuales se convierten en jueces y se acusan de haber engendrado aquel ser inocente de su desgracia, que fue marcado por una mala estrella quién sabe por qué extraño designio.

Zonas rurales. El abandono que sufren estas zonas, proliferan la ignorancia y en consecuencia, se multiplican las situaciones de angustia muchas veces injustificadas. La solución a esta problemática sería, que en cada Ayuntamiento de Cabeza o Partido Judicial, existiera un gabinete de Asistencia Social, comprometido a canalizar todo asunto conflictivo asistencial, actuando como satélite de centros asistenciales especializados de provincias.

LA SUPERPROTECCIÓN EN LA INFANCIA

Ambiente familiar. El minusválido crece, normalmente, envuelto entre un clima familiar preñado de responsabilidades para con éste. El amor mal entendido, repercutirá en él, convirtiéndolo en un inepto, dado que todo se lo han dado hecho, en un irresponsable, por no pedirle cuentas de sus malas acciones, y en un caprichoso por acceder solícitos a todos sus deseos.

Si queremos convertir a este niño en un hombre de provecho, se deberá actuar con idéntica normalidad, igual que si de un niño normal se tratara, dado que nuestros deseos serán, integrarle a la sociedad sin diferencias. Su minusvalía no deberá ser impedimento para que desarrolle una vida responsable y fructífera. De lo contrario, será engañado aun sin quererlo y le será mostrada una cara falsa de la vida que en sí y para los que se dicen normales, está llena de inconvenientes.

ADOLESCENCIA

Colegios. Ya el niño se ha de integrar de alguna manera al *mundo*. En su hogar, ese otro mundo donde

todo lo ha encontrado fácil, ven la necesidad de iniciarle hacia un aprendizaje. La primera sensación de rechazo la experimentarán ahí, en la entrevista con la dirección de la escuela. Todo son inconvenientes. Particularmente, su estado físico.

Juegos. Empieza el minusválido a tomar conciencia de su estado cuando en los juegos callejeros no puede agruparse con agilidad al resto de los niños. Su primera reacción será llamarlos y darles órdenes, en sentido imperativo. Así como está acostumbrado a hacerlo en su casa. Pero qué decepción cuando no obtiene los mismos resultados. Es así como desesperado caerá en brazos de sus padres para llorar amargamente su incomprensión y como consuelo oirá de boca de sus padres: ¿No ves que no eres como ellos? ¿No ves que pueden lastimarte?

Realidad. Ante estas situaciones, el adolescente se encontrará en el punto medio de la incertidumbre. No entenderá el abismo que existe entre el comportamiento familiar y el experimentado en la calle. No le cabrá otra alternativa que buscar el porqué. Y allá, entre comparaciones, se encontrará a sí mismo en desventaja ante todos ellos y lamentará incluso el haber nacido.

El complejo de inferioridad se manifiesta de lleno. Desde entonces se sentirá susceptible y huraño. Confundirá la caridad con la lástima. Se ofenderá cuando accidentalmente caiga y prestos quieran levantarlo.

Arma del minusválido. En ocasiones se cree tan desechable que como contrapartida buscará utilidad a su minusvalía. Cuando por sí mismo no pueda conseguir aquello que se proponga, se lamentará de su estado para conseguirlo. Hará lo propio para eludir algún castigo o cuando no pueda justificar su ausencia o puntualidad en caso de ser requerido. Todo ello es una malformación lógica después de una deficiente educación en su primera infancia. Utilizará la lástima que produce en los demás al mostrar su cuerpo deforme.

Ambiente social. Normalmente el círculo social en el cual se desenvuelve es muy reducido. Por eso, a su alrededor se respira un aire compasivo que perjudica constantemente al minusválido agudizando si cabe, su complejo de inferioridad. Es frecuente que se compare a otros adolescentes de su misma edad alegando que aquél ya gana algún dinero prestando servicios varios. De esta forma le ponen en evidencia logrando en ocasiones despertar sentimientos de odio para aquél y su mentor.

Madurez

Aprendizaje. Es obvio querer intentar por sí mismo el encontrar un lugar de aprendizaje. Dada la disminución física, nadie quiere arriesgar su tiempo por miedo a perderlo, junto a una persona que de entrada ofrece pocas o mermadas garantías.

Deben de pensar que si un hombre no es completo, incompleto será su trabajo. Para qué enseñárselo.

Mi experiencia fue negativa cuando aun yendo avalado por mi maestro, que justificaba mi aplicación. Fue negativo en una zapatería, en una sastrería, en las oficinas del Ayuntamiento de mi pueblo natal. En este último apelaron con que ya tenían bastante con un cojo.

Todas las dificultades encontradas hasta aquí, han servido para hundimiento moral del que las ha padecido.

Trabajo. El minusválido que ha tenido la suerte de encontrar ocupación laboral, se ha demostrado a sí mismo y a la Sociedad que no es INVÁLIDO, sino VÁLIDO. Años y oportunidades han tenido que transcurrir para autoconvencerse y revertir muchas alegorías mal aplicadas a su deficiencia física.

Los humanos, somos piezas de una máquina llamada Sociedad que acopladas en su debido lugar, podemos hacerla funcionar con éxito. ¡Ay! cuantas piezas se oxidan en rincones olvidadas.

Relaciones bisexuales. Cuando este trabajador ha encontrado la base de sus posibilidades y ha medido sus fuerzas fijadas en su trabajo, augura que su futuro lo ha de buscar junto a una compañera.

El prototipo debe ser aquélla que se complemente con él. Pero dónde encontrarla. Le falta la buena planta física para enamorar. De hecho, cuando ha intentado acercarse a cortejar, ha sido rechazado con burla. Mal le hubiera ido si su moral no estuviera plena, pero en el fondo se valora y sabe que puede optar como los demás. De lo contrario no lo intentaría.

Cuando ha sido rechazado en su esfera social, baja a los burdeles de prostitución, pero no le satisface.

Busca entre muchachas taradas, pero se da cuenta de que éstas no son su complemento.

Por fin encontrará la mujer ideal que habrá sabido ver en él a través de una fachada incompleta, unos interiores limpios y nobles que garantizan una continuidad en la senda de la vida.

Matrimonio. Hijos. La consecuencia del matrimonio, repercute más en los padres que en el mismo minusválido. Es más trascendente para aquéllos porque con el nuevo estado del hijo, se liberan de todas las responsabilidades que les atenazaban angustiosamente.

Si hubieran sabido antaño, los resultados finales de la tragedia, se hubieran ahorrado muchas lágrimas inútiles que de nada sirvieron.

El minusválido cuando realmente se siente realizado es en el momento de sentirse responsable del cuidado y educación de sus propios hijos. Ahí es cuando ha llegado a olvidarse de sí mismo y queda totalmente absorbido por sus obligaciones económico-político-sociales de un auténtico cabeza de familia.

PROBLEMATICA DE LOS PADRES DE NIÑOS MINUSVALIDOS

Complejidad

Un análisis exhaustivo de nuestra problemática sería complejo por cuanto intervienen factores tales como: edad, situación económica, cultura, número de hijos, lugar de residencia, grado de afección, etc., que podrían influir cualitativa o cuantitativamente en el planteo general de la cuestión.

Situación de impotencia

Al llegar a la familia por primera vez el niño afectado, se plantea la primera cuestión ¿qué hacer? Se empiezan a dar los primeros pasos. Entonces se descubre un panorama desconsolador. Por un lado, estos niños comportan un incremento importante de necesidades de índole y solución fuera del alcance de las posibilidades familiares. Por otro, no existe ningún tipo de protección por parte de los organismos oficiales por no citar la subvención de 1.500 ptas. mensuales con las que el Estado considera que ha cumplido con su deber de protección a todos los niveles (educativo, formativo, laboral, social, etc.).

La familia se siente acorralada, como quien ha entrado en un callejón sin salida y no puede volver atrás.

Es el momento de la desilusión, de la rabia, del encomendarse a todos los santos del cielo porque en la tierra, al menos en la de España está todo hecho.

La respuesta de la Medicina

La esperanza es lo último que se pierde y los padres de estos chicos la tenemos a prueba de fracasos. Vamos con nuestros hijos a todos los sitios en donde nos dicen que se puede hacer algo. Somos pasto fácil de médicos peseteros y sin escrúpulo, de curanderos con poderes paranormales y de todos los santos vivientes que proliferan por toda nuestra geografía. Llegamos a creer en todo aquello que pueda insinuar una respuesta a las preguntas que diariamente nos hacemos sobre el niño: Cómo será cuando sea mayor; andará; hablará; podrá valerse por sí mismo; y un sin fin de etcéteras a los que nadie puede contestarnos.

Sin embargo la pregunta más dura, la que nos destroza por completo, la que procuramos incluso evitar porque intuimos la más cruda de las respuestas que es el silencio, esta pregunta es ¿QUE SERÁ DE NUESTROS HIJOS SI NOSOTROS FALTAMOS?

La vida familiar

Parece normal, pero no puede serlo. El niño cada vez absorbe una cantidad mayor de tiempo, sobre todo de la madre. El salir de casa se hace cada vez más necesario, pues estos niños necesitan mucho contacto con la naturaleza; sin embargo, a medida que el niño crece se hace más difícil el desplazamiento a los sitios.

En casa necesitan un motivo de distracción constante, y si tienen dificultad para valerse por sí mismos reclaman constantemente la ayuda de otra persona.

Los hermanos

Si son varios, se atenúan en parte los problemas pero, si es uno solo, como la atención general queda bastante polarizada hacia el niño afectado, evidentemente repercute sobre el otro, creándose una situación de desequilibrio, que sin duda, es causa a veces de problemas y puede presentar secuelas en el futuro. Por otro lado, el niño sano que ve como los demás niños evolucionan en tanto que su hermano no llega a realizar ni las cosas más elementales, experimenta un sentido entre solidaridad y envidia que según hacia donde evolucione puede enriquecer o degradar.

La rehabilitación

¿Es adecuada o no? La respuesta queda fuera del conocimiento de los padres, y normalmente, *suponemos* que sí lo es, ya que ha sido prescrita por personal técnico cualificado; pero, dados los diferentes y contradictorios métodos, si bien, todos ellos preconizados por eminentes especialistas en la materia, lo cierto es que la duda persiste, a menos que se observe una evolución real.

La educación

En toda Europa este problema está resuelto, pero en España no; una vez más somos diferentes.

Si las escuelas reunieran un mínimo de condiciones de adecuación, gran parte de estos niños podrían recibir enseñanza en ellas, por derecho propio, no de lástima como actualmente la reciben algunos.

Es evidente que la gran mayoría requiere de la enseñanza y la rehabilitación simultáneamente y esto implica la implantación de centros especiales, patrocinados y promovidos por la sociedad, y subvencionados por el Estado.

Sin embargo, lamentablemente, ni un solo partido ha tenido en cuenta, en serio, a los trescientos cincuenta mil miembros de esta sociedad que tienen derecho a ser asistidos en todas sus necesidades; los cuales representan el 1 % de la población; que en las condiciones actuales representan una pesada carga para nuestra sociedad, y que con una educación adecuada podrían convertirse en su inmensa mayoría en seres útiles capaces de colaborar en el desarrollo de todas las actividades de la vida.

Toda la sociedad esta en deuda con ellos. Ella les ha dado la vida, ella se la ha conservado, ella ha de hacerles libres y felices. Ella, es decir, todos nosotros.

PREPARARON Y DIRIGIERON LA MESA REDONDA

Coordinador de la mesa:

CECILIO ESEVERRI CHAVERRI
Jefe de la Escuela ATS San Juan de Dios.
Director de Enfermería del Hospital San Juan de Dios.

Ponentes por orden de exposición de los temas:

MERCEDES ESPALLARGAS SANZ
ATS, Estrabóloga.
Supervisora de la Sección.

AGUSTÍN JIMÉNEZ GINÉS
ATS, Fisioterapeuta.
Supervisor de la Sección.

MARÍA CONCEPCIÓN SANT BOSCH
ATS, Fisioterapeuta especalista en reh. de P. C.

MARÍA MERCEDES BUSQUÉ SANABRE
ATS, Especialista en Terapia Ocupacional.
Asistente Social.

FRANCISCO JAVIER MUÑOZ LÓPEZ
ATS, Diplomado Jefe de Enfermería.
Jefe-Adjunto del Hospital San Juan de Dios.

CECILIO ESEVERRI CHAVERRI
ATS, Especialista en Análisis Clínicos y Diplomado Jefe de Enfermería.
Diplomado en Dirección de Personal.
Asistente Social.

ROSA FLORENSA PALAU
Asistente Social.

MIGUEL BALLARIN LAIN
Supervisor de Admisión de Consultorios.

ANTONIO MENGÍBAR MORILLAS
Ingeniero.

NACIONES UNIDAS

ASAMBLEA GENERAL

Resolución aprobada por la Asamblea General

Año Internacional de los Impedidos

La Asamblea General, *reafirmando* su arraigada fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales, los principios de la paz, la dignidad y el valor de la persona humana y la promoción de la justicia social, según se proclaman en la Carta de las Naciones Unidas,

Recordando su resolución 2856 (XXVI) de 20 de diciembre de 1975, 1971, en la que proclamó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental,

Recordando su resolución 3447 (XXX) de 9 de diciembre de 1975, en la que proclamó la Declaración de los Derechos de los Impedidos,

Recordando su resolución 31/82 de 13 de diciembre de 1976, relativa a la aplicación de la Declaración de los Derechos de los Impedidos,

1. *Proclama* el año 1981 Año Internacional de los Impedidos, con el tema *participación plena;*

2. *Decide* dedicar ese año a la realización de una serie de objetivos, entre ellos:

a) Ayudar a los impedidos en su adaptación física y psicológica a la sociedad;

b) Promover todos los esfuerzos nacionales e internacionales tendentes a prestar a los impedidos asistencia, atención, capacitación y orientación apropiados, poner a su disposición oportunidades de trabajo adecuado y asegurar su integración plena en la sociedad;

c) Estimular los proyectos de estudio e investigación destinados a facilitar la participación práctica de los impedidos en la vida cotidiana, por ejemplo mejorando su acceso a los edificios públicos y los sistemas de transporte;

d) Educar e informar al público sobre el derecho de los impedidos y participar en los diversos aspectos de la vida económica, social y política, y a aportar su contribución;

e) Promover medidas efectivas para la prevención de la incapacidad y para la rehabilitación de los impedidos;

3. *Invita* a todos los Estados miembros y a las organizaciones interesadas a prestar atención al establecimiento de medidas y programas encaminados a cumplir los objetivos del Año Internacional de los Impedidos;

4. *Pide* al Secretario General que, en consulta con los Estados miembros, los organismos especializados y las organizaciones interesadas, elabore y presente a la Asamblea General, en su trigésimo segundo período de sesiones, un proyecto de programa para el Año Internacional de los Impedidos;

5. *Decide* incluir en el programa provisional de su trigésimo segundo período de sesiones un tema titulado *Año Internacional de los Impedidos.*

PRINCIPALES ORGANISMOS Y ENTIDADES DE CARACTER NACIONAL QUE TRABAJAN EN FAVOR DEL MINUSVALIDO

AFANIAS, Asociación Protectora de Subnormales
General Goded, 5. Madrid 10.

ALPE, Asociación Española de la Lucha contra la Poliomielitis
General Sanjurjo, 39. Madrid 3.

ANIC, Asociación Nacional de Inválidos Civiles
Evaristo San Miguel, 11. Madrid 8.

Asociación Española de Hemofilia, de la Seguridad Social
Ciudad Sanitaria «La Paz». Avda. Generalísimo, 177. Madrid 36.

ASPACE, Asociación de Parálisis Cerebral
Marco Aurelio, 16. Barcelona 6.

ASPANIAS, Asociación de Padres con Niños y Adolescentes Subnormales
Casanova, 84-86. Barcelona 11.

AUXILIA
Apartado de Correos 12.056. Barcelona.

ECOM, Federación de Entidades Colaboradoras con el Minusválido
Balmes, 311, entresuelo. Barcelona 6.

FEAPS, Federación Española de Asociaciones Protectoras de Subnormales
Cristóbal Bordiú, 33. Madrid 3.

Federación Nacional de Asociaciones de Sordomudos
Beneficencia, 18-bis. Madrid.

Federación Española de Deportes para Minusválidos
Ferraz, 16. Madrid 8.

FRATER, Fraternidad Católicas de Enfermos
Montserrat, 30. Madrid 8.

Instituto Nacional de Educación Especial
Fortuny, 1. Madrid 4.

Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos
Finca Vista Alegre (Carabanchel Bajo). Madrid 25.

Mutualidad Protectora de Subnormales (Fundación Gral. Mediterránea)
Lagasca, 6. Madrid 1.

PROAS, Patronato de Orientación y Asistencia para Sordos (Fundación General Mediterránea)
Velázquez, 4. Madrid 1, y Diagonal, 407-bis. Barcelona 8.

ORGANISMOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE REHABILITACION

Asociación de «Paralusés de France» (A. P. F.)
B. P. n.º 127 Rue de la Ronde - 27008 EVREUS (Francia)

Sociedad de Rehabilitación Internacional
219 East 44 th. Street. New York, N. Y. 10017 USA.

UNESCO
Juan XXIII, 5. Madrid.

Institute of Rehabilitation Medicine
400 East 34 th. Street. New York 10016.

Consejo de Europa (División de la Santé Publique)
Strasbourg.

Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas (ONU)
Palacio de las Naciones Unidas. Ch-1211 Ginebra 10.

National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults
2023 West Ogden Avenue, Chicago, Illinois 60612.

National Rehabilitation Association
1522 K Street, N.W. Washington, D.C. 20005.

International Association of Rehabilitation Facilities
5530 Wisconsin Avenue, Washington, D.C. 20015.

International Society for the Rehabilitation of the Disabled
219 East 44th Street, New York, New York 10017.

Pastoral hospitalaria

HUMANIZACION Y RELACIONES HUMANAS EN EL HOSPITAL

CURSO CELEBRADO EN BARCELONA

La salud de la persona humana y de la sociedad, como experiencia feliz de la vida misma y como estado de liberación total, constituye para los profesionales de la sanidad un objetivo a conseguir y mantener. Este empeño obliga hoy a que la profesión recupere su originalidad: integrando en su función asistencial la aptitud y actitud que le define como promotor, animador y servidor de la vida y protagonizando el cuidado de la salud, no ya como acto del hombre, sino como acto humano.

Este ha sido el telón de fondo que motivó el curso sobre *Humanización y Relaciones Humanas en el Hospital* que, durante la semana del 3 al 7 de abril, ha tenido lugar en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Más de un centenar de personas estuvimos, de una forma u otra, presentes; personal de enfermería, un grupo de 7 asistentes sociales y religiosas sanitarias componían, fundamentalmente, el número de participantes. El tema de la humanización del hospital fue presentado en sus múltiples aspectos por un total de 16 ponentes psicólogos, enfermos, incluidos los niños enfermos, familiares, médicos, pastoralista, filósofo, sociólogo y técnicos diversos de enfermería y del mundo hospitalario. El funcionamiento del curso alternó las tardes, dedicadas a las ponencias, con las mañanas para cuestiones prácticas, forum, experiencias, etc. José Luis Redrado y Fernango Angulo asumieron eficazmente la dirección y responsabilidad en la marcha del mismo, poniendo a prueba un singular esfuerzo y entusiasmo por conseguir un hospital más humano y para quienes el enfermo constituye la pasión útil por la que el agente de la salud emprende la tarea humanizadora del medio.

Por encima de soluciones de comprimido y fuera de toda casuística local, la intencionalidad del curso ha sido la mentalización de los participantes, ofreciendo caminos nuevos y comportamientos nuevos en la asistencia al enfermo y en el medio estructural de personas y cosas en que aquélla se realiza, a fin de que ambos sean fundamentalmente humanos.

EL HOMBRE SANO

Conocer al hombre en su dimensión su salud es la necesidad inmediata del médico, enfermera asistente social, del sacerdote, del psicólogo, del enfermo mismo y su familia. Durante el primer día del cursillo han profundizado los ponentes, por aplicaciones diversas, en la definición de salud que ofrece la OMS: estado de completo bienestar físico, mental y social, sin consistir sólo en ausencia de dolencia o enfermedad. El cuidado de la salud, que es deber de todo ciudadano, está depositado fundamentalmente en las manos de los que, por profesión (¿también por vocación?), son los defensores de la vida, quienes la han de procurar a todas y cada una de las personas a lo largo de toda su vida, desde una simple acción preventiva hasta el momento de su muerte y ésto en un ambiente adecuado de familia, afecto, cultura, etc., sin desarraigos ni stress.

El concepto de la salud se inscribe así, dentro del desarrollo integral del individuo como persona. La medicina, por esto, como acción de equipo, como actitud y como estilo, como arte y como ciencia, va más allá de la estricta lucha contra la enfermedad. No obstante, esta salud como experiencia feliz de la vida que por naturaleza le pertenece al hombre, está siendo hoy

puesta a prueba por el reto que le presenta el mundo en que se expresa como es un mundo pluralista, lleno de tensiones y conflictos al que es difícil responder y con el que establecer un sereno equilibrio. Desciende la calidad de vida, debiendo renunciar por imperativos de la adaptación a la creatividad sin más posibilidad que la de supervivir.

EL HOMBRE ENFERMO

La enfermedad, como la salud, integra también la naturaleza de la persona y antes que definirla se nos presenta como una experiencia conjugada contra el hombre. Salud y enfermedad constituyen la diaria dialéctica de la afirmación y la regresión.

Junto a la salud como experiencia global de la vida entrañamos una exigencia de vida y querer la vida es ser hombres integralmente.

La enfermedad se presenta como la incapacidad de sostener este impulso vital, contradiciendo y paralizando nuestro deseo de vivir, es un radical bloqueo a nuestro ser profundo. Esta situación suele ser compleja en sus manifestaciones: desgarro de la unidad subjetiva de la persona, pierde la seguridad y dificulta su relación con el medio, con profundas situaciones de ansiedad y angustia que desequilibran su personalidad y consecuentemente, la de sus familiares. Igualmente se originan unos cambios profundos en toda la vida del hombre, psicológicamente se hace regresivo y a nivel social se comporta «egoísta»; también los condicionamientos de la enfermedad toca a la vida religiosa surgiendo lo sagrado como fuerza que nos arrebata el dominio de nuestra vida, degradándose, a veces, en actitudes mágicas.

También los sentimientos de ansiedad alcanzan al equipo asistencial en situaciones donde el aspecto evolutivo de la enfermedad se relaciona con la invalidez, la cronicidad o la muerte.

La actitud y comportamiento del equipo médico adquiere una significación especial cuando el sujeto enfermo es un niño, influyendo definitivamente en la manera de cómo la familia vivirá su enfermedad. En casos de gravedad existe la responsabilidad de informar a los padres objetivamente y con las explicaciones más completas posibles de la situación, compartiendo con ellos los posibles planes terapéuticos y ayudando en este momento de crisis.

ASISTENCIA INTEGRAL

Esta situación del hombre enfermo tiene lugar, generalmente en el hospital; aquí sus estructuras, sus responsables y profesionales han olvidado al hombre enfermo como persona. Intereses económicos y políticos, la custodia del prestigio personal y el afán de lucro, la carencia de una vocación humana y de dignidad profesional, el endiosamiento y el abuso de una actitud mágica han cosificado al enfermo, instrumentalizándolo y, por tanto, sirviéndonos de él. No existen derechos del enfermo. ¿Sería posible una huelga de enfermos? El hospital está enfermo de deshumanización crónica y su medicina le está condenando a sobrevivir malamente. Más que profesionales de la salud nos hemos convertido en profesionales de la enfermedad.

En el mejor de los casos el profesional de la salud y toda la estructura hospitalaria se acerca hoy al enfermo con un aceptable nivel de asistencia técnica. Esto, por sí mismo, es un valor importante pero insuficiente. Si la situación creada por la enfermedad es compleja, la respuesta del hospital ha de ser integral y lo más completa posible.

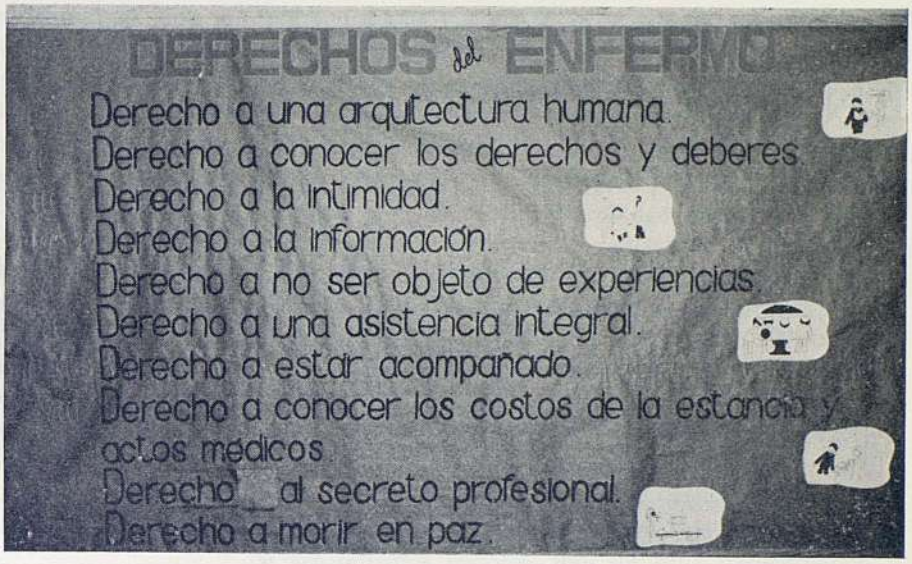
¿Hay que humanizar lo técnico o tecnificar lo humano?

a) Hay que recuperar la salud del profesional y del medio hospitalario:

— Volviendo a un encuentro humano con el enfermo en una relación afectivo coloquial, base de toda acción médica. Esto exige que, por ejemplo, el médico logre desembarazarse del caparazón de sus costumbres y de sus ritos, personalizando sus relaciones profesionales con destreza técnica y corazón solidario.

— Integración del médico en la composición del equipo de salud desde donde su función será más saludable al estar más potenciada y orientada por el aporte de aspectos psicológicos, sociales, morales, religiosos, familiares, etc., de los demás componentes que también trabajan para el enfermo. Al mejor conocimiento del enfermo en toda su realidad humana personal el acto médico-paramédico será más eficaz y saludable. La existencia y funcionamiento del equipo de salud en el hospital será el primer síntoma de que el enfermo va a ser tratado como persona humana en su casa de salud y que el hospital renuncia a ser el taller de vísceras para volver a ser el sitio de acogida donde los competentes y vocacionados profesionales de la sanidad, luchan contra toda forma de restricción de vida del individuo y su grupo a través de una acción conjunta y personalizada, científica y cercana, humana. El enfermo, ni en su víscera ni en su realidad total, no es posesión exclusiva de nadie, es de todos porque a él nos debemos todos.

Por una cierta semejanza con estas reflexiones a que llegamos en el curso se recordó la importancia de los «Grupos Balint» en la Tavistock Clinic de Londres en los años 1950, a los que se consideran como verdaderos grupos de humanización y que, efectivamente, son una experiencia terapéutica; si bien sólo con interés clínico ya que sus componentes eran mayoritariamente, sobre todo, facultativos. Quizás por esta razón, advertimos el



posible peligro de psiquiatrizar toda relación humanizadora de cara al enfermo tipo, volviendo a caer en nuevas formas de exclusiva unilateralidad en el conjunto de la acción médica por parte del psicólogo, de la asistente social, internista, enfermera, cirujano, etc.

La razón del equipo de salud tiene su garantía en la consecución de la asistencia integral al enfermo. En este objetivo del hospital adquiere especial relieve y responsabilidad la división de enfermería en una función coordinadora del equipo y con especial incidencia en la relación equipo de salud y enfermo familia. Así pueden cambiar las estructuras hospitalarias, haciéndose más humanas.

b) Reconocimiento de los Derechos del hombre enfermo. Antes que enfermo, el enfermo es persona y, por ser persona enferma, necesita, pide, exige la recuperación de la salud y una asistencia integral adecuada para conseguirla.

El tema de los Derechos del enfermo ha sido tema central del cursillo, como una obsesión, nuestro Decálogo.

LAS RELACIONES EN EL HOSPITAL

Las relaciones sociales empresariales y burocráticas que canalizan la marcha del hospital, deben perfeccionarse en sí mismas. Los parámetros de la política sanitaria han de proporcionar la mejor asistencia al enfermo en toda su zona de influencia o a la comunidad humana a la que sirve. Estas formulaciones generales y otras parecidas nos remiten a que la gestión hospitalaria debe fundamentar y dinamizar su actividad en unas relaciones sanas y profundamente humanas. Estas han de tener lugar a un nivel intrasubjetivo o del sujeto profesional consigo mismo, intersubjetivo o capacidad de diálogo con el otro y, por último, a nivel de relación humana transaccional cuyo contenido abarca tanto al enfermo y familia como al mismo equipo de salud, transformando el hospital en un lugar donde los hombres se encuentran y lo único que importa, a unos y a otros, es la salud.

FRANCISCO DE LLANOS PEÑA

LAS RELACIONES HUMANAS EN EL HOSPITAL

INTRODUCCION

Consideraremos las relaciones humanas en el seno del hospital, desde el punto de vista exclusivamente intra e inter-hospitalario. Es decir, en cuanto a modo, grados y tipo o cualidad de la comunicación, entre las personas que componen el cuadro de trabajadores hospitalarios: médicos, administrativos, técnicos, operarios, etc.

Estamos convencidos de que la relación con los demás, en cualquier núcleo humano del que formemos parte, pero, especialmente en el constituido por nuestro lugar de trabajo —el hospital en este caso—, es el reflejo, la consecuencia directa, la resultante, de la relación que tengamos con nosotros mismos. Esta convicción se apoya, además del sentido común, en nuestros conocimientos y en nuestra experiencia clínica en el tratamiento de los trastornos de la vida de relación, como parte de los sufrimientos que llevan a nuestros pacientes a la consulta en demanda de ayuda.

Pero como decíamos, nuestra relación con los demás no es exactamente igual ni idéntica a la que tenemos con nosotros mismos. Así como un palo introducido en el agua, nos da una imagen óptica distorsionada por el fenómeno de la refracción, y se nos antoja quebrado, oblícuo y, como si se hubiera torcido al ser introducido en ella, nosotros captamos asimismo, una imagen distorsionada de los demás, porque ellos, y las cosas, en general, sufren cierta deformación al penetrar en nuestro interior: como si también fuera una masa de agua, este interior nuestro.

Sigamos con este símil que es muy útil. Si el agua está compuesta, como sabemos, por hidrógeno y oxígeno, en la «masa líquida», como podríamos denominar metafóricamente, a nuestro interior, hay también ingredientes constitutivos. No podemos entrar aquí en detalle sobre la totalidad de los mismos, porque nos apartaría del tema que tratamos de desarrollar, rebasándolo. Pero sí hablaremos de aquéllos que nos parecen más importantes o fundamentales, por mediatizar decisivamente nuestra comunicabilidad, o capacidad de comunicar con los demás y, por tanto, la comunicación y la relación en sí.

EL MIEDO

Y el más importante es, sin duda, el miedo. Como nos enseñó Nacht, el miedo se encuentra tan estrechamente vinculado con la naturaleza humana que parece ser parte integrante de ella. Por lo demás, lo encontramos en todas las perturbaciones: no sólo psíquicas, sino también orgánicas. En cualquier enfermo, y sobre todo, en el que haya necesitado ser hospitalizado. Englobamos aquí con la palabra miedo, a la angustia y la ansiedad. En realidad, no son tan diferentes entre sí. Se trata más bien, de distintos matices de una misma cosa.

Durante años, el niño pequeño es el único de su especie que no puede hacer nada por sí mismo, y vivirá en un estado de total dependencia respecto a lo que le rodea. Esta excesiva dependencia, es lo que marca al ser humano para siempre. Es el punto de partida del miedo-humano: un miedo que, entre todos los seres vivos, él será el único en conocer, pues, al miedo natural hacia los peligros exteriores, se agregará el que tendrá respecto de sí mismo y de sus propias reacciones.

Y es que, por favorablemente que se produzca su desarrollo, el ser humano no podrá evitar que persista una separación entre dos partes siempre difícilmente conciliables de sí mismo: la instintiva, que reclama con exigencia ciega, despótica, tiránica la satisfacción inmediata, constante y total, desde lo más hondo de lo inconsciente, y la parte consciente, que contempla con los ojos de la razón, la imposibilidad de semejante satisfacción, y lo ineludible de la espera, y muchas veces, de la renuncia.

Ahora bien, que al ser humano se le niegue una sola satisfacción, o que dicha satisfacción tarde un tanto, o

sea parcial; en una palabra, que escape por algún lado a ese absoluto de la exigencia inconsciente; y la insatisfacción se experimentará como algo total, es decir, como asimilado a una frustración. De ello surge que, por excepcionalmente favorable que sean las condiciones en que vive el niño, no es posible evitar que le proporcionen múltiples ocasiones de sentirse frustrado. Ahora bien, todos los estados de frustración, de insatisfacción, desencadenan una tensión que el organismo trata de eliminar. Por consiguiente le es preciso, bien obtener la satisfacción necesaria, bien suprimir la causa de la misma de la insatisfacción. En uno u otro caso, la energía que es necesaria desplegar es de la misma intensidad, y, procede de la misma fuente instintiva: la agresividad.

AGRESIVIDAD

El lactante despliega la misma fuerza y realiza el mismo gesto para atraer el pecho cuando tiene hambre, como para rechazarlo cuando está satisfecho. En resumen, utiliza la misma energía para un acto positivo como para uno negativo. Esta confusión está cargada de consecuencias. Se prolongará durante mucho tiempo y persistirá en ocasiones, en mayor o menor medida en el adulto.

Condición agravante: la misma superposición de contrarios inconciliables, vuelve a encontrarse en lo que el niño experimentará respecto de su madre, que le dispensa a la vez todas las satisfacciones y todas las insatisfacciones y, a quien él querría al mismo tiempo conservar y destruir: pues esa madre todopoderosa es la que alimenta pero puede negarse a alimentar, la que apaga la sed pero puede prolongarla, la que cuida y protege, pero puede descuidar o abandonar; en una palabra: la que ama pero puede negar su amor. Por lo tanto, bastará, por ejemplo, que el niño tenga hambre, que tenga el sentimiento, equivocado o cierto, de ser rechazado, descuidado o abandonado, para que esa insatisfacción provoque un movimiento de agresividad contra la madre.

¿Pero cómo se atrevería a atacar aquello de lo cual depende para vivir? Aquí es donde se esboza el gran miedo del niño, quizás el primero y sin duda, también, el más indesarraigable. Jamás —ni siquiera cuando sea un adulto— se liberará totalmente de él. En adelante, todo impulso agresivo hacia el objeto de una frustración o de una insatisfacción, se vinculará y se asociará con el miedo. Y es que, los demás, son en sí mismos, fuentes de continuas frustraciones para nosotros. Por aquello de que nuestra libertad, termina donde empieza la del vecino. Y por lo de que el precio que hemos de pagar por la convivencia, es de una tolerancia a la frustración que, hasta cierto punto, tendremos que considerar «normal». Lo cual conlleva un cierto grado de represión consciente, que también tendremos que convenir en denominar, normal; y, sin el cual, tendríamos que renunciar a lo que llamamos civilización y vivir según la ley del más fuerte, que es la que rige en las otras especies animales conocidas, de la creación.

El reconocimiento que hacemos del «otro», como fuente, a la vez de satisfacciones, pero también de frustraciones propias, hace renacer en nosotros —o más bien diríamos que perpetúa—, el mismo temor y la misma necesidad simultánea de amar y de odiar, de conservar y de destruir, de atraer y de rechazar, con que debutó en la vida, el lactante que fuimos. En realidad, es nuestra propia agresividad, que proyectamos o atribuimos al «otro», lo que hace que este «otro» nos parezca peligroso, temible, en ocasiones; es decir, agresivo.

Estos mecanismos normales del funcionamiento mental: represión fisiológica, proyección o atribución al otro, de sentimientos propios, dan un sello característico y específico al ser humano. Ahí encontramos el origen de la ambivalencia afectiva, que impregna en mayor o menor medida, todas las conductas humanas, y en el corazón de las cuales se encuentra siempre el miedo.

Todo ser humano, conserva en su interior, en mayor o menor grado —y de esta gradación, depende la calidad de su equilibrio psíquico, mental, personal—, el niño normalmente temeroso que ha sido. Es por eso que, el miedo se encuentra en el corazón mismo de todo ser humano, y que «toda la vida de un ser, dice Nacht, depende de la forma en que haya podido conciliarse con el propio miedo».

Creemos haber podido describir la naturaleza (fisiológica, normal) del miedo humano. No podemos entrar aquí en considerar sus múltiples variantes patológicas. Pero sí en señalar cuál es su función esencial: señalar el peligro, movilizar la energía para el estado de alerta que pone al organismo en situación de defensa. Ahora bien: este estado de alerta cursa con una tensión, y esta tensión no puede soportarse indefinidamente. Para quebrar esta tensión, el organismo dispone de dos clases de recursos: la producción de síntomas, cuando la tensión es patológica, como el miedo mismo que la produzca, y la actuación.

Aquí nos ocuparemos de aquellas actuaciones, consecuencia de determinadas actitudes, que mediatizan la relación con los demás, y la comunicación con ellos, en la misma medida en que la incompleta o defectuosa conciliación con el propio miedo, nos impide una permeabilidad interna, es decir, una satisfactoria comunicación con nosotros mismos, en virtud de la cual, conscientes de nuestros defectos y limitaciones podamos tratar de superarlas, a sabiendas de que el grado ideal de perfección es inalcanzable.

Pero es que sin ser «permeables» por dentro, es imposible que lo seamos por fuera y sin serlo, no se puede escuchar. Y como es obvio, sin escucha atenta, no hay asistencia ni ayuda posible, humanamente hablando. La

habrá, eso sí, parcial: técnica, física, pero no humana integral.

Consideremos ahora las más frecuentes de las actitudes y actuaciones que conlleva un defecto de escucha, es decir, la incapacidad total o parcial, de comprender al otro.

ACTITUDES PROYECTIVAS

Como decíamos antes, «proyectar» significa atribuir a otro lo que en realidad es nuestro. Lo decíamos a propósito del creer al «otro» peligroso o temible para nosotros, es decir, agresivo. Hemos visto como en realidad, los agresivos somos nosotros, que soportamos mal el no ser omnipotentes: el no poderlo hacer todo; el no tener la libertad absoluta, sino tan solo relativa, y el que se nos acabe, justo donde la empieza la del vecino.

Pero no es solo la agresividad lo que solemos atribuir proyectivamente al «otro». Podríamos poner ejemplos innumerables. Solemos creer que es exclusivamente el otro, el que no escucha, el que siempre quiere tener razón, el que se equivoca, el orgulloso, el ignorante, y sobre todo el rígido: ¡Cuán «liberales» somos a menudo con los demás, cuando dicen lo mismo que nosotros, opinan igual, o aprueban sin crítica lo que decimos!

ACTITUDES REIVINDICATIVAS

Estrechamente emparentadas con las anteriores, se caracterizan por lo vindicativo, es decir, por el matiz revanchista que las anima. Con quien más a menudo se suelen poner de manifiesto, es con las figuras de autoridad, entendiendo por tales, aquellas que tengan cualquier clase o grado de jerarquía. Cuanto más inmadura la persona, menos soporta la autoridad, sin importar gran cosa, quien la personifique. La autoridad es vivida entonces como una coartación a la propia expresividad o libertad, verdaderamente insoportable. Es muy difícil en ocasiones, distinguir entre reivindicación normal, y reivindicación patológica. Máxime si se tiene en cuenta que la cuestión no es tan sencilla. Las más de las veces, se trata de sutiles matices patológicos que tiñen o contaminan tristemente reivindicaciones, justísimas y normales. Otras veces lo sutilísimo es, la inmadurez ya que no franca patología, de la persona o grupo que formula una reivindicación.

Hay que tener en cuenta además, que formas, asimismo, inmaduras, cuando no francamente patológicas, pueden dar expresión a la autoridad, convertida entonces en autoritarismo. Y que ello fomenta un tipo de respuesta de igual índole. Fenómeno en virtud del cual, bajo formas autoritaristas, germinan y se propagan con asombrosa prolijidad, actitudes reivindicativas que no se expresan con ninguna dialéctica auténticamente transaccional, sino simplemente forcejeante. No hay entonces intercambio posible, ni diálogo ni, por tanto, entendimiento. Y con la insatisfacción consiguiente, se genera un estado de frustración crónica, que, a su vez, genera una agresividad «in crescendo». La cual, en virtud de su destructividad, imposibilita cada vez más, el diálogo y la satisfacción, cerrándose, no solo un círculo vicioso asfixiante, sino también una espiral de tensión que puede desembocar en verdadera violencia.

Naturalmente, no tratamos de poner en el mismo saco, *todas* las actitudes reivindicativas. Tratamos tan solo de diferenciar, las reivindicaciones teñidas o contaminadas, de las no contaminadas: ¿de qué?

Del miedo, que antes describíamos, no visible aquí, por estar enmascarado por su humo más característico: la rabia, que tiene por misión el ocultarlo a los ojos de nuestra consciencia, para evitar sentirlo en su verdadera y lacerante naturaleza. Cuanto más rabiosamente grita —reivindica— el niño temeroso que hay en nosotros, mal superado, mal crecido, mal o insuficientemente madurado, más argumentos halla el interlocutor autoritarista —que nunca suele faltar— en su intransigencia: «son como críos...» creemos entender que dicen, y lo triste del caso es que tienen razón, aunque en realidad no lo sepan, ni mucho menos el porqué.

ACTITUDES DE RIVALIDAD Y COMPETENCIA

Estrechamente emparentadas con la envidia, son dictadas por un amor propio exacerbado, que nada tiene que ver con la propia estimación adulta, que hace que sólo se pueda hallar placer en lo que se hace o en lo que se es, si ello significa ser *más que* el otro.

Así como el rabiar, oculta profundo temor, pavor, diríamos mejor, engendrado por secretos sentimientos de abandono de los que el individuo no es consciente, el rivalizar y competir, oculta profundos sentimientos de inferioridad, de los que no siempre es consciente el sujeto.

Como en el caso de las reivindicaciones, empero, tampoco, tratamos de poner aquí en el mismo saco, todas las competencias y rivalidades; sabido es que la competitividad es ingrediente normal de un sano afán de emulación, en cuanto a perfeccionamiento propio y progresión en el propio quehacer. Tratamos tan solo de diferenciar aquí, las competencias teñidas o contaminadas de lo que dificulta la comunicación real con el otro: la necesidad de destruirle o de destruir algo en él para poder sentirse vivo y entero; una triste forma de existir, y de vivir, si se le puede llamar vivir a esta forma de existencia. Se refiere esto último al caso extremo en que esta rivalidad determine y «selle» toda la actividad —relacional, profesional, etc.— del individuo.

ACTITUD ENVIDIOSA: LA INCAPACIDAD DE ADMIRAR

La envidia es, como el miedo, otra de las emociones o sentimientos ingredientes fundamentales de la urdim-

bre afectiva humana. Va desarrollándose en el bebé, y creciendo con él, en su desarrollo normal, armónico; donde las experiencias y vivencias buenas y gratificantes predominen sobre las frustrantes, la envidia llega a devenir en «productos» superiores más elaborados: la capacidad de admirar, y la consiguiente facultad de tomar lo bueno y positivo de los demás como estímulo ilusionado de noble emulación. Aludimos aquí a lo que decíamos antes, del sentido «deportivo» de la competitividad, distinto del patológico de la competencia y rivalidad a ultranza.

Y quisiéramos hacer, antes de proseguir, una precisión sobre la palabra «noble» que acabamos de emplear: no es una simple retórica, sino un hondo contenido, lo que tratamos de expresar. Ortega y Gasset nos enseñó, entre otras cosas, el significado auténtico de la palabra «snob»; viene de una abreviatura de dos palabras latinas: sine nobilitate, S. Nob. Esta es la etimología exacta. Los antiguos querían significar con ella «sin nobleza» aludiendo a la llamada «de sangre», es decir, de título. Posteriormente, con la evolución de la humanidad y la superación de la «noche oscura» que para su historia, fue la Edad Media, el término «nobleza» adquirió otro significado: la del espíritu. La que, según el sabio refranero español en su vertiente castellana, explica, con un laconismo y una parquedad de palabras no superada por ningún otro idioma, que no ha logrado decir tanto, con tan poco; tan solo dos palabras: *nobleza, obliga.*

Esta nobleza es la que no tiene el snob, que, además de envidioso es otras cosas, en las que no podemos extendernos aquí; y la que no tiene el envidioso, que además de snob, también es otras cosas, una de las cuales, sí hemos de decir aquí: destructivo. El envidioso siente la imperiosa necesidad de atacar, destruir a la fuente de envidia que es el otro, porque le llena de desasosiego y zozobra. El ataque envidioso al vecino, es una de las lacras que más dificultan la convivencia individual y en grupo. Recomendamos la lectura, al respecto, y por todos conceptos, del libro del Dr. Ramón Meseguer, *«Los Españoles y el Grupo»* (Editorial Dirosa), escrito para el público en general y del que conocen ustedes ya las excelencias de su capacidad descriptiva.

Así pues, el envidioso necesita atacar y su forma de hacerlo suele ser la crítica. ¡Cuántas veces lo de «constructiva» es un eufemismo, y lo que se «construye» es solo un dardo envenenado, un arma arrojadiza para deshacerse de un «otro» que es vivido como enemigo y como adversario!

Y es que el envidioso, sufre una trágica confusión entre su «fuera» y su «dentro»: lo que le pasa, tiene su origen *dentro* de él, y no fuera. Es su incapacidad de admirar, de agradarle y de sentir placer por lo bello, bueno y positivo aunque esté en otros. Pero él no puede reconocerlo así. Necesita creer que la causa de su malestar está fuera: en las cualidades del otro, que él quisiera para sí y, que desespera secretamente de poder tener (sentimientos de inferioridad a que aludíamos antes). Por eso, al «ver en el otro» la causa aparente de su malestar y no poder reconocer su propio sentimiento de incapacidad, el otro es vivido como enemigo al que se odia y desea destruir. Por cierto, que si algún sujeto envidioso accede a un tratamiento psicoterápico, suele ser una de las consecuencias de la cura, el descubrir que la incapacidad de ser o tener tal o cual cualidad, suele ser irreal y obedecer tan solo a un «sentimiento de». Desvanecido el fantasma (la cura suele durar años) surge la capacidad potencial del sujeto, hecha real.

ACTITUD HERMETICA

Puede definirse como la cerrazón habitual, no oposicionista ni polemizante, sino, en forma de máscara inexpresiva o semblante de esfinge, cuando no, de ceño fruncido sistemáticamente. No es más que una actitud de permanente defensa que oculta detrás todos los temores, o parte de ellos, citados anteriormente.

El hermético suele sorprenderse dolorosamente, por ser considerado por unos, como antipático, por otros como enemigo, por otros temible o temido, por otros como agresivo, por otros como engreído, pero por nadie como realmente cree ser él. Sobre la sábana en blanco de su cara, cada uno proyecta la película que sus propios temores, fantasías o sentimientos le hacen construir: los temerosos le «hacen» temible, los envidiosos engreído, los resentidos repelente, etc...

ACTITUD DISCRIMINATIVA

Suele tener su origen en sentimientos de inferioridad, o en los de superioridad que uno se inventa, para ocultarse aquellos a sí mismo. Suelen estar emparentados con el amor propio infantil perdurado en lo que tendría que ser la madurez, cuando sustituye la propia estimación adulta. Son muy frecuentes entre profesionales y en un mismo estamento, así como entre personas de estamentos distintos. Así como en el envidioso hay la confusión entre el fuera y el dentro del sujeto y de ahí que se viva al «otro» como perseguidor o fuente de incordio, en el discriminativo hay una confusión entre el ser y el tener: suele confundir lo que se *tiene* con lo que se *es*. Y así, regirse por principios verdaderamente memos, como el de creer que ser médico es *ser más que* enfermera, por ejemplo, como si un título o una capacitación técnica determinada fueran una patente de superioridad.

Esta actitud se puede dar además en algunos miembros de cualquier estamento respecto a otro: técnico a no técnico, etc.

Pero quizás la más lastimosa, es la observada respecto al sexo: la minusvaloración que se hace de la

mujer, profesional, técnica, administrativa, operaria, etc., por el hecho de serlo. No podemos detenernos en este punto que, fácilmente rebasaría los límites del tema objeto de este comentario, pero lo apuntamos como fuente de convenientes meditaciones. Que no se ha dicho ni escrito lo suficiente, todavía, del ataque envidioso a la mujer, y de lo que se la teme, fundamentalmente, que existen en la base de esta actitud que aquí comentamos.

DISTORSIONES DE LA ASISTENCIA

Los «vicios de actitud» que acabamos de enumerar, al perturbar la comunicabilidad, y en definitiva la comunicación de los profesionales de la Sanidad entre sí, redundan en perjuicio del enfermo en torno al cual gira la asistencia, al ser el centro del círculo que componemos los profesionales de la salud.

Precisamente, la asistencia distorsionada, podría representarse gráficamente así: como un círculo en el que el centro no está ocupado por quien corresponde; o en el cual, el punto llamado centro, equidistara de *todos* los que constituyen el arco circular completo. Es decir, que habría entonces dos puntos centrales: uno el verdadero y real, desplazado de su lugar: y otro, falso, ocupando el lugar del primero. Cada uno de los «vicios de actitud» enumerados, puede convertirse en un momento dado en «centro espúreo» de la asistencia, que puede entonces deshumanizarse, por lo parcializada y mutilada. Así la vivirá el enfermo, que vivenciará la mutilización como propia: no sólo simbólicamente, sino también realmente. Siempre, en su intimidad humana. A veces, además, en la realidad física de su propio cuerpo: cuando, por ejemplo, su asistencia requiera la concurrencia de varias especialidades, y la actitud egocéntrica de uno o varios profesionales, ignore a los demás, y el déficit de información, pueda deparar un verdadero efecto iátrico en el mismo cuerpo.

La rivalidad, la competencia, la envidia y los secretos sentimientos o fantasmas de inferioridad, están en el fondo de todo vedetismo, exhibicionismo improcedente escotomización o desconocimiento de los demás (que son las demás partes de la misma y *única* asistencia), así como en el desconocimiento que, en definitiva supone ello, del enfermo, del que se toma entonces una parte, confundiéndole con su «todo».

Pero *la distorsión de la asistencia, puede no ser tan solo «circular»;* es decir resultar «descentrada», con lo cual el círculo asistencial no es continente ni reparador, sino «cerco de hierro» que ahoga al paciente aumentando su sufrimiento; *la distorsión de la asistencia, puede ser también «espiral»,* cuando el enfermo se ve convertido en campo de batalla de intereses contrapuestos, de vanidades enfrentadas, de rivalidades y competencias, víctima propiciatoria de la escalada de la incomunicación y del desamor.

Aún hay otras dos formas de distorsión de la asistencia, frecuentes y lacerantes. *Podríamos denominarlas,* como de hecho el lenguaje vulgar o argot profesional lo hace en la práctica diaria: *«interesante»* y *«no-interesante».*

Con mucha frecuencia se «ve» a un paciente como «un caso interesante». No es eso lo grave. Lo grave, es verlo *solamente* como caso interesante, y *nada más,* olvidando todo el contexto humano: gravedad y, sobre todo, pronóstico. ¡Cuántas veces se encuentra a faltar la visión integral del paciente calificado de «interesante», a la hora de programar las exploraciones complementarias, contactar con la familia, prescribir terapéuticas y, sobre todo, a la hora de enfrentarse con un desenlace fatal e inevitable del que conocemos plausiblemente el plazo!

En el polo opuesto al de esta distorsión, está la que resulta de calificar a un paciente, de no-interesante; de vulgar, de anodino, «del montón». Algunos pretenden utilizar esto como coartada que oculte a su conciencia la carencia de una auténtica vocación, que hay en el fondo de la desidia más o menos encubierta, en la asistencia desganada, desangelada, carcomida por la carcoma de la rutina.

RELACION HUMANA TRANSACIONAL

Por lo dicho hasta ahora, puede comprenderse como sin una dialéctica consigo mismo, sin un conocimiento y aceptación de las propias limitaciones, sin una buena integración de la agresividad normal, sin una capacidad de placer en el propio funcionamiento por sí y no referido al «otro» en términos de más-menos, sin una capacidad de discernir las pajas y las vigas ajenas, de las propias, es decir, sin lo que llamamos madurez, ni es posible la convivencia, ni cualquiera de sus aspectos parciales, de los que el trabajo en común, es quizás, el más diferenciado.

R. ANDREU ANGLADA
Médico Psiquíatra del hospital San Juan de Dios
Barcelona

PSICOLOGIA DEL ENFERMO

II

IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DEL ENFERMAR

Por las indicaciones que hacíamos en el primer artículo advertimos ya las implicaciones del enfermar en el hombre concreto.

No podemos avasallar al enfermo desde los progresos técnico-asistenciales.

«El progreso técnico, escribe el doctor López Ibor, seguirá influyendo en la medicina. Ahora bien, ¿es esto un avance real? ¿No quitan estos sistemas consideración a la personalidad del enfermo? Para mí es evidente que sí. Y toda disminución del coeficiente personal del enfermo es nefasto para él. Hay que salvar la consideración del enfermo como persona. Nunca insistiremos bastante en este punto. Por eso, junto al progreso técnico y junto al progreso social debe existir lo que se llama psicologización de la medicina. Debe existir una mayor profundización en el conocimiento del enfermo como *ente psicológico,* en definitiva, como *ente personal*[16].

El enfermo es separado de su familia, de su trabajo, de su mundo ambiental con problemas más dolorosos que la misma lesión orgánica que le hace estar en cama: dificultades familiares, situación económica posterior, su trabajo, etc.

La enfermedad afecta muy a menudo la estructura social y emocional del grupo familiar, es decir, las relaciones entre el paciente y los suyos, o viceversa[17].

Pero toda la historia social y religiosa del enfermo tiene una expresión psicológica en su comportamiento presente.

«Una parte de la orientación de la medicina psicológica y psicosomática parte del principio de que la enfermedad está ligada a experiencias anteriores, a sucesos traumáticos de la niñez. Estas experencias son capaces de producir no sólo enfermedades psíquicas, sino también enfermedades somáticas»[18].

Preocuparse por la actual enfermedad y no adentrarse en el complejo mundo en el que ha sido posible la realización de la misma, es alejarse de la comprensión del camino que está recorriendo el enfermo.

La vivencia religiosa del enfermo, según anticipábamos en los presupuestos, deben tenerse en cuenta, ya que muchas veces la reacción del hombre ante su enfermedad tendrá mucho que ver con la causalidad que vea en ella entre enfermedad-pecado, y lo que Dios sea para él —el Dios en quien crea.

Todavía tendremos que señalar otros elementos importantes que constituyen factores importantes en la reacción y vivencia de la enfermedad.

A veces nos sucede, que los dolores o quejas presentes oscurecen la realidad actuante sobre el enfermo. Dificultades que no siempre afloran a la conciencia, pero intervienen desde el inconsciente.

La entrada en el Hospital supone para él una novedad: permanecer inactivo, dejar sus preocupaciones, conocer personas nuevas con un mundo complicado e incomprensible por su dolor y circunstancias, hasta la imposición de una ropa uniforme puede ser causa de recelo novedoso.

El Hospital se ha hecho cargo de estas situaciones y tiene su honda preocupación por mantener una humanización total en el mismo, hasta en los mínimos detalles[19].

Respuesta personal al enfermar

«El enfermo nunca llega a salir del todo del asombro que le produjo la enfermedad al declararse; el lecho del dolor no es nunca para él un hecho definitivo,

[16] López Ibor, J. J.: *El enfermo en su dimensión humana,* en Dimensión humana y sobrenatural del enfermo, Madrid 1963, 84.

[17] Señalamos la importancia del Servicio de Asistencia Social dentro del Hospital, como atención a dimensiones fundamentales del hombre que está enfermo.

[18] López Ibor, o. c. 93.

[19] Van den Berg, J. H.: *Psicología del enfermo postrado en cama,* ed. Carlos Lohle, Buenos Aires 1961, 20.

sino una situación de apuro, que aunque se prolongue por espacio de años enteros y no dé motivos para concebir la más mínima esperanza de restablecimiento, sigue conservando la característica de lo obligado y temporal»[20].

Frente al hecho de encontrarse enfermo siempre existe la pregunta del por qué las respuestas son variadas. Trataremos de analizarlas.

ANGUSTIA. La enfermedad existe y su significación es clara para mí: es como un trasunto de la muerte. Precisamente el hombre, al encontrarse con esta realidad, se angustia. «Desde el punto de vista subjetivo el problema fundamental es la angustia del enfermo. Todo enfermo es en el fondo un angustiado. La angustia juega un papel tan importante en el proceso de la enfermedad, que no siempre tiene expresiones claras y conscientes»[21].

Esta angustia se hace *amargura* al no poder alcanzar lo que otros viven. Se hace sadismo en la imposibilidad de alegrarse con los sanos y felices. Puede llegar a convertirse en *desesperación* o al menos en *desconfianza,* al verse sólo sin el apoyo de la finalidad de su mismo existir en el mundo[22].

EVASIÓN. Al no atreverse a enfrentar con la dureza de la situación de enfermo, puede recurrir a reaccionar «como si no estuvieran enfermos, necesitando olvidar y hacer olvidar su enfermedad».

El sentirse normal, cuando todos le dicen y cuentan como enfermo, le lleva a otras formas de evasión todavía más graves: alcohol o las drogas.

Sólo desde la valoración positiva del estar enfermo como posibilidad de realización personal, puede ayudarse a quienes escogieron este camino. Recordemos que agrava su situación, por el hábito mismo que se engendra, y que ahora coexistirá con la misma enfermedad o deficiencia.

Pero, ¿no habrá otro tipo de evasión, llamémosle religiosa?

No quiero calificar de *evasión religiosa* a toda actitud religiosa del enfermo, ni mucho menos. Pero si hay casos concretos de enfermos que se evaden o se refugian en un «misticismo religioso», sin fondo auténtico, y creídos muy superiores a los demás, dedican su vida a la *piedad,* se rodean de estampas y devociones, pero no afrontan la propia realidad, no luchan por desarrollar sus posibilidades que como personas tienen»[23].

Recordemos que esta visión nos la da una persona que sabe en sí misma lo que significa el sufrir, y que ha visto a tantos enfermos evadirse con coberturas seudoreligiosas.

Los extremos serán una vez más viciosos, si desterramos todo aspecto religioso como falso y queremos contemplar al hombre en su soledad humana con la enfermedad.

ACEPTACIÓN. Pero la enfermedad posibilita al hombre la realización de unos valores en la aceptación misma y en el padecer.

La bondad, la belleza, el esfuerzo, la paciencia, etc., como valores humanos son gozados por el enfermo que se *siente a gusto* en la marcha de su camino.

La aceptación de la realidad con paz, le hace progresar en la fortaleza, en la serenidad, en la intuición, en la calma, etc., valores que le supondrán un gran enriquecimiento para su mañana.

No se trata de ocultarse frente a las propias limitaciones, de encubrirlas o de prescindir de ellas. Es el enfrentamiento humano equilibrado frente a la experiencia de limitación que se padece. Desde su realidad quiere asumir el papel que le corresponde realizar en el mundo. La persona es más que su misma dolencia o incapacidad. Puede realizarse en su misma enfermedad.

Su enfermedad le puede llevar a enriquecerse con sentimientos nobles y elevados.

Desde la toma de conciencia de su propia situación limitada y rota, afronta la vida con ilusión y esperanza.

Los valores humanos de la enfermedad, tienen que ser descubiertos por nosotros, para que llevemos a los enfermos a la posesión de los mismos.

Para nosotros la fe cristiana nos eleva a una sublimación de estos padecimientos, donde el valor alcanza metas de corredención, al participar con nuestros sufrimientos en la misma tarea de Cristo[24].

Sólo quisiéramos advertir al respecto, que esta vivencia, para que sea auténtica, exige fe madura. No puede imponerse sin más, porque nosotros la vivamos o al menos teorizamos sobre ella. (Recordemos la queja bastante general de que los enfermos peores suelen ser los sacerdotes y religiosos).

Tampoco puede presuponerse, sino que con amor y en servicio verdadero se le ayuda al paciente a que llegue a descubrir las posibilidades y valores que encierra su estado de enfermedad, tanto en el plano natural, como en el religioso.

Repercusiones del enfermar

Toda la persona se siente aquejada por el trastorno que supone el estar enfermo y el tratamiento requerido.

Su vida de relación con los demás adquiere los matices del hombre suspicaz y de desconfiado.

El enfermo se siente cansado por la fiebre, por la medicación y por el trauma de su propia situación.

Su frustración experiencial le lleva a perder el ánimo y la ilusión. Nada de lo anterior le interesa.

[20] Recordemos la cita que hacíamos antes de F. Arduz, sobre la deshumanización de nuestros servicios hospitalarios.

[21] López Ibor, o. c. 90.

[22] Cf. Agueda Sopuerta, a. c.

[23] Cf. Agueda Sopuerta, a. c.

[24] San Martín, P.: *Valor sobrenatural del sufrimiento,* en Dimensión humana y sobrenatural del enfermo, Madrid 1963, 41-62.

Siente una dificultad radical de filosofar sobre su propia vida. Se siente como de vuelta frente a las preocupaciones e ilusiones de los demás.

Se agudiza su sensibilidad física por las molestias que sufre.

Su espíritu parece *desencarnarse,* y la imaginación vuela muy alto y con sobrealcance: siempre hacia lo peor en su enfermedad.

Interpretará las atenciones, las palabras, las conversaciones, las miradas, los detalles, siempre poniéndose él como centro y dándoles un alcance ni sospechado por quienes le tratan.

Esta constante tensión, provoca un ánimo cansado que vive la paradoja del estar despreocupado y querer saberlo todo. La sensibilidad se hace curiosidad, del querer saberlo todo. La imposibilidad de llegar y estar en todas partes, se hace pregunta incesante: quién era, qué pasó, qué querían, qué dijeron...

La sensibilidad del enfermo se verá altamente afectada y con unas respuestas a primera vista sorprendentes.

Una atención le conmoverá y le hará programar los mejores planes para su vida. Una desatención, un olvido o descuido derrumbará sus construcciones de naipes, y toda su ilusión se vendrá abajo.

Téngase esto especialmente en cuenta cuando el enfermo nos quiere corresponder con prácticas religiosas a los servicios o atenciones que le hemos prestado. Su valor puede ser muy escaso.

Por esto advertíamos la ineficacia de un sacramentalismo a ultranza que se servía y utilizaba esta instancia crítica del hombre. Las experiencias resultan sorprendentes al interrogar al final de su convalecencia a los pacientes, de lo que hicieron y prometieron, y casi nada recuerdan o quieren saber con aquellas promesas de emergencia.

Todos prometen volver a vernos, obsequiarnos, agradecer, etc. Y menos mal que no lo hacen, de otra manera tendríamos que dedicarnos sólo a ellos.

Actitudes frente a la situación de enfermos

Si algo caracteriza a los enfermos, es su cara de *niños buenos,* que piden ser amados y queridos. Desde sus posturas, lamentos, gestos y actitudes mendigan el afecto de quienes se les acercan.

Parece cierto, que al menos en los enfermos de larga hospitalización, se produce en ellos una regresión psicológica hacia etapas infantiles.

Por lo menos, la enfermedad por lo que tiene de experiencia incapacitante, al menos para los hombres recios y fuertes, los ablanda y hace pisar la tierra de la necesidad de los consuelos, caricias y atenciones.

Para Bellak «todas las enfermedades graves, temporalmente incapacitantes, incrementan la necesidad de ser amado y cuidado. La inactividad forzosa, además engendra el deseo de volver a un status de dependencia, más o menos infantil. Este deseo inconsciente puede manifestarse en forma de racionalizaciones, síntomas fuera de lugar y afán de exigir cosas»[25].

No siempre debe valorarse peyorativamente este comportamiento infantil. Puede ser el comienzo de una ruptura de su propio egoísmo al reconocer experiencialmente la necesidad de los demás.

También en este aspecto, cada enfermo reacciona según su propia psicología.

Causa sorpresa el ingenio de muchos de nuestros enfermos psíquicos para provocar el falso amor en los demás y moverlos a compasión, para que llamen a sus familias, los liberen, les traigan obsequios, alimentos o drogas, haciéndose pasar por abandonados, incomprendidos, no amados.

Adviértase cómo suele variar el comportamiento de todos los enfermos con quienes poco saben de su historia personal y se acercan a ellos de visita. Sabe utilizar la conmiseración de los demás hasta hacerlos compungirse. Aquí les toca hacer el papel de enfermos, según los esquemas tradicionales sobre esta situación.

Pero el egoísmo encuentra su clima más oportuno para desarrollarse.

Del sentirse a gusto, movido, llevado y servido, se pasa a exigirlo. Del agradecimiento inicial frente a nuestros detalles, avanza en dureza frente a nuestro trato normal y corriente.

Su egoísmo, puede hacerse comodidad y pasividad.

Los defectos infantiles parecen reverdecer. La envidia y la rabieta son las armas de quienes sujetos por la dolencia no pueden defenderse de la desatención o despreocupación sobre él.

Le gusta ser servido, máxime cuando rompe el hermetismo de su propia valía y autosuficiencia, cuando reconoce le va mejor hacerse el débil sin dejar pasar la oportunidad de *explotar* su enfermedad.

Como advierte que él es el centro de la preocupación de todos, llega a exigir que se le tenga en cuenta y todo se haga girar en torno a él.

Exige consideración

«Su ansiedad llena de insatisfacciones exige la manifestación de un interés positivo que consiste en ocuparse con precisión y fidelidad de la buena marcha del tratamiento, del régimen alimenticio, del control fiel de las prescripciones médicas, etc. Necesita el enfermo del cuidado interesado del personal que le asiste para alcanzar el equilibrio de cierta tranquilidad»[26].

Pero no acepta formulismos de cumplimiento. Su sinceridad le lleva a rechazar actitudes sentimentalistas que se acercan a él para tranquilizar sus deseos paternalistas de hacer el bien.

[25] Bellak: *Psicología de las enfermedades orgánicas,* ed. Hormé, Buenos Aires, 1965, 18.

[26] Lachaga, J. M.: *Bases fundamentales del ministerio pastoral con los enfermos,* en Labor Hospitalaria 131 (1969) 91-99.

Toda afectación le irrita y le ofende.

Quiere una consideración de su persona en todos los detalles, un encuentro humano.

Por su sensibilidad agudizada, rechaza toda utilización que quiera hacerse de él. No se presta a ser objeto de visita para *damas carameleras.* Esto le ofende, porque aunque su mimo se vea satisfecho, no así su consideración y atención personal.

De todas las maneras, el enfermo está abierto a un diálogo sincero con quien pueda escuchar sus penas y problemas.

Recibe con agrado el apoyo moral y físico que se acerca a él para compartir la vida. En los detalles mínimos sabe encontrar ánimo y sonrisa para seguir esperando.

Su angustia, que le sitúa en tensión constante de desfonde de ánimo, nos pide compañía alentadora que le recuerde constantemente que no está solo.

La soledad le asusta, le da miedo. Sentirse solo, sin nadie que le mime y le comprenda, le lleva a sentirse más enfermo.

Exhibicionismo

No es raro encontrarse con la joven o el mayor, que respira su propio ambiente dentro del hospital. A su enfermedad, añade la del *hospitalismo,* encontrar su centro vital y ambiental sólo en el hospital.

Saber sacar partido de su enfermedad, encubriendo sus temores a ser *ciudadanos normales,* a sobrellevar la vida en su riesgo constante. El buen trato del personal hospitalario les hace sentirse a gusto, apoyados y defendidos.

Saben tocar adecuadamente todos los resortes de nuestra propia sensibilidad para seguir hospitalizados, o repetir su vuelta al hospital.

Al preguntarles por su estado de salud, te ofrecen una prolija explicación de las causas, terapia y reacción de sus enfermedades, frente a los tratamientos recibidos. Hasta su lenguaje se hace técnico.

Son estos enfermos los que a pesar del tiempo, parecen empezaron ayer.

Una forma aberrante será el gozo masoquista experimentado en la propia enfermedad y el sufrimiento que conlleva.

Aceptación resignada

Son muchos los que con temple y buen ánimo llevan su enfermedad resignados.

No quieren blandenguerías, ni entienden de falsa compasión. Entendieron que la vida es lucha.

Saben aceptar lo difícil del sufrir y lo hacen con elegancia.

Exigen ayuda, pero no para evadirse, sino para realizar un papel digno en la etapa de su vida como enfermo.

Han sabido encontrar los valores humanos de su mismo sufrir. Saben agradecer los cuidados y atenciones. Devuelven su agradecimiento, hecho testimonio de fortaleza y optimismo. Se hace vida, en el sufrir callado, en el sonreír siempre y en el amar correspondiendo.

Quiere, además, salir de sí y llevar a los demás el contagio de sus vivencias. Ofrece sus servicios, sus criterios y claves de ilusión y optimismo, para que se destierren de su lado las caras tristes, amargadas y sin vida.

Son personas que desde su misma invalidez contagian, para realizar los grandes o pequeños sacrificios que nos exige la vida.

Si la «culpa de la alegría la tiene Dios», cuando estos enfermos se mueven por criterios cristianos, su felicidad se plenifica.

Su agradecimiento se hace acción de gracias por la misma vida y fortaleza que tuvo. Invita a la esperanza y confianza. Son los hombres más felices y se convierten en *apóstoles* desde su mismo dolor.

EXIGENCIAS DEL SERVICIO A LOS ENFERMOS

Humanización como servicio total al hombre

Superados los aspectos puramente mecánicos del funcionamiento hospitalario de los centros de salud, todos valoramos los esfuerzos que se realizan para conseguir un hospital más humano, en donde los enfermos se encuentren como los dueños y señores en *su propia casa.*

El cuidado por las mismas edificaciones hospitalarias, busca la sencillez y buen gusto para crear el clima adecuado al tipo de enfermos que utilizarán el centro.

La incorporación de las atenciones religiosas y sociales como parte integrante del organigrama del centro, señala también el esfuerzo que se realiza para servir al hombre total.

Quizá son estos aspectos que superan nuestra responsabilidad individual, pero somos corresponsables de la buena marcha de todos estos planes y proyectos.

Preparación técnica adecuada

Veamos ahora algunas de las exigencias más concretas para nosotros y nuestro mundo de trabajo.

La preparación técnica tiene que ser el primer lenguaje que hablemos a nuestros enfermos.

A Dios gracias, hemos superado nuestros apoyos en *hábitos religiosos* para servir a los enfermos.

El paciente que llega a pasar junto a nosotros tantos momentos del día, exigirá de nosotros amor, comprensión y ayuda, pero siempre desde la competencia.

Han venido al hospital a curarse, y esto le urge. Toda relación con él debe tener estos presupuestos.

No podemos defendernos con procederes precedentes, donde la caridad y buen deseo llevó a muchos a realizar

proezas. ¿Qué hubieran hecho si hubieran tenido nuestras actuales posibilidades técnicas?[27].

Superar las relaciones meramente funcionales

«Y ¿qué es curar?, ¿devolver la salud? Si difícil es la distinción entre salud y enfermedad, más lo es intentar lo que se entiende por curar. La curación no consiste sólo en devolver al enfermo a su situación precedente a la enfermedad. En la vida humana no hay pasos atrás. La enfermedad es una crisis en la vida de la que la personalidad puede salir con nuevos horizontes. No somos sólo los técnicos que aplican unos remedios, sino los hombres con ciertos saberes y experiencias que asisten a otros hombres en una crisis morbosa. Somos personas que saben convivir con él»[28].

La urgencia de nuestra responsabilidad técnica no puede conducirnos a ser piezas clave en los mecanismos burocráticos de la aplicación de remedios.

No realizamos nuestra vocación humana en las solas tareas técnicas despersonalizadas. Tampoco nuestra vocación cristiana si nuestro servicio no habla y es signo que encarne un mensaje de esperanza.

Tendríamos que recordar constantemente el sentido que tienen nuestros trabajos y presencia en el mundo hospitalario. No cooperamos sólo a que los hombres se sientan mejores y nuestro mundo sea ya el nuevo, sino que como profetas de Dios reconocemos: «que los trabajos apostólicos se ordenan a que, una vez hechos hijos de Dios por la fe y el bautismo, todos nos reunamos, alabemos a Dios en medio de la Iglesia, participando en el sacrificio y cena del Señor»[29].

Frente a la tentación de activismo desencarnado, recordemos las exigencias de nuestra vocación cristiana y humana.

A veces, por la diversificación de menesteres, parecemos aceptar como bueno el que unos gasten su vida en atenciones, mientras nosotros nos gastamos como funcionarios técnicos.

Armonía entre los que trabajan y rodean a los enfermos

Tampoco es suficiente manifestarnos como personas eficientes individualmente. Es el equipo hospitalario el que debe funcionar.

Estamos juntos para el trabajo, y como el cuidado a los enfermos no es un simple quehacer o tarea, sino una vocación, nos exige armonía y colaboración, mutuo respeto y consideración, entre todos los que trabajamos y servimos al enfermo.

Si la angustia acecha a nuestros enfermos, sólo nuestra alegría y mutuo entendimiento les servirá de apoyo.

Los conflictos entre los diversos estamentos de personal que sirve a los enfermos recaen directamente sobre los mismos pacientes, en formas de mal humor, enfados, desatenciones o quejas, cuando no se hace incumplimiento de los planes determinados para conseguir la curación.

Para los cristianos, al encontrarnos unidos no sólo para trabajar en grupo, sino para una misión que realizar, tendremos una nueva exigencia que nos lleve a superar la tentación de tecnicismos y nos urgirá a mayores muestras de verdadera convivencia.

Nuestras crisis y tensiones comunitarias serán también proyectadas sobre los enfermos. Buscaremos un amor con el que no nos gratifica nuestro grupo u ofreceremos nuestros amargores y desavenencias. Nuestra tarea de paz se hace queja o petición de propia complacencia.

Madurez humana

Si nuestra tarea tiene un campo de realización tan delicado, las exigencias de equilibrio psicológico tienen que ser mayores que para cualquier otro trabajo.

Ni los sentimentalismos lloriqueros, ni las reglonerías paternalistas, son la expresión madura de quienes tienen que acompañar a personas en situación complicada.

Tampoco es adecuada situación o postura psicológica la inamovilidad sentimental que se hace dureza de corazón, que impide comprender el ahora del hombre que sufre.

Nosotros tenemos en nuestra castidad consagrada la fuerza orientadora de nuestro amor que se hace ayuda. No somos los sin padre, sin madre, sin esposa o sin hijos, sin espíritu, sino los más sensibles a todo el afecto.

Triste sería que nuestra vivencia de un amor más alto nos llevara a proyectar sobre los enfermos nuestros sentimientos no sublimados. La lejanía y la distancia del problema del hermano que sufre, manifesta la infecundidad de un amor vocacionado.

¿Puede entenderse una orientación en la vida que habla de altura y dedicación que se arrastra en sentimentalismos supletorios o se refugia en estrecheces y rarezas de corazón?

La ponderación, la objetividad y la prudencia tienen que ser virtudes que equilibren nuestras relaciones con los enfermos, individual y colectivamente.

La situación concreta del enfermo, sus crisis, sus altibajos en el proceso de recuperación nos llevará a tener necesidad de mantener la ponderación sin nerviosismos, que manifestaran habíamos sido vencidos por los acontecteres circunstanciales.

Nuestra prudencia tiene que hacerse secreto muchas veces en nuestras relaciones con los enfermos, en sus comunicaciones y en la misma historia de su enfermedad. Secreto con él, y secreto hacia fuera y con los demás. Los pacientes tampoco pueden prestarse para ser mostrados o exhibidos a quienes visitan el hospital.

[27] Cada uno tiene que realizar la misión para la que está capacitado. Todos los puestos son importantes en el Hospital. Ninguno podrá realizarse sin los créditos que justifiquen eficiencia en el mismo.

[28] López Ibor, o. c. 95-96.

[29] Constitución sobre Sagrada Liturgia del Vaticano II, 10.

Si el mundo del enfermo presenta tantos interrogantes, cuestionándose a sí mismo e interrogando a los demás, sus múltiples por qués exigen siempre sinceridad, no se le puede engañar.

Quiere saberlo todo sobre su enfermedad, cuando ni a lo mejor le es conveniente. La prontitud en responder con el tino y prudencia exigida, le da tranquilidad y le ayuda a romper su mundo de misterio.

Otras tantas veces, no entienden lo que el médico dice al visitarlos y necesitan intérpretes bondadosos que adecuen la información a sus angustias.

La circunstancia social que vivimos, donde la prisa y la técnica se hacen urgencia, son enemigos fundamentales de nuestras relaciones con los pacientes.

Carecemos de tiempo y sosiego para escuchar.

Valoramos tanto nuestro tiempo, que nos falta para perderlo en oír algo sabido y que siempre se repite. Precisamos volver a encontrar nuestro tiempo y la actitud de sosiego que les debemos a los enfermos.

Todo en torno nuestro tiene que sembrar optimismo y confianza.

El dominio sobre nuestras propias variantes caracterológicas, se nos exige para que llegue a los pacientes nuestra bondad y comprensión.

Nuestra alegría tiene que contagiar a los enfermos. Ya tienen ellos bastante con su mundo y sus penas, para complicarles con las nuestras.

Si la privación de calor afectivo incrementa la enfermedad, la vivencia de un clima de alegría y bondad, les ofrece ayuda.

Somos los servidores de la esperanza. Nuestro amor tiene que inventarse el cómo.

«No hay más que una manera de sostener la esperanza de los enfermos, que es la de *transformar el sentido de su vida,* la manera de sentir su vida, de considerarse como seres vivos en el mundo. Creo que esta es una operación psicológica mucho más difícil de realizar que muchas intervenciones quirúrgicas, porque supone cambiar a un ser humano de un plano a otro. El enfermo necesita este cambio»[30].

Poner amor donde falta es abrir nuevas rutas a la esperanza.

Cualidades cristianas

Nuestra vida religiosa presupone el esfuerzo por alcanzar el comportamiento humano adecuado a nuestra vocación de hospitalarios. Tampoco con formas religiosas podemos tratar de cubrir deficiencias humanas.

Nada decimos sobre la exigencia de un comportamiento de honradez, sinceridad y fidelidad a las propias exigencias de nuestro trabajo y vida cristiana. Esto lo presuponemos.

Pero hoy la urgencia mayor se hace necesidad de estar al día, para poder responder a las cuestiones o situaciones que nos plantea el trabajo mismo.

Se nos pide dar respuesta, se nos plantean problemas y los sentimos nosotros.

Las soluciones no las podemos dar desde nuestros ABC cristianos, sino con la misma altura y eficiencia con que realizamos nuestras tareas.

Nuestra presencia profética nos urge a un amor que se haga delicadeza, a unas palabras que iluminen desde la verdad, sin encogimientos o dudas injustificadas.

Es un aspecto que no puede dejarse a un lado. Nuestra firmeza de confianza a tantas preguntas con motivaciones religiosas que nos hacen los enfermos, sus familiares o quienes trabajan con nosotros.

[30] López Ibor, o. c. 97.

BIBLIOGRAFIA

ARDUZ, F.: *Humanización del Hospital,* en LABOR HOSPITALARIA (143) 1972, 14-19.

BELLAK, L.: *Psicología de las enfermedades orgánicas.* Ed. Hormé, Buenos Aires, 1965.

COTHAUD, O.: *Elementos de psicología para enfermeras y asistentes sociales,* Ed. Sígueme, Salamanca 1971.

GALDEANO, J.: *Pastoral de los enfermos,* Ed. Perpetuo Socorro, Madrid 1973.

JORES, A.: *El hombre y su enfermedad.* Ed. Labor, Barcelona 1961.

LACHAGA, J. M.: *Bases fundamentales del ministerio pastoral con los enfermos,* en LABOR HOSPITALARIA (131) 1969, 91-99.

PALOMERO, F.: *Algunas implicaciones del enfermar,* en LABOR HOSPITALARIA (130) 1969, 37-39.

PERULÁN, A.: *La enfermedad iluminada por la Palabra,* en LABOR HOSPITALARIA (142) 1971, 266-287.

READ, M.: *Cultura, salud y enfermedad,* C.E.A-L. Buenos Aires 1968.

REDRADO, J. L.: *Presencia de las religiosas en el Hospital,* en LABOR HOSPITALARIA (140) 1971, 160-164.

SEEMAN, B.: *El hombre contra el dolor,* Ed. Toray, Barcelona 1964.

SOPUERSTA, A.: *La enfermedad vista por el enfermo,* en LABOR HOSPITALARIA (145) 1972, 143-144.

VAN DEN BERG, J. M.: *Psicología del hombre postrado en cama,* ed. Carlos Pohlé, Buenos Aires 1961.

VARIOS: *Dimensión humana y sobrenatural del enfermo,* ed. FERS Madrid 1964.

ANGEL PERULAN, O. H.

PABLO VI ORIENTA NUESTRA ACCION HOSPITALARIA

Lucha contra la lepra

El Papa celebró la Eucaristía el domingo día 29 de enero por la mañana, en la basílica de San Pedro con ocasión de la XXV «Jornada mundial de los Leprosos». La ceremonia litúrgica fue transmitida por eurovisión, con lo cual miles de europeos pudieron unirse al acto. El templo vaticano estaba inundado de fieles, la mayoría de ellos jóvenes que habían acudido a la basílica rezando por las calles de Roma la «marcha de la bondad», para invitar a todos, con un «mensaje de amor y de esperanza», a luchar contra la enfermedad de «la lepra y contra todas las lepras que se extienden por la sociedad humana». Pablo VI hizo suyo este mensaje en la homilía que pronunció, después de la proclamación del Evangelio de las bienaventuranzas. Damos a continuación, traducido del italiano el texto pontificio.

Venerables hermanos, fieles todos y especialmente vosotros, jóvenes queridísimos:

Habéis recorrido las calles de la ciudad en marcha silenciosa, y en número muy elevado habéis venido a la tumba del Príncipe de los Apóstoles para escuchar la Palabra de Dios, para orar juntos, para manifestar públicamente vuestra fe en Cristo Señor y Salvador, y para lanzar una vez más al mundo contemporáneo un mensaje de amor y de esperanza.

Habéis deseado y pedido celebrar la XXV Jornada mundial de los Leprosos con el Vicario de Cristo; y con gran agrado, cual Obispo de la sede de Roma «que preside en la caridad» (San Ignacio de Antioquía, Carta a los romanos, Inscr. Funk, *Patres Apostolici,* I, 252), y como Pastor de la Iglesia universal, queremos recoger vuestra voz implorante y dilatar vuestro corazón generoso, haciendo nuestro el programa «Lucha contra la lepra y contra todas las lepras», que os habéis propuesto.

Ya ha resonado la Palabra de Cristo, Verbo encarnado, para que reflexionemos sobre ella. La liturgia nos ha hecho oír el célebre pasaje del Sermón de la Montaña, tal como lo refiere el Evangelio de Mateo: las bienaventuranzas, uno de los puntos clave del mensaje evangélico, uno de sus textos más sorprendentes y más positivamente revolucionarios. ¿Quién se había atrevido en el curso de la historia a proclamar «felices» a los pobres de espíritu, a los afligidos, a los mansos, a los hambrientos, a los sedientos de justicia, a los misericordiosos, a los puros de corazón, a los artífices de paz, a los perseguidos, a los insultados? (cf. *Mt* 5, 1-12).

LAS BIENAVENTURANZAS: PROCLAMA DE LA NUEVA «CIVILIZACION DEL AMOR»

Aquellas palabras sembradas en medio de una sociedad asentada en la fuerza, en el poder, en la riqueza, en la violencia, en el atropello podían interpretarse como programa de una vileza y una abulia indignas del hombre. Y en cambio, eran el pregón de la nueva «civilización del amor» que surgía sobre la base de valores mal vistos y despreciados por la inteligencia obtusa del hombre, inclinado sólo a la tierra; pero que en los designios amorosos de Dios eran instrumentos de redención, de liberación y de salvación. Eran aquellos valores que descubrió San Pablo, estupefacto, San Pablo que había experimentado en su misma persona el método de Dios tan lejano de la lógica humana: «Eligió Dios la necedad del mundo para confundir a los sabios, y eligió Dios la flaqueza del mundo para confundir a los fuertes; y lo plebeyo, el desecho del mundo, lo que no es nada, lo eligió Dios para destruir lo que es» (*1 Cor* 1, 27 ss.).

Los pobres, los afligidos, los mansos, los misericordiosos, los artífices de paz pasaban a ser los destinatarios privilegiados del mensaje de Jesús y los beneficiarios de la gracia de Dios.

Ya en el siglo VII antes de Cristo, por ejemplo, el profeta Sofonías había arremetido contra las seguridades presuntuosas sobre las que se afincaban los israelitas, a causa de la elección divina. Pues la alianza con Dios presuponía constante compromiso y fidelidad gozosa a su voluntad. Iba a nacer un pueblo nuevo formado por los humildes, los pobres», que se confiaban exclusiva y completamente a Dios.

JESUS Y LOS LEPROSOS

El pregón evangélico de «bienaventuranza», de felicidad, conserva y aun aumenta su validez plena en la Jornada de hoy, en que los católicos y todos los hombres de buena voluntad del mundo entero están invitados a

manifestar su solidaridad hacia los hermanos leprosos con un gesto concreto y efectivo.

¡La lepra! Ya sólo el nombre produce sensación de aprensión y horror. Sabemos por la historia que esta sensación se experimentaba con fuerza en la antigüedad, sobre todo entre los pueblos de Oriente, en donde esta enfermedad, a causa del clima y de la higiene, se notaba mucho. En el Antiguo Testamento (cf. *Lev* c. 13-14) encontramos una casuística y una legislación minuciosas y pormenorizadas con respecto a las personas afectadas de esta enfermedad: los miedos ancestrales y las ideas reinantes sobre su fatalidad, incurabilidad y contagio obligaban al pueblo hebreo a tomar medidas oportunas de prevención, a través del aislamiento del leproso, que al ser considerado en estado de impureza ritual, llegaba a encontrarse física y sicológicamente marginado y excluido de las actividades familiares, sociales y religiosas del pueblo elegido. Además, se consideraba a la lepra como señal de condenación, en cuanto que se la juzgaba castigo de Dios. No quedaba más que la esperanza de que el poder del Altísimo quisiera curar a los afectados de este mal.

En su misión de salvación, Jesús se encontró con frecuencia con leprosos, seres de aspecto desfigurado, privados del reflejo de la imagen de la gloria de Dios en la integridad física del cuerpo humano, auténticas ruinas y despojos de la sociedad de aquel tiempo.

El encuentro de Jesús con los leprosos es el tipo y ejemplo de su encuentro con todo hombre, sanado y encaminado de nuevo a la perfección de la imagen divina primigenia, y admitido otra vez en la comunión del Pueblo de Dios. En estos encuentros Jesús se manifestaba cual portador de una vida nueva, de una plenitud de humanidad, perdida hacía tiempo. La legislación mosaica marginaba al leproso, lo condenaba, prohibía acercarse a él, hablarle o tocarlo. En cambio Jesús se muestra antes que todo soberanamente libre respecto de la ley antigua: se acerca al leproso, le habla, lo toca, y hasta lo cura, lo sana, hace que su carne vuelva a tener la frescura de la carne de un niño. «viene a El un leproso —se lee en Marcos— que suplicando y de rodillas le dice: Si quieres, puedes limpiarme. Enternecido, extendió la mano, lo tocó y dijo: Quiero, sé limpio. Y al instante desapareció la lepra y quedó limpio» *(Mc* 1, 40-42; cf. *Mt* 8, 2-4; *Lc* 5, 12-15). Lo mismo ocurrirá con otros diez leprosos (cf. *Lc* 17, 12-19). «Los leprosos quedan limpios», ésta es la señal de su mesianidad que Jesús da a los discípulos de Juan Bautista, que habían acudido a interrogarle *(Mt* 11, 5). Y a sus discípulos Jesús les confía esta misma misión suya: «Predicad diciendo: El reino de Dios se acerca... limpiad a los leprosos» *(Mt* 10, 7 ss.). Afirmaba, además, que la pureza ritual es completamente accidental, que la pureza decisiva e importante para la salvación es la pureza moral, la del corazón, la de la voluntad, que no tiene nada que ver con las manchas de la piel o de la persona (cf. *Mt* 15, 10-20).

Pero el gesto amoroso de Cristo acercándose a los leprosos, confortándolos y curándolos, tiene expresión plena y misteriosa en la pasión, cuando Cristo, torturado y desfigurado por el sudor de sangre, la flagelación, la coronación de espinas, la crucifixión, el rechazo que le opone el mismo pueblo que había recibido tanto bien de El, llega a identificarse con los leprosos, pasa a ser su imagen y símbolo, como ya había intuido el profeta Isaías contemplando el misterio del siervo de Yavé: «No hay en él parecer, no hay hermosura... Despreciado, desecho de los hombres... ante quien se vuelve el rostro... y nosotros le tuvimos por castigado y herido por Dios y humillado» *(Is* 53, 2-4). Precisamente es de las llagas del cuerpo atormentado de Jesús y de la potencia de su resurrección, de donde brota la vida y la esperanza para todos los hombres afectados por el mal y las enfermedades.

LA IGLESIA Y LOS LEPROSOS

La Iglesia ha sido siempre fiel a la misión de anunciar la Palabra de Cristo junto con el gesto de misericordia hacia los que son los últimos. A través de los siglos se ha ido verificando un *crescendo* avasallador y extraordinario de entrega a los afectados por las enfermedades más repugnantes humanamente, y por la lepra en particular, cuya presencia tenebrosa continuaba persistiendo en el mundo Oriental y Occidental. La historia saca a luz con toda claridad el hecho de que los cristianos han sido los primeros en interesarse y preocuparse del problema de los leprosos. El ejemplo de Cristo había creado escuela y ha sido fecundo en solidaridad, entrega, generosidad y caridad desinteresada.

En la historia de la hagiografía cristiana ha quedado como emblemático un episodio referente a Francisco de Asís; era joven como vosotros; al igual que vosotros buscaba el gozo, la felicidad, la gloria; y al mismo tiempo quería dar un significado total y definitivo a la propia existencia. De entre todos los horrores de la miseria humana, Francisco sentía repugnancia instintiva hacia los leprosos. Pero un día, cuando estaba cabalgando por los alrededores de Asís, se encuentra precisamente con uno de ellos. Sintió una fuerte repulsión; pero para no contradecir su afán de llegar a ser «caballero de Cristo» se abalanzó de la silla, y mientras el leproso le extendía la mano pidiéndole limosna, Francisco le entregó el dinero y lo besó (cf. Tommaso da Celano, *Vita seconda di San Francesco d'Assisi,* I, V: *Fonti Francescane, Así,* 1977, I, pág. 561; San Bonaventura de Bagnoregio, *Leggenda maggiore,* I, 5; *ed. c.,* pág. 842).

La grandiosa expansión de las misiones en la época moderna ha dado nuevo impulso al movimiento en favor de los hermanos leprosos. En todas las regiones del mundo los misioneros han encontrado enfermos de éstos abandonados, rechazados, víctimas de entredichos sociales y legales, y de discriminaciones, que degradan al hombre y violan los derechos fundamentales de la persona humana. Por amor de Cristo, los misioneros han anunciado siempre el Evangelio también a los leprosos; han tratado por todos los medios de ayudarles y de curarles con las posibilidades que podía ofrecer la medicina (muy primitiva a veces); pero sobre todo los han amado, librándoles de la soledad y de la incomprensión, e incluso algunas veces compartiendo en pleno su vida, porque descubrían la imagen de Cristo doliente en el cuerpo desfigurado del hermano. Queremos recordar la figura heroica del padre Damián de Veuster, que decidió y pidió a los superiores ser segregado con los leprosos de Molokai, para quedarse con ellos y comunicarles la esperanza evangélica, hasta que al fin fue atacado él también por la enfermedad y participó de la suerte de sus hermanos hasta la muerte.

15 MILLONES DE LEPROSOS

Pero con él queremos recordar y presentar a la admiración y ejemplo del mundo a los miles de misioneros, sacerdotes, religiosos, religiosas, laicos, catequistas y médicos que han querido hacerse amigos de los leprosos y cuya generosidad edificante y ejemplar nos sirve hoy de consuelo y estímulo para continuar esta lucha humana y cristiana, «la lucha contra la lepra y contra todas las lepras» que se extienden por la sociedad contemporánea, tales como el hambre, la discriminación y el subdesarrollo.

En este último siglo el hombre ha hecho grandes progresos en el campo científico, de los que puede enorgullecerse legítimamente. También en el terreno de la medicina, investigaciones rigurosas y pacientes han logrado encontrar fármacos que hacen menos peligrosa la lepra, deteniendo la devastación que produce en el cuerpo y haciendo posible el tratamiento de estos enfermos sin necesidad de segregarlos de la convivencia social.

Y sin embargo, según dicen los expertos, existen hoy en el mundo nada menos que 15 millones de hermanos leprosos, especialmente en Asia, Africa y América Centro-Meridional. Es una cifra que hace pensar a todos. ¿Cómo podemos vivir tranquilos en nuestras ciudades, en las que la sociedad opulenta nos ha ofrecido y ofrece lo superfluo, condicionándonos a través de sus engañosos medios de comunicación social, empujándonos a disfrutar de todo y a desperdiciar lo necesario, mientras otros hombres iguales a nosotros son torturados y se están deshaciendo en su carne porque carecen de medios, de hospitales debidamente equipados, de medicinas específicas?

Por esto nos dirigimos hoy a todos nuestros hijos esparcidos por el mundo, a todos los hombres de buena voluntad, a los hombres del poder, de la política, de la economía, de la cultura, para que de este problema tan acuciante que nos afecta directamente a nosotros, pues ataca a semejantes nuestros, no se haga caso omiso, antes se afronte con valentía a todos los niveles, especialmente en el plano internacional.

Pero con interés muy especial dirigimos nuestro llamamiento paterno y urgente a vosotros, jóvenes presentes en esta basílica, vibrantes de vida y de entusiasmo; y a todos los jóvenes que se interesan no sólo de su porvenir, sino también del de los demás. ¿Acaso queréis cerraros, encastillaros en un egoísmo individualista, cerrando los ojos a esta realidad dolorosa? O, por el contrario, ¿os proponéis abrir vuestro corazón fogoso a la solidaridad y a la acción ofreciendo vuestro aporte personal de ideas, acciones y sacrificios por los hermanos leprosos?

Recordadlo bien, hijos queridísimos, en pleno 1978 hay millones de niños, jóvenes, hombres, mujeres y ancianos atacados de lepra, que en este momento os piden ayuda. ¿Qué vais a responder y cómo a esta súplica angustiada?

No dudamos de que vuestra respuesta será decidida y generosa, y lleno de confianza nos dirigimos a vosotros porque tenéis en vuestras manos y en vuestro corazón el futuro de la sociedad, el futuro de la Iglesia, y consiguientemente el futuro de los leprosos que sin duda será más sereno.

Quiera el cielo que al final de nuestra aventura humana, al término y conclusión de nuestra biografía personal, Cristo, Juez supremo de la historia, nos dirija estas palabras emocionantes y portadoras de dicha: «Venid, benditos de mi Padre, tomad posesión del reino preparado para vosotros desde la creación del mundo» (*Mt* 25, 34), porque estaba «leproso» y habéis hecho todo lo posible por curarme, porque volviera a disfrutar de mi plena dignidad, porque sanase no sólo de las llagas de la piel, sino por cicatrizar también las heridas de mi corazón desgarrado por la soledad, por insertarme de nuevo en el seno de la sociedad, por darme otra vez la serenidad y la alegría de vivir. Venid. Así sea.

Congreso mundial de asociaciones médicas católicas

Carta del cardenal Villot

Estimado doctor Gino Papola:

El Santo Padre se ha mostrado muy interesado al saber que la Federación Internacional de Asociaciones Médicas Católicas ha elegido el tema «Calidad de la vida en una sociedad que cambia», para su XIV Congreso mundial.

Pocos temas resultan hoy en día tan acuciantes. A pesar de la sensibilidad de la civilización moderna en cuestiones de derechos humanos —de los que el derecho a la vida es uno de los más sagrados—, nuestra época paradójicamente se está acostumbrando demasiado a los ataques contra la vida y contra la dignidad de la vida.

LA MEDICINA EN DEFENSA DE LOS VALORES HUMANOS

El hombre moderno ha alcanzado niveles de progreso que hace un siglo no eran ni siquiera imaginables, pero al mismo tiempo le asalta la duda acerca del valor de su progreso material. ¿De verdad —se pregunta— estos avances ayudan a vivir profunda y auténticamente la vida propia del ser humano, ayudan a ser más humano; o más bien, sofocan las posibilidades genuinamente humanas de la vida? ¿Y cómo se puede entender que dicho progreso sea privilegio de los que en último análisis son porción muy limitada de la humanidad, mientras vastos sectores de la misma viven una existencia infrahumana?

Además, la ciencia ha proporcionado medios de prolongar la vida en circunstancias que solían considerarse mortales y de modificar la calidad mental y física de la vida. Ello plantea la cuestión del límite hasta el que es obligatorio o conveniente intervenir, y qué medios elegir de entre los disponibles actualmente, con objeto de proteger la dignidad de la persona humana y su equilibrio sicosomático.

Estas cuestiones son de interés para todos, individuos y familias, y también profesionales de los campos de la economía, sociología, ecología, ciencia, tecnología, información, educación y política nacional e internacional. Tampoco pueden ser ignoradas estas cuestiones por quienes están implicados en la legislación y planificación de los Gobiernos.

Entre los grupos a quienes concierne, los médicos tienen gran importancia. Estos «protectores, defensores y amigos de la humanidad», como los ha calificado recientemente el Santo Padre en su Mensaje para la XI Jornada mundial de la Paz, se hallan en situación de poder apreciar el progreso científico de las distintas ramas de la medicina como instrumento a utilizar al servicio de la calidad de la vida. Bajo esta luz, ningún médico consciente de su misión puede oponerse a tener en cuenta los adelantos de la ciencia médica.

Sin embargo, las cuestiones arriba citadas pertenecen en primer lugar al orden moral y religioso. El no reconocer que la noción tiene su meollo verdadero en la dimensión teológica, llevaría a una noción seriamente equivocada de la calidad de la vida, y a prácticas erradas o viciadas.

No hay duda de que la omisión de estas dimensiones esenciales y la consiguiente concepción falsa de la vida son las que conducen a invocar con demasiada frecuencia la «calidad de la vida», para justificar principios ideológicos, normas, programas y, luego, medidas concretas que atentan contra la dignidad de la vida en sí misma. Entre éstas se pueden citar, por ejemplo, el aborto provocado, el infanticidio, la eutanasia, la tortura y otras prácticas similares.

Por otra parte, la fe del médico católico —que está enraizada en la Palabra de Dios, contenida en la Escritura, sostenida por las enseñanzas de la Iglesia y vivida en la comunión eclesial— le inspirará siempre el concepto exacto y la práctica ennoblecedora de la verdadera «calidad de la vida».

El médico católico sabe que la vida es un don que Dios nos ha dado para que podamos realizar un deber de servicio y amor entre los hermanos, y glorificarle en la existencia terrestre a la que le ha destinado en Cristo Jesús. Las primerísimas páginas de la Escritura presentan la vida como venida de Dios que creó al hombre a imagen suya y desea que todos los hombres participen de su vida divina (cf. *Gén.* 1 y 2). Este plan divino fue revelándose con claridad creciente en la historia de la salvación y fue actuada en Cristo Jesús, el Cordero que da vida y guía a las fuentes de aguas de vida (cf. *Ap.* 7, 17).

Esta sencilla verdad básica acerca del significado y objeto de la vida, sobre los cuales se nos invita a reflexionar continuamente, libra de toda clase de pesimismo respecto de la vida. Nos enseña que incluso el sufrimiento tiene significado y que la muerte no es el final o la destrucción del ser, sino por el contrario, es participación en el misterio de Aquel que se llamó a Sí mismo «la vida» *(Jn* 11, 25). Nos hace ver que lo espiritual tiene prioridad sobre lo material y que la prosperidad, la abundancia y el placer no son bienes absolutos. Asimismo prohíbe destruir la vida y manipular a los demás según nuestra voluntad.

LA VIDA, DON DE DIOS

Sin embargo, mientras es Dios quien da la vida, ha encomendado al hombre, a la familia y a la sociedad la función de desarrollar las cualidades intrínsecas de cada individuo, sean intelectuales, morales o físicas. Dentro de esta función general se inserta la misión del médico; misión de prevenir o corregir con su consejo y su arte desviaciones que afligen a la persona humana; misión de ayudar a la persona humana a afrontar la prueba del sufrimiento y de la muerte misma, pero sin llegar al uso excesivo y perjudicial de medicamentos que influyen en la mente; misión de contribuir a educar al público para que evite el consumo irracional de medicinas.

La tarea confiada al ser humano es la de someter y dominar el mundo (cf. *Gén* 1, 28). Nadie debiera imitar al hombre rico de la parábola del Evangelio, que no se ocupó del pobre llamado Lázaro (cf. *Lc* 16, 19-31). Antes bien, todos estamos llamados a comprometernos por conseguir para cada hombre los medios para poder vivir una verdadera vida humana. La mejor condición de vida que el progreso ha hecho posible, impulsará hoy al cumplimiento de los deberes y a alcanzar la perfección que Dios ha fijado para cada uno de nosotros.

En cuanto médicos católicos sois bien conscientes de la grave responsabilidad que habéis asumido, sobre todo respecto de la salud física y mental de quienes se han confiado a vuestros cuidados. El Santo Padre desea que os diga de nuevo las palabras de estima contenidas en su Mensaje para la XI Jornada mundial de la Paz. Pero vosotros sabéis también que la enfermedad e incluso la deformación orgánica del individuo no le despoja de su dignidad humana y de su derecho inalienable a la vida y que, por tanto, no se puede suprimir una vida humana en nombre de la «calidad de la vida».

Además, el médico está llamado a atender al enfermo no sólo con competencia científica, sino también con amor y respeto. No será rara la ocasión en que acuda al mismo enfermo para que le ayude a decidir en casos bien serios a veces. Dichas decisiones no deben fundarse en el terreno emocional, sino en criterios objetivos; deben tener presentes las enseñanzas de la Iglesia que el doctor debe estudiar con atención. A este respecto puede ser útil recordar las enseñanzas de la doctrina católica referentes al deber del doctor de emplear, en su situación concreta, todos los medios a disposición para salvar la vida humana. Aunque el enfermo puede rehusar los medios terapéuticos clasificados como «extraordinarios», sobre todo cuando no hay esperanza de mejorar sus condiciones, no puede rechazar los medios ordinarios y los servicios elementales que la sociedad y la ciencia médica deben poner a disposición de todos.

TRATAR A LOS ENFERMOS CON AMOR Y RESPETO

Ciertamente abrigaban esta convicción sobre la importancia de dicha reflexión teológica los doctores de distintas partes del mundo cuando, respondiendo a la invitación de la FIAMC, se han reunido para tratar a fondo temas relacionados con su profesión. Lo están haciendo con espíritu de apertura y respeto hacia las creencias y también con deseo de ser iluminados por la fe católica que poseen en común y por la inspiración primigenia que de ella brota. Dicha reunión no puede dejar de reafirmar a los participantes en su compromiso de seres humanos, de médicos, de cristianos y de católicos.

Esto es extraordinariamente importante hoy en un mundo en que todas las sociedades se hallan en situación de cambio y en la que los choques o acoplamientos de las distintas ideas filosóficas y culturales sobre el concepto de la calidad de la vida no se limitan sólo a los países

más desarrollados. El médico católico proclamará sus ideas de palabra y con ejemplos de caridad efectiva. El mismo hecho de que el Congreso mundial de la FIAMC se esté celebrando en India trae a la memoria la gran entrega y sacrificio de tantos misioneros, sacerdotes, religiosos y laicos de India y de los llamados países de «misión», en la asistencia a los enfermos. Son ejemplo admirable y testimonio del concepto cristiano del valor de la vida humana y del respeto debido a la vida desde el momento en que comienza, y también durante la enfermedad y al acercarse la muerte.

El Santo Padre se ha complacido igualmente al saber que el Congreso estudiará también los problemas sociales relacionados con la calidad de la vida. La actividad del doctor no puede aislarse de la acción de la sociedad y sobre todo de la familia. El Congreso de Bombay no dejará de profundizar en muchos puntos que sólo pueden tratarse allí; el programa señalado por los organizadores es buena prueba de ello.

LA ACTITUD DEL MEDICO CATOLICO

El Santo Padre confía en que los participantes en este Congreso profundizarán sus convicciones básicas, que luego difundirán ellos mismos en los ambientes médicos. Igualmente espera que muchos doctores católicos esparcidos por el mundo, estimulados y ayudados por las Asociaciones Nacionales de Médicos Católicos y por la Federación Internacional, unan sus esfuerzos a los de otros profesionales (farmacéuticos; sicólogos y siquiatras; asistentes sociales; maestros, y también políticos, ingenieros, periodistas, etc.), para que a través de la cooperación inteligente y generosa de todos, al hombre moderno se le permita no reducirse a lo que se ha llamado con cruel ironía «un ser condenado al progreso», sino un ser para quien el progreso constituya fuente de vida verdaderamente humana.

Su Santidad manifiesta estos deseos ante vosotros con la confianza de que contribuiréis de todos los modos posibles a que se lleven a efecto. Con dichos sentimientos imparte su bendición apostólica a usted, señor Presidente, al consejero eclesiástico y a todos los miembros de la FIAMC, y en especial a los participantes en el XIV Congreso mundial.

Aprovecho la oportunidad para renovarle el testimonio de mi devota estima en Cristo.

Vaticano, 25 de enero de 1978.

Cardenal JEAN VILLOT

Los médicos, «protectores, defensores y amigos de la humanidad»

La carta del cardenal Secretario Papal —cuyo texto traducido del inglés publicamos—, fue leída por mons. Giuseppe Caprio, Sustituto de la Secretaría de Estado, el 30 de enero, a los participantes en el Congreso Mundial de la Federación de Asociaciones Médicas Católicas (FIAMC), que tuvo lugar en Bombay del 29 de enero al 1 de febrero.

Mons. Caprio participó en la Misa de apertura del Congreso manifestando el deseo, expresado por el Santo Padre, de renovar a los médicos, mediante la presencia del Sustituto de la Secretaría de Estado en el Congreso, su aprecio por la obra que realizan, animándoles a continuar la tarea con una visión cristiana de la vida; hizo notar, además, que la Santa Sede estima en gran manera la generosa dedicación de tantos misioneros y miembros, también de las Iglesias jóvenes, a la asistencia de los enfermos Mons. Caprio añadió que, recordando los años transcurridos en la India como Pro-Nuncio Apostólico, había recibido con gran alegría este encargo que le había sido confiado por el Papa y transmitió a los presentes la bendición apostólica.

ORIENTACIONES DE PABLO VI

Antes de leer al Congreso la carta enviada por el cardenal Secretario de Estado, en nombre del Papa, mons. Caprio pronunció en inglés unas palabras de presentación recordando que Pablo VI, en Mensaje para la XI Jornada de la Paz —celebrado en la India el 30 de enero—, ha definido a los médicos protectores, defensores y amigos de la humanidad». Luego dijo lo siguiente:

El concepto de vida —la vida que los doctores se proponen defender y proteger— está íntimamente ligado al concepto de salvación. El mundo entero es testigo de que el Papa Pablo VI se ocupa de la defensa y mejoramiento de la vida humana a todos los niveles; es ésta una de las ideas principales de su enseñanza pastoral. Se ha ocupado de varios modos: en Encíclicas como la *Humanae vitae* y la *Populorum progressio,* y en la Carta *Octogesima adveniens;* asimismo y con mucha frecuencia, en sus catequesis semanales de las audiencias generales, y en alocuciones a grupos diversos. Ha ido tratando de ello durante estos once años con ocasión de la Jornada de la Paz, al pedir no sólo a los católicos sino a todos los hombres y mujeres que se ocupen de eliminar lo que de alguna manera conspira contra la vida y la dignidad del ser humano: la carrera de armamentos, la miseria y la pobreza, la violencia, el aborto, el infanticidio, la eutanasia, la tortura, etc. No se debió al azar la elección del lema de una de las Jornadas de la Paz, la de 1977, «Si quieres la paz, defiende la vida». El mismo pensamiento aparece de nuevo en el Mensaje del Papa para la Jornada de la Paz de este año. Estoy seguro de que lo leeréis con la atención profunda que merece, especialmente la parte del Mensaje dedicada a los médicos. El servicio a la vida y el esfuerzo en pro de la calidad de la vida son temas que interesan enormemente al Santo Padre.

Por esta razón su Santidad ha querido dar una muestra de amor especial a los médicos católicos afiliados a la Federación Internacional de Asociaciones de Médicos Católicos, enviándome a tomar parte en vuestro Congreso y a traeros una palabra de estima privilegiada de vuestras actividades en el pasado y de aliento para lo que resta por hacer en el porvenir.

Gracias a la dedicación de personas generosas —quisiera mencionar sobre todo a los presidentes y secretarios generales del pasado y del presente— la Federación ha

podido avanzar y consolidarse. Ciertamente se desea aún más, pero es verdad que la Federación crece continuamente. La Secretaría de Estado y el Pontificio Consejo para los Laicos que aquí represento, esperan que este Congreso contribuya a que la Federación vaya teniendo mayor influencia en el mundo de la medicina y de este modo pueda ayudar a las actividades de los médicos católicos en este momento tan difícil de nuestra sociedad.

Ya comprenderán ustedes que siento gran alegría al estar presente en vuestro Congreso, y que no es sólo por la oportunidad que se me ofreció de volver de nuevo a este país al que dediqué algunos años de mi apostolado. La razón principal de mi gozo es que se me ha concedido representar al Santo Padre ante vosotros que sois «los amigos de la humanidad», y de este modo aportar mi contribución —si bien sea modesta— al feliz éxito de vuestras reuniones y, consecuentemente, de vuestra misión.

LOS PRINCIPIOS CRISTIANOS

El tema que habéis elegido para vuestro Congreso es «Calidad de la vida en una sociedad que cambia». Los aspectos éticos están implicados más que las cuestiones de la vida o la muerte. Se refieren a la lucha por una vida mejor, por una calidad de vida más elevada. El médico se interesa mucho por la calidad de la vida. Su misión es ayudar al ser humano, unidos necesariamente el cuerpo y el alma en una sola persona, a recuperar el primer aspecto de la calidad de la vida, que se llama salud.

Por otra parte, era natural que desearais ocuparos de esta cuestión, especialmente después que la sociedad moderna, a la vez que ofrece ayudas nuevas a la actividad del doctor, plantea también nuevos problemas a la salud del hombre y a sus condiciones de vida, así como a la misión del doctor y a las decisiones que debe tomar en la atención a los enfermos.

Guiados por vuestra competencia técnica y vuestra fe, durante estos días podréis estudiar el problema en sus aspectos varios. Por mi parte, quiero manifestar mi gran deseo de que el Señor os asista con su luz, de modo que podáis llegar a conclusiones positivas que ayuden a la importante misión de los que participáis en este Congreso.

Las conclusiones de vuestros trabajos alcanzarán también —lo espero firmemente— a muchos otros de diferentes países del mundo, tanto católicos como no católicos, y llegarán asimismo a conocimiento de las Organizaciones internacionales relacionadas directa o indirectamente con actividades en pro de la salud. La aplicación de los principios cristianos no puede menos de ayudar a proporcionar la felicidad y el bienestar a todos. La Federación tiene un papel trascendental que jugar en tal contexto. Mirando al futuro esperamos que se intensifiquen las actividades en este campo, en estrecha colaboración con otras asociaciones laicas, con las Conferencias Episcopales y con la Santa Sede.

El Santo Padre invita a todos a tener siempre presentes durante las sesiones de trabajo las enseñanzas de la Iglesia tal como están expresadas en la Escritura y en la Tradición, y también en los documentos más recientes del Magisterio.

Mons. Giuseppe Caprio, después de su estancia en la India, visitó Jersualén y regresó a Roma en la tarde del día 3 de febrero.

La ciencia al servicio de la paternidad responsable

Carta del cardenal Secretario de Estado a la Conferencia Internacional de Melbourne organizada con ocasión del X aniversario de la Encíclica «Humanae vitae»

El X aniversario de la Encíclica «Humanae vitae» que se celebra este año —el documento pontificio fue publicado el 25 de julio de 1968—, ha sido conmemorado ya en Melbourne (Australia) los días 10-19 de febrero con una Conferencia Internacional sobre los métodos naturales de regulación de la natalidad, promovida por la Organización mundial del Método de Ovulación (W.O.O.M.B.). Este método se llama también Método Billings, por el nombre del científico australiano, John Billings, que lo ha ideado. Tomaron parte en la Conferencia unos 700 delegados, médicos, sacerdotes, personal sanitario, asesores familiares, etc., de 40 países de todo el mundo, pero sobre todo del Tercer Mundo, de India, Filipinas, Islas del Pacífico, Kenia, Etiopía, Tanzania, América Central y Meridional, Pakistán, Sri Lanka y otros. Son países sumamente interesados en conocer el método Billings porque, además de contar con alto índice de natalidad, son objeto de campañas a gran escala contra la natalidad, ante las que se rebelan y resisten ya que, por otra parte, son pueblos muy contrarios a los sistemas artificiales de planificación familiar. Si bien la Conferencia no tenía carácter confesional, eran católicos la mitad más o menos de los congresistas. Muchos de los representantes del Tercer Mundo pudieron asistir gracias a la generosidad y solidaridad de los católicos australianos. Entre las personalidades presentes figuraban el científico Jérôme Lejeune, profesor de genética fundamental de la universidad de París y miembro de la Pontificia Academia de las Ciencias, y el doctor John Finnis, profesor de derecho de la universidad de Oxford y consultor de la Pontificia Comisión «Iustitia et Pax». El Papa, a través del cardenal Secretario de Estado, envió a la Conferencia una carta dirigida a mons. Thomas Francis Little, arzobispo de Melbourne. Publicamos seguidamente el texto traducido del inglés.

Excelencia:

El Santo Padre se ha complacido al tener noticia de la próxima Conferencia Internacional sobre la regulación de la natalidad y sobre el Método de Ovulación para la planificación natural de la familia, que tendrá lugar en Melbourne, en coincidencia con el X aniversario de la Encíclica *Humanae vitae,* del 10 al 19 de febrero de 1978, preparada por la Organización mundial del Método de Ovulación (Billings); y me ha encargado que le transmita su profundo interés pastoral por esta reunión.

EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PERSONA HUMANA Y LA DIGNIDAD DEL AMOR CONYUGAL

Con relación al ejercicio responsable de la paternidad, Su Santidad ha repetido de nuevo recientemente que la Iglesia quiere estimular a proseguir esta investigación

(discurso al V Congreso internacional de Obstetricia y Ginecología, *L'Osservatore Romano,* Edición en Lengua Española, 18 de diciembre de 1977, pág. 12). Como ya lo hizo en la *Humanae vitae,* ha manifestado una vez más que desea apoyar la actividad de los hombres y mujeres de ciencia dedicados a programas de investigación que favorezcan los métodos de regulación dentro del pleno respeto del desarrollo integral de la persona humana y de la dignidad de un amor conyugal que esté abierto a la vida constantemente. Está claro que la Iglesia defiende que «la importancia de conocer las leyes biológicas de la fecundidad humana que podría favorecer la sana regulación de la natalidad por medios naturales, exige que las investigaciones científicas en este terreno se intensifiquen» (Carta a la Presidenta de la Federación internacional de Acción Familiar, con ocasión del Congreso de Cali en junio de 1977; *L'Osservatore Romano,* Edición en Lengua Española, 24 de julio de 1977, pág. 10).

De aquí que el Santo Padre exhorte con urgencia a los participantes en la Conferencia Internacional de Melbourne a «perseverar en promover constantemente las soluciones inspiradas en la fe y en la recta razón» *(Humanae vitae,* 27), y a esforzarse por difundir convicciones cristianas y respeto a las exigencias de la ley moral entre sus asociados *(ib.)*. Los resultados de la investigación constante de los métodos para determinar mejor el momento de la ovulación pueden ser útiles a toda la profesión médica a la hora de defender científicamente los métodos naturales de regulación de la natalidad y lograr que sean más aplicados por el personal médico y social.

Además, en último análisis, esta investigación se debe poner directamente al servicio de las parejas, especialmente de los matrimonios cristianos que tratan de cumplir fielmente los propios deberes buscando la perfección de su altísima vocación de amor conyugal. Los promotores de los medios naturales de planificación familiar deben dirigir también el interés a quienes fuera de la Iglesia católica tratan sinceramente de vivir la vida de acuerdo con los ideales más altos. Esta solicitud es parte importante del empeño de la Iglesia por el progreso humano universal en el mundo moderno.

El Santo Padre abriga la esperanza de que se estudie asimismo con interés la posibilidad de ayudar a quienes no han conseguido responder siempre en plenitud a las arduas exigencias de las enseñanzas cristianas sobre el matrimonio. Que la exhortación de la *Humanae vitae* respecto de estas parejas «que no se desanimen, sino que recurran con humilde perseverancia a la misericordia de Dios» (25), sea un reto a la caridad cristiana de quienes pueden ayudarles por medio de sus conocimientos médicos y su experiencia.

El Santo Padre atribuye gran importancia a los esfuerzos en este campo, por eso aprovecha la oportunidad para aconsejar que haya coordinación plena, especialmente ahora que un crecido número de doctores y personal médico se están interesando mucho más en los métodos que respetan más plenamente los cauces naturales de la vida, ahora precisamente que la gente joven busca cada vez más modos de vida abiertamente naturales, casi como reacción a los resultados decepcionantes de tantas promesas de soluciones técnicas a los problemas de la vida.

LAS ARDUAS EXIGENCIAS DE LAS ENSEÑANZAS CRISTIANAS SOBRE EL MATRIMONIO

Por todo ello, Su Santidad quiere urgir a que los esfuerzos tan dignos de encomio dirigidos a esta noble meta, se coordinen cada vez mejor a nivel científico de investigación y a nivel de evaluación de los progresos hechos y de aplicación práctica de los distintos métodos. Expresa gratitud especial a quienes escuchen su llamada a la colaboración entre cuantos muestran igual interés por el amor conyugal cristiano auténtico y por la vida familiar, ante el reto de la regulación de la natalidad.

Con estos sentimientos y con profundo afecto paterno, el Santo Padre imparte una bendición apostólica especial a todos los participantes en la Conferencia Internacional de Melbourne, pidiendo al Señor que los sostenga en la defensa de los ideales verdaderamente humanos y cristianos del matrimonio y en sus esfuerzos, tan laudables, por prestar servicio al mundo en nombre de Jesucristo, verdadero Dios y verdadero hombre.

Me siento honrado al transmitir este mensaje de su Santidad y adjunto además mi oración y votos por este acontecimiento pastoral tan importante que se está celebrando en la archidiócesis de Melbourne.

Suyo sinceramente en Cristo.

Cardenal JEAN VILLOT

Noticiario

Hospitales

ESCUELA UNIVERSITARIA

En el Consejo de Ministros, celebrado en Madrid, el viernes 14 de abril, fue aprobada la conversión de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios San Juan de Dios de Barcelona, en Escuela Universitaria de Enfermería, quedando adscrita a la Universidad de Barcelona.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA

Su objetivo y campo de acción

Fundado en 1899, el Consejo Internacional de Enfermerías (CIE) es la organización profesional internacional más antigua en el campo de la salud. El CIE es una federación de asociaciones de enfermería de todo el mundo reunidas con el fin de contribuir al desarrollo de la enfermería, la promoción de la salud y el cuidado de los enfermos. A través de sus asociaciones miembros, el CIE representa en la actualidad aproximadamente a un millón de enfermeras/os. Fue una de las primeras organizaciones de salud que adoptara una política de no-discriminación con respecto a nacionalidad, raza, credo, color, opinión política, sexo o condición social.

Sus miembros

El CIE acepta en calidad de miembro a una asociación de enfermeras/os por país. Cuenta en la actualidad con 84 asociaciones nacionales de enfermeras/os miembros, y ha establecido contacto con otras 20 que han manifestado su interés en afiliarse al CIE. Además asesora a otros 20 grupos de enfermeras/os que desean formar en sus respectivos países una asociación nacional.

El CIE está financiado por las cuotas anuales de sus asociaciones miembros, basadas en una cantidad estipulada por cada enfermera/o afiliado a su asociación.

Sus objetivos

Los objetivos del CIE pueden resumirse en cuatro puntos principales:

— Fomentar el desarrollo de sólidas asociaciones nacionales de enfermería.

— Ayudar a las asociaciones nacionales de enfermería a mejorar su nivel profesional y su capacidad.

— Ayudar a las asociaciones nacionales de enfermería a mejorar su condición en sus respectivos países.

— Actuar como portavoz oficial de las enfermeras/os y la enfermería a nivel internacional.

Sus actividades

Las actividades del CIE reflejan la amplia gama de intereses y necesidades de sus miembros de todas las nacionalidades, tales como la educación en enfermería, el bienestar económico y social de las enfermeras/os, el ejercicio de la enfermería, la legislación de enfermería, la investigación y la cooperación con otras profesiones en el campo de la salud. Uno de los aspectos importantes que cabe al CIE es la coordinación de actividades con otras organizaciones internacionales en el campo de la salud, y su actuación como representante de las enfermeras/os a nivel internacional. El CIE está continuamente trabajando en treinta o cuarenta proyectos internacionales. Se pueden citar los siguientes ejemplos:

— La definición de «enfermera/o» es utilizada internacionalmente, y establece las normas para el ejercicio de la enfermería y la educación de enfermería en todo el mundo.

— El Código para enfermeras/os del CIE es revisado y puesto al día periódicamente para que ellos puedan contar con declaraciones vigentes y dinámicas que les sirvan como guía para el ejercicio y la ética de la profesión.

— Se está preparando una publicación basada en hechos de la vida real relatados por enfermeras/os, donde se plantean problemas de ética que han sido resueltos o no se han podido resolver.

— El Congreso del CIE, que se leva a cabo cada cuatro años, permite a miles de enfermeras/os de todas partes del mundo intercambiar ideas, puntos de vista e información. Transforma miles de voces individuales en una sola que, llegado el momento de las decisiones sobre asuntos importantes con respecto a la enfermería, expresa su opinión.

— Durante los Congresos del CIE se dedican tres días completos a la discusión de programas sobre las últimas tendencias de la enfermería con respecto a la educación,

al ejercicio, la administración, el bienestar económico y general de las enfermeras/os y otros aspectos relativos a la profesión. Las enfermeras/os comparten con sus colegas información actual en las sesiones plenarias y de interés especial, y por medio de películas, exposiciones y otras actividades.

— Periódicamente se elaboran y publican declaraciones con respecto a la política del CIE sobre asuntos sociales y de salud. Entre las últimas se pueden citar las siguientes: Informe sobre la educación de las enfermeras/os, servicio y ejercicio de la profesión, y bienestar económico y social de los mismos. El rol de la enfermera en la planificación sanitaria. Evolución del rol de la enfermera/o. Autoridades de enfermería. Educación permanente para enfermeras/os. Planificación familiar. A igual trabajo, igual remuneración. El rol de la enfermera/o en la protección del medio ambiente. El rol de la enfermera/o en la atención de detenidos y prisioneros políticos y comunes.

— Periódicamente se llevan a cabo para las asociaciones miembros, seminarios sobre legislación de enfermería. En ellos se asesora a los participantes a evaluar la legislación existente en sus países, se proponen fórmulas para su actualización, etc., de manera que la enfermería y el público en general puedan contar con una legislación y recurrir a ella en caso necesario. Los primeros seminarios sobre este tema se llevaron a cabo en Varsovia, Polonia y en Bogotá, Colombia.

— El Programa de Becas de Enfermería 3M concede anualmente dos becas de 6.000 $ US cada una, para proseguir estudios de enfermería a dos ganadores internacionales seleccionados por el CIE entre todos los candidatos presentados por las asociaciones miembros. Este programa incluye un premio de 200 $ US a cada uno de los ganadores a nivel nacional.

— El CIE publica cada dos meses su revista oficial, la *International Nursing Review*, que es leída en más de 100 países. Edita una serie de publicaciones profesionales que se encuentran disponibles en su sede central.

El programa del CIE es llevado a cabo por el personal permanente de su sede central en Ginebra. El personal ayuda también a las asociaciones nacionales en la preparación y ejecución de sus programas, y asesora en cuanto a la formación de asociaciones nacionales en los países donde no existen. El personal representa los intereses de la profesión de enfermería en reuniones internacionales en Ginebra y en otros lugares donde se tomen decisiones qu afecten los cuidados de salud.

Su estructura

El cuerpo gubernativo del CIE es el Consejo de Representantes Nacionales (CRN), que está formado por la presidenta de cada una de las 84 asociaciones miembros, y se rige por el principio de un voto por país. El CRN se reúne cada dos años con el fin de determinar la política sobre los asuntos que afecten la profesión de enfermería. Cada cuatro años dicha reunión coincide con el Congreso Cuadrienal del CIE, al cual son bienvenidas todas las enfermeras/os del mundo, afiliadas a una asociación miembro del CIE.

El Comité de Servicios Profesionales, único comité permanente del CIE, se ocupa de las tendencias y problemas relativos a la educación de enfermería, el ejercicio de la profesión, el bienestar económico y social de las enfermeras/os, y presenta sus recomendaciones sobre estos asuntos a la Junta Directiva. Hay además, frecuentes reuniones de comités ad-hoc.

La Junta Directiva del CIE está formada por una presidenta, tres vice-presidentas y once miembros (siete representantes de las áreas geográficas y cuatro miembros generales), que son elegidos por el CRN en el momento del Congreso. Las representantes de áreas son elegidas de siete áreas determinadas por el CIE, a saber: Africa, Mediterráneo Oriental, Europa, América del Norte, América del Sur y Central, Sudeste Asiático y Pacífico Occidental. La Junta Directiva se reúne por lo menos una vez al año, y es responsable de las decisiones entre una y otra reunión del CRN, de nombrar comités y presentar sus recomendaciones al CRN.

La Junta Directiva del CIE administra los fondos de la Fundación Internacional Florence Nightingale. Esta fundación es un homenaje viviente a la memoria de Florence Nightingale y sus fondos se destinan a propósitos educativos en relación a la profesión de enfermería en el mundo.

Relaciones internacionales

La sede central del CIE, por estar ubicada en Ginebra, Suiza, mantiene estrecho y continuo contacto con muchas de las más importantes organizaciones internacionales con sede en dicho país.

— El CIE mantiene relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que permite al CIE, en su calidad de portavoz no-gubernamental de la profesión de enfermería, una plataforma mundial para la representación de los intereses de la enfermería.

— El CIE forma parte de la lista especial de organizaciones no-gubernamentales que mantiene la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) con fines consultivos. Esto permite al CIE expresar la opinión de las enfermeras/os cuando se discuten asuntos tales como las condiciones de trabajo de las mismas, u otros aspectos relativos a la profesión.

— El CIE mantiene relaciones también con la Oficina Europea de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), y con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Integra el Registro Consultativo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC). Esto proporciona a todos los miembros del CIE la oportunidad de un contacto directo con el trabajo de las Naciones Unidas.

— El CIE está relacionado con el Comité Internacional de la Cruz Roja, con la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, con la Asociación Médica Mundial, la Federación Internacional de Hospitales y con la Unión de Asociaciones Internacionales. El CIE, por tanto, está permanentemente enterado de las actividades de estas organizaciones internacionales que tratan también asuntos relativos a los cuidados de salud, y se mantienen al día en cuanto a las tendencias que afectan el futuro de la enfermería.

DEFINICION DE ENFERMERO/A

Enfermero/a es una persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país. Educación básica de enfermería es un plan de estudios

expresamente reconocido que constituye una base amplia y sólida para el ejercicio de la enfermería y para la enseñanza superior que desarrollará las capacidades específicas del individuo. En la primera categoría, el programa educacional prepara la enfermera/o por medio de materias de las ciencias de la conducta, biológicas y de la enfermería y de la práctica clínica, para el ejercicio efectivo y la dirección de los trabajos propios de la enfermería. La enfermera/o de la primera categoría es responsable de la planificación, la administración y la evaluación de los servicios de enfermería en todas las circunstancias, teniendo como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el cuidado de los enfermos y su rehabilitación, y la integración de la enfermera/o al equipo sanitario. En los países donde hay más de una categoría de personal de enfermería, el programa correspondiente a la segunda categoría prepara la enfermera/o, por medio de estudios teóricos y práctica clínica para administrar los cuidados propios de la enfermería, en cooperación con la enfermera/o de la primera categoría y bajo su supervisión.

BARCELONA

SYMPOSIUM NACIONAL DE PEDIATRIA SOCIAL

Los días 5 y 6 de mayo se ha celebrado el IV Simposium Nacional de Pediatría Social, en el hospital San Juan de Dios. El tema general de este symposium ha sido: *Protección materno-infantil.*

PROGRAMA

Protección madre-hijo durante la hospitalización. Dra. D.ª Juana María Román Piñana. Hospital Infantil de la S. S., Palma de Mallorca. Dr. D. G. Rul-lan.

1.ª parte: *Protección madre-hijo durante la gestación.* Prof. Dr. D. C. Carceller Blay. Ex-Director de la Maternidad Provincial de Barcelona. 2.ª parte: *Protección madre-hijo durante la lactancia.* Dr. D. C. Giménez Inglada. Departamento de Pediatría de la Ciudad Sanitaria «Carlos Haya» de la S. S. de Málaga. Prof. Martínez Valverde.

Protección madre-hijo en zonas con desventajas sociales y económicas. Dr. D. C. García Caballero. Departamento de Pediatría de la Ciudad Sanitaria «La Paz», Madrid. Dr. Collado.

Coloquio: *Protección madre-hijo en países industrializados.* Coordinador: Dr. D. O. Valtueña. Experto de la OMS. Madrid. Participantes: Prof. Megevand. Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina. Ginebra. Dra. Silvia Plaza. Jefe de Unidad de Salud Materno-Infantil de la OMS. Ginebra. Dr. Manuel Carballo. Oficial Técnico de la Unidad Materno-Infantil de la OMS. Ginebra. Dr. Wagner. Jefe de la Unidad de Salud Materno-Infantil de la OMS. Copenhague.

Protección madre-hijo en la edad preescolar. 1.ª parte: *En las guarderías.* Dr. D. B. Ferrer Massip. Inspector Médico Escolar del Estado. Zaragoza. 2.ª parte: *Prevención de la acción atrogénica.* Dr. D. J. Mateu Sancho. Presidente de la Sección de Pediatría Social de la AEP. Asamblea general de la Sección de Pediatría Social de la AEP.

El symposium ha sido organizado por la Sección de Pediatría Social de la Asociación Española de Pediatría. Societat Catalana de Pediatria. Cuerpo Facultativo del Hospital Infantil San Juan de Dios.

COMITÉ LOCAL: *Presidente:* Dr. D. J. Plaza Montero. *Secretarios:* Dr. D. A. Fumado Esteve. Dr. D. P. Giner Soria. *Tesorero:* Dr. D. A. Palou Sanromá. *Vocales:* Dr. D. F. Angulo Gracia. Dr. D. L. Campos Navarro. Hno. C. Eseverri. Dr. D. J. Mateu Sancho. Sr. D. M. Mesalles. Srta. M. Palet. Dr. D. S. Selga. Dr. D. O. Valtueña Bosque.

PRIMERAS JORNADAS DE ANESTESIA Y REANIMACION EN CIRUGIA DEL RECIEN NACIDO Y DEL LACTANTE

Con más de un centenar de inscritos y con toda brillantez, se han celebrado en el hospital San Juan de Dios y organizadas por el Servicio de Anestesiología y Reanimación, las *Primeras Jornadas de Anestesia y Reanimación en Cirugía del Recién Nacido y del Lactante,* durante los días 7 y 8 de abril pasado.

Hemos de destacar la colaboración especial de los Profesores: P. Lagier del Hôpital Norde de Marsella, colaborador del Profesor Bimar, Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación de dicho hospital pediátrico; del Profesor J. Martínez Jaraiz, Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del hospital infantil Niño Jesús de Madrid, y del Profesor M. A. Nalda Felipe, Catedrático de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona, quien asimismo, asumió el cargo de coordinador científico de las jornadas.

Dichos profesores expusieron interesantes conferencias, que junto con las de los médicos del hospital: Profesor I. Claret Corominas, Jefe del Servicio de Cirugía; Dres. J. Krauel Vidal y S. García-Tornel Florensa, médicos adjuntos de la Unidad de Cuidados Intensivos y los Dres. J. Pons Mayoral y P. Olivera Lloret, Jefe y médico adjunto respectivamente, del Servicio de Anestesia y Reanimación, constituyeron la parte científica de las Jornadas.

También se realizaron una conferencia-coloquio y un coloquio al final, viéndose muy animados por las preguntas de los asistentes, que, en todas las sesiones, llenaron

El hermano Alfonso Mendioroz, Gerente del hospital dirige la palabra a los asambleistas

Vista parcial del auditorium

completamente el auditorium, demostrándose que para estas ocasiones no tiene la capacidad suficiente.

En el transcurso de las Jornadas, tuvieron lugar tres sesiones audio-visuales, durante las que se proyectaron interesantes películas científicas, cedidas amablemente por el hospital de niños de Philadelphia, U.S.A., y otras procedentes de firmas comerciales, afines a la especialidad.

En el vestíbulo del hospital tuvo lugar una exposición de material científico, relacionado con la especialidad.

Como clausura de las Jornadas, se efectuó la entrega de los diplomas, por el Gerente del Hospital: hermano Mendioroz, el Director Médico: Dr. J. Plaza Montero, y el Presidente del Comité Organizador: Dr. J. Pons Mayoral, finalizándose con un lunch en el mismo hospital.

Felicitamos a todo el Comité Científico: Dra. A. Bernuz Escriche, Dra. A. Boronat Ramón, Dr. J. Caelles Viladrich, Dr. W. Espinosa Soldevilla, Dr. E. Garcés Mendoza, Dra. A. Juanmartí Ventura y Dr. J. Mulet Ferragut, y también al equipo de señoritas azafatas: Srta. A. Castell Cosp, Srta. M. Ferrer Penedes, Srta. T. Gimeno Gelabert, Srta. M. Pons Casanovas y Srta. M.ª J. Ribera Sierra, quienes sumaron a su efectividad, su personal encanto y simpatía.

Queremos mencionar, también, la importante labor, que dentro de la Secretaría realizaron la Sra. R. Isart Borrell F. Palmero García y la Srta. P. Cano Fernández.

Esperamos y deseamos que estas Primeras Jornadas tengan continuidad en años venideros, realzándose con ello, el nombre del hospital y su labor de docencia.

JESÚS ALBERTO CHORNET
Jefe del bloque quirúrgico
del hospital San Juan de Dios, Barcelona

CHOLULA

TERCERAS JORNADAS DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y SEGUNDAS JORNADAS MEDICAS EN PSIQUIATRIA

Se han celebrado en Cholula, México, las Terceras Jornadas de Enfermería Psiquiátrica y las Segundas Jornadas Médicas en Psiquiatría.

Se eligieron las fechas del 3 y 4 de marzo pasado para desarrollar el extenso programa que anotamos seguidamente.

Jornadas de Enfermería Psiquiátrica

Inscripción e inauguración: Dr. F. González Sandoval, H. Eduardo García Muñoz.

Conferencia Magistral: Angustia en el paciente psiquiátrico. Enf. Psi. María de los Angeles Marín Chagoya.

Aspectos generales de la angustia en la práctica de enfermería. Enf. Psi. Cecilia Cruz Sánchez.

Estados combinados de ansiedad. Dr. Carlos R. Enríquez Grajales.

Ansiedad en ginecología y obstetricia. Dr. Abel Rojas Morales.

Angustia y patología Cardiovascular. Dr. Jorge Madrid Basurto.

Conferencia Magistral: Angustia y religión. Pbro. José Anadón Martínez, O. H.

Angustia y la naturaleza humana. Dr. Andrés Morales Pérez.

Ansiedad y Dolor. Dr. Jorge Espinoza Avila.

Angustia, ansiedad y sexualidad. Dr. José Luis Salomón Carreto.

Jornadas Médicas en Psiquiatría

Inscripción e inauguración: Dr. F. González Sandoval, H. Eduardo García Muñoz.

Conferencia Magistral: Depresión: consideraciones generales. Dr. Guillermo Calderón Narváez.

La época actual y los trastornos emocionales. Psi. Héctor M. García Olivares.

Emergencia psiquiátrica: Suicidio. Dr. Roberto Cañedo Benítez.

Depresión en geriatría. Dr. Jorge Corte Huerta.

Máscaras múltiples de la depresión. Dr. Raul Córdova Olguín.

Bioquímica de la depresión. Dr. José Luis Salomón Carreto.

Conferencia Magistral: Aspectos sociológicos de la depresión. Dr. Lamberto González Covarrubias.

Clasificación de las depresiones. Dr. Rubén Angulo Pérez.

Tratamiento de la depresión en pacientes ambulatorios. Dr. Jorge Espinoza Avila.

Manejo psicoterápico de la depresión. Dr. Víctor M. Fernández Domínguez.

Los temas expuestos y los ponentes que los presentaban, dieron este año un especial relieve a estas jornadas, el número de cuyos asistentes desbordó todas nuestras previsiones.

El éxito de estas jornadas nos emplaza a superarnos en las del año próximo y Cholula recoge este reto como un servicio a la comunidad poblana y a los profesionales de esta zona de la República mexicana.

Queremos destacar la presencia en las Segundas Jornadas Médicas del Dr. Guillermo Calderón Narváez, director de la clínica San Rafael de la ciudad de México, prestigiosa figura de la psiquiatría internacional y colaborador y buen amigo nuestro, ponente destacado y presente a su vez en todas las demás ponencias, en las cuales participó y amplió con acertadas observaciones.

Pastoral

BARCELONA

LAS RELACIONES HUMANAS, NECESARIAS EN EL TRATO A ENFERMOS

La Sanidad es hoy en día algo más que tecnología. Por mucho que ésta haya avanzado —y los avances de los últimos años son muy importantes— otros aspectos tienen también significativa trascendencia en la asistencia y tratamiento al enfermo. Entre ellos, el trato humano que el paciente recibe del propio médico y del equipo sanitario que le asiste, especialmente cuando esta labor se desarrolla en un hospital o centro análogo. La relación afectiva entre el enfermo y quienes le cuidan tiene un destacado papel, psicológico, junto con el de la ciencia y la técnica, en la misión que los profesionales de la Medicina tienen confiada.

Por ello, el aspecto de la humanización y las relaciones humanas en el hospital no se descuida, afortunadamente, en los actuales tiempos de revalorización sanitaria en nuestro país. Una muestra nos la acaba de ofrecer el Hospital San Juan de Dios, donde, del 3 al 7 de este mes de abril, se ha desarrollado un interesante curso sobre esta temática, bajo la dirección del doctor Fernando Angulo y el hermano José Luis Redrado, con quienes hemos hablado, durante un buen rato, sobre los resultados alcanzados y sobre el interés que una reunión de este tipo despierta siempre entre los profesionales.

Curación integral del hombre enfermo

Médicos, A.T.S. y auxiliares de la Sanidad, individualmente y en cuanto a equipos asistenciales, reconocen la necesidad de profundizar en la sensibilización de todos ante los problemas de humanización y sus relaciones, de preservación de la salud y de la curación integral del hombre enfermo. Todos cuantos tienen relación médica y personal con el enfermo, han de desarrollar su labor hacia el paciente como hombre integral y no tan sólo como un cuerpo enfermo. Debe cuidarse necesariamente tanto la problemática sanitaria como la humana.

Bajo estos principios se ha desarrollado el curso sobre «Humanización y Relaciones Humanas en el Hospital», en el de San Juan de Dios, con asistencia de un centenar de participantes, procedentes del propio hospital y de otros centros, en los que, por la amplitud de terapias que se practican y el gran número de enfermos que son atendidos, es más evidente la necesidad de potenciar esta sensibilización.

Desarrollo del curso

La dinámica del curso —explican los señores Angulo y Redrado— se ha dividido en sesiones de mañana y tarde, dedicándose las primeras fundamentalmente, a la exposición de experiencias diversas y a coloquios, sesiones bibliográficas y presentación de puntos de vista sobre aspectos concretos. En las sesiones de tarde, se ha ocupado el tiempo en conferencias a cargo de distintos profesores, que han desarrollado y expuesto sus opiniones sobre las más importantes facetas de esta temática.

La relación de temas alcanza todos los ángulos de la asistencia: «El hombre sano», «El hombre enfermo», «Atención integral al hombre que sufre», «Las relaciones humanas en el hospital»; mesas redondas, seguidas de diálogo para la discusión y presentación de casos y opiniones en cuanto a los síntomas de salud en el momento actual; respuestas diversas ante la enfermedad, la sociedad, la familia y el hospital, y también interesantes sesiones bibliográficas. En los coloquios han participado, cuando el tema les ha relacionado, ex enfermos, familiares de los mismos e, incluso, por tratarse el Hospital de San Juan de Dios de un centro preferentemente dedicado a la infancia, niños enfermos que han expuesto sus experiencias como pacientes y sus críticas sobre el tratamiento médico y el trato humano recibidos.

Además del doctor Angulo y del hermano Redrado, que han dirigido y coordinado el curso, éste ha contado con la especial colaboración y activa participación de don Ramón Meseguer, don Francisco Palomero, don Juan Illa, don Francisco Sola, don Emilio Segarra, don Mariano Galve, don Ramón Andreu, don Ramón Ferreró, doña María Palet, don Amado Palou, don Miguel Mesalles y don Luis M.ª Belzuz.

La Vanguardia Española 9 - IV - 78

Asistentes al curso

HUESCA

NUEVO RESPONSABLE DE PASTORAL SANITARIA

Don Javier Osés ha sido nombrado miembro de la comisión pastoral y responsable de la pastoral sanitaria. El nombramiento se efectuó en la última Conferencia del Episcopado Español, celebrada en Madrid.

El obispo de Huesca ha demostrado a lo largo de los años que lleva ejerciendo su alto cargo episcopal, en la diócesis del alto Aragón, una preferencia especial por el enfermo. Miles de éstos y familiares de pacientes de la diócesis oscense, han tenido ocasión de hablar con su obispo, en las visitas que viene haciendo semanalmente a

los centros hospitalarios de la capital de la diócesis para visitar los enfermos, interesarse por sus problemas y tratar de aliviar las penas que acompañan en estos casos a todas las familias.

La noticia fue acogida con natural complacencia, en todos los hospitales de san Juan de Dios.

Labor Hospitalaria que es acogida con suma benevolencia por don Javier, al recoger tan agradable noticia, le envía sus mejores votos, en nombre de todos sus lectores, esparcidos especialmente por los hospitales de España y países hispanoamericanos.

MADRID

SECRETARIADO NACIONAL DE PASTORAL SANITARIA

Reunión de Responsables Regionales

Durante los días 30 y 31 de enero, en la Casa de Ejercicios de El Pinar de Chamartín (Madrid) tuvimos una Reunión de Responsables Regionales de Pastoral Sanitaria.

El Encuentro al que hoy me refiero es una prolongación del celebrado los días 3-5 de octubre del 77 en el mismo lugar, pero con los Delegados diocesanos.

Ha constado de dos partes:

— Profundizar en el objetivo general-central de Secretariado: «Presencia adecuada de la Iglesia en el mundo de la salud».

— Programación de algunos proyectos a nivel nacional.

El primer tema, muy vasto y complejo, ya no nos resulta nuevo. Ha sido abordado otras veces. Pero creo que nunca con la profundidad de esta reunión. A ello contribuyó en buena medida la Mesa Redonda que tuvimos en la tarde del primer día. Con un temario preparado de antemano; participaron en la misma: Mons. Iribarren (Secretario de la Conferencia Episcopal), D. L. Prada (Presidente de Cáritas Española), P. Joaquín Losada (Profesor de Eclesiología de la Universidad de Comillas), y el Dr. Diego Gracia Guillén (de la Cátedra de «Historia de la Medicina» del Dr. Pedro Laín Entralgo). Asistieron como invitados al diálogo representantes de Movimientos y Asociaciones de Enfermos y Presidentes de algunas Comisiones Episcopales. Se abordaron temas de interés, con intervenciones «luminosas» que enriquecieron a todos.

Por lo que a la programación se refiere destaco únicamente lo siguiente:

— Proyecto de publicación de Dossiers o, mejor dicho, de «Carpetas» abiertas, que irán recogiendo, de forma periódica y ordenada, temas interesantes para la formación permanente de capellanes. Estas «carpetas» serán distribuidas desde el Secretariado. En su momento os informaré para que, quienes lo deseen, puedan suscribirse a ellas. Pueden sernos de gran utilidad.

— Programación de un curso intensivo para Capellanes (y futuros capellanes). En principio pensamos que tenga un mes de duración. En estos momentos se está perfilando todavía el proyecto.

— Publicación de un «dossier» sobre «Comunidad cristiana y enfermos», a difundir por las Parroquias.

TENERIFE

UN SEMINARIO SOBRE «LA HUMANIZACION DEL HOSPITAL Y EL SERVICIO DE LA FE»

El próximo lunes se iniciará un Seminario en el Centro de Espiritualidad de esta capital sobre «La humanización del hospital y el servicio de la fe», organizado por la Delegación de Pastoral Sanitaria de Tenerife y dirigido por José Manuel Arenal, médico, y José Luis Redrado.

Dicho seminario terminará el viernes día 31 con una mesa redonda en la que intervendrán la señorita Raquel Mira Pérez, ATS del Servicio de Urgenias de la Residencia Sanitaria «Nuestra Señora de la Candelaria»; sor Lucía Cabrera, ATS, supervisora de Neumatología del Hospital General; Consuelo Noda Hernández, asistente social del Hospital General; Julián de Armas, capellán del Hospital General y delegado diocesano de Pastoral Sanitaria, que actuará asimismo de moderador.

Para hablar de este Seminario hemos entrevistado al padre Julián de Armas, al doctor Juan Pino Pérez y a Sor Lucía Cabrera. En primer lugar hemos preguntado por el contenido de las reuniones.

Hemos comprobado en una serie de reuniones que se han tenido con personas pertenecientes al estamento sanitario, desde el nivel médico al de auxiliares y parasanitario, que es muy importante caer en la cuenta que el avance científico y técnico de la medicina, no se corresponde con el desarrollo de los valores humanos. La medicina actual, muy tecnificada, ha perdido las cualidades que le daban el calor humano. A la luz de esta realidad nos hemos planteado la necesidad de comenzar a mentalizarnos, a todos los niveles, sobre este factor, principalmente para dar una respuesta humana al campo sanitario.

El cursillo consiste en hacer una reflexión a nivel comunitario, sobre los factores deshumanizantes hoy, en la medicina española, y cuáles son las vías de solución para hacer frente a esos factores.

El rápido avance tecnológico —dice el doctor Pino Pérez—, el avance social, el propio avance industrial influye en los niveles de humanización de los hospitales. Ya Ortega y Gasset preveía el hombre masa, la desintegración de las relaciones humanas, etc., y del viejo hospital, patriarcal y benéfico, hemos pasado a estos nuevos centros, casi monstruos de la asistencia sanitaria, estandar y masificada.

El avance tecnológico, por una parte —añade—, que hace al médico sentirse más poseedor de unas técnicas que de un arte y de una ciencia humana, al no encontrar el calor humano, hace que aparezca la medicina paralela o la otra medicina, realizada por los curanderos, que tratan de prestar más atención y más cariño al paciente que los médicos. La sociedad actual, por otro lado, mide la asistencia médica en términos cuantitativos; lo cualitativo no cuenta, ya que tampoco es medible. Si tomamos conciencia de la situación que hemos creado, sin darnos cuenta, la cuestión iría resolviéndose. Si la sociedad extramuros del hospital fuera también distinta, es posible que se redujeran los pacientes psicosomáticos.

Sor Lucía Cabrera, a este respecto, dice que hay una deshumanización ya en el entorno. «Cuando llega el paciente al hospital —dice— ya se desliga de la familia y

se produce un desequilibrio total, y entra en esta otra sociedad donde también requiere unos cuidados y atenciones humanitarias. De ahí que el primer impacto del enfermo al llegar al hospital dependa mucho de la acogida que se le dé, que puede ser muy favorable o muy desfavorable, durante el tiempo que permanezca con nosotros».

El padre Julián de Armas nos dice que el encuentro que se inicia el lunes próximo se va a desarrollar tipo congreso. Habrá unas ponencias sobre los temas clave que se han programado y una participación de todos los matriculados y, posteriormente a esa participación en pequeños grupos, se procederá a la celebración de una asamblea donde se pondrán en común los diversos temas que los diferentes grupos hayan elaborado. Asimismo los congresistas podrán hacer aportaciones que entregarán a la mesa y se irán exponiendo a la asamblea para su discusión, y aprobar al final «unas conclusiones en las que todos los asistentes nos veamos comprometidos».

Nos interesa conocer como está el grado de sensibilización respecto al trato afable con los pacientes en Tenerife. Sor Lucía nos responde:

En general, el tema de la sensibilidad está muy bajo entre nuestro personal. Hemos de decir que hay grupos de personas que vibran ante las necesidades del enfermo y vibran no sólo porque tienen que cumplir con un deber, sino por las propias necesidades humanas. Por eso es necesaria la celebración de este cursillo que pretende ser una sensibilización a todos los niveles, ya que se da el caso de que fallan las mínimas relaciones humanas, y fallan porque muchas personas no están en condiciones de desempeñar este servicio que ha de ser ante todo vocacional.

Preguntamos al doctor Pino Pérez sobre los estudios de ATS, su vocacionalidad o su oportunismo coyuntural.

Hay vocación y hay oportunismo, las dos cosas. Se han hecho encuestas donde han salido a relucir varios aspectos de oportunismo, vocaciones y posteriormente se ha descubierto que unos entran sólo en la cosificación del paciente, y otros por el contrario se han integrado perfectamente en los equipos de trabajo. Y estas integraciones si son fundamentales en la actual medicina la que por su tecnología hace preciso el equipo frente al médico en solitario, ya que en este país todo el mundo quiere ser «el que cura, el que hace» frente a «los que curan, los que hacen». Este individualismo ha deteriorado mucho los aspectos vocacionales.

Algo parece estar cambiando en esta sociedad nuestra. Hay personas que han captado el mensaje de tantos pacientes y familiares que hablan de la deshumanización de los grandes centros hospitalarios. Mucho más hablamos con esas tres personas que están estrechamente vinculadas a los hospitales, que ven la vida y la muerte todos los días y que sienten y sufren ante el sentimiento y sufrimiento de los demás. Debemos congratularnos de que en estos días en que nos ha tocado vivir haya personas que tengan sensibilidad a flor de piel y sean capaces de convocar un Seminario para hablar de sentimientos y de acciones humanitarias. Algo se va arreglando en este codificado mundo, donde la máquina estaba sustituyendo demasiado al hombre. El hombre, quiérase o no es insustituible. Estas declaraciones lo demuestran.

ADRIÁN ALEMÁN
«Tenerife»

CURSILLO SOBRE «HUMANIZACION HOSPITALARIA»

En el centro de Espiritualidad se ha clausurado el Cursillo sobre «Humanización Hospitalaria» organizado por la Delegación Diocesana de Pastoral Sanitaria y dirigidos por los doctores Arenal y Redrado.

La sección de apertura estuvo presidida por el Vicario General de Pastoral, don Luis Reyes Pérez quien, en nombre del Obispo, abrió las jornadas de trabajo dirigiendo unas palabras a los cursillistas cuyo número ascendió a ciento ochenta. El delegado diocesano presentó a los profesores y dio lectura a varios telegramas de adhesión a la iniciativa del cursillo, dando paso a la lección inaugural que versó sobre «La salud como deber y como derecho», a cargo de los citados profesores.

Los trabajos han sido seguidos con gran atención por parte de los asistentes, terminando la jornada con un trabajo de grupos y un coloquio sobre la temática expuesta.

El programa de este cursillo ha sido:

— La Salud como derecho (significados, implicaciones, posibilidades).

— Importancia y responsabilidad del personal sanitario en el proceso de humanización del hospital.

— Humanización y relaciones humanas en el hospital.

— La enfermedad y el sufrimiento en el proceso de maduración humana y cristiana.

— Toda la comunidad del hospital responsable del servicio al enfermo.

DOMINGO DE LAGUNA, PRESIDENTE HONORARIO DEL COMITE DIOCESANO DE PASTORAL SANITARIA

Domingo de Laguna, director de la revista «Canarias Gráfica», ha sido distinguido por el Comité Diocesano de Pastoral Sanitaria con el título de presidente honorario, concediéndole también Diploma de Honor. Los méritos del conocido periodista tinerfeño para alcanzar la distinción han sido su larga, constante y desinteresada labor en pro de la divulgación y como participante activo en las tareas de la citada obra pastoral.

En el transcurso del acto de clausura del cursillo de «Humanización hospitalaria», en el Centro de Espiritualidad de la Diócesis, le fue entregado el correspondiente título a Domingo de Laguna. El acto presidido por el prelado nivariense monseñor Luis Franco Cascón.

MURCIA

ATENDER EN EL ENFERMO AL HOMBRE INTEGRO, OBJETIVO DE LA PASTORAL SANITARIA

De reciente creación en Murcia, el Secretariado Diocesano de Pastoral Sanitaria ha iniciado sus actividades con una convivencia de religiosas dedicadas al servicio de los enfermos. Reciente la creación de este Secretariado como

reciente es la integración de la pastoral sanitaria en la planificación apostólica de la Iglesia española.

Nueva orientación de las relaciones Iglesia-enfermo, actualización de la presencia cristiana en el mundo de la salud (o de la enfermedad, según se mire), son objeto de esta llamada Pastoral Sanitaria. De ello hablamos, a modo de presentación, con el reverendo José Martínez Aparicio, Palacio episcopal, Murcia, flamante director del nuevo secretariado, y con la hermana Isabel Bello, perteneciente al Equipo Responsable Nacional.

Ante todo, una definición de la Pastoral Sanitaria...

—Puede describirse, en términos genéricos, como la presencia y acción de la Iglesia en el mundo de los enfermos para llevarles la *buena noticia.* Como se advierte, es un aspecto más, una parcela de la Pastoral, que intenta precisamente eso, la trasmisión del Evangelio, la buena noticia. Con una especial connotación: quien ha de recibir el mensaje vive un estado peculiar, el de enfermo.

La finalidad de esta acción pastoral es comunicar el mensaje cristiano al enfermo, buscando su atención integral, no únicamente la espiritual estricta. Se trata de iluminar toda la problemática del hombre enfermo, no sólo buscar la *salvación del alma.*

Ante el peligro de la deshumanización

La Iglesia siempre estuvo junto a los enfermos, a su cabecera. Existe, incluso, un sacramento a ellos dedicado, el Sacramento de la Unción... ¿Qué significa este no buscar solamente la salvación del alma?

—Ciertamente, la Iglesia estuvo al lado de los enfermos desde siempre. Dejando a un lado su benéfica labor hospitalaria, desde los mismos orígenes cristianos —admirable trabajo nacido de la fuente de la caridad, del amor, al hombre que sufre—, su presencia era más sacramental que otra cosa. Se buscaba la disposición espiritual del enfermo de cara, sobre todo, al hecho de la muerte. La Pastoral Sanitaria responde a un proceso que culmina en el sacramento, pero que no se dirige únicamente a la última fase de muchos enfermos, la muerte.

La Pastoral Sanitaria —presencia de la Iglesia en el mundo de la salud—, arranca precisamente del concepto de salud como bienestar físico, psíquico y social del hombre. Y busca al enfermo en la triple fase de preservación de la enfermedad, asistencia y reinserción en la sociedad.

Esta nueva proyección pastoral obedece a que la Iglesia no puede estar al margen de la preocupación actual hacia el enfermo. La acción sanitaria está llegando a niveles de una perfección admirable desde el punto de vista tecnológico. Corre, sin embargo, el peligro de deshumanizarse. La pastoral Pastoral Sanitaria busca fundamentalmente al hombre. Y pretende el ensamblamiento del aspecto espiritual y religioso, y el aspecto puramente material.

¿Quiénes son los destinatarios de la Pastoral Sanitaria?

—En términos general, toda la comunidad cristiana. Ya que a todos los cristianos corresponde la transmisión del mensaje. En este sentido, la comunidad debe estar mentalizada y sensibilizada en orden a sus responsabilidades para con los miembros enfermos.

De modo concreto, pueden distinguirse los agentes de la pastoral que son los capellanes de centros hospitalarios, religiosas, médicos, enfermeras, sanitarios, etc., es decir, los profesionales cristianos. Y, como objetivo de la acción pastoral, los enfermos.

Atención preferente a los enfermos «domiciliados»

El Secretariado Diocesano acaba de dar sus primeros pasos. ¿Qué proyectos configura para un futuro próximo?

—Primeramente, unir y coordinar a las religiosas y demás agentes directos de la pastoral, para trazar unos criterios y orientaciones conjuntas.

La atención de los enfermos *domiciliados,* es decir los no internados en centros hospitalarios. Estos enfermos a domicilio constituyen hoy día la mayor parte de la población enferma. El proyecto es promover sectores de la comunidad —entidades, asociaciones, individuos—, bajo la dirección de una religiosa, en coordinación con los párrocos propios, para atender las necesidades de este tipo de enfermos.

Promover y organizar contactos entre sacerdotes, religiosas hospitalarias y seglares para buscar una mayor eficacia en la Pastoral Sanitaria...

Sólo resta decir que a la convivencia han asistido treinta y dos religiosas. Y que el planteamiento y convocatoria para esta acción de la Iglesia, la Pastoral Sanitaria, está encontrando entusiasta respuesta en la comunidad diocesana.

JUAN HERNÁNDEZ

Bibliografía

G. Radice - C. Mapelli

DIVINITAS

Años XXI Fasc. 1 Editus Mense Jan. A. D. MCMLXXVII

Los Fatebenefratelli. Historia de la Provincia Lombardo-Veneta de San Ambrosio de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Libro I 1588-1687. Tomo I: El Convento-Hospital de Milán, vol. 1.° p. 1-XXXVII 1-527: Tomo II, El Convento-Hospital de la Anunciata de Acqui, vol. único, p. 1-XXXIII, 1-127; Ediciones Fatebenefratelli, Milán 1976.

Con estos dos tomos se ha iniciado una colección que se propone exponer, en un número no precisado de volúmenes, la historia de los Fatebenefratelli de la Provincia Lombardo-Veneta.

El superior, ahora general de la Orden hospitalaria, Fray Pedro Luis Marchesi, en la carta de presentación, elogia merecidamente al profesor D. Gianfranco Radice, insigne historiador y apreciado autor de estudios biográficos sobre Rosmini y sobre las relaciones del filósofo de Rovereto con el Papa de la Inmaculada Pío XI, y a Fray Celestino Mapelli, archivero ordenadísimo y responsable de la cuidada y elegante presentación tipográfica y de las bonitas ilustraciones, por haber asumido un compromiso muy difícil, teniendo en cuenta la enorme cantidad de documentos a investigar y por la metódica y científica elección de los mismos. Este elogio revierte al Superior por la inteligencia demostrada al haber permitido la investigación en los documentos originales, sin limitación y haber puesto en marcha la impresión sin esperar la edición crítica de las fuentes. La historia, efectivamente, es filología, que afirma la verdad, y filosofía que extrae su significado esencial; así se ha hecho el trabajo y la construcción aparece imponente aunque esté apenas empezada.

Ulteriores estudios podrán, quizás, eliminar alguna imperfección, podrán integrar, sin hacer mella en la esencia de la narración, que llena aspectos importantes de la religiosidad católica, aun poco conocidos.

El plan de la obra se articula por siglos y por conventos-hospitales y cada tomo se subdivide en *la fundación, el desarrollo, la crónica* y *los religiosos*: los índices de las fuentes, de la bibliografía, de las siglas, de las ilustraciones, de los nombres personales y geográficos, de los profesos, los provinciales, los priores y la cronología, facilitan la consulta y los centenares de anotaciones eruditas al pie de las páginas ofrecen una abundante fuente de cultura.

El primer volumen narra el nacimiento y la vida heroica del primer siglo, 1588-1687, de la institución lombarda, la casa de convalecencia milanesa de santa María Araceli, deseada por san Carlos Borromeo y llevada a término por su sucesor, Mons. Gaspare Visconti, en una sucesión, con pluma ágil, descarnada y al mismo tiempo atrayente, de acontecimientos fuertes, pero siempre caracterizados por la caridad del Santo de Granada continuada por sus hijos, que precisamente en Milán encontraron la denominación más conocida por su grito urgente de dedicación a todos los hombres: *«Fate benefratelli» ¡haced bien hermanos, a vosotros mismos!:* a los pobres, las limosnas, a los ricos los frutos imperecederos de sus ofertas.

Tanta pasión no pudo permanecer estéril y tuvo su primer brote en Piamonte, en Acqui, en uno de los períodos más tristes de la ciudad termal, las guerras del Monferrato. El segundo volumen empieza precisamente narrando el bien llevado a efecto por los hospitalarios en medio de dificultades de todo género, que demuestran la positividad de la auténtica fe vivida en las buenas obras.

Estos estudios son, más bien, una nueva y fidedigna respuesta documentada a la historiografía marxista invalidada por el prejuicio, aceptado desgraciadamente por varios teólogos católicos, de la ineficacia de los principios sociales cristianos para afrontar y resolver los problemas vitales del hombre, hechos de fatigas, injusticias, luchas y muerte.

Se podría objetar que estas instituciones suplían a obligaciones del Estado y que por consiguiente, pertenecen a tiempos ya superados; en algunos casos, como actuación, esto es admisible, siempre que no se niegue a la Iglesia su incumbencia de evangelizar mediante la predicación del motivo base de todas las obras de promoción humana, el amor de Dios, y por consiguiente del prójimo, mediante también hechos concretos e incesantes como, por ejemplo oportunísimo, la misión de los hospitalarios de san Juan de Dios.

Debemos, por último, expresar nuestra gratitud y admiración a los autores y a sus muchos y valiosos colaboradores, con el deseo de que la obra llegue a buen fin y se extienda a toda la Orden, para facilitar a la comunidad eclesial valiosos textos, sobre los cuales poder meditar y encontrar nuevos consuelos en la realización del reino de Cristo, reino de paz y amor.

Ubaldo Pellegrino

Moltmann, Jürgen

EL LENGUAJE DE LA LIBERACION

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974.

El autor recopila en el presente volumen un buen abanico homilético.

Se mantiene un término medio bastante aceptable brillando con luz propia la reflexión sobre la libertad del cristiano, comentando a san Pablo (Gal. 5, 13-15).

Miguel Martín

Bessière, Gerard

LOS ACROBATAS DE DIOS

Ed. Sígueme, Salamanca, 1976.

Pinceladas maestras sobre la oración. No es un manual ni un tratado teológico sobre la misma.

No creo sobrepasarme al afirmar, tras haber leído el libro, que el autor es sujeto de una profunda vivencia orante.

Lectura agradable e interesante por su fluidez.

Miguel Martín

Joachim Jerenias

PALABRAS DESCONOCIDAS DE JESUS

Ediciones Sígueme, Salamanca 1976.

El autor centra su trabajo científico en las palabras dispersas del Señor no escritas, *agrapha,* es decir, aquellas palabras de Jesús que no están en los cuatro Evangelios.

Es un material valioso para conocer la historia de las tradiciones como relatos extraevangélicos referentes a Jesús.

José Sarrió, O. H.

Herman van de Spijker, A. M. I. M.

HOMOTROPIA

Sociedad de Educación de Atenas, Madrid 1976.

El autor aporta un nuevo análisis. Estudia las relaciones del homótropo, desde los distintos niveles comunicativos de la persona: genital, erótico, filial.

Y tras haber abordado la problemática etiológica del mismo, se cuestiona ante el hecho de que existen homótropos en el mundo, cual ha de ser la postura de la humanidad frente a ellos.

Ayuda a esclarecer ideas a la hora de hacer un enjuiciamiento de esta realidad.

PILES

DOMINIQUE BARDE

EN EL FUTURO LAS COMUNIDADES DE BASE

Ed. Studium, Impr. en España, 1974.

No cabe duda que en un futuro muy próximo, las comunidades sean primordiales para el desenvolvimiento de la Iglesia cristiana.

¿Cómo dar testimonio del Evangelio en los ambientes urbanos, y en particular en los sectores más populares? La Iglesia tradicional con sus estructuras tan cuadradas no será la más adecuada para reconstruir la trama de la vida cristiana.

Por cualquier parte surgen pequeños grupos de comunidades que pretenden llevar a cabo la vida evangélica de los primeros cristianos.

El equipo que se describe en estas páginas que está actuando en Osasco (Brasil), nos quiere demostrar que grupos humanos carentes de lo que valora el mundo de hoy, podrían muy bien dar la respuesta que buscan con ansiedad Teólogos y Pastores.

Fray José García Sierra

ANDRË NEHER

LA ESENCIA DEL PROFETISMO

Ed. Sígueme, Salamanca, 1975.

La profecía no es anticipada más que de una forma muy accesoria ni está necesariamente ligada al porvenir; tiene su valor propio, instantáneo. Su decir no es un predecir; se da inmediatamente en el instante de la Palabra.

La visión y la palabra proféticas son ciertamente un descubrimiento; pero lo que manifiestan no es el porvenir, sino lo absoluto.

La profecía responde a la nostalgia de un conocimiento; pero este conocimiento no es del mañana, sino del hoy mismo. La profecía es, por tanto, una categoría de la revelación. Pero no puede contentarse con una revelación que permanezca íntima y oculta. La experiencia profética atraviesa al hombre para darse a los demás; con todo no se queda en una simple aceptación, sino que exige la transmisión.

El profeta participa de lo trascendente y lo comparte en una postura de conquista ante el tiempo, en la historia.

Fray José García Sierra

HEINRICH SCHLIER

CARTA A LOS GALATAS

Ed. Sígueme, Salamanca, 1975.

Hay que considerar el nuevo comentario de la carta a los Gálatas de Heinrich Schlier, como la mejor exégesis y explicación de esta carta en la actualidad.

El autor concede gran extensión a la historia de la exégesis, dejando clara, su propia posición. Este comentario es, por tanto, también un ejemplo concreto de nuestra situación actual en la exégesis y hermeneútica neotestamentarias.

Los nuevos excursos muestran lo mucho que abarca el panorama que el autor ha incorporado en sus investigaciones. En ello radica el valor especial de la nueva edición; se fija, más aún que lo hizo hasta ahora, en toda la teología paulina con un saber soberano.

Fray José García Sierra

JOSEPH FLORKOWSKI

LA TEOLOGÍA DE LA FE EN BULTMANN

Ed. Studium.

Según el autor el acto de fe ha de ser una decisión sin cesar renovada.

De una grandeza innegable, emocionante incluso, esta teología, sin embargo le deja al hombre en una soledad radical frente a Dios, cuando, para el Nuevo Testamento la fe abre al hombre a Dios y es también comunión.

Fray José García Sierra

J. GARCÍA VELASCO

EL SACERDOCIO EN EL PLAN DE SALVACIÓN

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974.

Quiéralo o no, el hombre es un ser llamado.

Y la llamada, ineludible, pide una respuesta.

Pero el problema es responder bien.

Quienes lo consiguen llegan a ser hombres.

Pues ser hombres es tener una respuesta para sí mismo, para el mundo y para los otros; una respuesta auténtica y feliz.

Hay llamadas claras y llamadas oscuras, nerviosas y suaves, bien sonantes y molestas, intrascendentes y serias. Todos las hemos oído y las oímos aún con frecuencia.

Llama el ser, llama la vida, llama el amor, llama el arte, llaman los otros, llama el mundo, llama Dios...

Responder bien: he aquí el problema.

Hay necesidad de obras, no de palabras (Pablo VI).

Llamada y respuesta. Es el diálogo. El hombre es un ser llamado al *diálogo* con Dios —en el mundo— entre los demás hombres.

Fray José García Sierra

HENRI DE LUBAC

LAS IGLESIAS PARTICULARES EN LA IGLESIA UNIVERSAL

Ed. Sígueme, Salamanca, 1974.

Lo que caracterizaba a los primeros cristianos era el hallarse reunidos en una sociedad nueva, original, tan concreta como misteriosa; la Iglesia de Cristo.

No ha existido jamás cristiano sin Iglesia.

No se hace uno cristiano en el vacío.

El principio de su vida y de su unidad, no resulta del querer vivir en común de las individualidades que comprende; es ella la que se lo comunica.

El cristianismo se propagó partiendo de Jerusalén por la creación de Iglesias que procedían de las Iglesias madres; su expansión fue como una proliferación de células siempre ligadas entre sí. Por eso, para comprender su propia fe, el cristiano tiene necesidad de comprender a su Iglesia su estructura esencial, su naturaleza íntima.

Fray José García Sierra

OSCAR CULLMANN

LA REALEZA DE CRISTO Y LA IGLESIA

Ed. Studium, Impr. en España, 1974.

Según Karl Barth considera que el autor ha escrito la mejor obra de su vida.

Su contenido no puede ser más trascendente, Cristo es a la vez el mediador de la creación y el que «reconcilia *con Dios* todo lo que hay en la tierra y todo lo que hay en los Cielos». El reino de Cristo y la Iglesia de Cristo están, pues, vinculados por su misma naturaleza y se incluyen en la doctrina de la redención y de la Salvación. A la vez Soberano y Redentor, Cristo realizó su sacrificio por los hombres y al mismo tiempo por toda la creación.

Por ello, el sufrimiento de la Iglesia, que es el cuerpo de Cristo, recuerda la victoria ya obtenida *en la Cruz* sobre las potencias enemigas y significa al mismo tiempo la promesa de su aniquilamiento definitivo, de donde habrá de surgir la nueva Creación, sin muerte ni corrupción.

Fray José García Sierra

MANI

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

nuevo

cuando el niño deja el pañal toda su piel merece

NATUSAN LOCION

la protección más natural de la piel del niño

Presentación
Frasco de 150 ml.

Composición
Aceite de vaselina, glicerina, lanolina hidrosoluble, estabilizador, regulador del pH de la piel y excipiente acuoso c.s. 150 ml.

Forma cosmética
Loción hidratante.

Formato comercial
Caja cartón, conteniendo un frasco.

Vía administración
Tópica.

Normas para la correcta aplicación
Extender sobre la piel con los dedos o algodón, haciendo un ligero masaje.

Indicaciones
Especialmente indicada para el aseo del niño. Neutraliza la alcalinidad de los residuos de jabón y detergentes usados en la higiene del niño, protegiendo e hidratando al mismo tiempo la piel.

Loción Hidratante Benzon. De venta exclusiva en Farmacias.

No incluido en la A.S.S.S.

Organon

Organon Española, S.A.
Apartado 43
San Baudilio de Llobregat
Barcelona

COMO TU, PAPA

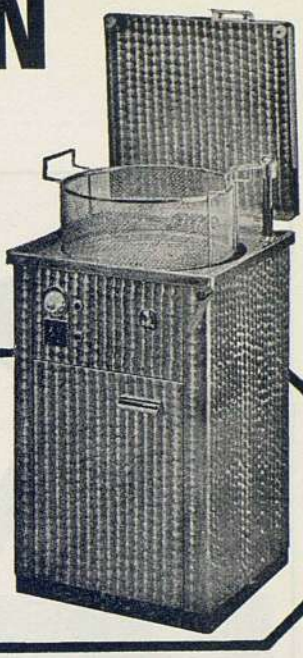
Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

Nestlé *más que una marca*

FRIA MAS Y MEJOR CON

Jemi

QUE LES BRINDA LAS SENSACIONALES NOVEDADES DE:

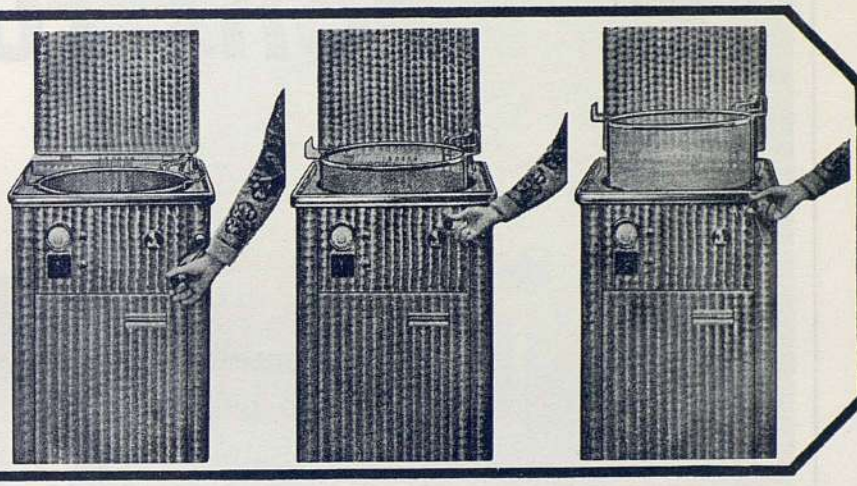


MODELO
GOLIAT
30 LTS.

STUDI

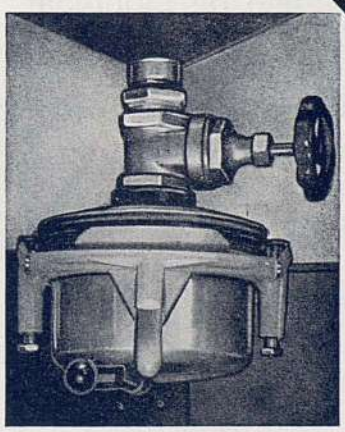
ELEVACION DE LA CESTA A VOLUNTAD

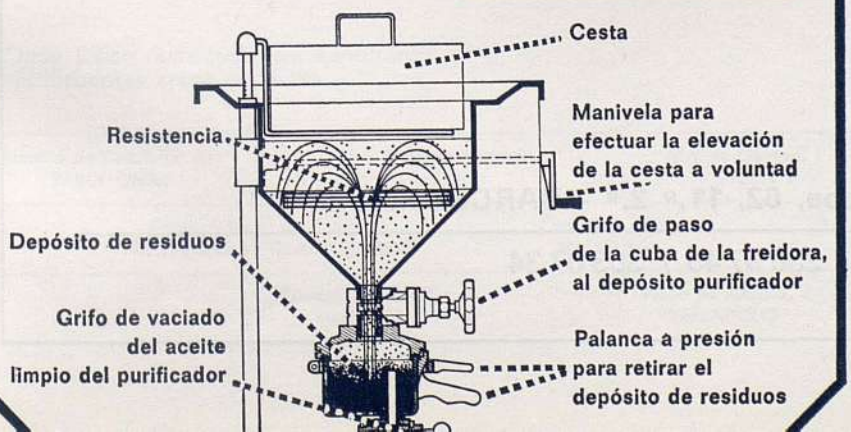
Ultimo invento que resuelve de forma total la elevación de espuma del aceite, por evaporación del agua que contienen los alimentos. Permite al mismo tiempo elevar la cesta totalmente al exterior de la freidora, logrando así el mínimo de espacio para escurrir el aceite.



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
Provensals, 277 - Barcelona-20

SIRVASE REMITIRME AMPLIA INFORMACION DE SUS FREIDORAS Y LAVA-VAJILLAS

Modelo interesado .....

Don .....

Domicilio .....

Población .....

Provincia .....

PAI construcciones

Actualmente está construyendo
un nuevo pabellón
en el Sanatorio Psiquiátrico
Nuestra Señora de Montserrat
en San Baudilio de Llobregat.

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

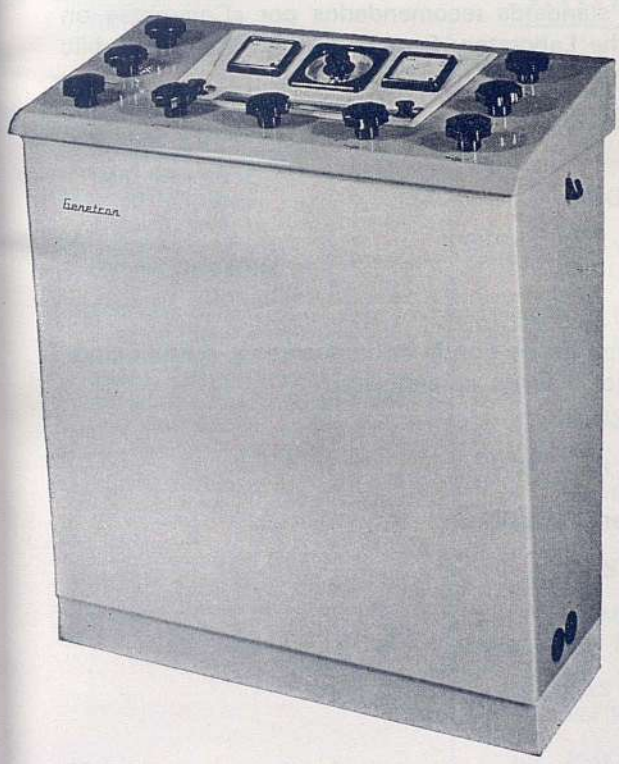
POR FIN...

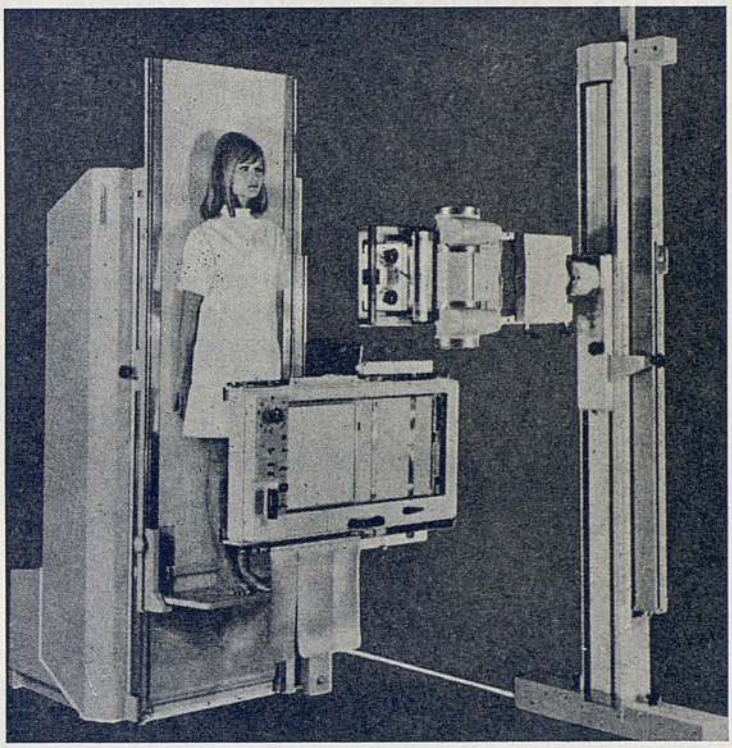
un conjunto nacional que satisface las exigencias de una clínica radiológica y fabricado por

GENERAL ELECTRICA ESPAÑOLA

Mesa
GENEMATIC

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





NUEVO GENERADOR DE RAYOS X

GENETRON
400 mA - 140 Kv

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

Onda plena rectificada por Kenotrones o rectificadores secos de silicio

Rambla de Cataluña, 43 BARCELONA-7 | Plaza Federico Moyúa, 4 BILBAO-9 | Alvarez Garaya, 1 GIJON | General Sanjurjo, 53 LA CORUÑA | Génova, 26 MADRID - 4

General Primo de Rivera, 6 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA | Cuarteles, 47 MALAGA | Apóstoles, 17 MURCIA | Castelar, 25 SEVILLA

Eduardo Bosca, 20 VALENCIA | Plaza de Madrid, 3 VALLADOLID | Pº de la Independencia, 21 ZARAGOZA

LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTERIOLOGICO.

- **RESULTADOS PROFILACTICOS:**

  Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- **AREA DE PRESTACION:**

  Barcelona y su comarca solamente.

- **CONSULTAS Y PEDIDOS:**

  Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- **REFERENCIAS:**

  Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.

ISS

Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil

SAEL
S.A. de Entretenimiento y Limpieza.

Enna, 157 - tel. 309 25 16; Barcelona - 5

W. M. BLOSS

Licenciado en Ciencias

PRIMERA FIRMA EN ESPAÑA

APARATOS, MATERIAL E INSTRUMENTAL
DE
OFTALMOLOGIA

Completísima exposición de las marcas de máxima calidad y prestigio mundiales

Servicio postventa garantizado

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

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

Dirección telegráfica: WOMIG - Barcelona

GRIFOLS

DADE®

GRICEL

IMAGENES DE PROGRESO

LABORATORIOS GRIFOLS, S. A.
DADE GRIFOLS, S. A.
GRICEL, S. A.

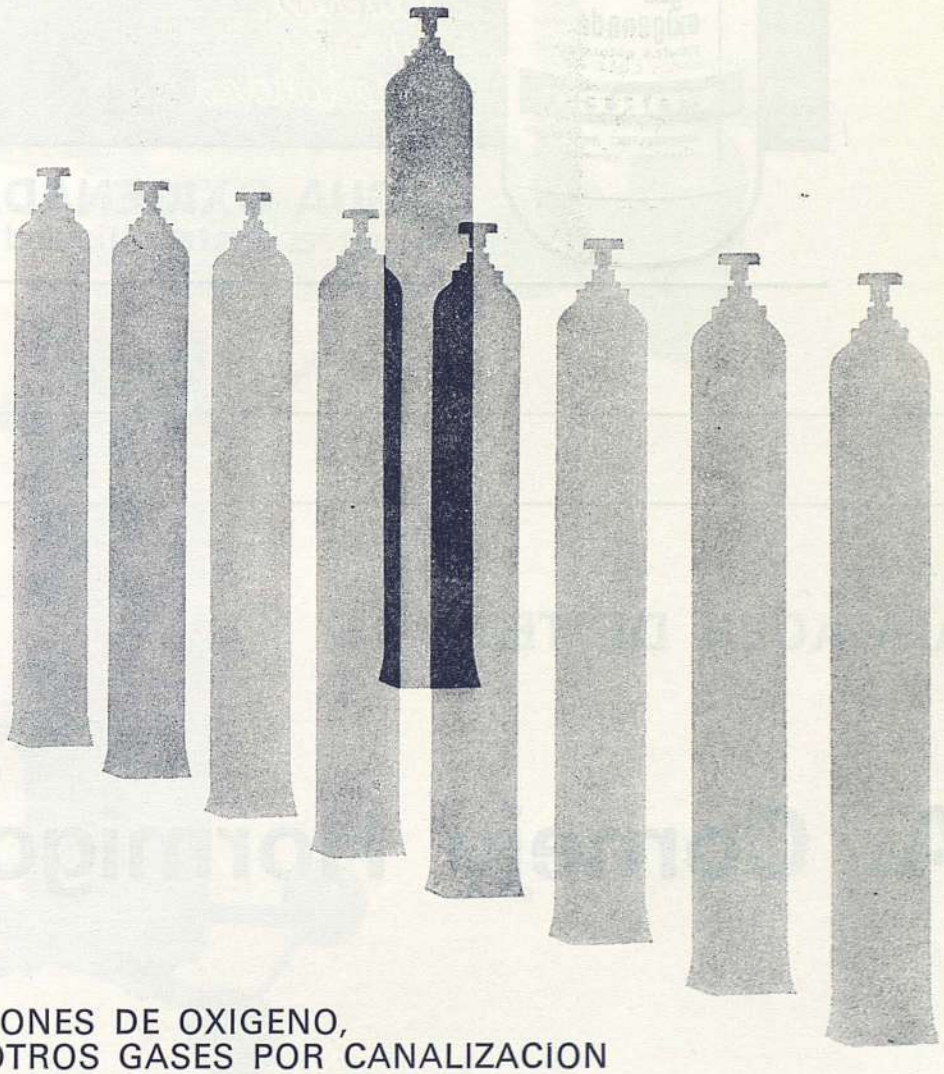
Jesús y María 6 - Teléfono 247 42 08 / Barcelona 22

Salus Suprema lex est

OXIFAR

OXIFAR, S. A.

Mas de 35 años de experiencia en el campo de la oxigenoterapia garantizan nuestras instalaciones y equipos.



INSTALACIONES DE OXIGENO,
VACIO Y OTROS GASES POR CANALIZACION

BARCELONA (26)
Enamorados, 136
Teléfono *225 82 60

MADRID (4)
Amador de los Rios, 1
Teléfono 419 28 00

ZARAGOZA (5)
Baltasar Gracián, 7
Teléfono *25 72 53

Dirección Telegráfica «OXIFAR»

ALMACEN DE TEJIDOS

A. Cornejo Hormigo

CASPE, 33 B
TELEFS. 302 00 47 - 317 75 49 - 318 12 11
BARCELONA (10)

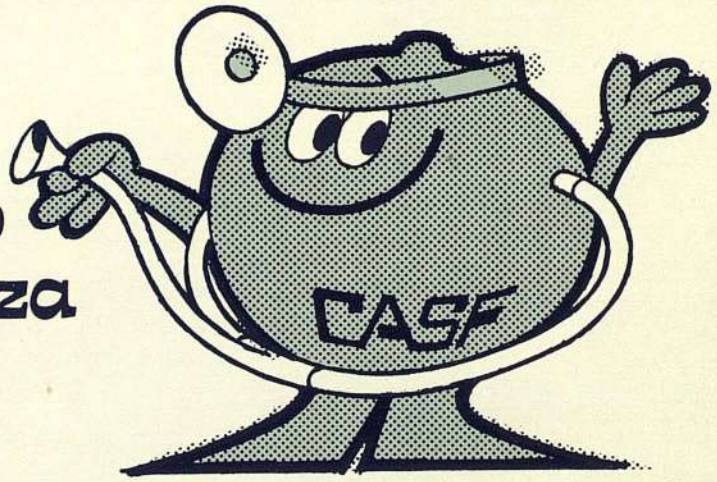
INFECCION HOSPITALARIA
Y
DESINFECCION

KENDERSOL®
MALATRA®

HMS Iberica, S.a.
HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA - La Granja, 8 / Tels. 218 47 55 - 218 47 59 - Barcelona 1

LABOR HOSPITALARIA

nos ha depositado su confianza



CAJA DE AHORROS "SAGRADA FAMILIA"

l'estalvi

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

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

SAN ADRIAN DE BESOS
Carretera de Mataró, 18

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

PREMIA DE MAR:
Avda. 27 de Enero, 132

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

SAN FELIU DE LLOBREGAT
Avda. Marquesa de Castellbell, 116

PRAT DE LLOBREGAT
Coronel Sanfeliu, 79-81

¡Vale más quien sirve mejor!