

LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACION
Y PASTORAL SANITARIAS

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 36. Segunda época. Julio-Agosto-Septiembre 1985
Número 197. Volumen XVII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

José L. Redrado

Redactores

Cecilio Eseverri
Mariano Galve
Miguel Martín
Joaquín Plaza
José Sarrió

Secretario y Administración

José L. García Imas

CONSEJO ASESOR

Francisco Abel
Juan Luis Alabern
Felipe Aláez
Miguel A. Asenjo
Jordi Carulla
Libori Casadella
Rudesindo Delgado
Pilar Malla
María Dolores Muntané
Amado Palou
Francisco Sola
José M.^a Sostres
María Dolores Vázquez

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio de Sa-
nidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8262
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

- 137 EL HOSPITAL COMO EMPRESA

ORGANIZACIÓN SANITARIA

- 138 LA GESTIÓN PROFESIONAL EN LA EMPRESA HOSPITALARIA
Por Francisco Tarragó Sabaté
- 145 CREACIÓN DE UN BANCO DE LECHE MATERNA
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA
Por Patricia Castillo Rivera

POR UN HOSPITAL MÁS HUMANO

- 149 CONFESIONES DE UN ENFERMO
(Tres cosas hay en la vida...)
Por José Manuel Falcón

PASTORAL SANITARIA

- 155 UN BIENHECHOR DE LA HUMANIDAD
El Padre Benito Menni, Restaurador de la Orden Hospitalaria en España
y Fundador de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón
- 159 LAS RELIGIOSAS SANITARIAS DE ESPAÑA: MISIÓN Y COMPROMISO
- 161 EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA
DESDE SUS COMIENZOS

- 179 INFORMACIONES

Números monográficos de Labor Hospitalaria

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD N.º 137 (1971)
- EL ABORTO (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE N.º 171 (1979)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO N.ºs 179-180 (1981)
- PASTORAL SANITARIA (Todos responsables) N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES N.º 194 (1984)

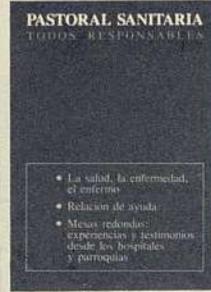


PLANIFICACION FAMILIAR

EMBRION MEDICA, SOCIOLOGICA, PSICOLOGICA Y ETICA



DERECHOS DEL ENFERMO



Pídalos a la dirección de la Revista

Próximo número de *Labor Hospitalaria*

EXTRA SOBRE

EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES

TEMAS:

1. El voluntariado en nuestra sociedad
2. Historia del voluntariado hospitalario
3. Aspectos jurídicos
4. Visión teológico-pastoral
5. Aspectos humanos y psicológicos
6. Aspectos prácticos
7. Documentación de otros países

EL HOSPITAL COMO EMPRESA

En los últimos años hemos visto reiterada hasta la saciedad esta afirmación:

«El hospital es como una empresa».

*Si revisamos las acepciones que de **EMPRESA** nos da el Diccionario de la Lengua:*

«Intento o designio de hacer una cosa».

«Acción ardua y dificultosa que valerosamente se comienza».

«Obra o designio llevado a efecto en especial cuando en él intervienen varias personas».

*Entonces podemos concluir: **EL HOSPITAL ES UNA EMPRESA.***

*Incluso en el sentido menos altruista que en ocasiones se ha querido dar a la empresa hospitalaria hasta se puede aceptar que el **HOSPITAL ES UN NEGOCIO**, si tomamos la acepción que de esta palabra nos da el Diccionario:*

«Utilidad o interés que se logra en lo que se trata o pretende»

*ya que **NEGOCIAR** es también, según el Diccionario,*

«Tratar asuntos públicos o privados procurando su mejor logro».

*Lo que sí hay que desterrar del concepto de hospital es toda acepción que implique la idea de **COMERCIO O INDUSTRIA**, ya que en él no se trata de*

«Intercambiar algo material»

ni de

«obtener, transformar o transportar productos naturales»

*y desde luego debe eliminarse de modo absoluto el concepto de **INTERÉS LUCRATIVO** que muchas veces va unido al de Negocio o Industria.*

*Resulta obvio que toda «acción ardua y dificultosa» requiere **RECURSOS** y, sobre todo, si «en ella intervienen varias personas», requiere **ORGANIZACIÓN** de esfuerzos; y si, como es lógico, en el asunto público que conlleva el hospital «se procura su mejor logro», es indudable que requiere **PRESUPUESTOS Y CONTROL.***

Lo arduo y difícil en la empresa hospitalaria resulta ser la obtención de recursos y el control de los resultados, dificultades que se sobreañaden a las que lleva inherentes toda acción sobre el hombre y su estado de salud.

Pero precisamente por ello no debemos añadir al hospital otras dificultades que conllevaría el olvido del control de la utilización de los recursos obtenidos y de la organización prevista para el mejor logro de sus fines.

*En este sentido los conceptos de **HOSPITAL** y **EMPRESA** vuelven a fundirse.*

LA GESTIÓN PROFESIONAL
EN LA EMPRESA HOSPITALARIAFRANCISCO TARRAGÓ SABATÉ
Catedrático de Economía de la Empresa
Universidad de Barcelona

Las actividades científicas y docentes que, a lo largo de muchos años, viene desarrollando la Dirección de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de Barcelona están incluidas y tratadas en su TALLER DE ENFERMERÍA SJD/82.

Dentro de esta actividad docente y científica están nuestros Cursos sobre Administración de Enfermería, con una duración de 200 horas, y reconocidos por la Universidad de Barcelona.

Con motivo de la clausura del IV CURSO DE ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA, con fecha 22 de noviembre de 1984, nos dio la clase magistral, la última clase del curso, el M. Ilre. profesor Catedrático de Economía de la Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Barcelona. El tema tratado da contenido al presente artículo.

Hoy, en el mundo sanitario español, está demostrado que, entre todos los distintos profesionales de la salud, los de Enfermería por decisión propia y sin apenas ayudas de otros, son quienes más esfuerzo humano y monetario invierten en formarse cara a la mejor gestión hospitalaria y de la sanidad en general. ¡Bueno sería que este derroche de energía humana y crematística rewertiera en una mejor gestión sanitaria, mayor reconocimiento de la profesión enfermera y una más digna retribución económica a sus miembros!

Deseo que mis primeras palabras sean de agradecimiento hacia los organizadores de estos cursos por haberme proporcionado la oportunidad de estar hoy aquí, ante ustedes. Lo cierto es que, cuando se me propuso pronunciar esta lección, me pareció muy sugestivo el tema y, por otra parte, me resultó difícil negar mi colaboración a una actividad que, según sospecho, precisa de otras muchas colaboraciones, todavía.

Deseo, también, advertirles que temo no resultar el conferenciante ideal, pues soy absolutamente lego en materias médicas y de hospitales. Por ello, les ruego me disculpen si no consigo expresarme empleando en cada caso los términos correctos al referirme a aspectos o categorías de su profesión y de su trabajo: **Enfermería**.

A pesar de ello, he aceptado la responsabilidad de comparecer ante este auditorio con la esperanza de no salir de aquí del todo descalabrado, porque el tema que voy a esbozar tiene, lógicamente, muchísimo más que ver con la gestión empresarial que con la práctica de la medicina. Digo que el tema tan sólo lo voy a «esbozar» porque un tratamiento *in extenso* del mismo es absolutamente imposible dentro de los límites de tiempo a los que debo ceñirme (aparte de que para ello podría no ser yo, tampoco, la persona más indicada). Precisamente, espero que —al final de mis palabras— compartan conmigo la conclusión de que sobre este tema no sólo habría mucho que hablar sino, también, mucho que estudiar (investigar) y mucho que escribir.

DEFINICIONES PREVIAS

Ustedes me permitirán que antes de hacer referencia alguna al hospital en concreto, trate de delimitar algunos conceptos y de hacer algunas consideraciones que estimo precisas —con carácter previo— para la mejor comprensión del tema. Comenzaré por tratar de justificar la segunda parte del enunciado de esta charla. Me refiero a la expresión «empresa hospitalaria» que, para algunos, puede parecer incorrecta, inadecuada o injustificada y así sería, en efecto, si entendemos el término empresa sólo como sinónimo de ciertas instituciones dedicadas a los negocios y movidas, principalmente, por el afán de conseguir un lucro privado. Es evidente que —si se entiende el término en este sentido restringido— existirían, posiblemente, hospitales y clínicas a los que se podría calificar de empresas. Pero habría otros muchos que no podrían considerarse como tales.

«Empresa hospitalaria» es una acción ardua y dificultosa que se comienza con resolución y valor.

También: obra llevada a efecto, en especial cuando intervienen en ella varias personas.

Si he creído oportuno el empleo de la expresión «empresa hospitalaria» es, en primer lugar, porque en sus acepciones originarias, la voz «empresa» significa —según los diccionarios y entre otras cosas— «intento o acción ardua y dificultosa que se comienza con resolución y valor», o sea, diría yo, algo que tiene bastante que ver con una aventura arriesgada. Y también: «Obra o designio llevado a efecto, en especial cuando intervienen en él varias personas». Es esta segunda acepción, principalmente —matizada por la primera— es decir: la consideración de la empresa como una aventura colectiva, como un propósito que varias personas pretenden convertir en realidad, siendo solidarias respecto del éxito o fracaso de tal propósito o empeño. Es en este sentido, digo, que podemos considerar el hospital como una empresa. En este sentido, tanto el hospital como cualquier empresa de negocios coinciden en ser «organizaciones».

«Organización», acción y efecto de organizar.

Respecto al término «organización», también nos dirían los diccionarios que significa «acción y efecto de organizar». Aquí nos interesa considerarla como efecto de la acción organizativa. Una organización viene a ser un concepto análogo al de un organismo, que —tratándose de un organismo social— no resulta demasiado fácil de definir. Es más fácil dar ejemplos de organizaciones. Así, podemos decir que una empresa de grandes almacenes, un club deportivo, un ejército, una iglesia o secta, un hospital cualquiera, etc., son organizaciones.

Y podemos afirmar que, aunque la definición no resulta fácil, existe una organización allí donde varias personas desarrollan una acción asociada y coordinada, con el propósito de conseguir un objetivo de interés común.

En otros términos: el ser humano —cuyas capacidades son evidentemente limitadas— ha comprendido desde bien pronto que determinados objetivos inalcanzables o difíciles de alcanzar individualmente, resultarían asequibles o más fáciles de conseguir si eran varias las personas que se lo proponían sumando y coordinando todos sus esfuerzos.

El hecho de ser varios los individuos, hace posible la división del trabajo, con el consiguiente aumento de la eficacia individual, debido a la especialización. Pero, además, la coordinación hace posible la aparición del fenómeno de la sinergia, en virtud del cual el esfuerzo del conjunto es más eficaz que la suma de los esfuerzos individuales.

«Sinergia» es el concurso de varios órganos para el cumplimiento de una función.

El concepto de sinergia —lo mismo que otros que la Administración ha tomado de otras ciencias— procede del campo de la fisiología, donde significa asociación o concurso de varios órganos para el cumplimiento de una función.

En la literatura sobre temas de gestión se le emplea para referirse a la resultante de los efectos combinados de diferentes esfuerzos realizados por una organización. A menudo se ilustra este concepto diciendo que el todo es mayor que las partes, o llamándole «efecto $2 + 2 = 5$ ».

Pero la importancia que encierra la coordinación, como base y fundamento del efecto sinérgico, en las organizaciones, la podemos ilustrar con cierta observación de Napoleón, cuando comentaba un combate sostenido entre la caballería francesa y los mamelucos. Aludiendo a que los soldados franceses eran individualmente más inexpertos que sus enemigos pero colectivamente más disciplinados, decía Napoleón que «dos mamelucos superaban a tres franceses; cien mamelucos igualaban a cien franceses; trescientos franceses superaban usualmente a trescientos mamelucos y mil franceses superaban infaliblemente a mil quinientos mamelucos»¹.

IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN

Quede claro, pues, que el efecto de sinergia se produce en las organizaciones gracias a la coordinación existente entre los diferentes elementos humanos y medios materiales que las componen. Sin embargo, esta coordinación no suele producirse de forma natural y espontánea. Lo más frecuente es que los diferentes agentes de la organización, es decir, los individuos que la componen no sean exactamente conscientes de la importancia de la coordinación; incluso que pierdan de vista el hecho de que sus fines individuales particulares se verán cumplidos en la medida

en que se cumplen los fines de la organización. Sucede, sobre todo en las grandes organizaciones, que los individuos pueden perder la visión de conjunto y suelen olvidar que el cumplimiento del objetivo de la organización constituye un medio y condición previa para que puedan alcanzarse sus objetivos particulares.

En consecuencia, la coordinación de las diversas acciones individuales no se da espontáneamente y es preciso «provocarla», definiendo concretamente las tareas que cada individuo deberá desarrollar, las relaciones de cooperación o de dependencia que deberá mantener con los restantes individuos y las sanciones a que se expone si no cumple a satisfacción con sus deberes. De ahí la importancia que en toda organización corresponde a la institución de la autoridad.

Con todo lo expuesto, ha de quedar suficientemente claro que el hospital es una organización y que los elementos esenciales que definen a las organizaciones, son:

- 1.º La existencia de un fin u objetivo común.
- 2.º El tratarse de un conjunto de elementos humanos y de medios instrumentales.
- 3.º El desarrollar una acción o esfuerzo combinado.
- 4.º El tener establecido un sistema de dependencias y de relaciones que asegura la coordinación.

PROBLEMÁTICA INTERNA Y EXTERNA QUE INCIDE EN LOS OBJETIVOS

Debo, ahora, subrayar que a la consecución de los objetivos comunes suelen oponerse dificultades u obstáculos tanto de orden interno como externo. Los problemas internos a resolver son no sólo los de índole técnico-organizativa sino los derivados de las características psicológicas y sociológicas de los elementos humanos, cuyos esfuerzos han de converger hacia unos mismos objetivos. Tales elementos no sólo presentan características individuales distintas sino que suelen pertenecer —simultáneamente— a más de una organización (el hospital, un partido político o sindicato, una determinada iglesia o secta, un club deportivo, etc.).

En consecuencia, frecuentemente se da el caso de que sus escalas o jerarquías de valores no coincidan o incluso se opongan, total o parcialmente a los objetivos unitarios propuestos, con lo que resulta que el peligro de descomposición o desintegración interna se halla siempre presente.

De ahí la creciente importancia atribuida a:

1. La motivación del personal, en aras a conseguir una integración libremente asumida.
2. Al ejercicio de la autoridad, calificada por algún autor de verdadero pegamento para mantener unida a la organización.

En cuanto a los problemas de orden externo, son los derivados de la posible inadaptación de la organización

al medio ambiente o entorno que la rodea. Puesto que el entorno es dinámico, toda organización (empresa) no sólo ha de ser compatible con el mismo sino que debe adaptarse a sus cambios, de lo contrario acabará desapareciendo. El entorno ejerce, pues, sobre las empresas (y sobre las organizaciones en general) una presión —llamada «de mutación» por algunos autores— que las obliga al cambio adaptativo.

Por otra parte, incluso sobre las organizaciones empresariales adaptadas ejerce otro tipo de presión —que podemos llamar «presión de selección»— el cual se manifiesta favoreciendo y premiando con el éxito a las organizaciones que tienen un comportamiento adecuado y penalizando e incluso eliminando a las que se muestran ineficientes o ineficaces.

Ambos tipos de presiones se hacen sentir con más fuerza en épocas de crisis, cuando las condiciones del entorno se hacen más difíciles.

Llegados a este punto, ya no considero preciso insistir demasiado en que un hospital es una organización, y, precisamente, un ejemplo de organización verdaderamente compleja, dada la gran diferenciación de actividades y de categorías profesionales que en él se advierten. Por un lado está el cuerpo médico, propiamente dicho y, por otra parte, el cuerpo de enfermería. Ambas profesiones, con sus diferentes especializaciones y jerarquías, son, ciertamente, importantísimas, indispensables, hasta el punto de que, faltando cualquiera de ellas, sería imposible la existencia del hospital.

Pero también son advertibles (en el hospital) actividades que tienen más que ver con la hostelería que con la medicina. Estas actividades —consistentes en el alojamiento y manutención de los pacientes— y el personal encargado de desarrollarlas, también son imprescindibles, del mismo modo que resultan imprescindibles —más que en ningún otro tipo de organización— las actividades y el personal de limpieza, lavandería, esterilización, etc., sin olvidar las funciones de tipo financiero-contable, de relaciones públicas, etc., sin las cuales el hospital no podría subsistir.

INFLUENCIA DEL ENTORNO

Les decía que sobre estos aspectos no pensaba insistir y me conformo con tan sólo haberlos apuntado. En cambio, me propongo insistir un poco más en la importancia o influencia del entorno respecto de los fines y funciones del hospital, advirtiendo que la tecnología también forma parte del entorno, al cual he dicho —hace pocos instantes— que toda organización debe adaptarse.

Tal como nos recuerdan Kast y Rosenzweig², desde sus orígenes y durante muchos siglos el hospital fue una institución de caridad, destinado a ofrecer albergue, más que curación, a los enfermos pobres. Esto era así debido fundamentalmente a dos razones:

- 1.^a Porque el estado o nivel científico alcanzado por la medicina permitía que al enfermo se le atendiese en su propio domicilio (o en la consulta privada), para lo cual el arsenal tecnológico que precisaba el médico solía caber —sobradamente— en su característico maletín negro.
- 2.^a Porque —cuando se empezó a dar en ellos algún tipo de tratamiento— las incómodas e insalubres condiciones de los hospitales, hacían que cualquier paciente que pudiera evitarlos procurase ser tratado a domicilio, con lo cual al hospital sólo iban los más pobres.

Pero en nuestros días la situación ha variado radicalmente. Los avances científicos logrados por la medicina y el desarrollo de su tecnología, han convertido en insuficiente al «maletín negro», donde ya no caben los necesarios aparatos de tratamiento, de laboratorio, etc. Por otra parte —y dado el elevado coste de toda esa tecnología y de los elementos humanos que han de aplicarla— ninguna «consulta» privada puede pretender estar a la altura del hospital en medios de diagnóstico y de tratamiento.

En consecuencia, el propio médico privado, que —cuando los hospitales eran simplemente lugares de asilo para enfermos pobres— pudo ser un colaborador a tiempo parcial y a título gratuito —aunque a cambio se beneficiase también de la oportunidad de adquirir una experiencia y entrenamiento que le permitirían mejorar su preparación y su cotización personales— ese médico, digo, se ha convertido, ahora, en «cliente» del hospital, ya que precisa del mismo, en primer lugar, para ciertos aspectos del diagnóstico y, por otro lado, para determinados tratamientos de sus propios pacientes privados. Es decir, que «subcontrata» parte de sus servicios con el hospital.

Es así como el hospital ha pasado, de ser el último refugio para el enfermo pobre, a convertirse en una especie de «taller de reparaciones», donde los enfermos —ricos y pobres— reciben un tratamiento que no se les podría dar a domicilio y donde —en ciertos casos, al menos— el médico privado dispone para sus pacientes de un auténtico «servicio a la carta», si se me permite la misma expresión usada por Kast y Rosenzweig³.

Pero este «servicio a la carta» supone la existencia —en el hospital— de numerosos y heterogéneos especialistas en las más diversas funciones: ya no se trata, sencillamente, de médicos y enfermeras, sino de anestesistas, bacteriólogos, químicos, terapeutas físicos, asistentes sociales, etc.

Por otra parte, el entorno —personificado a este respecto por los poderes públicos, que colaboran, vía presupuesto, al sostenimiento del hospital—, le ha asignado nuevas misiones o cometidos. Por lo menos y fundamentalmente las de docencia e investigación. De tal modo que los grandes hospitales de nuestros días vienen a ser —a la vez que centros de diagnóstico y curación— en parte, al menos, facultades, laboratorios y hoteles. Todo lo cual me lleva

nuevamente a insistir sobre la existencia de una elevada cantidad de agentes o elementos humanos caracterizados por su variedad de funciones, de niveles de preparación y de responsabilidad, y —en definitiva— de posibles intereses y objetivos divergentes o contrapuestos, en mayor o menor grado. El hospital, por tanto, ha crecido en dimensiones, en funciones y en complejidad, a causa de todo lo cual resulta tanto más necesaria la coordinación que —al no producirse espontáneamente— requiere del ejercicio de la autoridad.

CONCEPTO DE AUTORIDAD

Considero convenientemente ahora referirme al concepto de autoridad con un cierto detenimiento. Para comenzar, trataré de distinguir entre autoridad y poder, pues se trata de conceptos que frecuentemente se confunden, incluso entre sus tratadistas. Quiero decir que no están definidos con suficiente claridad, al menos de forma que hayan merecido la general aceptación.

«Poder» significa la posibilidad de hacer algo o de obligar a otros a que hagan algo.

Para mí, el «poder» —al menos en el sentido que aquí nos interesa— significa, simplemente —aunque nada menos que esto— la «posibilidad» de hacer algo o de obligar a otros a que hagan algo. Esta posibilidad de obligar no la tiene quien quiere sino quien «puede». De modo que el término «poder» —como sustantivo— deriva del verbo «poder». O sea que el tener o no poder corresponde a una situación de hecho, y de ahí que la expresión —ahora tan en boga— de «poderes fácticos» resulte redundante. El poder siempre es fáctico, o no es «poder».

«Autoridad» es la facultad o potestad que tienen ciertas personas de hacerse aceptar por otras.

¿Qué es, en cambio, la autoridad? Para mí, es —esencialmente— la facultad o potestad que tienen ciertas personas de hacerse acatar por otras —es decir, de determinar el comportamiento de otras— cuyo juicio personal sobre la forma de comportarse es sustituido —mediante una renuncia voluntaria— por el juicio ajeno. A mi entender, esto último es fundamental para configurar el concepto de autoridad. Se puede, por ejemplo, obligar a otra persona a hacer ciertas cosas mediante la amenaza, la fuerza, el engaño, el soborno, etc., pero en tales casos, la persona que obedece (por así decirlo) lo hace sin renunciar o abdicar de sus facultades críticas en orden a la elección entre diversas alternativas. En cambio, si renuncia voluntariamente —en todo o en parte— a esa libertad de elección, es entonces cuando se coloca en una situación de subordinación ante otra persona, que ejerce sobre el subordinado algún tipo de autoridad. Digo «tipo de autori-

dad» porque ese sometimiento voluntario puede tener diferentes causas y orígenes y, por tanto, podemos referirnos a distintos tipos de autoridad.

AUTORIDAD DE POSICIÓN

Supongamos que cierta persona que ocupa un importante cargo oficial y del que depende la concesión o denegación de determinadas autorizaciones, tiene la costumbre de pasar todos los expedientes de solicitud a un determinado ayudante-consejero (para que los estudie e informe) y, luego, de seguir al pie de la letra las recomendaciones de este ayudante. Si esto es sabido por los peticionarios, cualquier indicación o consejo ofrecido por el ayudante a uno de éstos equivale, prácticamente, a una orden. De esta forma, resulta que el ayudante es acatado, pues, porque disfruta de lo que podríamos llamar una «*autoridad de posición*», en razón de que tal «*autoridad*» es debida (o deriva de) su proximidad al ente decisorio.

AUTORIDAD TÉCNICA

La autoridad puede ser debida, en cambio, a las cualidades personales de quien la ejerce. Se da este caso cuando determinada persona es reconocida y admirada por su inteligencia y, sobre todo, por sus conocimientos o sabiduría en una determinada materia. Se dice, entonces, que esa persona «es una autoridad en medicina cardiovascular o en cuestiones bancarias», por ejemplo, y se está dispuesto, sin dudarle, a aceptar sus juicios y aceptar sus recomendaciones y consejos, cuando se trata de aquella materia. A este tipo de autoridad podemos denominarla *autoridad técnica o de competencia* o de conocimiento (de sapiencia, según otros).

AUTORIDAD ÚLTIMA

Se puede emplear la expresión autoridad última para referirse a la fuente originaria o más remota de la que deriva la facultad para realizar ciertas acciones. Así, por ejemplo, el derecho divino de los reyes —en determinadas épocas históricas— o la soberanía popular, en épocas más recientes, han significado que la autoridad última —de la que se derivaba la de los gobernantes— residía en Dios o en el pueblo, respectivamente.

LA AUTORIDAD LEGAL

Finalmente, frente a la autoridad personal, a la que hemos llamado técnica, de competencia o de conocimiento —que es aquella que se deriva de las cualidades, la capacidad, la experiencia y la preparación de la persona—, podemos situar la *autoridad legal o institucional*, que será la conferida a una persona por las personas o instituciones a las que se reconoce potestad para conferírsela.

JUSTIFICACIÓN Y NATURALEZA DE LA AUTORIDAD

Entre los estudiosos que se han ocupado del tema existen gran variedad de aportaciones sobre la justificación y naturaleza de la autoridad. Sin pretender ser exhaustivos y siguiendo a Zerilli⁴, podemos citar por lo menos cuatro grandes concepciones al respecto. *La concepción tradicional o institucional entiende que la autoridad tiene su origen en la cúspide de la jerarquía organizativa, de manera que emana de arriba hacia abajo, mediante un proceso más o menos largo de delegación.* Puesto que en la cúspide de la jerarquía organizativa, más que las personas, se suelen encontrar ciertos valores o instituciones, en el caso de la empresa, por ejemplo, nos hallamos —en primer lugar— con la institución del derecho de propiedad, entendido como «el derecho de gozar y disponer de una cosa, sin más limitaciones que las establecidas en las leyes». En una empresa el titular de este derecho será una persona, natural o jurídica o un grupo de individuos o, tal vez, el Estado. Pero, salvo que se trate de un propietario individual que dirija personalmente la empresa, estos propietarios delegan el ejercicio de su derecho a disponer en otras personas, las cuales —a su vez— tal vez delegarán parcialmente en otras y así sucesivamente, según las dimensiones y complejidad de la empresa. Según esta concepción, por tanto, la autoridad deriva del derecho a utilizar y dirigir los recursos de la empresa, lo cual supone, por una parte, el derecho a tomar ciertas decisiones respecto al empleo de tales recursos, para alcanzar los objetivos de la empresa (objetivos fijados o aprobados por los propietarios), pero implica, por otro lado, la existencia de un poder de acción y de mando, con el cual se asegure el cumplimiento de tales decisiones. *La concepción funcional, en cambio, niega que la autoridad sea un monopolio legítimo de quien se encuentra en el vértice de la jerarquía, y que sea él quien la distribuye a los distintos puestos subalternos mediante el proceso de delegación.* Sostiene, por el contrario, que la autoridad nace del tipo particular de trabajo desarrollado y de las decisiones que el trabajo exige. Es decir, que el contenido y las limitaciones de la autoridad asociada a un determinado cargo o puesto de trabajo dependen de la función a desempeñar por quien ocupe tal puesto y no de un proceso de delegación. Así, por ejemplo, la autoridad de un jefe de taller variará según que —debido a las características del trabajo que se realice en el taller— la función del jefe consista en dirigir y controlar estrechamente a sus hombres o se limite a ayudarles con sus consejos, porque el trabajo esté determinado y controlado por la cadena de montaje. *En cuanto a la concepción conductista o del comportamiento, la autoridad surge o emana no de una legitimación legal o de la función desempeñada sino de la aceptación de los subordinados.* De manera, pues, que la autoridad, en vez de ser delegada desde arriba, es conferida desde abajo y que un determinado jefe tiene más o menos autoridad en la medida en que sus subordinados estén dispuestos a acatar y ejecutar sus decisiones. *Finalmente, la concepción integradora trata de conciliar en una construcción conceptual única los diferentes aspectos de las tres posiciones indicadas.* Según esta posición, la autoridad es entendida como un

derecho de decidir y de actuar (derecho que podrá tener sus orígenes en las instituciones sociales o en la función desempeñada) el cual debe ir acompañado de un poder y un consentimiento conferidos desde abajo.

Así es como se realiza una armonización o integración de los principales elementos de las tres concepciones precedentes. De modo que cuando se habla de autoridad jerárquica, oficial, formal o legal, se está haciendo referencia a la concepción tradicional o institucional; si hablamos de autoridad personal nos estamos acercando a la concepción conductista, pero no debemos olvidar que la autoridad personal está constituida, en gran medida, por la función desempeñada y por la forma y eficacia con que el sujeto la desempeña.

A la luz de cuanto queda expuesto y siguiendo la concepción integradora, podemos definir la autoridad como el derecho a tomar las decisiones útiles y apropiadas para el logro de los objetivos de la organización y el poder de exigir la realización de las acciones necesarias para dar cumplimiento a tales decisiones. Permítanme subrayar de esta definición sus dos principales aspectos:

1. Derecho a tomar decisiones (sobre el cual volveré más adelante).
2. Poder para exigir que se cumplan.

Para esto último, es decir, para «hacer que los demás hagan» lo que el jefe haya decidido, no basta con dar órdenes. Mejor dicho, el dar órdenes no es el único medio de «hacer que los subordinados hagan» lo que deben; ni siquiera está claro que sea el mejor medio. Precisamente el jefe puede (y debe) procurar:

- a) por una parte, que sus subordinados precisen una mínima cantidad de órdenes para saber qué es lo que deben hacer y
- b) por otra, que están suficientemente motivados, es decir, predispuestos para cumplir lo mejor posible con sus deberes.

Un buen jefe, por lo tanto, no precisará estar dando órdenes constantemente. Por el contrario, las reducirá al mínimo posible, procurando que cada subordinado sepa en todo momento lo que se espera de él, simplemente porque estén bien definidas las especificaciones de su puesto de trabajo, bien establecidos los métodos operatorios, bien señalados los estándares de calidad y de rendimiento, etc.

En la realidad, los jefes se ocupan con excesiva frecuencia de resolver pegos o dificultades. Pero lo cierto es que un buen jefe elimina un gran número de posibles dificultades porque se anticipa a las mismas, cerciorándose de que las máquinas y herramientas se hallen en buenas condiciones, de que los materiales estén disponibles en el mo-

mento preciso, en el lugar preciso y en la cantidad y calidad precisas, de que las funciones de cada puesto de trabajo o las instrucciones para cada caso particular son correctamente interpretadas y comprendidas, de que los subordinados estén adecuadamente adiestrados para hacer lo que de ellos se espera que hagan, de que los métodos, los tiempos, etc., hayan sido cuidadosamente establecidos, etc.

De modo que un jefe precisará dar tantas menos órdenes cuanto más eficazmente funcionen los servicios de selección y formación del personal y cuanto más perfecta resulte la organización. De ahí que algunos autores —entre los que más recientemente se han ocupado de estos temas— consideren que la más genuina característica del verdadero jefe sea la de ser «constructor de organizaciones» («organization builder»).

Al mismo tiempo, existe un consenso cada vez más amplio sobre la siguiente apreciación: el buen jefe, el jefe eficaz, no es preciso que sea —necesariamente— autoritario; es decir, que posea una personalidad dura y dominante, para que sus subordinados hagan lo que él disponga. Ni siquiera necesita ser muy persuasivo. Es decir, que sus dotes de «persuasión», para conseguir que los subordinados acaten de buena gana sus disposiciones, tampoco pueden constituir la característica más valiosa de un buen jefe.

En realidad —y sin menospreciar las cualidades del carácter o personalidad que indudablemente poseen un valor complementario, de cara al éxito en una función o actividad determinada— la cualidad más estimable en cualquier profesional —y el directivo de empresa debe ser un profesional— ha de ser el conocimiento de su profesión. Esto significa que un general debe ser, fundamentalmente, un buen estratega, al igual que el capitán de un barco debe ser experto en la navegación, etc.

De la misma manera, en una época en que las empresas no pueden ser dirigidas despóticamente, la mejor garantía de que los subordinados acatarán las disposiciones de su superior es el convencimiento de aquellos respecto a que su jefe sabe muy bien lo que se trae entre manos, sabe mejor que nadie qué es lo que hay que hacer. Por lo tanto, anotemos —en relación a la eficacia de los jefes— la progresiva pérdida de importancia —relativa— de los rasgos de personalidad, en favor de los conocimientos profesionales.

LA TOMA DE DECISIONES

Debo, ahora, detenerme todavía un poco sobre el otro aspecto de mi definición de autoridad: *el derecho a tomar decisiones*. Tomar una decisión significa desarrollar un proceso cuyos principales rasgos o etapas consisten en:

- 1.º Detectar o percatarse de la existencia de un problema o conflicto.
- 2.º Analizar el problema.
- 3.º Enumerar las alternativas de solución.

- 4.º Examinar y valorar las consecuencias de cada alternativa.
- 5.º Elegir (seleccionar) la alternativa o solución mejor.
- 6.º Dar órdenes para que se actúe en consecuencia.
- 7.º Controlar la ejecución de las órdenes.

Observen que —en cada una de estas fases— es absolutamente preciso contar con la adecuada información. Hasta tal punto la información va asociada al proceso de decisión, que no son pocos los autores que han podido decir que la decisión consiste en convertir la información en acción. De esto se deduce que el mayor o menor acierto de los dirigentes de cualquier organización, en la adopción de sus decisiones, depende

- del volumen y calidad de la información que reciben,
- de la rapidez y oportunidad con que la reciben,
- de su propia capacidad para saber valorar y utilizar la información.

Todo esto nos lleva, nuevamente, a reiterar la insistencia en la necesidad de que el directivo se profesionalice al máximo posible, ya que —en buena medida— su capacidad para saber utilizar la información dependerá de su grado de profesionalización, es decir de conocimiento de las técnicas de gestión de las organizaciones, así como de su grado de destreza y experiencia en la aplicación de las mismas. Pero la profesionalización o profesionalidad del dirigente influirá, también, en

- el volumen y calidad de la información que reciba,
- en la rapidez y oportunidad con que la reciba,
- en el coste de su obtención,

puesto que él mismo es quien debe «construir la organización», de tal modo que asegure —entre otras cosas— un eficaz y eficiente sistema de obtención y tratamiento de la información.

PROFESIONALIDAD DEL DIRECTIVO

Es en este sentido —de la necesaria profesionalidad del directivo de cualquier organización— en el sentido en que, nuevamente, podemos asimilar o establecer una estrecha analogía entre el hospital y la empresa de negocios, porque es refiriéndose a esta última como más y mejor se han desarrollado —hasta el presente— los métodos y técnicas de dirección de las organizaciones.

Sin embargo, no olvido que un hospital no es una organización cualquiera, ni mucho menos una organización de las más simples. Por el contrario, se trata de uno de los más complejos ejemplos de organización. Por lo tanto, es una de las organizaciones donde más difícil puede resultar la tarea de dirigir, es decir, de coordinar y de decidir. Concretamente, las mayores dificultades para una eficiente dirección del hospital, surgen —a mi entender— al menos por las tres circunstancias siguientes:

- Por una parte, por la dificultad de coordinación de numerosos elementos humanos, con funciones muy diversas y muy especializadas (y afectados, por tanto, por motivaciones e intereses que pueden ser muy diversos, e incluso antagónicos).
- Por otra parte, por la necesidad de adoptar, con alta frecuencia, decisiones singulares; es decir, difícilmente o imposibles de regular por anticipado mediante reglamentos.
- En tercer lugar, por la existencia inevitable de —por lo menos— tres diferentes fuentes de autoridad, con sus correspondientes y frecuentes peligros de interferencia o conflicto en sus respectivas decisiones.

Estas tres fuentes de autoridad son las siguientes:

1. La autoridad legal que corresponde a las personas o instituciones que fundan y sostienen el hospital, lo cual les da derecho a marcar las líneas de orientación general del mismo.
2. Por otro lado, la autoridad de competencia y funcional —que corresponde al personal médico, compartida con el personal de enfermería— a quienes corresponde prescribir y realizar los tratamientos.
3. Finalmente, la autoridad funcional —y también de competencia— que debe corresponder al directivo-gerente, único profesional que tiene más y mejores posibilidades de estar en posesión de una información completa acerca de todos los aspectos del funcionamiento de la organización y que debería estar en posesión de los adecuados conocimientos para ser el más indicado en orden a la adopción de las decisiones de coordinación y de control general.

Pero mientras no se consiga una más perfecta profesionalización de los administradores —por supuesto que a todos los niveles de la jerarquía— y no se dé una mayor aceptación general de la autoridad que les corresponde, es tanto más preciso que la necesaria coordinación se consiga gracias a la voluntaria disposición de los diferentes agentes humanos del hospital a trabajar unidos eficazmente en aras de la consecución del objetivo común. También para esto considero útiles estos cursos, pues han de contribuir a una mejor comprensión de los fines, complejidades y dificultades de las tareas de gestión del hospital y —por esta vía— a que cada uno pueda comprender mejor cuál es el verdadero lugar que le corresponde en la «empresa» hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vid. VOLTES BOU, P.: *La Teoría General de Sistemas*. Hispano Europea, Barcelona, 1978. Pág. 126.
2. KAST, F. E. y ROSENZWEIG, J. E.: *Administración en las Organizaciones. Un enfoque de sistemas*. McGraw-Hill, México, 1979. Págs. 559 y ss.
3. KAST, F. E. y ROSENZWEIG, J. E.: Op. cit. Págs. 561 y 562.
4. ZERILLI, A.: *Fundamentos de Organización y Dirección General*. Deusto, Bilbao, 1979. Págs. 320 y ss.

CREACIÓN DE UN BANCO DE LECHE MATERNA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA

PATRICIA CASTILLO RIVERA

Jefe del Servicio de Dietética del Hospital San Juan de Dios

Interesante experiencia —realidad— donde la técnica y el ingenio lo dicen todo. Por qué es mejor la leche materna; cómo motivar, cómo hacerlo realidad...

Ha despertado últimamente gran entusiasmo en numerosos círculos pediátricos de Estados Unidos y Europa la posibilidad de utilizar leche humana para la alimentación de los recién nacidos de elevado riesgo. Esta tendencia se fundamenta en la idea de que la lactancia materna tiene efectos beneficiosos en el lactante en general; en consecuencia, el recién nacido de elevado riesgo, en el que son frágiles el equilibrio nutricional y las defensas naturales también podría sacar provecho de este complemento biológico. Por ello, numerosos centros médicos han organizado «banco de leche» con el objeto de asegurar las necesidades alimenticias de estos recién nacidos de elevado riesgo.

La mayoría de los argumentos que abogan en favor de la lactancia en general y de la conservación de la leche humana, proceden de estudios recientes, según los cuales la leche contendría factores inmunológicos y nutricionales superiores a la leche de otros mamíferos.

Esta fue la razón que nos impulsó a la creación de un «Banco de leche humana» y en septiembre de 1980 se puso en práctica una idea que veníamos pensando durante mucho tiempo: administrar leche materna a los niños ingresados en la Unidad de Neonatología. Se comenzó con los niños que nacían en la Maternidad del Hospital y más tarde se extendió su administración al recién nacido de otras maternidades. En una primera etapa a los niños se les administró leche de sus propias madres; administración directa en las horas que ésta podía acudir; administración indirecta en la mayoría de las tomas y a los niños que por su patología no están en condiciones de alimentarse directamente, también se les administra indirectamente.

La lactancia materna es superior a cualquier otro sistema de alimentación infantil, porque su composición está perfectamente adaptada a la inmadurez del recién nacido y a su limitada tolerancia a algunos nutrientes, en el transcurso de los primeros meses de vida.

La leche materna constituye, como en todas las especies, el alimento idóneo para el lactante y es capaz de cubrir todas sus necesidades nutritivas asegurándole un óptimo crecimiento, desarrollo y maduración.

Además, la leche materna:



Lactancia materna.

Gráfico I
Comparación entre la composición de la leche humana y leche de vaca

Composición	Leche de mujer (100 ml)	Leche de vaca (100 ml)
Proteínas	1,2 g	3,3 g
Grasas	3,8 g	3,7 g
Lactosa	7,0 g	4,8 g
Cenizas	0,2 g	0,7 g
Calorías/100 ml	67	67

Gráfico II

Composición	Leche materna (100 ml)	Leche de vaca (100 ml)
Proteínas (% del total)		
Caseína	40,0	82,0
Lactoalbúmina	60,0	18,0
Ácidos grasos (% del total)		
Ácidos esenciales (ácido linoleico)	10,6	2,1
Ácidos no esenciales		
Ácidos saturados	46,1	55,0
Ácidos insaturados	37,4	36,9
Minerales		
K	55 mg	136 mg
Na	16 mg	57 mg
Cl	43 mg	103 mg
Ca	33 mg	125 mg
P	15 mg	96 mg
Mg	4 mg	12 mg

- Evita errores dietéticos y sobrealimentación.
- Favorece la higiene, disminuyendo el riesgo de contaminación.
- No se conocen alergias a sus proteínas.
- Su pobreza de sales minerales evita una sobrecarga renal, en un ser con un riñón funcionalmente insuficiente.
- En el plano fisiológico, la superioridad indiscutible de la lactancia materna reside en sus cualidades antiinfecciosas, por las inmunoglobulinas que contiene especialmente la Iga secretora.

Cuando falta le leche materna debe ser suplida por otra cuyas características permita administrarla al recién nacido de forma que éste alcance un normal desarrollo en condiciones lo más similares posibles a las que hubiera tenido alimentándose del pecho materno.

Sin embargo, es lógico que no existan dos especies de mamíferos con los mismos requerimientos para el desarrollo; por esta razón la composición de su leche es diferente. No debe sustituirse solamente una leche por otra.

La más utilizada por el hombre es la leche de vaca. Es bien conocido, no obstante, la diferencia de «velocidad» de crecimiento entre el ternero (que cuadruplica su peso en seis meses) y el niño (que dobla su peso en el mismo tiempo). Al contrario sucede con el crecimiento cerebral. Estas diferencias no son meramente circunstanciales, sino que están estrechamente ligadas con la composición cuantitativa y cualitativa de la leche (gráficos I y II):

1. *Igualdad calórica y de contenido graso.*
2. *Mayor riqueza de lactosa en la leche de mujer.*
3. *Mayor riqueza en proteínas y sales minerales en la leche de vaca.*

GRASAS

La cantidad de grasas de ambas leches es igual; sin embargo, la proporción de ácidos grasos saturados e insaturados y el contenido de ácido linoleico es diferente.

Entre todos los ácidos grasos hay uno que es esencial, es decir, que el organismo no puede sintetizarlo, pero que le es imprescindible para su funcionamiento: el ácido linoleico.

El ácido linoleico juega un papel importante ya que participa en diversas funciones del organismo (por ejemplo, el metabolismo tisular) pero más particularmente en los fosfolípidos, manteniendo la función y la integridad de las membranas celulares y mitocondrias, y también en el sistema hormonal puesto que es el precursor de las prostaglandinas.

Animales sometidos a un régimen desprovisto de ácido linoleico presentan fácilmente trastornos del crecimiento cutáneos y metabólicos. En el lactante se ha observado que un régimen con carencias de ácido linoleico presentan trastornos del mismo tipo. Según trabajos recientes existe una relación entre la composición en ácidos grasos insaturados de la alimentación y el metabolismo de los lípidos del cerebro.

HIDRATOS DE CARBONO

En la alimentación normal del lactante la fuente natural de glucosa y galactosa es la lactosa. El sistema digestivo del recién nacido está capacitado especialmente para la asimilación normal de la lactosa, mediante la adecuada actividad lactácica.

En resumen, hoy sabemos que la lactosa:

- Favorece el mantenimiento de una flora intestinal equilibrada y fisiológica.
- Da origen a deposiciones de reacción ligeramente ácida.
- Esta acidez impide la aparición de eritemas glúteos.
- Facilita la absorción del Ca y del P.
- Es el único glúcido que contiene galactosa, indispensable para la síntesis de los cerebrosidos y para asegurar el buen desarrollo del sistema nervioso.

PROTEÍNAS

Las proteínas son la fuente de nitrógeno en el organismo y están constituidas por aminoácidos. El grupo amino ($-NH_2$) no puede ser sintetizado por el hombre y, por tanto, debe ser obtenido a través de la alimentación. Dichos aminoácidos son esenciales para el cuerpo humano, ya que éste no tiene capacidad para obtenerlos a partir de otros aminoácidos. La transaminación tiene lugar en el hígado, pero los aminoácidos que no pueden ser obtenidos de este modo deben ser aportados con la dieta.

La principal característica que condiciona la bondad de las proteínas viene determinada por su valor biológico, es decir, por su contenido en aminoácidos esenciales.

El valor biológico de las proteínas contenidas en la leche de vaca es similar al de la mujer ya que la caseína como la lactoalbúmina son muy completas. Sin embargo, la digestibilidad es diferente.

La caseína precipita en el intestino del lactante en coágulos grandes, difícilmente digeribles por la baja cantidad de HCl segregado en el estómago del lactante.

La lactoalbúmina es una proteína soluble y es mejor absorbida por el niño; también es utilizada más completamente gracias a su alto contenido de cistina; esto explica la excelente absorción de la leche de mujer.

La cistina es un aminoácido esencial en el recién nacido. La cistina es asimismo precursora de la taurina, un aminoácido que tiene un papel fundamental en el desarrollo del cerebro.

Los aminoácidos consumidos en exceso de la capacidad del anabolismo y degradación del lactante se acumulan en el cuerpo y conducen a la elevación de los niveles de aminoácidos del plasma. El cerebro humano está al nacer en una fase de crecimiento rápido que dura hasta el final del segundo año de vida y un ataque biológico duradero durante esta fase crítica puede tener efectos permanentes sobre la función y mielinización del cerebro. Por esto es importante que la leche tenga una menor cantidad de proteínas como ocurre con la leche humana.

SALES MINERALES

La leche de vaca tiene concentraciones más altas de proteínas y electrólitos que la leche de mujer, en consecuencia, resulta que el organismo se halla ante una mayor carga de solutos (electrólitos y urea) para excretar en la orina. Aun cuando la leche de vaca se diluya con agua y azúcares, la carga de solutos que debe soportar la excreción renal es considerablemente mayor que la proporcionada por la leche humana.

Conociendo la composición de la alimentación en proteínas y sales minerales se puede evaluar la llamada «carga osmolar», es decir, la cantidad expresada en miliasmoles de sustancias que deberán ser eliminadas por la orina.

Se calcula a 4 miliasmoles por gramo de proteína y miliasmol por cada mEq de Na, K y Cl.

La capacidad de drenar sustancias a través de los riñones se expresa en forma de osmolaridad y, mientras el adulto puede presentar una osmolaridad urinaria de aproximadamente 1.500 mOsm por litro, el recién nacido no puede sobrepasar de 450 mOsm/litro. Esto permite comprender en consecuencia la importancia de regular el contenido de proteínas y sales minerales de la leche de vaca.

De esto se deduce que siempre lo más aconsejado para el niño será la lactancia materna en forma directa o indirectamente a través de un «Banco de leche materna».

La administración de leche humana conlleva una serie de problemas que van desde la recogida hasta la conservación y distribución de dicha leche.

FUNCIONAMIENTO DE NUESTRO BANCO DE LECHE

La Unidad de Prematuros envía al Servicio de Dietética a los padres de los niños ingresados para que les informemos de cómo funciona el sistema de recogida, conservación y traslado de leche materna desde sus hogares hasta el hospital.

• Se congratula a los padres por haber decidido alimentar a sus hijos con leche materna, y se les dan a conocer las ventajas de la lactancia materna.

• Se les proporciona la siguiente información:

- a) Alimentación de la madre lactante (gráfico III).
- b) Cuidados que hay que tener con la recogida para no contaminar la leche (gráfico IV) Toda la leche, tanto humana como vacuna, puede constituir para quienes

la ingieran un peligro de contaminación, especialmente si no ha sido recogida con las debidas garantías de asepsia. Lo fundamental es poner a disposición del lactante un producto sano, nutritivo y con todas sus peculiares características. Se recomienda higiene de manos y de pezón, esterilizar bombas saca-leche, etc.

- c) Una vez extraída la leche se vacía de inmediato en los recipientes esterilizados proporcionados por el Servicio de Dietética y se conserva en el congelador casero.
- d) El traslado de la leche desde casa al hospital se realiza en neveras portátiles. La recogida se efectúa diariamente por personal del Servicio de Dietética. Cada biberón va etiquetado con el nombre del recién nacido y número de incubadora. En cada recipiente se coloca el producto de cada extracción.

• Las muestras de leche son objeto de controles bacteriológicos diarios.

En el consumo lácteo surgen dos inconvenientes: uno de naturaleza biológica (nutrición) y otro de origen higiénico (conservación y contaminación microbiana).

La esterilización por calor a 100 grados destruye completamente la IGA secretora y la lactoferrina, la mayor parte de la lisozima y los ligandos para el ácido fólico y la vitamina B₁₂. En una menor proporción destruye las vitaminas hidrosolubles y lipasa dependiente de ácidos biliares. Dicha esterilización destruye asimismo la capacidad de inhibición de «E. coli» *in vitro*.

La pasteurización a 62,5 gramos durante 30 minutos es efectiva a menos que el número inicial de bacterias no exceda de 10/6 ml. La IGA y la lisozima son parcialmente conservadas, pero la lactoferrina es en gran parte destruida. Aunque la mayoría de los factores implicados en la

Gráfico III
Alimentación de la madre lactante

Es imprescindible que toda madre lactante tome diariamente:

- Leche: 1 litro.
- Queso: 50 a 100 g.
- Carnes o pescados: 150 g.
- Huevos: 1 unidad.
- Ensalada (lechuga, tomate, zanahoria, etc.): 200 g.
- Fruta variada: 250 g.
- Verdura hervida o rehogada: 200 a 250 g.
- Leguminosas (judías secas, lentejas o garbanzos): 2 veces por semana.

Se completará la dieta con: arroz, patatas, pan, etc., en cantidad adecuada, pero controlando periódicamente el peso de la madre con el fin de elevar o rebajar las calorías de la dieta si aquél disminuye o aumenta respectivamente.

Alimentos prohibidos: bebidas alcohólicas, té, café, especias y espárragos, coliflor, coles de Bruselas, rábanos, ajos, porque dan a la leche materna un sabor desagradable.

Evitar los alimentos preparados en el comercio porque contienen aditivos, sobre todo: helados, bollería, flanes, yogures, natillas, caramelos, galletas, patatas fritas, conservas y pan de molde o tostado.

Es aconsejable no ingerir medicamentos, por lo que siempre es conveniente la previa consulta al médico.

Consumir alimentos naturales preparados en casa.

Gráfico IV

Normas de higiene y de extracción de leche humana

1. Lavar el pecho con una gasa estéril + jabón (hibiscrub) durante treinta segundos.
2. Aclarar.
3. Volver a lavar con una gasa estéril + jabón (hibiscrub).
4. Abundante aclarado.
5. Secar el pecho *completamente* con una gasa estéril (se precisarán un mínimo de cuatro gasas para cada pecho).
6. Extraer la leche con la bomba saca-leche, diez minutos en cada pecho, cada tres horas. Entretanto, el biberón estará tapado.
7. Vaciar de inmediato en los recipientes estériles el producto total de la extracción, tapar y llevar al *congelador* casero.
8. Traslado diario desde casa al hospital en neveras portátiles.

Desinfección saca-leche: Poner agua al fuego con el saca-leche. Cuando se inicia la ebullición mantenerlo diez minutos. A continuación bajar el fuego durante unos segundos y volver a aumentarlo dejando hervir cinco minutos más.

resistencia a la infección no se ven seriamente afectados por la pasteurización e incluso menos por un congelamiento rápido a menos de 20 grados, los leucocitos se destruyen por ambos procedimientos. La leche humana no esterilizada, fresca, tiene mayor contenido proteico, linfocitos, macrófagos e inmunoglobulinas que las leches tratadas.

Por las razones antes expuestas, nos hemos inclinado por la creación de un «Banco de leche humana fresca» que se consume a las 24 horas de su recogida, sin someterla a procesos de esterilización y pasteurización, sino sólo homogeneizado y mantenida a +2° de temperatura, previo control bacteriológico a su llegada al hospital. De esta manera conserva todas sus propiedades nutritivas y no habría peligro de contaminación.

El Servicio de Microbiología diariamente nos informa después de hacer un cultivo a todas las muestras de leche que llegan al hospital, de cuáles están aptas para el consumo.

Después de esta primera selección tenemos que separar la leche de madre de niño prematuro y leche de madre de niño nacido a término porque su composición es diferente.



Vaciado de la leche materna del biberón de extracción al recipiente de homogeneización y mantención a 2°.



Extracción de la leche materna del aparato homogeneizador, al biberón que será ingerido por el niño.

Cuando la donación de leche es de madre de niño no prematuro debe ser enriquecida con 1 g de hidrolizado de albúmina por 100 cc, para alcanzar la cantidad adecuada de proteínas de 3,5 g × kg de peso y día y suplementarla con 1 mEq de K, 3,3 mg de Mg y 9 mg de P, con el objeto de mantener unos cocientes de K/N, Mg/N y P/N adecuados.

La cantidad de leche materna que se recibe diariamente oscila entre 1.000 y 1.500 cc. Hasta la fecha hemos recibido 2.500 litros de leche materna.

La leche se mantiene en un aparato en el cual sufre una manipulación mínima, la homogeniza, al removerla continuamente, y la mantiene a +2° de temperatura. El contenedor es plástico, dato importante a tener en cuenta, ya que el cristal reduce notablemente el número de leucocitos, debido a que los macrófagos tienden a adherirse a la superficie. Por este motivo los biberones que utilizamos en la leche materna también son de plástico.

La donación de leche es tan importante como la donación de sangre. Las madres que pueden ser donantes de nuestro banco son las que segregan mayor cantidad de leche que la que su hijo ingiere o lo tengan ingresado en alguna maternidad. Generalmente la madre acude a dar la leche en alguna toma, pero en la mayoría de las tomas se tiene que extraer la leche y ésta se desperdicia, o que por su patología o intervención quirúrgica, momentáneamente el niño no pueda ingerir la leche de su madre. A todas ellas hacemos una llamada para que se pongan en contacto con el Servicio de Dietética de nuestro hospital y logremos así que un mayor número de niños se beneficie con la lactancia materna.

Por un Hospital más humano

CONFESIONES DE UN ENFERMO

(Tres cosas hay en la vida...)

JOSÉ MANUEL FALCÓN

Zaragoza

Licenciado en Filosofía y Letras, antiguo montañero, espeleólogo, esquiador y paracaidista; hoy José Manuel es un inválido que lucha por la vida, que reivindica, que no se agarra a lo fácil, que lucha para descubrir que la vida es bella y que lo difícil no le asusta.

Diciembre de 1973. Voy a cumplir 19 años. Mi nombre es José Manuel Falcón. Me encuentro con un grupo de amigos en Candanchú, practicando un cursillo de escalada en hielo. Hace ya unas semanas que, cuando salgo al monte, noto un cansancio mayor de lo habitual; no le he dado mayor importancia y tiendo a creer que el tabaco es el culpable de mi baja forma. Tengo que tomar definitivamente la decisión de no fumar, pues además tampoco dependo tanto del vicio. No bebo alcohol, desconozco absolutamente qué es una mujer y practico todos los deportes que puedo y que me ponen en contacto con la naturaleza: escalada, travesías de montaña, espeleología, esquí, etc.

A medida que pasa el día, en el bellissimo marco de las montañas nevadas mi fatiga aumenta; me siento bastante fastidiado de ser el que peor aguanta la marcha, mientras algunos compañeros me dedican sonrisas burlonas. Finalmente me caigo, torciéndome la rodilla, por una pendiente nevada. A la vuelta de Candanchú, mi amor propio me impide pedir ayuda a los compañeros, con lo que consigo quedarme solo a un par de kilómetros del pueblo. Afortunadamente, otro grupo de compañeros me recoge y acompaña hasta el autocar. Ese día reflexionaré sobre la tan cacareada solidaridad de los alpinistas y llegaré a la conclusión de que la competición ha superado al compañerismo. No es, sin embargo, un duro golpe; ya me recu-

peraré. Todavía no sé que estoy sufriendo los primeros síntomas de una enfermedad terrible, con un nombre que todavía tardaré en escuchar. Esclerosis múltiple en placas. Después de 18 años bastante felices y sin graves problemas voy a descubrir que en la vida hay tres cosas fundamentales. Voy a saber lo que vale un peine.

SALUD

Los síntomas de la enfermedad han comenzado por una fatiga inusual, que he descubierto pronto gracias a mi actividad deportiva. Debido al accidente en Candanchú comienzo a acudir al médico del seguro, que simplemente me receta alguna pomada y me aconseja el uso de rodilleras. Pasan varios meses y los síntomas no remiten y, además, siento una cada vez mayor descoordinación de las piernas; a veces es mayor en la izquierda, a veces en la derecha. Sigo acudiendo al médico. Me receta inyecciones de Verotona y la ingestión de pastillas con vitaminas, pero sigo sin notar ninguna mejoría. Por otra parte, me empeño en seguir saliendo al monte, volviendo de cada excursión cada vez más fatigado.

Aunque todavía no estoy demasiado preocupado, decido acudir a la consulta privada del médico que me atien-

de en el seguro. La Seguridad Social, ya se sabe. El reconocimiento parece completo pero el médico no encuentra ninguna explicación convincente a mis achaques. Por una parte, tengo los reflejos torpes para el movimiento voluntario, por otra tengo hipersensibilidad al martillo y a otros estímulos para comprobar los reflejos involuntarios. Sigo con la Verotona, las pastillas y otros fármacos que no vienen a cuento.

En agosto de 1974 viajo a Dublín, donde encuentro que aumenta mi torpeza y fatiga. A la vuelta a España noto una relativa mejoría, con lo que el médico de turno llega a la conclusión de que el clima húmedo y fresco me sienta mal. Dado que entonces he comenzado las primeras prácticas amorosas, algún otro piensa que el ejercicio sexual es la causa del empeoramiento, por más que yo le jure que no tiene nada que ver.

Dado que en el Seguro hay una mezcla curiosa entre neurología y psiquiatría, el especialista al que acudo da la casualidad de que es psiquiatra. Tras los oportunos análisis, que no demuestran nada, el hombre llega a la conclusión de que lo mío es neurosis y me recomienda la lectura y posterior puesta en práctica de un libro de autorrelajación, con el que me pasaré varios meses de curiosos ejercicios a los que no niego su utilidad en otros casos pero en el mío se revelan absolutamente ineficaces.

Entre tanto, siguen pasando los meses y comienzo a notar torpeza en las manos. Los largos exámenes de la universidad obligan a una escritura desenfrenada para rellenar varios folios en una o dos horas. Descubro que soy incapaz de ello y debo realizar los exámenes siempre de forma oral. Tengo a gala no haber copiado nunca. A la fuerza ahorcan.

Me ingresan en el hospital militar, donde paso una gloriosa noche en compañía de homosexuales.

Así las cosas, llega la llamada a filas. Naturalmente, algo neurosis para salvarme de la mili, con lo que me ingresan en el Hospital Militar de Zaragoza, donde paso una gloriosa noche en compañía de homosexuales y nerviosillos en general. Al día siguiente, el médico militar efectúa un rápido reconocimiento en que comienza a pulsar las teclas que conviene en este caso: examen de fondo de ojo, clonus de lo más aparente y otros síntomas menores. Me firma la inutilidad total, con lo que, por una parte me da una gran alegría y por otra me deja sumido en la duda y la preocupación. No quiere darme ningún diagnóstico, puesto que al día siguiente tengo cita con el neurólogo de la Residencia Sanitaria, más conocida como la «Casa Grande».

Examen rápido, internamiento inmediato a finales de curso y con dos asignaturas sin examinar. Pero, para entonces ya estoy muy preocupado. Ha pasado un año y medio desde que comencé a notar los primeros síntomas y ya va siendo hora de que me entere de qué es lo que me

pasa. Comienzo a pensar que lo mío no es un mal pasajero que no se ha resuelto ya por la incompetencia de algunos médicos.

Serán nueve días de ingreso en los que tengo tiempo para aburrirme como nunca en la vida, en un régimen de visitas controladas y sin ninguna posibilidad de esparcimiento.

Compruebo con fastidio que un hospital no es un hotel y mucho menos si es del Seguro. Punciones lumbares, exámenes esporádicos y, al final, el diagnóstico: Esclerosis. Nunca había oído esa palabreja.

—Doctor ¿significa eso que ya no podré salir a la montaña?

—Hombre, la montaña no lo es todo en la vida.

Me explican en qué consiste la enfermedad y me dan ánimos para el futuro. De las argumentaciones médicas deduzco que la cosa va a ser para toda la vida, pero no va a tener más importancia de la que ha tenido hasta ahora. Por otra parte, las inyecciones de Cortisona provocan una notable mejoría, aunque luego comprobaré que sólo es momentánea. Comienza a hincharse la cara, pues tomo fuertes dosis de Nuvacthen Depot, acompañado de Taurbetina y Valium. Aparte de la cara hinchada y de mear tres o cuatro litros en una noche en los descansos de Cortisonas, mi organismo resiste bien los fármacos. Los familiares de mi novia se maravillan de lo que debe ser mi potencia sexual si se ha de juzgar comparativamente a mi potencia de micción.

Pasan los meses y me encuentro con la carrera terminada y con la enfermedad que sigue progresando, lenta pero continuamente. Los fármacos han perdido su eficacia. Hace tiempo que me he comprado una motocicleta para poder desplazarme, pero incluso así, mi equilibrio es cada vez peor y a veces no puedo ni poner en marcha el aparato. Me ayudo para caminar con un bastón y cada vez es mayor el cansancio y más aparente la debilidad de mis piernas y brazos.

Mi equilibrio psíquico y mi seguridad personal comienzan a verse afectados por primera vez. A la enfermedad se unen otros motivos personales y ya entonces comienzo a buscar otras alternativas a la medicina que conozco.

En una casa de masajes (médicos, por supuesto) paso el aburrimiento leyendo una revista. El ayuno cura, dicen los titulares. Una lectura más atenta me indica que un personaje, en Mallorca, trata a sus pacientes privándoles absolutamente de comida durante 40 días o más. El que dirige la operación se curó a sí mismo por este método. Estaba afectado de Esclerosis múltiple.

Al día siguiente voy a un médico naturópata y le expongo el caso. He encontrado la dirección del mallorquín y comenzaré el tratamiento con vistas a preparar el ayuno

que he decidido. Van a ser seis meses de vegetarianismo total, acompañado de prácticas que calificaré como curiosas, por no emplear otros epítetos peores. En este tiempo descubriré que bañarme en agua fría provoca una mejoría instantánea aunque pasajera. Por el contrario, el sol, el calor, la fiebre o bañarme en agua caliente me dejan rendido de cansancio.

Para hacer el ayuno, me traslado a San Sebastián. He hecho ya ayunos cortos de hasta nueve días, sin sentir ninguna dificultad. Me he mentalizado para resistir al menos 40 días. Cuando llega el día 40 estoy muy ansioso y los nervios me hacen volver a la comida. Sin embargo, no ha sido nada de difícil soportar tan largo tiempo sin probar bocado y aguantando sólo con agua mineral. Es mayor la inquietud y la ansiedad que el deterioro físico. Por el contrario, la espasticidad disminuye casi completamente y me encuentro bien de tono. Hasta el último día conduciré el coche, preparado con mandos especiales, y realizaré visitas a monumentos y otros lugares.

**Por tres veces hago ayuno de 40 días
y en ninguno alcanzo la curación.**

La vuelta a la comida es absolutamente irresponsable: a los cuatro o cinco días me estoy poniendo ciego de mariscos y otros platos en los mejores restaurantes de San Sebastián. Después de las pesadas digestiones, me encuentro mejor que al principio del ayuno, hasta que en una noche revienta un flemón que me ha surgido en esos días y despierto con todos los síntomas que habían desaparecido, además de diarreas y dolor de estómago al haberme tragado el pus sin darme cuenta.

Este primer fracaso, que yo atribuyo a la mala suerte, me anima a repetir la experiencia e inicio un segundo ayuno, coincidiendo con la muerte de mi padre, lo que hace que abandone tras unos treinta días, pues psíquicamente estoy poco preparado y llego a fumar 30 cigarrillos o más cada día en ayuno total.

En mayo de 1979 comenzaré el tercer ayuno, de cuarenta y un días, que tampoco tiene éxito. Los síntomas desaparecen durante el ayuno, pero no la debilidad. Con la vuelta a la comida vuelve a aparecer toda la sintomatología típica.

1979 es un año especialmente duro. Las crisis depresivas son cada vez mayores y llego a intentar el suicidio como única salida. Dos o tres veces estaré al borde de la decisión final. Llego a comprar una pistola para cuando llegue el momento. Afortunadamente las ganas de vivir se imponen y nunca llegaré a poner en práctica la idea que largamente me obsesionaba.

1980 es el año en que me recupero de la inestabilidad emocional y me concedo un descanso en la búsqueda de soluciones, aunque haré intentonas con la acupuntura e incluso haré una visita a Lourdes, yo, que soy un descreído absoluto.

Después del descanso, de nuevo la depresión. En noviembre de 1981 comienzo un nuevo ayuno, que anunciaré además como una huelga de hambre, reivindicando la solidaridad social y atención de la Administración para con los minusválidos. Después de 42 días de ayuno absoluto no he conseguido curarme, pero al menos el Ayuntamiento decide otorgarme una tarjeta de aparcamiento especial para minusválidos y la colocación de señales de aparcamiento reservado para los mismos. Menos da una piedra, pero llegaré a la conclusión de que políticos y burócratas dan muy poquito más.

**Soy un descreído absoluto,
pero hice un visita a Lourdes; comienzo
un cuarto ayuno y anuncio una huelga de hambre,
reivindicando la solidaridad...**

En los últimos meses, a parte de aumentar los síntomas ya descritos, he comenzado a sentir trastornos de garganta tanto a la hora de tragar alimentos y líquidos, como a la hora de hablar, lo que me impide las largas conversaciones a las que soy tan aficionado. Los amigos me llamaban «pico de oro», pero ahora me van a tener que apodar *el silencioso*. También los ojos se ven afectados por una visión doble y dificultad de fijar la mirada en la lejanía, sobre todo en los momentos de mayor cansancio. La búsqueda de medicinas, alternativas o no, ha continuado. He pasado por curanderos, acupuntores, milagreros, homeópatas y como siempre, fracaso tras fracaso.

Finalmente, acaba uno por experimentar consigo mismo. En base a diversas lecturas en revistas de divulgación científica y apoyado en poco conocidas experiencias divulgadas con anterioridad, decido recurrir a inyectarme venenos de efecto neurotóxico un poco a la brava aunque sopesando bien los riesgos; no en vano conozco bien a muchos animales y los he estudiado durante tantos años. Los amigos capturan para mí tres escorpiones. Después de unas 20 picaduras, llego a la conclusión de que los escorpiones aragoneses son maricas o bien que la experiencia no vale para nada. Por cierto, en mi caso, la picadura del escorpión es decepcionante por los pocos efectos dañinos que produce: una quemazón y enrojecimiento local, que desaparece en pocas horas.

**Decido recurrir a inyectarme venenos
de efecto neurotóxico.**

Los amigos capturan una culebra Bastarda: en media docena de intentos, sólo me ha inculado veneno una vez: inflamación local, sin apenas dolor y nada más.

Lo malo de los fracasos es que te agotan la paciencia y cada nueva experiencia supone una crisis emocional mayor o menor, pero crisis al fin y al cabo. Entre tanto, la maldita enfermedad continúa su curso de progreso.

DINERO

Una manera fácil de compensar las deficiencias de la salud consiste, simplemente en tener cuanto más dinero mejor o, en su defecto, alcanzar cotas elevadas de prestigio social que te permitan una vida lo más similar posible a la de una persona normal. Si es por encima de una persona normal, mucho mejor, pues así demuestras una aparente valía que te permite olvidar las deficiencias físicas. En algunos casos, esto lleva a ciertos minusválidos a una actividad febril o a la dedicación a los demás, como una manera de sentirse equilibrados y útiles.

Inconscientemente, quizás esta búsqueda de compensación también me ha llevado a mí al mantenimiento de trabajos o actividades no siempre satisfactorios por sí mismos.

Lo cierto es que el aburrimiento, la inactividad o la apatía contribuyen decisivamente a la depresión y los pensamientos negativos. Sin embargo, nunca ha sido mi amor por el trabajo tan fuerte que buscara en él la solución para mis estados de ánimo. Por otra parte, la tipología de las Esclerosis fomenta un cansancio y una fatiga que no se llevan bien con la actividad excesiva.

La enfermedad comenzó cuando cursaba estudios en la Universidad, al tiempo que trabajaba para pagarme los estudios en actividades altamente insatisfactorias para mi carácter (contabilidad de empresa, clases particulares, clases en academias particulares, etc.). No obstante, en este período la enfermedad no había evolucionado tanto como para impedirme un ejercicio normal de actividades de este tipo, por lo que el equilibrio personal no se veía afectado y más bien era el trabajo poco estimulante y las clases en una universidad en la que era todavía muy fácil pasar los cursos sin apenas estudio, lo que creaba fastidio.

El término de los estudios y el inmediato comienzo de la labor docente en una escuela, coincidieron con una grave depresión, motivada, entre otras posibles circunstancias, por el abandono de mi pareja, el agravamiento notorio en la enfermedad y la crisis familiar producida por el decaimiento de mi padre, afectado de demencia senil prematura.

En estas circunstancias, el trabajo en contacto con los chavales de la escuela no contribuyó, sino todo lo contrario, a mejorar mi estado emocional. La docencia puede ser una experiencia estimulante y gratificadora cuando se ve un resultado en el objeto de trabajo, es decir los niños. Desgraciadamente, éste no suele ser el caso, sobre todo cuando te encuentras con que los estudiantes actuales no se caracterizan por la disciplina, el acatamiento o el interés característicos de la década de los sesenta y principios de los setenta. La frustración típica de muchos profesores se ve acrecentada en los casos en que éstos dependen en cierta manera del alumnado para compensar lo que sienten, como propias deficiencias. Si a esto añadimos la falta de apoyo por parte de algún directivo de la institución, tenemos un cuadro francamente deprimente. Siempre recordaré cuando, necesitado de ayuda para subir las escaleras de la escuela con la silla de ruedas que estrenaba en-

tonces, el director técnico de la misma huía de su despacho para no tener que ayudarme.

Como es lógico en este estado de cosas aguanté pocos cursos impartiendo clases. Me despedí de la escuela, en medio de una crisis depresiva total. Afortunadamente, el apoyo de los que regentaban el colegio me permitió continuar con baja por enfermedad como la única manera de tener ingresos económicos necesarios para ir sobreviviendo.

El descanso profesional sirvió para retomar fuerzas y volver a actividades de trabajo relacionadas con la docencia y en un medio mucho más agradable que las aulas: clases de campamentos de verano, información turística en el parque Nacional de Ordesa, conferencias, clases de institutos, en la Universidad Popular del Ayuntamiento de Zaragoza, etc. Cuando el profesor no tiene que examinar a los alumnos, la relación entre aquél y éstos es mucho más agradable e incluso puede ser lúdica.

La verdadera compensación en mi vida activa no ha sido la profesional, sino la derivada de actividades realizadas por vocación y estímulo.

Siempre me ha gustado la naturaleza y los animales y ya desde niño me afilié a grupos juveniles que fomentaban el estudio de estos temas. Fruto de este interés han sido los amigos más sinceros con los que cuento y la publicación de tres libros además de multitud de artículos y colaboraciones esporádicas en revistas científicas y la enciclopedia aragonesa. Estas actividades unidas a campañas en defensa de la naturaleza y participación activa en el movimiento ecologista han supuesto una verdadera y real inyección de optimismo y ánimo en todo momento, pues al hecho de sentirse no sólo útil, sino prestigiado por la labor se une el contacto con camaradas jóvenes y a los que me siento unido no solamente por la afición a un tema común sino por su amistad y el atractivo de sus caracteres.

AMOR

El capítulo del trabajo, con sus vaivenes, con lo bueno y con lo malo, cuanto más corto mejor. Para el capítulo del amor habría que dedicar miles y miles de folios, pues tengo muy claro que tanto a nivel individual como para toda la sociedad, Amor y Eros son los motores del mundo. Si tuviéramos esto presente, aunque parezca una filosofía fácil, de otra forma irían los asuntos de esta Tierra.

Resulta difícil de explicar las vivencias y reflexiones que sobre este asunto vienen a la cabeza. Sin embargo, para un enfermo como yo soy, el amor, la amistad y el cariño solidario son los factores que mueven a apreciar la vida (como para todo el mundo, pero con mayor necesidad y dependencia de ellos).

Las circunstancias en que se desarrollan los sentimientos afectivos abarcan a todos los ámbitos, pero pueden circunscribirse en torno a tres: el ámbito familiar, el ámbito profesional o el círculo de amistades y el ámbito de la pareja.

En el ámbito familiar es donde más directamente se apoya el enfermo y también donde más egoísta se muestra, donde tiende más a desahogarse y a mostrar sus crisis. Por ello, una familia unida, animosa y, a ser posible, numerosa, son factores que ayudan de manera fundamental a la vida del sujeto.

Tristemente, no ha sido mi caso. Hijo único. Padres ancianos, cincuenta años de edad superior a la mía. Mentalidad de los mismos acorde con su edad y agravada por una historia difícil en la mayoría de sus aspectos. Una dictadura política influye en la mentalidad social, fomentando el miedo, la resignación y la falta de iniciativa, elementos estos claramente negativos para el desarrollo personal y social aunque también contribuyen a un mayor sacrificio y la dedicación típica del sentimiento paterno. *En mi caso, he recibido el cariño inmenso de mis padres pero no la comprensión intelectual y la ayuda moral necesarias ante una situación que les desbordaba.* Por otra parte, la crisis mayor de mi enfermedad coincidió con la muerte de mi padre en circunstancias dramáticas. Es fácil comprender la tragedia de aquel momento: una madre de 73 años, el padre de 71, incapaz de valerse por sí mismo, afectado de una fuerte senilidad mental y sin ninguna institución que lo acogiera. El hijo era yo y ya me van conociendo ustedes.

El resto de la familia residía lejos de nuestro hogar o se inhibía claramente de la situación.

Como es lógico, *el apoyo social y afectivo* tiene que buscarse entonces en el círculo inmediato de amigos. Con el tiempo aprendes a seleccionar entre compañerismo y verdadera amistad y quizás te vuelves más exigente contigo mismo y con las personas que eliges como compañía. Es la única manera de no recibir golpes en una situación de debilidad.

Sin embargo, las amistades, con toda su importancia, no cubren todas las necesidades afectivas y, para sentirse completo, necesitas encontrar lo que se da en llamar la media naranja.

Al no poder practicar los deportes a que estaba acostumbrado, vi cómo el grupo mayoritario de compañeros con los que me relacionaba se iban alejando de mí, con lo que, dado que en la universidad tenía oportunidad de iniciar nuevas relaciones, lógicamente elegí la compañía femenina hasta entonces absolutamente desconocida para mí.

Siempre recordaré la fecha del primer beso y el inmediato enamoramiento.

Enamoramiento típico de adolescente que descubre por primera vez lo femenino.

Cuando me ingresaron por primera vez, los médicos no me dijeron claramente lo grave que podía ser mi enfermedad. Sin embargo, uno de ellos habló con mi novia y le aconsejó simplemente que cortara su relación conmigo puesto que la evolución futura de mi enfermedad podía predecirse como grave. La chica me contó todo esto y dijo

que nunca me abandonaría. Ese día el amor adolescente se transformó en algo muy profundo. Desgraciadamente, más tarde descubriría que las promesas de este tipo sólo tienen valor en el momento en que se dicen. *Dos años más tarde la chica fue incapaz de soportar el curso de la enfermedad. Me dejó.* Con complejo de culpabilidad por su parte y una gran depresión por la mía. Si la persona que yo pensaba que me había querido más en la vida no era capaz de continuar conmigo y con mi circunstancia, estaba claro que yo ya no vendería una escoba en la vida.

Transcurrida la depresión, larga, muy larga, me había vuelto misógino. *Me dediqué a jugar a Don Juan y fuereon muchas las mujeres que rendí y olvidé de inmediato,* utilizando trucos que en el gran teatro del mundo se aprenden fácilmente cuando no hay sentimientos de por medio.

Afortunadamente, tenía que llegar una Doña Inés

En 1980 mi vida se cruzó con una mujer inteligente, madura y que me hizo volver a los sentimientos que yo creía haber olvidado, pero que estaban latentes y prontos a aflorar. El hecho de que ella viviera en Roma, facilitó de alguna manera las cosas. Tenía miedo a enamorarme y por lo tanto no iniciaba relaciones un poco más allá de la amistad más que con chicas que vivieran lejos de donde yo residía. Fue el inicio de algunos veranos locos y de varias amistades, que al contrario que en la etapa anterior, dejaron una huella positiva en mí.

Sin embargo, el miedo al amor todavía continúa. La relación más importante que ahora mantengo la conocí, cómo no, en vacaciones de verano. Fue un flechazo y a continuación, casi dos años de equilibrio sentimental y todo lo que de positivo trae consigo un enamoramiento maduro. La mujer que yo amo vive en Madrid. Yo vivo en Zaragoza. No hay futuro para los dos y el saberlo provoca constantes pensamientos de duda y de frustración. Sin embargo, mientras dura es algo por lo que nunca se darán suficientemente las gracias al destino.

Y ¿AHORA QUÉ?

Mejor que filosofar o hablar simplemente de mis sentimientos, he preferido relatar las circunstancias y acontecimientos que han marcado los últimos diez años de mi vida. Que cada cual saque sus propias conclusiones. Ahora me toca analizar el presente y prever el futuro.

A los treinta años de edad se tiene el cerebro joven todavía. El cuerpo no responde a la juventud e iniciativas de la cabeza. Apetece una gran actividad y te encuentras con que tu estado físico no lo permite. Todo lo contrario. El cuerpo sólo te pide descanso, pereza y apatía. *Cada día es una lucha para no dejarte vencer por la inactividad. Lo fácil, lo más cómodo sería dejarte llevar y perder definitivamente las ilusiones.* Que otros se ocupen de ti. La auto-compasión es una tentación a la que hay que enfrentarse por propia estimación ante uno mismo y ante los demás. Miente quien diga que un minusválido es capaz de superar totalmente sus lacras físicas. Es una utopía por la que hay que trabajar, pero es imposible sin la ayuda de los demás.

Vivo solo con mi madre, de ochenta años de edad. Nuestra situación económica es buena, pues contamos con pensiones del Estado más que suficientes para una vida digna. Soy relativamente afortunado al tener todavía cierta actividad, abundantes relaciones sociales y un cerebro que todavía funciona. Estoy satisfecho de mí mismo, lo que es importante para sobrevivir.

No puedo pensar en estos momentos sino en el futuro. Mi madre es ya demasiado vieja. ¿Qué haré yo cuando ella no pueda valerse por sí misma? Si con todos estos problemas todavía soy afortunado, imaginen la rabia que se siente cuando escuchas historias en que te cuentan cómo un minusválido no ha salido en quince años de su casa. Cuando no tiene medios económicos. Cuando no tiene amigos. Cuando no tiene un lugar en el que acogerse.

El Estado español no mantiene ningún tipo de residencia, que yo conozca para recoger a los disminuidos físicos, uno de los colectivos más marginados y más dóciles: los que han sido educados en el proteccionismo familiar o los que no han sido educados para exigir el derecho a la solidaridad. Bastante tiene aquél que puede vivir con una cierta independencia para luchar y valerse por sí mismo. El colectivo de grandes disminuidos físicos no es un colectivo caracterizado por su lucha reivindicativa. Tampoco puede exigírsele: ni tiene medios de lucha ni la for-

mación necesaria para acometerla, en la mayoría de los casos.

**Simplemente pedimos la comprensión
y la solidaridad. Lo fácil es suicidarse.**

Lo fácil es abandonarse y acabar en una casa de caridad junto a alcohólicos crónicos, indigentes ancianos, epilépticos y disminuidos como uno mismo. Lo difícil es elegir la vida, luchar para descubrir que es bella y que supone una aventura magnífica. Cuando, como yo, no se sabe qué hacer, entre todos los caminos posibles merece la pena elegir el más difícil. Porque me gusta la vida, estaría dispuesto a perderla.

ME OLVIDABA DE LA RELIGIÓN

En mi vida es un capítulo que francamente no he considerado demasiado. Pero comprendo que aquellos que tengan el pensamiento más orientado hacia este factor sienten un mayor alivio y una resignación que ayudan a sobrellevar las cargas que sus enfermedades les impongan. Desde un punto de vista meramente práctico el sentirse religioso merece la pena en estas situaciones.

Revista SELARE

- Al servicio de los Agentes de Pastoral de la Salud.
- Publicación trimestral de los Hermanos de San Juan de Dios, destinada a compartir experiencias, inquietudes y comentarios con los agentes de Pastoral de la Salud a nivel de América Latina.

Dirección: Carrera 8.^a N.º 17-45 SUR
Apartado 40097
BOGOTÁ, D. E. (Colombia)

UN BIENHECHOR DE LA HUMANIDAD

El Padre Benito Menni,
Restaurador de la Orden Hospitalaria en España
y Fundador de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón

I

QUIÉN ES EL PADRE MENNI — PERFIL RELIGIOSO

Benito Menni nació en Milán el día 11 de marzo de 1841. Ingresó en la Orden Hospitalaria el año 1860. En el año 1866 se ordena sacerdote y en enero del año siguiente se le manda a España a restaurar la Orden en su cuna.

Estos son los datos iniciales de una figura que en su beatificación la Iglesia lo reconoce el 23 de junio de 1985 como santo y lo propone al pueblo de Dios para su veneración e imitación. Hombre de una fe profunda y de una fuerza apostólica desbordante. Sus escritos manifiestan cuán imbuido se encontraba de Dios, su vida expresa cómo sabía orientar desde la fe los diversos avatares por los que pasaba.

Italiano, pero afincado en España prácticamente desde los inicios de su vida religiosa. Con un cometido muy concreto para llevar adelante. La Orden de los Hermanos de San Juan de Dios se había extinguido como consecuencia de la ley de desamortización de Mendizábal y él fue el instrumento elegido para llevar a efecto su Restauración.

De principios claros, y con una gran generosidad y entrega. Movidio por el deseo de completar la obra que los Hermanos realizaban con los enfermos y movido también por la inquietud y las aspiraciones de dos mujeres, funda la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón dedicadas, asimismo, a la hospitalidad.

Su vida estuvo siempre en función del hombre enfermo y necesitado. Comenzó su obra al llegar a España en 1867 en Barcelona, con un pequeño asilo en la calle Muntaner donde estuvo 9 años, antes de llevar a efecto su segunda fundación en Ciempozuelos (Madrid), a pesar de que un

espacio de tiempo estuvo por tierras navarras curando a los heridos de la guerra carlista.

Cuando el grupo de Hermanos y Hermanas (fundadas en 1881) fue creciendo, más que trabajar directamente con los enfermos estuvo orientado a la animación de las comunidades que se iban formando y de las obras apostólicas que realizaban, mayoritariamente entre los niños enfermos y los enfermos mentales.

Hombre bondadoso, pero recio y con convicciones profundas. En los momentos difíciles se comportó siempre con gran entereza, confiando en el Padre y asumiendo la dimensión de la cruz que llevó consigo para él las dos arduas tareas de la Restauración y Fundación.

Se dejaba guiar constantemente por el Espíritu y podemos afirmar que en todo momento manifestó su amor a la Iglesia, teniendo muy presentes los criterios que de cara a su misión en España le había dado Pío IX cuando le envió.

En un espacio de 25 años, creó dos grupos de unas 300 personas cada uno, tanto religiosos como religiosas, y personalmente fundó unos 25 establecimientos entre España, Portugal y Méjico.

Su vida acabó en Dinán (Francia) el 24 de abril de 1914. Su espíritu permanece vivo en cada una de las obras que tanto Hermanos como Hermanas tienen abiertas en favor del hombre necesitado.

PASCUAL PILES

Provincial

II LA OBRA SOCIAL DEL PADRE MENNI Y SU INCIDENCIA EN EL CAMPO SANITARIO-ASISTENCIAL



Oyendo todavía en su corazón el eco de las palabras del Papa Pío IX: «Vete a restaurar tu Orden en su misma cuna», llega a España el Padre Benito Menni, el día 6 de abril de 1867. Tiene entonces 26 años y puede parecer demasiado joven para la enorme empresa que debe acometer.

El Padre Menni tiene claro en este momento crucial de su historia, que restaurar la Orden supone dos hechos, ambos importantes y al mismo tiempo complementarios: en primer lugar debe resurgir, recrear la vida religiosa hospitalaria de su Orden toda su potencia de Consagración y servicio; por otra parte, hay que realizar el servicio Apostólico de atención a los enfermos y abandonados, según el carisma de San Juan de Dios.

Cuando el Padre Menni llega a Barcelona, los enfermos abundan en todas las esferas sociales, aquejados de toda clase de dolencias; sin embargo, hay dos sectores que considera más necesitados por el abandono mayor en que se encuentran: los niños con afecciones osteoarticulares, infecciosas y deformantes y los enfermos mentales.

Para niños con este tipo de enfermedades todavía no se ha pensado en establecimientos específicos donde se pueda atender correctamente sus dolencias. Para los enfermos mentales, a los que se sigue tratando como endemoniados más que como enfermos y se les da un trato inhumano, el Estado ha dictado una serie de disposiciones encaminadas a la fundación de establecimientos dedicados exclusivamente a su tratamiento, pero hasta la fecha no se había hecho nada.

Al enjuiciar la obra del Padre Menni, no hay que perder de vista que viene a España a restaurar la Orden Hospitalaria, cuya misión específica es la asistencia a los enfermos, especialmente pobres. No es un capricho de él, dedicarse preferentemente a estas dos clases de pacientes, es más bien el fruto sazonado de su sentido religioso que le lleva a descubrir lo necesario, lo urgente y cristiano que es atender a estos marginados. Así las obras asistenciales que funda el Padre Menni son, con raras excepciones, asilos para niños y casas de salud para enfermos mentales.

HOSPITALES PARA NIÑOS

Unos meses después de su llegada a Barcelona, el Padre Menni hace las diligencias oportunas y alquila una pequeña casa que dispondrá para ser el Hospital-Asilo que se inaugura el 14 de diciembre de 1867, un centro sencillo para 12 camas. Este primer hospital de Barcelona constituye el símbolo de la Restauración y tiene, además, la importante característica de ser el primer hospital infantil existente en territorio español. Posteriormente se trasladó

Barcelona: Arranque de la obra restauradora y fundacional del padre Benito Menni 1867-1985.



AFRICA

- LORENZO MARQUES-Mozambique
- NAMPULA-Mozambique
- NAMAITA-Mozambique
- ALTO MOLOCUE-Mozambique
- QUELIMANE-Mozambique
- ANTONIO ENES (NAUEIA)-Mozambique
- ASAFO-Ghana
- KOFORIDUA-Ghana
- FOSO-Ghana
- MONROVIA-Liberia
- LUNAR-Sierra Leona
- ANGOLA
- NIEFANG (GUINEA ECUATORIAL)

PORTUGAL

- TELHAL
- ANGRA DO HEROISMO
- BARCELOS
- BELAS
- BRAGA
- CONDEIXA-Coimbra
- FATIMA
- FUNCHAL
- LISBOA
- LUZ
- MONTEMOR-O-NOVO
- PAREDE
- PONTA-DELGADA-Azores
- SAN MIGUEL-Azores
- TERCEIRA-Azores
- TRAPICHE-Madeira
- ASSUMAR
- VISEU
- IDANHA

ESPAÑA

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ••••• BARCELONA ••••• SANT VICENTS DELS HORTS ••••• MARTORELL ••••• SAN BAUDILIO DEL LLOBREGAT ••••• MANRESA ••••• CALDAS DE MALAVELLA ••••• ALMACELLAS ••••• GIJON ••••• AREVALO ••••• JEREZ DE LA FRONTERA ••••• CORDOBA ••••• BURGOS ••••• BETANZOS ••••• VIGO ••••• SAN SEBASTIAN ••••• SANTA AGUEDA ••••• GRANADA ••••• BENCILLON-EL PILAR ••••• LEON ••••• ARABACA-Madrid ••••• MADRID ••••• CIEMPOZUELOS | <ul style="list-style-type: none"> ••••• MALAGA ••••• PALMA DE MALLORCA ••••• PAMPLONA ••••• ELIZONDO ••••• NAVAHONDILLA-Avila ••••• MERES-Asturias ••••• PO DE LLANES-Asturias ••••• MALIANO DE CAMARGO-Santander ••••• SANTANDER ••••• CUETO ••••• TAFIRA ALTA-Las Palmas ••••• STA. CRUZ DE TENERIFE ••••• LA LAGUNA-Tenerife ••••• SEVILLA ••••• VALENCIA ••••• VALLADOLID ••••• POZUELO DE ALARCON ••••• SANTURCE ••••• ZARAGOZA ••••• TERRIENTE-Teruel ••••• ALBACETE |
|--|--|

FRANCIA

- PARIS
- PLOUGUERNEVEL
- SAINT REMY
- MARSELLA
- SAINT MARTIN DE SEIGNANX
- DINAN

ITALIA

- ROMA
- VITERBO
- NETTUNO
- ASCOLI PICENO
- ALBESE
- NAPOLES

ALEMANIA

- NEUBURG/DONAU
- GREMSDORF

INGLATERRA

- GUERNSEY
- LONDRES
- DANBURY
- SHENSTONE
- ADDLESTONE

IRLANDA

- CARLOW

HISpanoAMERICA

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • RAMOS MEJIA-Argentina • LUJAN-Argentina • HURLINGHAM-Argentina • BUENOS AIRES-Argentina ••• SUCRE-Bolivia • RIO DE JANEIRO-Brasil ••• DIVINOPOLIS-Brasil ••• SAN PAULO-Brasil ••• PIRITUBA-Sao Paulo, Brasil ••• BOGOTA-Colombia ••• BUCARAMANGA-Colombia ••• CHIA-Colombia ••• LA CEJA-Colombia ••• MANIZALES-Colombia ••• PASTO-Colombia ••• MEDELLIN-Colombia ••• FLORENCIA (CAQUETA)-Colombia | <ul style="list-style-type: none"> • LA HABANA-Cuba • MARIANO-Cuba ••• SANTIAGO DE CHILE ••• VIÑA DEL MAR-Chile ••• LIMACHE-Chile ••• QUITO-Ecuador ••• MEJICO ••• ZAPOPAN-Méjico ••• CHOLULA-Méjico ••• TLALPAN-Méjico ••• LEON-Méjico ••• TLALNEPLANTA-Méjico ••• LIMA-Perú ••• AREQUIPA-Perú ••• CARACAS-Venezuela ••• MARACAIBO-Venezuela ••• MONTEVIDEO-Uruguay |
|---|---|

• HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS



• HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZON DE JESUS



al barrio de Las Corts y allí realiza una gran labor asistencial que irá ampliándose hasta llegar hoy al prestigioso Hospital «San Juan de Dios», emplazado en la Carretera de Esplugas (Barcelona).

A éste siguieron otros hospitales infantiles, tanto de niños como de niñas, fundados también por el Padre Menni: San Rafael (Granada) 1878, San Bartolomé (Málaga) 1883, San José (Granada) 1886, San Juan de Dios (Valencia) 1887, Beata Ana María de Jesús (Madrid) 1888, San

Rafael (Barcelona) 1889, Sagrado Corazón (Toledo) 1889, San Juan de Dios (Gibraltar) 1890, San Rafael (Madrid) 1892.

Denominadores comunes a todos los centros fundados por el Padre Menni son: Una Comunidad Religiosa de Hermanos de San Juan de Dios si el hospital es de niños o de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón para los hospitales de niñas. Estos religiosos atienden día y noche a los niños hospitalizados en sus necesidades asistenciales

y humanas con espíritu de «verdaderas madres», según directrices de su Fundador. Los religiosos desempeñan toda actividad enfermerística del centro y además salen a las ciudades y pueblos a pedir limosna como medio de subsistencia. La atención médica se encomienda desde el principio a famosos profesionales de la medicina.

PROYECCIÓN DEL PADRE MENNI EN LA PSIQUIATRÍA

Paralelamente a la fundación de hospitales de niños, el Padre Menni funda Casas de Salud para la asistencia a enfermos mentales.

En 1877 el Padre Menni funda la primera Casa de Salud para hombres en la Villa de Ciempozuelos (Madrid) donde envía una Comunidad de Hermanos de San Juan de Dios. Posteriormente, en 1881 abre otro centro psiquiátrico para mujeres, también en Ciempozuelos, encargando la asistencia a las primeras Hermanas Hospitalarias por él fundadas. La atención asistencial, que tanto los Hermanos como las Hermanas prestan a los enfermos, se inspira en la caridad cristiana, que se fundamenta en el amor y respeto humanos, como queda reflejado en estas palabras del Fundador tantas veces repetidas: «Tratadlos como a niños y respetadlos como a hombres». «Ellos son vivas imágenes de Jesús».

El Padre Menni siguió su expansión de cara a los enfermos mentales, y a continuación de los dos psiquiátricos de Ciempozuelos fundó los siguientes:

Santa Ana (Osuna, Sevilla) 1883, Manicomio de mujeres (Málaga) 1884, San Vicente Ferrer (Valencia) 1887, San Juan de Dios (Palencia) 1888, Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza) 1888, Casa Salud (Santa Águeda, Guipúzcoa) 1889, San Baudilio (Barcelona) 1895, Casa Salud (Almería) 1897, Casa para epilépticos (Carabanchel, Madrid) 1899, San Martín (Guadalajara, México) 1900, Idanha (Portugal).

Desde entonces hasta ahora la Psiquiatría ha sufrido grandes y profundos cambios; últimamente estamos en una

etapa de gran renovación en muchos aspectos entre los que señalamos los siguientes:

- Disminución de camas hospitalarias.
- Aumento de la plantilla de personal asistencial.
- Renovación y adaptación de las estructuras arquitectónicas.
- Apertura de los centros en el más amplio sentido de la palabra.
- Creación de ambulatorios para atender las demandas de asistencia psiquiátrica de la población y promoción de la salud mental.
- Asistencia post-cura a los enfermos dados de alta.
- Creación de los llamados pisos terapéuticos.
- Apertura del hospital a las características de Centro de Día y Noche.

La obra de Restauración y Fundación del Padre Menni, iniciada en Barcelona, ha tenido una multiplicación, tal como expresamos en el cuadro de la página anterior. Hoy los Hermanos de San Juan de Dios y las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón estamos comprometidos con nuestro trabajo y presencia en Hospitales Generales, Centros Psiquiátricos, Albergues, Centros de Educación Especial (niños deficientes físicos y psíquicos), Residencias Psicogerítricas, y presencia en barrios marginales.

En base a esta realidad vemos que la semilla depositada por el Padre Menni en España germina, crece y se desarrolla con exuberancia, de tal forma que el número de Centros Asistenciales que poseen ambas Instituciones Religiosas puede dar idea de la vitalidad e impulso que el Padre Menni les transmitió y que sus religiosos han sabido secundar.

En fin, a modo de resumen, podemos decir que el Padre Menni supo captar y responder con inteligencia, generosidad y entrega los *signos de su tiempo*. Con sus conocimientos médicos y de organización asistencial transmite el impulso suficiente a sus hospitales para que puedan adaptarse, sin violencias, a lo que la ciencia médico-asistencial nos exige en cada momento histórico.

Hermanas MARGARITA VICENTE
y ROSARIO MARTÍNEZ

LAS RELIGIOSAS SANITARIAS DE ESPAÑA: MISIÓN Y COMPROMISO*

Dada la brevedad y concisión que exige una comunicación, no es posible entrar en antecedentes remotos del sistema hospitalario de nuestro país: período visigótico, España musulmana, y los reinos cristianos peninsulares, por otra parte datos conocidos del respetable público que asiste a este Congreso.

Baste decir, para introducir nuestra ponencia, que hasta la mitad del siglo XIX, la creación de los hospitales es testimonio de una conciencia impuesta por el cristianismo. Los hospitales son regidos por órdenes religiosas y se asiste al enfermo por caridad.

Hechos de diversa índole: política, económica, sociológica y por otra parte el aumento de la eficacia del quehacer médico, surge en toda Europa una gran preocupación por los aspectos sanitarios y de asistencia, que se traducen en considerar a la sanidad como «cosa pública», empezando a ser de interés general su gestión. Como consecuencia de ello, se produce una secularización de las instituciones sanitarias, dándose el paso de un sistema de asistencia de caridad a un sistema de asistencia por beneficencia.

Sin extendernos mucho más en este dato, hay que decir todavía que esta beneficencia, que en España sería pública y privada, la segunda forma dependería, en gran parte, de la Iglesia. Consecuencia de ello, y hasta nuestros días, un buen número de hospitales dependen de instituciones benéfico-privadas.

La existencia de estos hospitales ha venido justificada también, durante mucho tiempo, por la falta de medios del Estado para atender la población enferma, e incluso, por ineptitud de los propios gobiernos para hacer frente a las situaciones de enfermedad.

Hoy salta un fenómeno nuevo: el centro de atención ya no es la enfermedad, sino la salud. Por lo tanto, no es problema simplemente médico, sino cultural, antropológico y profundamente colectivo. De tal manera que se puede hablar de una cultura de la salud, pues se convierte en un área importante de servicio, apetecida por el poder, tanto que puede intentarse una anulación de la iniciativa privada (que no se puede suprimir) con la absorción progresiva, por parte del Estado, de esta parcela de la salud. Así al menos parece ser la voluntad que se descubre en la Ley General de Sanidad.

LA FERS, HEREDERA DE UNA TRADICIÓN HUMANIZADORA

Con la introducción anterior se pretende dejar por sentado lo que va a constituir el tema de esta comunicación:

- Que la FERS es heredera de una *tarea humanizadora de la asistencia sanitaria*.
- Que el proceso de humanización es inaplazable como uno de los medios más importantes para lograr paliar la crisis que padece el hospital, tema que da nombre a este Congreso.

POSTURAS ANTE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Tomando como referencia las palabras de un pensador marxista, Garaudy, diríamos que «*hoy se piensa en el desarrollo no como desarrollo humano, sino como desarrollo científico y técnico en el que el hombre se siente como medio en lugar de fin... la ciencia no puede ser fin absoluto*». Estas palabras nos hacen preguntarnos si no estará en peligro el proyecto humano, toda vez que una cultura materialista cuyo bienestar se basa sobre categorías sociales y económicas, negando al hombre mismo en su espíritu, pueden poner en peligro la humanidad misma.

Así pues, esa cultura de la salud de la que hemos dicho que se podía hablar, de ella se puede decir también que en buena parte es deshumanizante, si logra sólo una tecnificación de un problema vital en el hombre, que es su salud y más aún, como queda dicho, si el mundo de la salud es apetecido como plataforma de poder.

OPCIÓN POR UNA MEDICINA INTEGRAL

Es de elogiar el avance que en este sentido está haciendo el gobierno socialista. Una muestra de ello, entre otras, la encontramos en la Carta de derechos y deberes de los enfermos, así como los servicios de acogida que propicia en determinados centros hospitalarios del país.

Sin embargo, preocupa a la FERS, heredera de una misión humanizadora, que la opción por una medicina integral a la que se tiende, se quede a medio camino.

En el mundo de la salud se dan cita las más claras contradicciones del hombre y de la sociedad. Sabemos todos que la técnica lo mismo sirve para curar que para matar, por lo tanto, los que la utilizamos somos o no conscientes y responsables de cómo la estamos utilizando y para qué. Y desgraciadamente, en cualquiera de los estamentos que prestan servicio al hombre enfermo, conviven juntos personas honradas y personas manipuladoras, profesionales de auténtica vocación, junto a profesionales que utilizan sólo su profesión como un medio para medrar y ganar dinero. Así, la salud pasa a ser una «mercancía» que engrosa los bolsillos de unos pocos que la pueden «vender», mientras muchos carecen de ella o la tienen de mala calidad.

De ahí que, junto a los controles de calidad de la asistencia sanitaria, deban existir controles de calidad de atención humana, sistemas de evaluación del nivel de humanización de un hospital, que responda adecuadamente a la esperanza y necesidades del hombre que hoy sufre.

Esto es una limitación tremenda que aparece en cualquiera de los aspectos de la reforma hospitalaria, de la Ley General de Sanidad: Ponen de relieve verdaderas lagunas en las que se citan la injusticia y la insolidaridad humanas... y todos hemos estado o podemos estar enfermos y exigiremos ser

**El enfoque psicosomático de la medicina,
la atención integral del hombre enfermo,
necesita ser operativo y no quedarse
en una mera exposición de buenos deseos.**

* Comunicación de FERS Nacional al Congreso de Hospitales, Torremolinos (Málaga) diciembre 1984.

**La puesta en práctica de esta opción
tiene su fundamento en actitudes éticas,
exigen un cambio de estructuras.**

tratados como hombres y mujeres en la total integridad de nuestro ser.

A menudo no nos hemos dado cuenta de que el enfermo es el dueño y señor del hospital; se construye para él y por él. Pero el hospital ha entrado en crisis porque ha pasado a ser una empresa que exige a su vez un lenguaje empresarial; y así se habla de «niveles de retribución», de «rentabilidad», de «eficacia», todo ello encaminado a asegurar la economía de la institución; pero no se habla tanto de lograr una atención integral, una humanización que promueva la vida, y si no se consigue curar a los enfermos, porque no siempre está en manos del hombre el conseguirlo, dejarle tener, al menos, una muerte digna y en paz.

Pierluigi Marchesi, Superior General de los Hermanos de San Juan de Dios, concede tan alto valor terapéutico a la humanización, que la ha llamado «fármaco, a veces el mejor que existe en el hospital».

No por oída deja de tener valor la frase de que «no existen enfermedades, sino enfermos», y la medicina y asistencia sanitarias, altamente tecnificadas hoy, corren el peligro de no tener delante hombres enfermos, sino enfermedades, teniendo por tanto ante sí solamente la faceta patológica de la persona, olvidándola en su totalidad: biológica, psicológica, social, cultural y espiritualmente considerada.

El hombre enfermo en el hospital exige respuestas no sólo científicas, sino también humanas.

Es motivo de satisfacción la universalidad de los servicios de salud que se pretenden.

Hay que constatar sin embargo que, en medio de este mundo altamente tecnificado, el sentido del dolor y de la muerte se van convirtiendo en tabúes, cuyas realidades no explican los avances de la ciencia.

Aquí cabe preguntarse: ¿son las estructuras, la técnica lo que deshumaniza el hospital y lo lleva a la crisis? Si hemos dicho que hoy el hospital es una empresa ¿no cabría explicarle a su personal «Técnicas empresariales» que satisfagan y gratifiquen al mismo, poniéndoles en las mejores condiciones posibles para que contribuya a la humanización de su servicio al enfermo?

Esto nos lleva a la *conclusión*: Se impone una llamada a la creatividad. A menudo se ha dicho que el personal sanitario, entre los demás profesionales, es uno de los más humanos que hay. Pero vive en una estructura que cada día tiende más a la eficacia, en continuo contacto con la realidad dura, de las que el hombre huye hoy. Así pues, habría que tender fundamentalmente a:

- Una formación adecuada de las universidades y de las escuelas. No sólo a dotar a los estudiantes de conocimientos técnicos necesarios, sino además de un conocimiento integral del individuo, por tanto no excluyendo ninguna faceta de la persona.
- Una *formación permanente* para mantener, además, el nivel de interés en el propio trabajo.
- Medios de evaluación, de promoción, de incentivación, etcétera.

**La sociedad, los gobiernos, van tomando cada vez
más conciencia de que la salud es un derecho
del individuo y esto es una conquista social.**

- Una atención al desgaste humano de los profesionales en constante tensión: tests psicológicos, de rendimiento, cambios de lugar, etc.

Sin dejar de elogiar de nuevo los *servicios de acogida*, a crear dentro del hospital, se echa de menos y no puede estar ausente que no se habla de un departamento de atención religiosa al paciente, sea cual fuere su credo o confesión.

Concluyendo: se necesita una gran dosis de imaginación para lograr un funcionamiento de alto nivel de un *comité interprofesional* (se dice que hay más de 50 profesiones al servicio del hospital), que sea el techo de esa gran casa en la que el enfermo debería estar lo menos posible: el hospital. Pero mientras haya de estar por necesidad, sienta hacia sí el mayor grado de justicia y solidaridad profesional, el mejor nivel de atención a su persona entera.

La FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE RELIGIOSAS SANITARIAS, heredera de una misión humanizadora, consciente de sus fallos en el tiempo y en el espacio, hace hoy solemne compromiso de seguir revisando y formando su potencial humano de 13.000 Religiosas Sanitarias, a fin de colaborar con la gran empresa a sacar al hospital de su crisis.

Nunca nos hemos opuesto, ni nos opondremos, como es lógico, a los avances técnicos. Creo que una buena prueba de ello, y esto lo podrán decir mejor los profesionales de una cierta edad, ha sido nuestro esfuerzo por una puesta al día desde el punto de vista profesional, así como de un mayor conocimiento de otras ciencias afines al mundo de la Salud como puede ser la Psicología, la Sociología, Terapia Ocupacional, etc.; lo mismo que una buena preparación gerontológica, moral y pastoral, como medios adecuados para atender al hombre enfermo y anciano integralmente, tal como exigen y merecen.

Las 13.000 Religiosas Sanitarias estamos empeñadas en una tarea de búsqueda de medios para atender al enfermo. No nos importa haber perdido protagonismo en el hospital, ello no ha disminuido para nada, sino todo lo contrario, la eficacia a todos los niveles, que intentamos tener, aunque para nosotras la eficacia no es sólo principio que inspira nuestra misión, pero sí un criterio para evaluar hasta qué punto asumimos profundamente nuestro servicio integral a la VIDA del hombre.

Hace algunos años una gran figura, la Madre Susanne Guillemin, la Superiora General de las Hijas de la Caridad, ya fallecida, y a la que muchos de los profesionales presentes habrán citado en sus conferencias y escritos, decía «que si la religiosa de hoy quiere ser fiel al mundo, a Cristo y a la Iglesia, está obligada a pasar

- de una situación de posesión, a una situación de inserción,
- de una actitud de autoridad a un sentimiento de fraternidad,
- de un complejo de inferioridad humana a una franca participación en la vida,
- de una preocupación de «conversión moral», a una preocupación misionera...»

La FERS, las 13.000 Religiosas Sanitarias que la componemos, se somete humildemente a una crítica fraterna de todos ustedes; y no espera acritud, sino justicia con la historia, al mismo tiempo que invita también a muchos profesionales a tener la misma actitud en cada una de sus situaciones, a fin de que entre todos logremos sacar al hospital de su crisis.

EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BARCELONA DESDE SUS COMIENZOS

Octubre 1980 — Octubre 1984

Los Servicios de Obstetricia y Ginecología, con el de Planificación Familiar, constituyen el Departamento de Obstetricia y Ginecología, *Clínica Maternal* del Hospital San Juan de Dios. Desde el inicio de su creación, el Servicio de Planificación Familiar ha trabajado con una capacidad técnica apropiada y unos criterios humanos y éticos que sintetizaríamos en estos rasgos: universalidad, respeto, búsqueda de soluciones personales y concretas, fidelidad al magisterio de la Iglesia, visión personalista de los problemas de la pareja, trabajo interdisciplinar y en equipo y un largo etcétera que nuestros lectores irán captando a lo largo del trabajo que presentamos.

Siete capítulos constituyen los temas que vamos a desarrollar:

- I. Líneas de actuación e ideario del Servicio.
- II. Función de los distintos profesionales.
- III. Revisión de los aspectos sociológicos de las primeras 4.000 historias del Servicio.
- IV. Problemática tratada por la Asistente Social en el Servicio.
- V. Aspectos psicológicos implicados en la contracepción.
- VI. Comentario de una experiencia de 5.000 historias de Planificación Familiar en un hospital católico.
- VII. Características de un centro diocesano de orientación familiar de nivel primario.

El trabajo que damos a conocer ha sido hecho en equipo, coordinado por el Jefe del Servicio, Dr. Francisco Abel. Cada profesional, o grupo del mismo, nos acercan la reflexión desde su aspecto específico: médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, educadores familiares.

En atención a dar al tema una cierta unidad, no significamos el nombre de las personas allí donde concretamente han contribuido, pero las presentamos a continuación de forma global.

Han elaborado el presente trabajo las personas siguientes:

FRANCISCO ABEL, Jefe del Servicio.
SOLEDAD GIMÉNEZ, CONCHITA GIMÉNEZ e INMACULADA MIR, enfermeras.
DOLORES PETITBÓ y CATERINA MUNAR, psicólogos.
CRISTINA BATLLE, asistente social.
CARMEN MENESES y TERESA CABELLO, educadoras familiares

I LÍNEAS DE ACTUACIÓN E IDEARIO DEL SERVICIO

En octubre de 1980 en el Hospital San Juan de Dios se inicia el Servicio de Orientación y Planificación Familiar para prestar una labor asistencial y docente abierta a todos. Las líneas y el ideario que presiden la creación de este Servicio pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- Ofrecer los recursos y colaboración del hospital a la red sanitaria de Cataluña, aportando un competente equipo in-

terdisciplinar al servicio de las parejas y de los individuos que requieran su asesoramiento y asistencia profesional.

- Brindar a individuos y parejas la oportunidad de mejorar los conocimientos que sobre la fisiología de la reproducción resultan imprescindibles para una decisión lúcida en el ejercicio de sus derechos y deberes en el terreno de la procreación.
- Constituir un Servicio asistencial, docente y preventivo a nivel terciario, capacitado para atender los casos de alto ries-

go. Se integra en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, utilizando todos los recursos asistenciales de que el Hospital dispone: Obstetricia, Ginecología, Psiquiatría, Genética, Psicología, Pediatría, Citología, Laboratorio, Secretaría, Archivos, etc.

Cuando las circunstancias lo exigen, se ofrece a los consultantes consejo terapéutico, asistencial social y asesoramiento ético, si se solicita.

Todos los miembros del Servicio: médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales y educadoras familiares, son personas responsables, interiormente motivadas y capacitadas para respetar la decisión lúcida de las personas que vienen a consultar.

De forma detallada las prestaciones que ofrece el Servicio son las siguientes:

- Orientación y docencia en el terreno de la fisiología de la reproducción y contracepción.
- Asistencia ginecológica, indicación y control de anovulatorios.
- Prevención de cáncer uterino y mamario.
- Consejo contraceptivo a las parejas que desean espaciar el nacimiento de un nuevo hijo.
- Atención completa a adolescentes gestantes y en especial a las que ofrecen un elevado riesgo médico, familiar y social.
- Consejo genético.
- Evaluación de situaciones conflictivas de parejas y pistas de orientación para una terapia familiar y conyugal.

La atención personalizada y la docencia ocupan un lugar preferente en la organización del Servicio. A las personas motivadas se las instruye sobre el método sintotérmico.

Una atención especial se dedica a la gestante soltera y adolescente en los múltiples aspectos individuales, familiares y sociales que requiere su situación.

2. IDEARIO

- **El hospital considera** que al margen de antiguos significados y polémicas, el término de planificación familiar indica el derecho que tiene la pareja de tener los hijos que desee y espaciarlos para poder atender debidamente a su educación y formación. En este sentido, la planificación familiar puede comprenderse como

el derecho correlativo al deber de una paternidad responsable.

- **Manifiesta**, como característica esencial de este Servicio, la afirmación de la inviolabilidad de la vida humana desde el instante de la concepción y estima como deber el acogerla, defenderla y asistirle con amor.
- **Afirma** su vocación de servicio integrándose en la red de servicios de salud preventiva, dentro de las áreas de la pareja y la familia prestando una atención especial a aquellas que, por circunstancias diversas, se encuentran o se sienten marginadas socialmente.
- **Quiere actuar** como instancia crítica de estructuras socialmente injustas y ofrecerse como plataforma de diálogo para renovarlas o para ayudar en la creación de otras encaminadas a la promoción de la salud en los sectores marginados de la población.

3. MIEMBROS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Un Jefe del Servicio.
Dos ginecólogos.
Tres enfermeras.
Una asistente social.
Tres psicólogas.
Dos educadoras familiares.

Para efectos prácticos y de fácil comprensión podríamos decir que estas personas actúan en dos equipos, formados cada uno de ellos por un ginecólogo, una enfermera y un psicólogo. Ambos equipos reciben la asistencia de una educadora familiar y una asistente social. El Jefe del Servicio actúa como referencia de los casos que requieren su consulta.

El total de horas de asistencia profesional a la semana son las siguientes:

— Médicos	75 horas (50 horas ginecólogos y 25 horas Jefe del Servicio)
— Enfermeras:	97 horas (una, 25 horas; dos, 36 horas)
— Psicólogos:	50 horas (repartidas entre las tres psicólogas)
— Asistente social:	36 horas
— Educadoras familiares	61 horas (36 y 25 horas)

El Servicio está abierto al público de lunes a viernes desde las 15 a las 20 horas.

II

FUNCIÓN DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES

1. MÉDICOS

El médico tiene la máxima responsabilidad clínica dentro del Servicio jerarquizado. Sus funciones son:

- a) Responsabilidad de la historia clínica y revisión ginecológica.
- b) Consejo reproductivo, prescripción y controles médicos.
- c) Colaboración personal dentro del equipo en las tareas docentes y de investigación.

Los médicos adjuntos del Servicio de Obstetricia y Ginecología cubren las 50 horas semanales de asistencia en el Servicio de Orientación y Planificación Familiar.

El Jefe del Servicio realiza una función de coordinador y atención de casos seleccionados.

2. ENFERMERAS

Tienen como misión la atención integral e integrada de las personas que acuden en solicitud de consulta, además del cumplimiento de cuanto se recomienda en el reglamento del hospital siguiendo su filosofía.

Contenido funcional

- Han de tener un profundo conocimiento de las características anatómo-fisiológicas de los órganos genitales masculinos y femeninos en las distintas etapas del desarrollo humano, así como de la contracepción y esterilización, y sus incidencias patológicas.
- Es conveniente que sepan valorar los signos que indican la iniciación de un estado patológico, no sólo en lo físico, sino también en lo psicológico, sociofamiliar, ambiental, etc.
- Reciben a la persona o personas que han solicitado la consulta, informándoles de los trámites burocráticos precisos en caso de que no los haya formalizado.
- Pueden hacer la anamnesis de la consultante y ponerla al día. Es muy importante este primer contacto de la enfermera con la otra/s persona/s. Primero se debe vigilar que la sala de espera sea lo más confortable posible, y que esta espera no sea muy prolongada. Una vez en el consultorio, el diálogo debe ser abierto, comprensivo y sobre todo tranquilizador y reconfortante. Debe prestar atención a los verdaderos motivos por los que se acude a consulta.
- Si en el curso de la anamnesis se observa cualquier duda respecto de algún método contraceptivo, pueden explicar detalladamente los mismos, con sus ventajas e inconvenientes. Si es preciso se explicará la anatomía y fisiología de los órganos genitales, para la mejor comprensión de los métodos.
- Puede ser que el motivo sea exclusivamente el aprendizaje de los métodos naturales de planificación familiar, ante lo cual la enfermera explicará de la forma más sencilla y a la vez más amplia posible, sin prisas, en qué consisten y cómo usarlos.
 - La temperatura basal (enseñar a tomarla y anotarla, cómo, cuándo, dónde y qué significa el gráfico resultante).
 - El moco cervical (anotar sensaciones, cantidad, consistencia, color).
 - Síntomas pre u ovulatorios (dolor abdominal, tensión mamaria, cefaleas, cambios de carácter, etc.).
- Si el motivo de consulta es la solicitud de esterilización definitiva, se realizará la anamnesis igual que en los demás casos, pero explicando después gráficamente en qué consisten las técnicas de esterilización. La enfermera solicitará de la paciente todos los informes médicos precisos de las patologías que haya expuesto como motivo de la solicitud. A continuación colaborarán con el médico en la exploración físico-ginecológica, después de la cual, de acuerdo con el médico, se la pasará a la consulta psicológica y a la de asistente social. Con estos datos, se citará a la pareja para una entrevista con el Jefe del Servicio, el cual les informará sobre la decisión a la que haya llegado, según los datos del estudio.
- Cuando la consulta sea la de una adolescente, la realizará la educadora familiar. Además de una anamnesis iniciará una pedagogía sexual, que deberá ser amena y actual sin dejar de seguir la filosofía del Servicio de acuerdo a la confesionalidad del hospital.
- Examen clínico-ginecológico:
 - Una vez en la sala de exploración, se explicará a la paciente que debe vaciar su vejiga, recogiendo, si es preciso, la orina en un recipiente para poder analizarla. En caso de que se haya de valorar una incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) el vaciado de la vejiga se hará posteriormente. Eventualmente hacer vaciar el recto. Hacerle quitar la ropa y darle una bata o toalla para que se cubra.

- Valorar y anotar:
 - Aspecto general de la enferma.
 - Talla, peso y tensión arterial.
 - Tipo y desarrollo óseo.
 - Tipo e importancia de las reservas grasas.
 - Aspecto de mucosas, piel y faneras.
- Acomodarla sobre la mesa de exploración ginecológica, deberá extenderse sobre la espalda.
 - Efectuar una primera exploración mamaria y enseñarle la autoexploración:
 - Inspección de piel-pezones.
 - Palpación tumor.
 - Ganglios (axilares, subaxilares, supraclaviculares).
 - En caso de cualquier anomalía en estos signos, hácese notar al médico.
 - Colaboración con el médico en la exploración y visita médica.
- Cuando el método contraceptivo elegido sea el diafragma, la enfermera le tomará la talla o medida del mismo y le enseñará a usarlo, haciendo que la mujer se lo ponga un par o tres de veces, hasta que sepa utilizarlo sin dificultad. En nuestro Servicio la enfermera se capacita para llevar a cabo la citología de cérvix.

Finalmente, señalamos como una tarea importante en la enfermera el estudio y puesta al día de los temas propios de la especialidad.

Enfermera supervisora

Es la encargada de la organización y supervisión del funcionamiento del Servicio. Procura que exista una buena coordinación interna entre cada uno de los profesionales y la labor que ellos realizan y una buena coordinación externa con los Servicios de Admisión, Historias Clínicas, Quirófanos-Maternidad, Hospitalización, Servicios Centrales y Administración.

Funciones que desempeña

- **Programa** el número de consultas y su distribución (horaria, por consultorios, etc.).
- **Se responsabiliza** de las historias clínicas del Servicio y de cuidar que pasen al Archivo Central de historias clínicas.
- **Controla** la recogida de datos estadísticos para el propio Servicio y para la Dirección Médica.
- **Procura detectar** el adecuado trato humano a los consultantes por parte de todo el personal del Servicio.
- **Responsabiliza a su personal** para que cumplan sus funciones específicas.
- **Coordina la programación** de una adecuada formación permanente y continuada del personal y suya propia, ayudando en la organización de la misma a sus superiores.
- **Informa y distribuye** funciones al personal que entra nuevo en el Servicio (suplencias, prácticas, etc.), así como también atiende e informa a las visitas de otros profesionales o personas interesadas en conocer el funcionamiento del Servicio.
- **Procura una adecuada información** a su personal de todas las disposiciones del hospital en general y vela por el cumplimiento de las mismas.
- **Atiende las quejas**, problemas o sugerencias del personal de enfermería, así como del resto del personal y procura dar soluciones justas; pasando el problema a sus superiores si el caso lo requiere.
- **Interrelaciona** los dos turnos de consultas externas de la Clínica Maternal, de momento sensiblemente diferencia-

dos; procura una buena relación y colaboración entre los dos.

- **Es la encargada del seguimiento** y control de las solicitudes de esterilización definitiva. Informa adecuadamente a las consultantes que se les ha aceptado una intervención y hace la programación en admisión para que no hayan de perder tiempo en los trámites burocráticos.
- **Revisa el material instrumental** procurando que haya el necesario en las mejores condiciones.
- **Efectúa periódicamente las peticiones** para reposición del material necesario, de ropería (toallas, batas médicos, etc.), de almacén, farmacia, etc.
- **Controla la limpieza** en general del Servicio.

Además de estas funciones y en la actualidad, realiza las mismas tareas que las demás enfermeras. O sea, durante el horario de tardes:

- Efectúa la recepción de las consultantes.
- Confecciona la historia clínica.
- Informa detalladamente de los métodos contraceptivos.
- Ayuda al médico en la revisión ginecológica (inspección de mamas y explicación para el autocontrol de las mismas, peso, talla, toma de tensión arterial, citología de cérvix, colposcopia y biopsia, si es preciso).
- Pedagogía sexual, etc.

3. PSICÓLOGO CLÍNICO

Nuestro contexto hospitalario

- **Asistencia al núcleo familiar completo**

El Servicio de Orientación y Planificación Familiar del Hospital San Juan de Dios de Barcelona orienta la atención al núcleo familiar completo aunque en la mayoría de ocasiones sea la mujer quien solicita la consulta y quien acude en un principio. Por consiguiente, existe la posibilidad de que también sean atendidos el esposo o los hijos cuando se detecta una problemática, a partir de los datos recogidos, en la detallada historia clínica que se hace a cada paciente. El Servicio recibe también las solicitudes de orientación y asistencia por parte de instituciones que acogen a mujeres solas embarazadas y a madres solteras con sus hijos.

- **Estrecha relación con los ginecólogos y psiquiatras**

El equipo es pluridisciplinar (ginecólogos, psiquiatras, psicólogos, ATS, asistente social y educadoras familiares) y se halla integrado en la Clínica Maternal aneja al Hospital Infantil en el que trabaja un Servicio de Psiquiatría con el cual se mantiene una estrecha relación y del que en la actualidad provienen las psicólogas y los psiquiatras que forman parte del equipo de Planificación Familiar. Este hecho facilita la interrelación psiquiatra-psicóloga tan necesaria en algunos casos.

- **Procedencia de las pacientes**

Las visitas que llegan a la psicóloga han pasado antes por algún otro profesional del equipo (médico, enfermera o asistente social). La petición puede surgir espontáneamente por parte de la consultante, después de haber sido informada de la asistencia psicológica en el Servicio, o bien sugerida por algún otro profesional a partir de los datos de la anamnesis o de la actitud en la entrevista y exploración.

- **Metodología del trabajo**

La práctica psicológica del Servicio se funda en las teorías psicodinámicas. El principal instrumento de trabajo es la entrevista, utilizándose pruebas psicológicas de inteligencia y personalidad cuando el caso lo requiere.

Funciones específicas de la psicóloga

- **Las funciones de tipo asistencial son:**

- diagnóstico
- orientación
- tratamiento.

El diagnóstico y la orientación son las dos funciones prioritarias en cuanto a dedicación. Pueden realizarse en un solo acto clínico o requerir diversas entrevistas. Los tratamientos psicológicos, que consisten en psicoterapias de soporte o psicoterapias intensivas, se realizan sólo en aquellos casos en los que es posible prever modificaciones a partir de las posibilidades de que se dispone, teniendo en cuenta la frecuencia de visitas requeridas y el grado de especialización.

- **Funciones docentes**

Corresponden principalmente a las actividades en el ámbito de educación sanitaria e incluyen también áreas de sensibilización a los miembros del equipo.

- **Investigación**

Elaboración de casuística y análisis de los resultados obtenidos en las actividades efectuadas.

Tarea asistencial en concreto

- **Actividades dentro del equipo**

- En el estudio completo de las consultantes, la psicóloga aporta información con respecto a la situación emocional y relacional, y a la capacidad interna de tolerar los conflictos, con el fin de presentar una visión global de la paciente que facilite la tarea médica y educativa.

- La presencia de la psicóloga en el equipo ayuda a la sensibilización de las dificultades en la comunicación médico-paciente. La psicóloga tiene la posibilidad de recibir y acoger las angustias generadas en el paciente y comentarlas con el equipo para indicar la repercusión que puede tener en el individuo una comunicación aparentemente «banal» desde la perspectiva profesional. Un mismo acontecimiento puede ser vivido de modo muy diferente según la capacidad intelectual y las características personales.

- **Actividades directas orientadas a la consultante, pareja o familia**

Diagnóstico. El proceso diagnóstico puede requerir un estudio psicológico individual y específico de la consultante o de alguno de los miembros de la familia. En general se celebran una o varias entrevistas en las que, a partir de las informaciones recibidas y de las actitudes, se obtiene una perspectiva de la dinámica familiar global. A menudo, la información obtenida por el psicólogo se completa con las aportaciones del psiquiatra del equipo.

Orientación y tratamiento. En el momento de la orientación se tiene en cuenta el motivo de la consulta, manifiesto y latente, la psicopatología actual y los antecedentes; las características psicoafectivas y relacionales y los recursos asistenciales de que se dispone. Los tratamientos que se realizan en el Servicio consisten en psicoterapias individuales y consultas psicoterapéuticas periódicas a las que acuden los hijos y la pareja cuando se considera conveniente.

Son atendidos en psicoterapia aquellos casos en los que la problemática psicoafectiva individual sin ser extraordinariamente grave interfiere de forma acusada en la evolución personal y la convivencia.

Las consultas psicoterapéuticas tienen una periodicidad variable en función del tipo de conflicto y de las posibilidades de elaboración de las pacientes. Se efectúan consultas psicoterapéuticas cuando se pone de manifiesto la necesidad de soporte psicoafectivo en situaciones conflictivas que comprometen principalmente el vínculo relacional.

Cuando uno de los miembros de la pareja o alguno de los hi-

jos presenta una patología mental grave o conductas adictivas, como pueden ser el alcoholismo u otras toxicomanías, son remitidos a los servicios especializados correspondientes.

Intervención de la psicóloga en función del motivo de la consulta. Los motivos más frecuentes de consulta son: las disfunciones sexuales de la mujer relacionadas con los problemas de pareja, y las solicitudes de esterilización definitiva.

El proceso diagnóstico permite observar si el conflicto tiene características individuales y está enraizado en el desarrollo psicoafectivo o bien es el resultado de una falta de comunicación y formación en uno o en los dos miembros de la pareja.

Las deficiencias de información las resuelven en el Servicio las educadoras familiares, las enfermeras o los médicos mientras que la ayuda necesaria para restablecer la comunicación de la pareja corre a cargo de la psicóloga.

Cuando es necesario un tratamiento se siguen las indicaciones mencionadas anteriormente.

Especificaremos con algún detalle la participación de la psicóloga en el proceso de decisión de una esterilización definitiva. Esta consta de los siguientes pasos:

- Estudio de las motivaciones que llevan a uno o ambos miembros de la pareja a tomar esta decisión.
- Valoración de la profundidad del acuerdo entre ellos.
- Valoración de las causas psicológicas que hacen aconsejable este método.
- Previsión, a partir de las características personales, del riesgo que puede conllevar la esterilización en la dinámica individual y familiar.

Por las circunstancias jurídicas, hasta época muy reciente y por la falta de centros oficiales debidamente equipados y subvencionados, el número de peticiones de esterilización que recibimos es muy elevado.

Algunas veces, antes de la intervención, es necesario mantener algunas entrevistas de soporte para ayudar a la paciente frente a las angustias que pueden originarse por causa de la intervención solicitada. Cuando se ha llevado a cabo la esterilización definitiva, se realiza una o varias entrevistas de evaluación del estado psíquico de la mujer.

Tarea educativa en concreto

La psicóloga cuida los aspectos de salud mental de las personas que acuden al Servicio y colabora con el resto del equipo en las actividades de educación sanitaria organizadas por el mismo centro o por otras instituciones.

En general, la colaboración se concreta en charlas y conferencias dirigidas a adultos que están en contacto con niños y a adolescentes y también a los interesados que lo solicitan.

Investigación

El trabajo que, de forma continuada, se lleva a cabo es el de profundización de los conocimientos respecto a la sexualidad de la mujer tanto desde la normalidad como desde la patología. Actualmente está en marcha un interesante estudio sobre la problemática psicológica de la esterilización según nuestra experiencia.

4. ASISTENTE SOCIAL

- Recepción y acogida del usuario y mediante una entrevista clarificar situaciones y descubrir problemas existentes. En esta primera entrevista se establece la principal comunicación sobre la problemática social y familiar que acostumb-

ran a tener la mayoría de parejas y mujeres que acuden al Servicio. Una vez conocida la problemática, se elabora un informe socio-familiar y se orienta al usuario al profesional adecuado.

- Trabajo directo de asistencia a la pareja con tres objetivos principales:

- **Información** sobre aspectos jurídicos, laborales, económicos, subsidios, becas...
- **Orientación** hacia los otros servicios o instituciones que pueden incidir en la solución de problemas surgidos a través de la consulta, por ejemplo: asistentes sociales del barrio donde viven, Centros de Higiene Mental, Asociación de Subnormales, guarderías...
- En este trabajo directo de asistencia habría también que incluir el **seguimiento** posterior de los casos mediante una relación con la paciente y con sus familiares si es preciso.

- Función docente, que el asistente social puede compartir con otros profesionales:

Esta función docente se basa en dar a la pareja información de todo lo que hace referencia al conocimiento de su cuerpo desde un punto de vista anatómico y fisiológico y también, en ocasiones, información sobre todos los métodos contraceptivos, funcionamiento, eficacia, indicaciones y contraindicaciones.

- Función de investigación, consistente en:

- **Recopilación** de las motivaciones, intereses, carencias y problemas de los usuarios.
- **Análisis** de las causas sociales que ocasionan o agravan determinados problemas.
- **Elaboración** de estudios sobre deficiencias de recursos y canalización ante los poderes públicos y privados de las necesidades sociales existentes, a fin de colaborar en la promoción de dichos recursos.

5. EDUCADORA FAMILIAR

La función específica de la educadora familiar es pedagógica, ayudando a las parejas o mujeres que acuden al Servicio a comprender nociones básicas de anatomía, fisiología y métodos contraceptivos con sus ventajas e inconvenientes.

La enseñanza de los métodos naturales de planificación familiar es función especializada de la educadora familiar del Hospital San Juan de Dios. La mayoría de parejas y jóvenes mujeres que acuden con la finalidad de aprenderlos acostumbran a provenir de medios culturales más elevados que la media de la población atendida en el Servicio. En estos últimos tiempos han comenzado a acudir un número reducido pero creciente de jóvenes mujeres cristianas que desean conocer los métodos naturales preparándose para monitoras de los mismos.

Las dos educadoras familiares complementan sus actividades y pueden sustituir a una enfermera cuando sea preciso, tanto por su preparación como por la titulación de una de las educadoras familiares. Una educadora se ha especializado en adolescentes que pertenecen a los estratos más marginados de nuestra sociedad, donde la marginación es pluri-generacional. La labor con este grupo se realiza en parte en el hospital y en parte en el propio ambiente de la adolescente colaborando con Villa Teresita y otras instituciones que solicitan ayudas concretas.

III

REVISIÓN DE LOS ASPECTOS SOCIOLÓGICOS DE 4.000 HISTORIAS DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El período que comprende este estudio se extiende desde el 1.º de octubre de 1980 hasta el 15 de octubre de 1984. En este tiempo se han abierto 4.000 historias clínicas y se ha conseguido, a través de un continuado proceso, una aceptable integración de los distintos profesionales que colaboran en el Servicio: médicos, enfermeras, psicólogas, asistentes sociales y educadoras familiares.

La unificación de las historias clínicas de Obstetricia-Ginecología y Planificación Familiar utilizadas en el Departamento, ha constituido el paso más reciente en nuestro proceso integrador.

Ofrecemos a continuación los aspectos funcionales del Servicio y las características sociológicas de la población a la que se presta servicio.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL SERVICIO

Como ya se ha indicado anteriormente, el Servicio está constituido, nuclearmente, por un Jefe de Servicio, por dos ginecólogos, tres enfermeras, tres psicólogas, una asistente social y dos educadoras familiares.

El trabajo se realiza por las tardes, de lunes a viernes, de 15 a 20 horas (25 horas semanales). Los Servicios de Genética, Psiquiatría, Laboratorio, Secretaría, Archivos, etc., ofrecen una parte de su tiempo proporcional a las demandas generadas por el Servicio de Orientación y Planificación Familiar.

Teniendo en cuenta que tenemos el firme propósito de evitar en lo posible la masificación asistencial, consideramos que la capacidad funcional óptima es de 1.200 primeras visitas anuales y de 3.500 segundas visitas.

Haciendo un balance de los cuatro primeros años, observamos que el número de las llamadas «primeras visitas» se mantiene dentro de unos límites ligeramente inferiores a las posibilidades del Servicio. El número de estas visitas es de 1.000 anuales y en el estudio se corresponden cada mil historias con un año fiscal, es decir, de enero a diciembre, excepción hecha del trimestre octubre-diciembre de 1980 que para efectos administrativos hemos considerado incluido dentro de la estadística general de la Clínica Maternal.

En el período estudiado y que, insistimos, se extiende desde octubre de 1980 hasta el 15 de octubre de 1984, se han visitado también 6.440 mujeres que han pasado la «revisión de cuarentena» post-parto en el Servicio. Se denomina revisión de cuarentena la visita realizada a toda paciente que dio a

luz en nuestra Clínica Maternal aproximadamente 40 días antes. Consideramos como primera visita la atención prestada a una sola persona o pareja y comprende: apertura de la historia clínica y exploración ginecológica a cargo del médico y de la enfermera; la orientación de la pareja según proceda. Cuando se considera conveniente, esta primera visita incluye las prestaciones siguientes: atención psicológica, diagnóstico y consejo genético, entrevista con la asistente social y valoración por parte del Jefe de Servicio quien entrevista a la pareja siempre que lo cree necesario.

Al estar integrado el Servicio dentro de la Clínica Maternal y no disponer de Servicio de Andrología, los varones que requieran una exploración son derivados a un centro especializado.

ANÁLISIS DETALLADO

EN FUNCIÓN DE DISTINTAS VARIABLES

La intención de este análisis es dar una información lo más objetiva posible a nuestros amigos. No pretendemos un análisis riguroso estadístico que exigiría análisis comparativos y una precisa homologación de datos cuando los que poseemos proceden de una muestra parcial de historias elegidas al azar. No estamos satisfechos de la clasificación de los niveles socioeconómicos, ya que creemos que exigirían un mayor rigor pero nos encontramos con limitación de tiempo y medios, cuando no de datos. A menudo la falta de datos proviene de la dificultad en obtenerlos del cónyuge. Recientemente, sin embargo, esta falta obedece a una opción del Servicio que ha renunciado a obtenerlos para lograr una mayor funcionalidad unificando la historia del Departamento. Podemos, con todo, afirmar que allí donde hay un fallo no hemos intentado esconderlo y donde se ha tenido que recurrir a una muestra más reducida que la global lo indicamos. Algunas interpretaciones pueden revisarse, pero hemos ofrecido las que nos parecen más verosímiles teniendo en cuenta el conocimiento del Servicio desde dentro y desde la subjetividad que procura distanciarse en lo posible de la dimensión emocional para alcanzar un mayor grado de objetividad, sin conseguirlo siempre del todo.

NÚMERO DE VISITAS (tabla 1)

El número de visitas ha ido creciendo en números absolutos como puede verse en la tabla 1. El crecimiento, sin em-

Tabla 1

Año	Visitas			% Ingresos pacientes		% Ingresos privados	% O.H.
	Totales	Particulares	Insalud	Particulares	Insalud		
1980*	313	—	—	—	—	—	—
1981	1.403	1.156 (82 %)	247 (18 %)	3,7	8,5	50 %	37,8 %
1982	1.925	807 (42 %)	1.118 (58 %)	3,3	19,5	38 %	39,2 %
1983	3.766	487 (13 %)	3.279 (87 %)	2,7	35,5	10 %	51,8 %
1984	3.477	867 (25 %)	2.610 (75 %)	3,9	43,2**	10 %	42,9 %

* A efectos administrativos este período, oct.-dic. 1980, se incluye en la contabilidad general del Hospital.

** Institut Català de la Salut.

Tabla 2
Procedencia según población

Procedencia	Historias				Porcentaje promedio (%)
	1981	1982	1983	1984	
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000	
Barcelonés	52,0 %	33,5 %	34,1 %	33,1 %	38,17 %
Baix Llobregat	40,4 %	58,4 %	59,0 %	53,4 %	52,80 %
Vallés	3,8 %	—	2,8 %	3,9 %	2,62 %
Otros	—	—	—	9,4 %	2,35 %

Tabla 3
Procedencia según centro o iniciativa

Procedencia	Historias				Porcentaje promedio (%)
	1981	1982	1983	1984	
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000	
	150 H ^{as}				
Iniciativa propia	5,3 %	6,5 %	10,8 %	26,8 %	12,35 %
Interna	92,0 %	64,7 %	50,5 %	41,4 %	62,15 %
Externa	2,6 %	28,8 %	38,7 %	26,2 %	24,07 %
a) Otros centros o médicos	a) 1,3 %	a) 15,6 %	a) 19,6 %	—	
b) Amigos	b) 1,3 %	b) 13,2 %	b) 19,1 %	—	
No consta	—	—	—	4,8 %	0,70 %

bargo, necesita una cierta matización ya que el número de primeras visitas se ha mantenido casi constante alrededor de las 1.000 visitas anuales, aumentando las sucesivas y sobre todo las que corresponden a las cuarentenas. En el año 1981 no se veían las cuarentenas en el Servicio.

Desde la perspectiva económica puede decirse que los gastos del Servicio son cubiertos esencialmente por donaciones privadas, correspondiendo la mayor parte a los Hermanos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Los dos primeros años de funcionamiento representan una excepción en la cuantía de las aportaciones privadas, gracias a una ayuda que se recibió para esta finalidad por parte de una fundación.

Los ingresos por parte de los pacientes, denominados particulares en la tabla 1, son mínimos. La causa única es que en su inmensa mayoría se trata de pacientes faltos de recursos económicos y no cubiertos por la Seguridad Social. Representan en buena medida el compromiso del Servicio y de los Hermanos con los pobres que acuden en busca de ayuda que requiere nuestra competencia. Los pacientes cuyos costes son cubiertos total o parcialmente por el Insalud o el ICS representan un incremento sustancial en los últimos años, si bien el tipo de atención que requieren también es más costosa ya que incluye la prestación quirúrgica. Se sufren las consecuencias de falta de conciertos debidamente actualizados en algunos casos o simplemente la falta de concierto de la Seguridad Social con las demandas de planificación familiar.

PROCEDENCIA SEGÚN POBLACIÓN (tabla 2)

De manera indiscutible la población atendida procede mayoritariamente de las comarcas del Barcelonés y del Baix Llobregat, con cifras que oscilan entre el 86 % y el 94 %. Sigue a un nivel muy inferior la población del Vallés. El descenso apreciable de visitas de la comarca del Barcelonés comparado el año 1980 con los años siguientes, se debe con toda pro-

babilidad a la apertura de numerosos centros de planificación familiar, patrocinados por los Ayuntamientos y que resultan de más fácil acceso que nuestro hospital, situado en el límite entre el Barcelonés y el Baix Llobregat. El incremento de casos procedentes del Baix Llobregat se debe a un mayor conocimiento de posibilidades del hospital por parte de otros centros de planificación familiar.

PROCEDENCIA SEGÚN CENTRO E INICIATIVA (tabla 3)

En el año 1980 la práctica totalidad de las consultas provinieron del propio hospital y hay que pensar que en este año se dio una relativa avalancha de casos que probablemente hubieran tenido que ser atendidos con anterioridad, si hubieran existido las suficientes facilidades en Barcelona. Durante los años siguientes, y con el incremento de visitas, se sucede un crecimiento acelerado de las que proceden de otros centros de planificación familiar o remitidas por médicos (se pasa del 1,3 % en 1981 al 15,6 % en 1982; 19,6 % en 1983) y por recomendación de amigos de los pacientes (del 1,3 % al 19,1 % en los mismos años). En el año 1984, como consecuencia de la unificación de la historia clínica del Departamento, no se desglosa el origen de las visitas cuya iniciativa procede del exterior del hospital observándose un descenso sustancial respecto al año 1983. Se pasa del 38,7 % al 26,2 % como lógica consecuencia de la mayor dificultad de muchas mujeres en conseguir visita en hospitales concertados por la Seguridad Social.

EDADES DE LAS MUJERES (tabla 4)

Resulta lógico que el mayor porcentaje de las mujeres atendidas estén comprendidas entre los 24 y los 35 años de edad. Se observa un descenso importante y gradual de la propor-

Tabla 4
Edades de las mujeres

Edades	Historias				Porcentaje promedio (%)
	1981	1982	1983	1984	
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000	
12-17	0	1,3 %	2,0 %	1,2 %	1,13 %
18-23	18,0 %	20,5 %	17,5 %	17,4 %	18,35 %
24-29	39,3 %	34,1 %	29,2 %	24,1 %	31,68 %
30-35	26,6 %	26,8 %	28,6 %	31,6 %	28,40 %
36-41	14,0 %	15,1 %	17,9 %	21,4 %	17,10 %
42-47	2,0 %	2,2 %	4,8 %	4,0 %	3,25 %
49	—	—	—	0,1 %	0,02 %

Tabla 5

Status	Historias				Porcentaje promedio (%)
	1981	1982	1983	1984	
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000	
150 H ^{as}					
Casadas	96,0 %	89,1 %	83,6 %	82,2 %	87,72 %
Solteras	4,0 %	9,3 %	13,8 %	16,5 %	10,90 %
Viudas y separadas	0	1,6 %	2,6 %	1,2 %	1,35 %

ción que representa este grupo, a través de los cuatro años que comprende este estudio. Se pasa del 65,9 % en 1981 al 60,9 % en 1982, 57,8 % en 1983 y 55,7 % en 1984. Simultáneamente, se aprecia un aumento que parece sostenido del grupo de mujeres entre los 36 y los 47 años. El grupo entre los 18 y los 23 años se mantiene relativamente constante con un aumento en el año 1982. Probablemente una de las causas de estos cambios es el mayor número de mujeres que entrando en la década de los 40 buscan soluciones definitivas al problema de la fecundidad y desconfían de cualquier método que no sea el quirúrgico.

Es posible que el ligero aumento de la población entre los 12 y los 17 años se deba a una mayor facilidad por parte de las adolescentes en acudir a centros de planificación familiar

sin temor a ser rechazadas. También en nuestro hospital hay que considerar la política de mayor dedicación extrahospitalaria de la educadora familiar dedicada a adolescentes.

ESTADO CIVIL (tabla 5)

Llama la atención el incremento de peticiones de atención contraceptiva por parte de mujeres jóvenes y también de mujeres solteras. Hay que notar que en esta tabla no figuran las jóvenes mujeres solteras o casadas que acuden al servicio con la única finalidad de aprender los métodos naturales. De todas maneras las cifras de este grupo no son elevadas. En 1984 ha comenzado a activarse la formación de grupos seleccionados, gracias a la actividad de las educadoras familiares.

Tabla 6

Número de embarazos	Historias				Porcentaje promedio (%)
	1981	1982	1983	1984	
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000	
150 H ^{as}					
0	8,0	14,3 %	14,2 %	18,9 %	13,85 %
1-3	75,3 %	68,0 %	63,5 %	57,2 %	66,00 %
4-6	12,6 %	15,0 %	18,2 %	19,2 %	16,25 %
7 ó más	4,6 %	2,7 %	4,1 %	4,4 %	3,95 %
No consta	—	—	—	0,3 %	0,07 %
Hijos vivos	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000	Promedio (%)
150 H ^{as}					
0	8,6	15,7 %	18,4 %	18,6 %	15,32 %
1-3	80,6 %	71,6 %	65,4 %	62,5 %	70,02 %
4-6	8,6 %	9,3 %	13,9 %	16,1 %	11,97 %
7 ó más	2,0 %	3,4 %	2,3 %	2,3 %	2,50 %
No consta	—	—	—	0,4 %	0,10 %

NÚMERO DE EMBARAZOS (tabla 6)

Las cifras del año 1981 están tomadas a partir de una muestra seleccionada al azar de 150 historias. Puede apreciarse, por cada año, que la mayor proporción de mujeres que solicitan ayuda contraceptiva se halla en aquellas que tienen de uno a tres embarazos y de uno a tres hijos vivos. No queda reflejado en el estudio un dato que sociológicamente tiene su importancia y que es el porcentaje de mujeres que teniendo ya dos hijos no desean un tercero. Tampoco aquellos casos en que siendo la expectativa al casarse de «x» hijos (generalmente tres con un creciente mayor número de parejas que deciden por dos) acaban teniendo más hijos que los deseados. En la tabla queda reflejado el creciente número de mujeres que desean posponer el nacimiento de su primer hijo (del 8 % al 18,9 %). Falta un estudio que correlacione los datos con el estado civil, la edad y el trabajo para poder dar el alcance que esta cifra merece. Probablemente influyen una serie de factores asociados: mayor demanda por parte de mujeres jóvenes, solteras y sexualmente activas y de mujeres casadas (o en uniones consensuadas) que no desean por el momento un hijo.

NIVEL SOCIOCULTURAL (tabla 7)

Una observación somera de la tabla 7 permite la siguiente consideración: la población que atendemos tiene un nivel cul-

tural bajo con unas cifras que oscilan entre el 70 y el 80 % en números redondos que no llega más allá de los estudios primarios y un 7 % de analfabetismo. El porcentaje que estudia en la universidad o formación profesional sumado con el que está titulado a estos niveles alcanza el 11 % excepcionalmente en el año 1984. No tenemos diferenciados los casos en los que los estudios superiores han llegado a su término y conseguida la titulación.

NIVEL SOCIOECONÓMICO (tabla 8)

No hay duda alguna que no estamos satisfechos de los intentos en conseguir una clara y objetiva representación del nivel socioeconómico de nuestra población. La dificultad de obtención del dato económico reconoce múltiples causas: defectos de la historia en este aspecto, dificultades del entrevistador o entrevistadora en abordar esta cuestión, existencia de algunos trabajos no clasificables y que forman parte de la llamada economía sumergida, dificultad de establecer criterios en esta área de la estructura social. Estamos convencidos que traducimos mejor la realidad diciendo que una inmensa mayoría de la población que atendemos es pobre —y, entre ellos, algunos muy pobres y bastantes en situación de marginación social extrema— que si detallamos la muestra en porcentajes utilizando las subdivisiones clásicas. No hemos podido sustraernos a la subjetividad y a la comparación cuando los casos han parecido dudosos. Analizando otros

Tabla 7
Nivel sociocultural

Nivel sociocultural	Historias					
	1981	1982	1983	Total (%)	1984	Total (%)
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000		3.001-4.000	
	Muestra de 150 H ^{as}					
Analfabeta	6,6 %		6,8 %		7,0 %	
Leer y escribir	10,0 %		12,5 %		5,7 %	
Primaria incompleta	20,0 %		18,2 %		17,4 %	
				37,50 %		30,10 %
Primaria	40,0 %		43,6 %		39,8 %	
EGB	10,6 %		7,2 %		8,5 %	
BUP	4,6 %		4,0 %		7,1 %	
Formación profesional	2,6 %		1,7 %		2,4 %	
Universidad	5,3 %		6,0 %		8,5 %	
Subnormalidad	—		—		0,6 %	
No consta	—		—		2,7 %	

Tabla 8
Nivel socioeconómico

Nivel socioeconómico	Historias			
	1981	1982	1983	1984
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000
	Muestra de 150 historias			
Muy bajo		6,6 %	8,8 %	9,3 %
Bajo		22,6 %	16,4 %	25,7 %
Medio bajo		47,9 %	44,6 %	48,9 %
Medio		20,6 %	29,1 %	9,6 %
Medio alto		2,6 %	1,1 %	1,3 %
No consta		—	—	4,9 %

estudios sociológicos nos parece que un porcentaje elevado que hemos clasificado como medio alto, corresponderían al medio-medio redundante de estos estudios y que nuestro medio bajo sería clasificado en otros trabajos como bajo. De todos modos ofrecemos la tabla tal como la hemos confeccionado, atendiendo a criterios de tipo de trabajo, personas que aportan ingresos fijos en la casa, número de hijos y condiciones de vivienda.

TRABAJO DE LA MUJER Y DEL HOMBRE (tabla 9)

Observamos: 1) el índice elevado de paro laboral que oscila entre el 8,7 y el 10 % de los cónyuges de la mujeres que visitamos; 2) el crecimiento progresivo de mujeres estudiantes que habría que relacionar con el incremento de mujeres de paridad cero que buscan ayuda contraceptiva y con el incremento de edades más juveniles que acuden a la consulta; 3) el porcentaje de profesionales (enfermeras, maestras, secretarías) se mantiene entre el 6,5 y el 8,5 % de las consultas.

El elevado porcentaje del trabajo clasificado como «otros» en la tabla 9, para la mujer y el de «profesiones varias» para el varón hace pensar en la ventaja indiscutible que hubiéramos tenido en caso de hacer subdivisiones.

Resulta sospechoso el descenso tan importante en las profesiones del varón que desde el 29,7 % en 1982, desciende al 8,1 % y al 4,3 % en 1983 y 1984 creciendo simultáneamente el capítulo de profesiones varias donde se pasa del 38,7 % al 59,5 % en 1982 y 1983. Esto nos obliga a pensar que los cambios en la historia clínica y la supresión de la misma en 1984 de datos sobre el cónyuge varón, nos han desprovisto de referencias más objetivas. Una persona cuya esposa nos dice que trabaja en el campo metalúrgico con facilidad puede ser

clasificada entre «profesiones varias» si no se tiene especial empeño en continuar investigando sobre este punto.

MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN SOLICITADOS (tabla 10)

Varios hechos merecen especial relieve en la tabla 10. En primer lugar, el descenso importante y progresivo de solicitud de contracepción hormonal, de modo que desde el año 1982 al 1984 hay una reducción de 19 puntos porcentuales; el incremento de solicitudes de esterilizaciones definitivas que van desde el 23,8 % de solicitudes en 1982 —lo que ya representa una cifra muy elevada— al 38,5 % en 1984, que representa un incremento de casi 15 puntos porcentuales. Un 4 % ha solicitado el dispositivo intrauterino, que no se coloca en nuestro hospital porque lo consideramos con frecuencia antinidatorio y el porcentaje de personas que han recibido la explicación de los métodos naturales no sólo es reducido sino que se ha ido reduciendo cada vez más últimamente. Todo ello requiere una adecuada interpretación y una explicación de lo que hacemos y del por qué lo hacemos, de forma más profunda y completa de la que se hace en este estudio informativo. Nos basta decir, ahora, que el número de gente pobre y que no puede ser atendida en otros centros y con causa justificada para solicitar una esterilización definitiva ha aumentado muchísimo. Al mismo tiempo al abrirse centros de planificación familiar que atienden la demanda de contracepción hormonal o de otros tipos pero que no están dotados para poder realizar esterilizaciones, ha aumentado el concentrado de casos de riesgo elevado que hemos tenido que atender. Ha disminuido mucho también el número de personas a las que creemos no puede hacerles bien solicitarles tiempo para el aprendizaje de unos métodos para los que no es

Tabla 9

Trabajo	Historias			
	1981	1982	1983	1984
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000
De la mujer				
Amas de casa		55,9 %	50,5 %	50,5 %
Servicio doméstico		5,2 %	4,7 %	8,3 %
Profesionales ¹		6,4 %	8,5 %	6,7 %
Estudiantes		1,6 %	2,4 %	4,2 %
Otros ²		30,9 %	28,0 %	26,0 %
Pensionistas		—	—	1,5 %
Paro		—	—	2,4 %
No consta		—	—	0,4 %
Del hombre				
Peones		29,7 %	8,1 %	4,3 %
Administrativos		8,1 %	7,8 %	0
Profesionales ³		6,8 %	8,5 %	8,6 %
Comercio propio		2,0 %	—	—
Profesiones varias ⁴		38,7 %	59,5 %	—
Paro:		8,7 %	10,1 %	9,7 %
a) con subsidio		a) 7,7 %	—	—
b) sin subsidio		b) 1,0 %	—	—
No consta		—	—	8,8 %
Larga enfermedad		—	—	2,3 %

¹ Enfermeras, maestras, secretarías.

² Administrativas, especialistas metalúrgica, peonajes modistas. Trabajos no cualificados.

³ Médico, ATS, delineante, abogado, ingeniero.

⁴ Pintor, tapicero, metalúrgico, carpintero, dibujante, sastre, lampista, mecánico, etc.

Tabla 10
Métodos de contracepción solicitados

Métodos	Historias			
	1981	1982	1983	1984
	1-1.000	1.001-2.000	2.001-3.000	3.001-4.000
Anovulatorios hormonales		66,0 %	53,5 %	47,1 %
Barrera			8,0 %	2,9 %
Espermicida				
D.I.U.		3,9 %	0,5 %	0,6 %
Coito interrumpido			1,4 %	0,3 %
Métodos naturales (explicación)		6,3 %	7,8 %	2,6 %
Esterilización definitiva		23,8 %	29,8 %	38,5 %
No consta		—	—	7,9 %

tán capacitados o no tiene posibilidad de utilizarlos. Así el número de personas que atienden explicaciones de métodos naturales ha disminuido aunque paradójicamente podamos afirmar que aumenta el número de personas que se están formando para aprenderlos. Estas últimas, no quedan registra-

das en historias clínicas. El número de parejas que utilizan el coito interrumpido es bajo en nuestra casuística ya que sólo se consideran las que en el momento de la entrevista manifiestan que lo utilizan como único método, desde hace tiempo o desde siempre.

IV

PROBLEMÁTICA TRATADA POR LA ASISTENTE SOCIAL DEL SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

De las 4.000 historias abiertas en el Servicio de Orientación y Planificación Familiar se han remitido a la asistente social 552 primeras visitas que a su vez han generado 979 visitas posteriores de seguimiento.

El número de primeras visitas se ha visto notablemente incrementado, pasando de 56 en las primeras 1.000 historias a 207 en las últimas 1.000 historias abiertas en el Servicio.

Esto parece indicar que se han precisado y delimitado más las funciones del asistente social dentro del equipo, habiendo una mayor sensibilización por parte de los demás miembros del mismo para enviar a la asistente social parejas que presentan alguna problemática de tipo social.

En la mayoría de los casos se ha solicitado la elaboración de un estudio socio-familiar, que permitiera tener más elementos de juicio a la hora de valorar solicitudes de esterilización definitiva. En otros casos se ha requerido a la asistente social para orientaciones o informaciones puntuales.

1. DESCRIPCIÓN DE LAS PAREJAS ATENDIDAS

Edad

El promedio de edad de las pacientes atendidas es de 33,8 años.

El promedio de edad de sus parejas es de 37,8 años.

En las últimas 1.000 historias estos promedios se han visto ligeramente incrementados.

Procedencia

De la mujer:

— Inmigrantes que viven en Cataluña	77,2 %
— Catalanas	21,1 %
— Residentes fuera de Catalunya	1,7 %

100 %

Del marido:

— Inmigrantes que viven en Catalunya	82,4 %
— Catalanes	15,0 %
— No consta	1,7 %

100 %

Trabajo

De la mujer:

— Ama de casa	69,5 %
— Servicio doméstico	13,6 %
— Pensionista	1,8 %
— Venta ambulante	0,7 %
— Varios	14,4 %

100 %

Del marido

— Peón	37,5 %
— Especialista	31,5 %
— Pensionista	5,4 %
— Varios	20,2 %
— No consta	5,4 %

100 %

Nivel cultural de la familia

— Muy bajo	32,9 %
— Bajo	41,6 %
— Medio	12,9 %
— Medio alto	1,4 %
— No evaluable	11,2 %

100 %

Nivel socio-económico de la familia

— Muy bajo	30,9 %
— Bajo	47,5 %
— Medio	19,0 %
— No evaluable	2,6 %

100 %

2. PROBLEMÁTICA DETECTADA Y TRATADA

En la mayor parte de las familias atendidas inciden varios problemas a la vez. En el apartado «distocia social grave y múltiple» incluimos a familias que presentan más de dos problemáticas relevantes.

— Cabeza de familia en paro:	
Con subsidio	43
Sin subsidio	92
— Alcoholismo del marido	45
— Alcoholismo de la mujer	3
— Prostitución	6
— Trastorno mental en la mujer	31
— Trastorno mental en el marido	10
— Problemas económicos graves	164
— Marido enfermo crónico	36
— Hacinamiento/Insalubridad	27
— Desahucio	3
— Conflictividad conyugal	62
— Marido drogadicto	5
— Mujer drogadicta	1
— Familia bajo fuerte stress emocional	22
— Distocia social grave y múltiple	60

3. PROBLEMAS QUE PRESENTAN LOS HIJOS

— Deficiencia psíquica	72
— Deficiencia física o sensorial	31
— Parálisis cerebral	6
— Problemas orgánicos importantes	18
— Problemas psiquiátricos	20
— Problemas neurológicos	23
— Síndrome de Down	19
— Epilepsia	26
— Asma	11
— Procesos cancerosos	5
— Delincuencia	5
— Niños mal cuidados	24
— Varios (intento suicidio, fracaso escolar, etc.)	15

4. INFORMACIONES Y GESTIONES VARIAS

Se ha dado información y orientado al centro adecuado a parejas interesadas en una vasectomía para el marido. En caso de existir problemas económicos importantes, se ha enviado un informe social al centro y la operación ha podido correr a cargo de la Seguridad Social.

También se ha informado adecuadamente a parejas que se planteaban una adopción, remitiéndolas a las instituciones pertinentes.

Se han atendido diversas peticiones de información general sobre Planificación Familiar, bien de padres de niños tratados en el hospital o de otros profesionales de fuera de este centro. Asimismo, se han realizado numerosas gestiones de coordinación intra-hospital.

5. ORIENTACIONES Y RECURSOS

Desde el área profesional de la asistente social se ha intentado incidir en orientar a familias que, debido a su situación de marginación, no conocían los recursos existentes ni se ha-

bían planteado nunca la necesidad de cubrir determinadas necesidades. Se les ha ayudado a identificar sus problemas y la actitud a tomar ante ellos. En este sentido se han llevado a cabo:

- **Orientaciones** a escuelas especiales, servicios de estimulación precoz, centros de atención primaria de salud (CAP), servicios de drogodependencias y toxicomanías, talleres especiales, colonias de verano, tiempo libre, para supresión de barreras arquitectónicas, etc.
- **Ayudas económicas.** Se han orientado o ayudado a tramitar ayudas económicas a diversos organismos (Cáritas, FAS, INSERSO, u otros).
- **Coordinaciones con Servicios Sociales de Base,** enviando a las asistentes sociales de dichos servicios, familias que acudían a Planificación Familiar con unas demandas que era mejor que atendieran en su propio barrio o población. Y al mismo tiempo se han atendido demandas que procedían de distintos profesionales de dichos Servicios Sociales de Base. Cuando ha sido posible se ha hecho un seguimiento de estas familias.
- **Gestiones** diversas a escuelas especiales, hospitales, ayuntamiento, servicios de estimulación precoz, Cáritas, etc., que se derivaban de la problemática tratada.

6. EVALUACIÓN

De las parejas que acuden al Servicio de Planificación Familiar se remiten a la asistente social aquellas que presentan una problemática social importante (evidente o encubierta) a fin de que se pueda estudiar la situación y orientar las demandas hacia los recursos existentes.

Según se desprende del presente estudio, la población atendida por la asistente social se compone de familias, en su gran mayoría inmigrantes, con un bajo o muy bajo nivel cultural (alto índice de analfabetismo) y socio-económico, y con pocos recursos personales y sociales para salir de la crisis que conlleva el paro, quizás el problema más grave que vemos en los últimos años.

Aunque se han contabilizado 135 cabezas de familia en paro en estas 552 familias estudiadas (casi un 25 %), muchos otros de los que trabajan lo hacen en empleos eventuales o muy inestables.

Son muchas las familias que ven deteriorada su dinámica familiar por este motivo; se ha observado en estos casos un mayor número de maridos alcohólicos o bebedores excesivos, niños con problemas psicológicos o que presentan fracaso escolar, amenazas de desahucio, aumento de la conflictividad conyugal y familias que no tienen los mínimos recursos de subsistencia o que dependen de la caridad pública en los casos más deteriorados.

Se han detectado ya algunos casos de niños predelinquentes y drogadictos así como un elevado índice de paro juvenil.

Aunque cada vez hay más recursos sociales, está claro que la mayoría de problemas presentados por estas familias no tienen una fácil solución. Una adecuada atención en Planificación Familiar fomenta un cambio de actitud cualitativo entre las parejas que acuden al Servicio. Por tanto, la atención a las familias ha de ser global, o sea, teniendo en cuenta los aspectos médicos, psicológicos y sociales que repercuten en su salud.

Todo esto llevará, sin duda, a una mejora de su calidad de vida y del bienestar familiar.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA CONTRACEPCIÓN*

La utilización de métodos contraceptivos posibilita:

- La eliminación de las interferencias que pudiera generar el riesgo de embarazo entre los miembros de la pareja, potenciándose así la buena relación de los mismos.
- Un control voluntario y consciente de la fecundidad, de tal manera que cada pareja tenga sólo aquellos hijos que sean deseados y que puedan ser educados y mantenidos dentro de unas mínimas condiciones de dignidad material y atención por parte de los padres.

A pesar de que estos objetivos sean conscientemente conocidos y valorados por la pareja, lo cual permite una buena utilización de los métodos contraceptivos, puede haber múltiples factores que dificultan la aceptación de la contracepción.

Nos vamos a ocupar ahora de los factores psicológicos.

CONTRACEPCIÓN Y SEXUALIDAD

Desde una perspectiva global, la aceptación de la contracepción depende de la significación que ésta adquiere para los componentes de la pareja y del usuario directo (según el método elegido), sin olvidar la repercusión del medio socio-cultural del cual procedan que puede mantener conceptos rígidos o degradados sobre algunos de los métodos contraceptivos. Por ejemplo, el hecho de que la contracepción, en sus orígenes, era utilizada sólo en el ambiente conraconyugal, en la relación con prostitutas.

La contracepción sexualiza el papel de la mujer, diferenciando dos vertientes:

- La sexual.
- La reproductora.

Muchas mujeres pasan, a través del matrimonio, de ser «hijas» a ser «madres» y es precisamente la contracepción lo que les enfatiza su entidad como mujeres sexuadas, lo cual es positivo, pero puede generar culpabilidad y aparecer sintomatología neurótica previamente compensada. Debido a la coincidencia de aparición de la sintomatología y la puesta en práctica del método contraceptivo, a menudo queda asociada a éste, cuando en realidad es la sexualidad lo que la consultante tiene dificultad en tolerar.

Frente al deseo sexual, a menudo la mujer se siente desorientada, temiendo tanto la frigidez como el deseo excesivo, ya que la cultura en que estamos inmersos no la ha preparado para que pueda tolerar sus propias vivencias y menos aún las sexuales que en muchos casos son vividas como «algo de los hombres» a lo cual la mujer no tiene acceso, o bien como una instrumentación tal como es manifestada en la expresión «hacer uso del matrimonio».

La posibilidad de acceder al placer sexual sin la amenaza del embarazo no siempre es vivido como una ventaja, ya que

en muchas mujeres, el riesgo contribuye a mitigar la culpa surgida por el hecho de obtener placer. En niveles muy bajos aún se vive el embarazo como resultado del placer y así a menudo podemos escuchar en la consulta «no sé cómo quedé embarazada porque no siento nada».

Si la pareja es suficientemente madura y hay entre los cónyuges una verdadera comunicación respecto a sus expectativas y deseos, la contracepción será vivida como una ayuda y como tal quedará integrada en su relación como elemento favorable. Este hecho traerá consigo un aumento de la efectividad del método utilizado ya que la probabilidad de errores está directamente relacionada con la motivación de los usuarios.

Cuando entre los miembros de la pareja hay dificultades de relación, los contraceptivos pueden ser el elemento sobre el cual se desplacen tensiones o bien sirvan para manifestar una reivindicación que psicológicamente tenga otros significados.

A veces observamos señoras que, después de unos años de ingesta de la píldora, se muestran molestas al hacerlo porque se sienten que siempre son ellas quienes tienen que resolver de forma más directa la cuestión contraceptiva, mientras que el marido tiene una menor participación.

Ni que decir tiene que cuando esto ocurre y tenemos ocasión de efectuar varias entrevistas a la pareja, surge el descontento con mucha mayor amplitud, pero a veces más difícil de manifestar.

CONTRACEPCIÓN Y MATERNIDAD

La contracepción restringe o anula las posibilidades de maternidad, ya sea de forma temporal o definitiva.

Aunque de una forma consciente una pareja recurra a los métodos contraceptivos para conseguir con el máximo de eficacia este objetivo, la significación que tenga para la pareja o cualquiera de sus miembros, el tener un hijo puede interferir la aceptación de la contracepción.

A veces observamos en nuestras consultantes una buena tolerancia a los anticonceptivos orales en las relaciones prematrimoniales e intolerancia posterior. En el estudio de estas señoras, se constata que el impedir la posibilidad de un embarazo después del matrimonio, da lugar a una frustración importante respecto a sus posibilidades de maternidad.

Un hijo real o fantaseado puede ser vivenciado de formas muy diversas y ello influirá de forma muy directa en la posibilidad de tolerar la limitación aportada por los contraceptivos.

Pondremos unos ejemplos para clarificarlo:

- **El hijo puede ser vivido como reasegurante para la mujer,** tanto respecto a sus dudas sobre su capacidad de reproducción o como una prueba de madurez psíquica de haber alcanzado un nivel de identidad como su propia madre. Las dudas sobre la capacidad reproductora, a menudo generan ensayos de los cuales pueden derivarse embarazos que son deseados sólo porque clarifican la duda, pero sin que haya ningún deseo hacia el nuevo ser.

* Se incluyen en las consideraciones sobre contracepción tanto los métodos contraceptivos denominados naturales como los artificiales.

La necesidad de reafirmar el rol maternal, puede aparecer también en la mujer que ya ha tenido hijos, en el momento en que el pequeño ya no requiere su atención directa porque es bastante mayor. Un nuevo embarazo puede representar para estas mujeres una reavivación de la maternidad sentida como algo perdido y añorado.

Por este motivo resulta desaconsejable que una mujer joven adopte un método contraceptivo definitivo.

- **El hijo puede también ser vivido como un intento de solución de los conflictos conyugales.** La expresión «a ver si teniendo un niño nos entendemos mejor» es frecuente aunque no siempre se sigue un resultado feliz.

No obstante, los hijos pueden ser el motivo por el cual la pareja busca solución a sus conflictos.

En otros casos, las tensiones de la pareja son desviadas, a base de que el interés de cada uno de los cónyuges se centre en los hijos, pudiéndose llegar al extremo de que el hijo cumpla afectivamente un papel de sustituto del cónyuge.

- **A veces los hijos son utilizados como diana de los conflictos de pareja,** ya que los padres descargan sobre ellos sus tensiones. Así frecuentemente podemos oír a padres que dicen: «Discutimos sólo a causa de los niños; si no fuera por ellos, nos llevaríamos muy bien». Este supuesto acostumbra a ser falso en su profundidad, pero es la forma de mantener su equilibrio como pareja y en el cual juegan un papel importante los hijos.

Es frecuente que este tipo de parejas pasen por momentos muy críticos cuando los hijos se hacen mayores y abandonan el hogar paterno, ya que se encuentran frente a frente ambos cónyuges sin posibilidad de desplazar tensiones y al mismo tiempo conociéndose mucho menos de lo que ellos suponían, debido al resultado del desplazamiento que han estado efectuando en la forma de relacionarse.

No hay que olvidar que, en un funcionamiento normal, los adultos recuperan a través de sus hijos su propia infancia, la reviven y, en cierto modo, la maduran emocionalmente. Si su infancia fue carenciada o traumática o fue tan «mimada» que les costó dejarla, se sentirán envidiosos de la infancia de sus hijos. Muchos padres no saben cómo dar a sus hijos lo que ellos no tuvieron y por ello los tratan como adultos.

En todo individuo equilibrado, junto a las vivencias positivas de paternidad, pueden aparecer otras de exclusión, celos, competencia, etc., que están directamente relacionadas con los cambios que se dan en la estructura familiar cada vez que nace un nuevo miembro.

Hay estructuras familiares equilibradas para las cuales, la posibilidad de un nuevo hijo resulta un «stress» importante. En estas situaciones, si en los miembros de la pareja hay conciencia de ello, la contracepción resulta de gran ayuda para todo el grupo familiar.

A veces se supone que el «stress» que he mencionado aparece en familias con muchos hijos, pero no necesariamente es así. Por ejemplo: Una pareja con un solo hijo. El marido no quiere tener más, pero la esposa sí, aunque no lo manifiesta abiertamente. Pasan unos años y cuando ella se siente capaz de hacer frente a la oposición del esposo y, en cierto modo, también intuye que con ello no pondrá en crisis su matrimonio, queda embarazada. Al marido no le cae muy bien, pero acepta. No obstante, para ella resulta evidente que una

vez satisfecho su deseo, no puede seguir arriesgando su armonía conyugal y se decide a utilizar un método contraceptivo eficaz que le garantice que no va a tener más hijos.

En este caso, el deseo de la señora era muy consciente y se puede decir que hubo en todo el proceso «premeditación», pero en otros casos, el deseo es inconsciente y los embarazos son adjudicados a fallos contraceptivos, pero en los cuales siempre hay el componente «lapsus», que pone de manifiesto el deseo que estaba en la base.

En algunas parejas inmaduras, el factor «riesgo» en las relaciones sexuales se convierte en un incentivo de excitación. En estos casos, sea cual sea el método contraceptivo utilizado, la probabilidad de error es muy elevada, ya que por la actitud de los cónyuges, el saltarse las normas es muy frecuente.

En la psicología aplicada a la contracepción, es importante tener en cuenta las características personales de la pareja consultante para poderles orientar respecto al método contraceptivo que pueda ser mejor aceptado. Esto es muy importante. Junto a la información objetiva respecto a los métodos, sus características ventajas e inconvenientes, es importante *escuchar* la opinión de los consultantes, ya que por muchos factores, cada método puede despertar fantasías inconscientes que interfieran su utilización.

Así, por ejemplo, los métodos mecánicos locales como, por ejemplo, el diafragma o el preservativo, puede despertar fantasías relacionadas con la actividad masturbatoria.

En otros casos puede ser que haya rechazo, sobre todo de los anticonceptivos orales, debido a temores relacionados con el propio cuerpo, tanto desde el punto de vista estético como de la posibilidad de la repercusión hipocondríaca.

Si bien lo más adecuado es que la contracepción sea asumida por los dos miembros de la pareja, no siempre es así y muy a menudo es la mujer quien moviliza al marido para buscar soluciones, y se encuentra con que él, a pesar de no querer más hijos, ofrece resistencia a que se utilice algún método eficaz.

Una vez más, la problemática subyacente dependerá de las características de cada individuo, pero podemos decir que con bastante frecuencia encontramos en la base de este rechazo:

- Reacción de celos ante la libertad que la contracepción proporciona a la mujer, no sólo por los temores de una posible infidelidad, sino también porque aparecen fantasías de ser superado por una mujer que hasta entonces él sentía como sujeto pasivo y muy a menudo subyugada al éxito o fracaso del *coitus interruptus*.
- Otra resistencia proviene de la confusión entre potencia sexual y potencia reproductora, asociación muy extendida en determinados niveles socio-culturales poco evolucionados.

De ahí que haya gran cantidad de hombres que rechacen la idea de esterilizarse, ya que temen que el no poder tener hijos quiere decir «ya no ser hombre». Algo parecido puede pasar en la mujer, cuando la identidad sexual no está claramente establecida.

Lo que es conveniente que quede claro después de esta exposición, es que en la *aceptación de la contracepción intervienen factores psicológicos que dependen de la significación que cada individuo le atribuye, y que la orientación en este terreno no debe limitarse a la información objetiva, sino que*

debe ayudarse a la pareja a encontrar el método que mejor se adapte a su situación y posibilidades personales.

LA CONTRACEPCIÓN DEFINITIVA

Otro tipo de contracepción con unas características muy diferentes a las mencionadas hasta este momento, es la esterilización definitiva que en nuestro Servicio representa el 26 % de todas las solicitudes, efectuándose solamente la esterilización definitiva, es decir, la ligadura de trompas cuando consideramos que procede hacerlo. Las vasectomías, cuando las consideramos indicadas, se derivan a otros centros ya que en nuestro hospital no tenemos un Servicio de Urología y Andrología para adultos.

El carácter definitivo que, en la práctica, representa la esterilización definitiva por medio de la ligadura sección de trompas, determina que en la elección de este método se presenten una serie de implicaciones psicológicas importantes.

Es frecuente observar que la pareja consultante evita una auténtica toma de conciencia (concienciación) de la irreversibilidad de la intervención, interpretando al pie de la letra el concepto de «ligadura de trompas», suponiendo que «ligar» ofrece la posibilidad contraria de «desligar».

Con este presupuesto de interpretación literal se atenúa la ansiedad que desvela el hecho de que lo que se solicita en realidad es una mutilación, acabar para siempre con la función procreadora.

En esta situación consideramos que nuestra misión como psicólogos es de esclarecer, mediante la información conveniente y necesaria, cuál es exactamente la naturaleza de la petición para que la pareja pueda tomar conciencia de la misma de una manera más real y, de esta manera, poder valorar si la ansiedad que pueda desvelar la esterilidad será tolerable o no lo será.

En otras ocasiones, la decisión no puede ser asumida de modo personal, y la formulación de la consulta se presenta en forma de demanda desesperada: *Hágame cualquier cosa con tal de no tener más hijos.*

En estos casos, no existe un planteamiento auténtico respecto a lo que se solicita, desplazándose la responsabilidad sobre el método al profesional que trata a la consultante. De esta manera, los reproches y posibles sentimientos de culpabilidad no tendrán que ser aceptados o asumidos por parte de la paciente. No es necesario mencionar la compleja problemática que puede seguirse para la consultante, si se respondiera directamente a peticiones de esta naturaleza, formulada con un trasfondo de sentimientos encontrados.

Es por esto por lo que en nuestro Servicio se realiza un cuidadoso estudio de cada una de las solicitudes de esterilización. En el mismo intervienen, conjuntamente, el psicólogo, el ginecólogo, la asistente social y el Dr. Abel, que valora el caso en su globalidad aportando, además, la perspectiva ética.

En el Servicio se aceptan, para el estudio de una posible esterilización definitiva, solamente aquellos casos que presen-

tan una problemática de tipo médico o psico-social, y que afecta directamente la salud física o psíquica de los padres y de la descendencia y que, además, la esterilización definitiva solicitada se presenta como la única alternativa de ayuda a la persona o a la familia, considerada en su dimensión integral.

Consideramos condición *sine qua non* el acuerdo de la pareja para poder aceptar la posibilidad de una esterilización definitiva. Este acuerdo no resulta siempre fácil, ya que las perspectivas y los deseos respecto a la procreación pueden ser muy distintos en el hombre y en la mujer.

Habitualmente, la pareja que consulta sobre la esterilización definitiva, ha pensado ya seriamente sobre el particular y ha seguido los trámites ordinarios del Servicio, que exigen un estudio ginecológico correcto previo.

En el caso de que no exista una única causa médica que por sí sola fuera suficiente para justificar, sea una histerectomía, sea la eliminación funcional de las trompas, y que el peso de la decisión recaiga sobre una problemática psicológica, conviene afrontar los problemas de ambivalencia y miedos respecto a la intervención o las implicaciones posteriores.

Desde el punto de vista psicológico, cuando vemos a la pareja, se ha puesto en marcha ya un proceso que podríamos llamar de movilización interna, que le permite afrontar la situación haciéndose cargo de la misma o, en último caso, poder aceptar ser ayudada en aquellos aspectos que pueden resultar.

Si la ambivalencia afecta al deseo de tener más hijos, la decisión de esterilización definitiva se pospone *sine die*, ayudando a la pareja en el proceso de maduración de esta decisión.

Sucede a veces, que la única angustia es el miedo a entrar en el quirófano. En estos casos, efectuamos varias entrevistas antes de la intervención, para conseguir una reducción de la ansiedad.

Cuando la pareja acude por una indicación médica debido a un problema grave de salud, que hace aconsejable no tengan más hijos, asegurándose con un medio definitivo, el primer paso consiste en que acepten el riesgo valorado médicamente, por ejemplo un riesgo genético concreto. A menudo les resulta igualmente difícil decidirse por una esterilización definitiva o asumir el riesgo de que nazca un hijo afectado de trastorno genético que genera la demanda.

El duelo por la función procreativa que se pierde, es más intenso y el proceso de decisión respecto a la esterilización definitiva ha de detener la duración necesaria para que sea bien tolerada.

En general, siempre queda como consuelo la consideración de que sea evitado un mal mayor.

Los casos de distocia social grave y que objetivamente nos obligaban a pensar «esta familia no debería tener más hijos», revisten unas características especiales. Muchas veces, los mismos interesados no acaban de tener una conciencia clara del problema que representa seguir incrementando el número de hijos en la situación que se encuentran. Puede ser que tener otro hijo es lo único creativo que les queda y por medio del cual pueden seguir manteniendo una cierta identidad, como es el caso frecuente en familias gitanas.

Estos casos son muy delicados y necesitan un enfoque plural poniendo en marcha todos los recursos sociales para intentar resolver los conflictos de las parejas, teniendo en cuenta que la contracepción es sólo uno de ellos y a veces no el más importante.

Nuestro trabajo como psicólogos no acaba en el momento en que se ha aceptado la solicitud de una esterilización definitiva y ésta se ha llevado a cabo. En el Servicio hacemos el seguimiento de casos, citando a la mujer seis meses después de la intervención.

A través de las entrevistas de seguimiento, podemos observar más de cerca cuáles son los mecanismos psicológicos que se ponen en marcha en la mujer después de la esterilización definitiva.

Con el fin ilustrativo y sin ánimos de teorizar, sintetizaré muy brevemente algunas de las observaciones que hemos recogido:

- En mujeres muy neuróticas, el mayor grado de sufrimiento se da en la mujer inmediatamente después de la inter-

vención, al tomar plena conciencia de la pérdida sufrida: —«*Iba por la calle y sólo me fijaba en las mujeres embarazadas o que llevaban niños pequeños*».

- Otras mujeres niegan la esterilidad y siguen manteniendo el temor de quedar embarazadas de nuevo: —«*No estoy tranquila cuando tengo relaciones sexuales y temo quedar embarazada*».
- Muchas mujeres experimentan un incremento en su placer sexual accediendo a unas vivencias con el marido que jamás habían experimentado y disfrutado con anterioridad: —«*No sabía qué eran unas relaciones sexuales completas y satisfactorias*».
- Otras mujeres revalorizan aspectos muy íntimos de su propia identidad como mujeres: —«*Tengo la regla como antes, cuando era más joven, con el dolor en los riñones como cuando era soltera*».

VI

COMENTARIO DE UNA EXPERIENCIA DE 5.000 HISTORIAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN UN HOSPITAL CATÓLICO

En el momento de publicarse este comentario nuestro Servicio habrá atendido casi 5.000 casos —1.000 más de lo que abarca el precedente estudio que se cierra en octubre de 1984—, además de las revisiones a los 40 días del parto de las mujeres que han dado a luz en el hospital y que suman ya un total de 8.000.

Creo que podemos hacer una primera valoración de lo que representa la inserción de la planificación familiar en un hospital católico de nivel terciario.

Dejaremos para otro estudio el análisis de aquellos casos más conflictivos, como son las esterilizaciones que hemos autorizado, explicando entonces debidamente los criterios que han presidido nuestras decisiones y que consideramos plenamente compatibles con la doctrina del Magisterio al servicio de la dignidad de la persona humana.

Ofrecemos un comentario de lo que ha representado nuestro trabajo desde una perspectiva subjetiva, si bien es comparada por todos los miembros del equipo.

1. COMENTARIO SOBRE ESTRUCTURA Y PERSONAL

La creación del Servicio y dotación de personal, como elemento estructural base, ha de ser considerado como un primer gran intento en un hospital católico de prestar una ayuda a las familias en un área tan conflictiva como la planificación familiar. El presupuesto anual del Servicio se mueve en la actualidad alrededor de los 20 millones de pesetas y se mantiene gracias a las aportaciones privadas que oscilan entre el 50 y el 75 % de todo el presupuesto, correspondiendo la mayor aportación a la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios que contribuyen con casi el 50 % de todo el presupuesto. El compromiso de ayuda a los más pobres y necesitados es lo que dinamiza los esfuerzos de todos en este Servicio. Estamos satisfechos de lo que hemos podido hacer; dolidos de no poder hacer más; escandalizados de la conducta de la sociedad y asombrados de que a tanta gente le cueste creer el grado de abandono en que vive un núcleo, numéricamente importante, de nuestra población. No

siempre podemos hacer lo que nos gustaría poder hacer. Aceptar la impotencia en que nos vemos para resolver muchos casos conflictivos es una amarga experiencia en nuestro trabajo.

Consideramos un gran acierto la integración en el equipo de un grupo de psicólogas competentes. Son profesionales clave en el funcionamiento del Servicio.

Resulta muy positiva la integración de una asistente social ya que nos permite una atención casi inmediata de los «casos problema» de su competencia que nos llegan y que son muchos.

Pensamos también que acertamos al crear las plazas de educadoras familiares integrándolas en el equipo hospitalario. La titulación de enfermera de una de ellas y la especialización de la otra en el área de la marginación constituyen una ayuda inestimable.

Finalmente, el contar con un equipo médico competente, receptivo al trabajo con profesionales no-médicos y todos sensibles a las necesidades de las pacientes y de las parejas que vienen a consultar, constituye el eje vertebral de nuestro Servicio.

2. COMENTARIO SOBRE LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA

Con finalidad docente se han publicado *dos cuadernos* claros, concisos y pedagógicos. Ofrecen a las enfermeras, educadoras familiares y formadores de parejas unos instrumentos útiles de trabajo y a los maestros interesados en esta área una documentación de fácil comprensión y calidad pedagógica.

Nuestras enfermeras y educadoras familiares se han capacitado como monitoras para la enseñanza y seguimiento de los Métodos Naturales de Planificación Familiar. Es una lástima constatar que esta capacitación no llega a la mayor parte de las parejas que acuden al Servicio por dos razones importantes: primero, por falta de tiempo por parte de las mujeres, muy ocupadas en las tareas familiares en ambientes

tan pobres; y segundo, por falta de la necesaria cooperación (que requiere unos mínimos de formación) de los cónyuges.

Colaboramos en cursos de pedagogía sexual tanto en la organización de los mismos (sobre todo en el área de influencia del hospital) como en una atención activa por parte de una de las educadoras familiares en ambientes de marginación extrema.

Se trabajó con gran ilusión y entusiasmo en un *audio-visual* a base de diapositivas y texto breve con la finalidad de mostrar a los y a las consultantes la diversa problemática que se aborda en el Servicio. Representa un esfuerzo de adaptación a las dificultades que tienen nuestras consultantes: una falta notable de tiempo y, a menudo, de capacidad de expresión y comunicación. Así, en una exposición de 15 minutos se puede ayudar a romper el hielo inicial de una delicada entrevista y favorecer la relación con enfermeras y médicos.

Creemos que no se ha logrado del todo la integración a la que aspiramos entre todos los miembros del equipo y esto conlleva, en ocasiones, algunas molestias para las pacientes, que deseamos y nos esforzamos en subsanar.

También creemos que la dimensión pedagógica a base de audiovisuales tiene que potenciarse para poder atender una necesidad básica de formación necesaria a la mayoría de nuestras consultantes. El esfuerzo económico que esto representa es una limitación difícil de superar si no aumentan las ayudas que recibimos.

Lamentamos también el poco interés que demuestran las parejas jóvenes de movimientos cristianos comprometidos en aprender los métodos naturales.

Finalmente, el capítulo más importante constituido por la problemática contraceptiva y nuestra conducta, requiere la dedicación de un extenso trabajo que reservamos para otra ocasión. De todas maneras creo justo avanzar que en lo que hace referencia a la contracepción en general, nuestros crite-

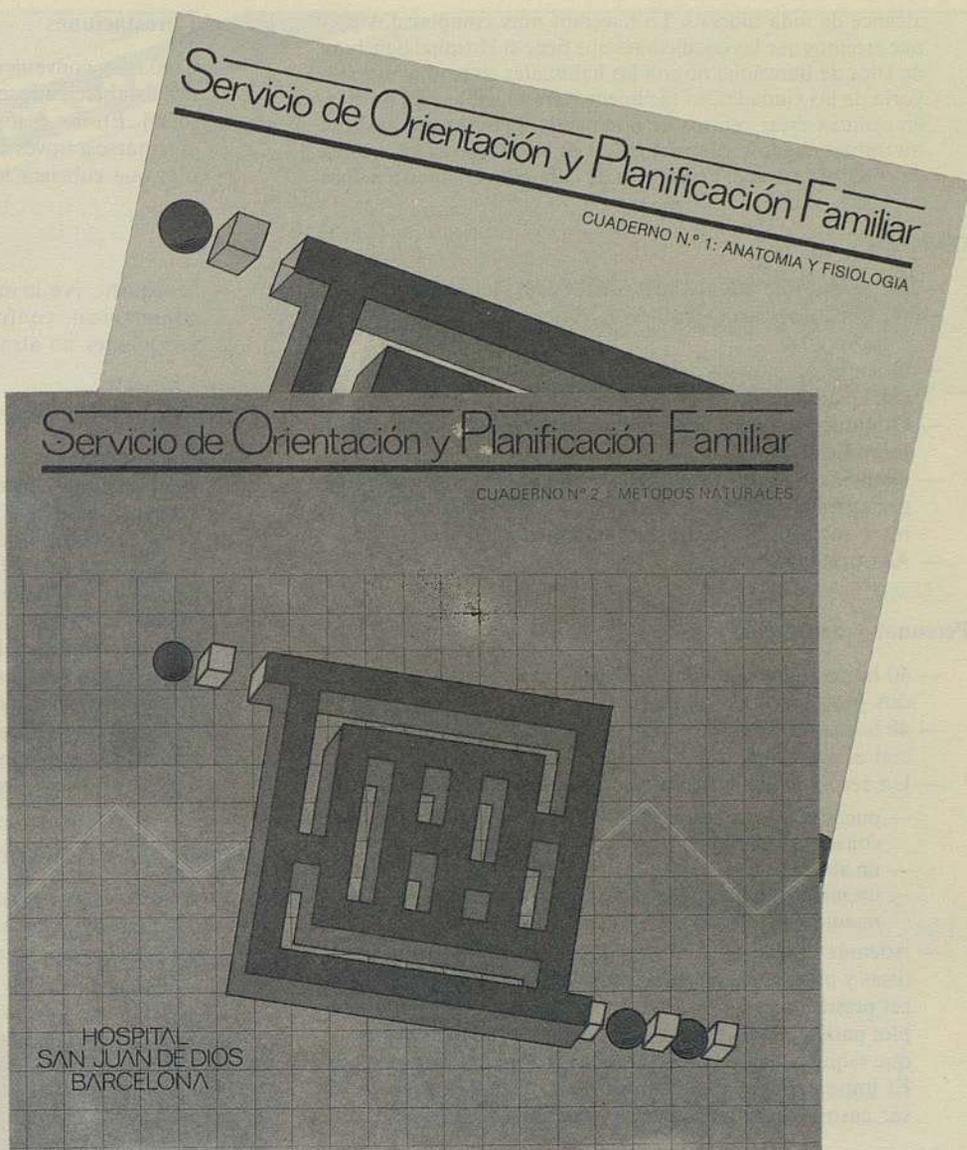
rios han sido publicados en esta misma revista (Cfr. *Labor Hospitalaria* 12 enero-junio 1980, números 175 y 176).

Para terminar este apartado, hemos de señalar que en las estadísticas presentadas se habla de solicitudes de esterilización o de solicitudes de Dispositivo Intrauterino (DIU), lo cual no quiere en modo alguno significar que se hayan atendido. No se ha colocado en nuestro Servicio un solo dispositivo intrauterino y las esterilizaciones que han sido aceptadas lo han sido después de un estudio cuidadoso, muy ponderado y teniendo en cuenta las normas del Magisterio.

VII CARACTERÍSTICAS DE UN CENTRO DIOCESANO DE ORIENTACIÓN FAMILIAR DE NIVEL PRIMARIO

Ofrecemos ahora, de modo esquemático, las características que ha de poseer un centro diocesano de orientación familiar de nivel primario y al servicio de los pobres. Correspondemos

así a las múltiples demandas que hemos recibido de compartir nuestra experiencia ayudando a la creación de centros que, integrados en la red sanitaria, ofrezcan unas características al



Dos de los Cuadernos publicados por el Servicio

alcance de toda diócesis. Lo hacemos muy complacidos porque creemos que las condiciones que tiene el Hospital San Juan de Dios de Barcelona no son las habituales en la inmensa mayoría de las ciudades, ni fácilmente reproducibles. Es posible, en cambio, crear centros de orientación familiar que realicen un trabajo digno y comprometido en esta área tan necesitada de soporte y consejo como es la de la familia en nuestros días.

Objetivos

- Evaluación de situaciones conflictivas de pareja.
- Asistencia de casos familiares solidarios de terapias breves y de soporte.
- Orientación para los casos más graves o que requieren atención psiquiátrica.
- Orientación y docencia en el terreno de la fisiología de la reproducción.
- Atención a la madre soltera y problemas de adolescentes gestantes en los diferentes aspectos individuales, familiares y sociales que requieren asistencia.
- Asesoramiento moral.

Personal y dedicación

- 40 horas semanales de psicología clínica, repartidas entre dos psicólogos(as) clínicos.
- 40 horas semanales de Asistencia Social, una asistente social es suficiente.
- Un responsable del Centro, encargado de dinamizarlo:
 - puede ser un sacerdote que haga, además, las funciones de consejero moral, o
 - un abogado que oriente, al principio, los casos jurídicos, o
 - un médico que ayude a la orientación y formación continuada del personal.
- Además se tendrá un cuadro de médicos, abogados, genetistas y psiquiatras que, deseosos de colaborar, puedan ofrecer prestaciones esporádicas en sus propias consultas (ejemplo: pareja que necesita asesoramiento jurídico; adolescente que requiere exploración ginecológica o andrológica, etc.). Es importante el compromiso de un psiquiatra para revisar casos presentados por los psicólogos clínicos.

Costo y subvenciones

- El costo inicial debe establecerse básicamente en función de los salarios fijos y contratación de locales.

Salarios fijos

- 2 medias jornadas de psicología clínica y una jornada completa de asistente social.
- *Director Centro:* Salario en función de dedicación y competencias. Podría aceptarse de forma voluntaria durante los primeros seis meses.

Otros honorarios

- Los honorarios por prestaciones individuales podrían ser a título graciable, durante los 6 primeros meses, fijándose después una cantidad decente, de tal modo que la visita profesional no fuera muy costosa.
- Hay que tener sumo cuidado en no confiar en el «honor de servir una noble causa» procurando distribuir equitativamente las consultas que requieren tiempo profesional.
- Una carta de solicitud de colaboración a cargo del señor Obispo, parece imprescindible.

Precio prestaciones

- Creo muy conveniente que las prestaciones no sean gratuitas, estableciéndose un precio político (de 500 a 1.000 pesetas). En los casos de mayor necesidad el pago debería efectuarse a través de una agencia como Cáritas, por ejemplo, que cubriera los déficits presupuestarios.

Locales

- Se requiere, por lo menos, 3 despachos no muy grandes pero mínimamente confortables y con garantías de que las conversaciones no atraviesen las paredes.

Preparación y funciones del personal fijo

- Inicialmente, por lo menos, las(os) psicólogos clínicos conviene que provengan de escuelas psicodinámicas.
- Los(as) psicólogos clínicos deberán tener la posibilidad de hacer la revisión de casos con un psiquiatra.
- La asistente social ha de ser entusiasta, dinámica y capaz de acudir al terreno sin confiar siempre en el teléfono.
- No burocratizada. Sus funciones han de ser las específicas de la asistente social, es decir, poner en contacto las personas necesitadas con los recursos de la comunidad. No ha de entrar en el terreno psicológico, pero puede compartir con psicólogos tareas educativas.
- Podría convenir a psicólogos y asistentes sociales tener 15 días de adiestramiento en nuestro hospital de Barcelona.

Seguimiento y evaluación

- A los 6 meses deberá evaluarse objetivamente lo realizado y se indicarán las avenidas de futuro que podrán ser una o todas las siguientes:
 - subrayar más los aspectos médicos,
 - promover más los aspectos docentes,
 - mejorar el seguimiento de casos,
 - ver la posibilidad de mayor integración asistencial.
- Cada una de estas líneas puede representar contratación de nuevo personal a tiempo fijo limitado o jornada completa (médico, enfermera, maestra, asistente social, etc.).

OTRAS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS

Un centro de Planificación Familiar puede colaborar:

- En la pedagogía sexual y afectiva en las escuelas. Se requiere preparar y colaborar con los maestros en las puestas en práctica de un programa adecuado progresivo, integrado. En los niveles más inferiores: guarderías, EGB, es imprescindible ofrecerlo primero a los padres con los que la escuela va a colaborar.
- En los programas de preparación matrimonial conviene revisar contenidos y presentación. Probablemente habrá que subrayar más y mejor la dimensión sacramental y eclesial del matrimonio cristiano. La formación humano-psicológica (ajuste emocional de los cónyuges, comunicación, valores, etcétera) ha de ser integrada en estas charlas.

Para acabar, subrayaremos la importancia del seguimiento de las parejas en los primeros años de matrimonio por medio de charlas, convivencias, etc., en las que haya una participación activa de las mismas.

PILAR MALLA, MEMORIAL JUAN XXIII

LABOR HOSPITALARIA felicita a Pilar Malla como lo hizo, efusivamente, el día 14 de junio pasado en el Saló de Cent del Ayuntamiento de Barcelona, en el acto de entrega del Memorial Juan XXIII 1985 que se le otorgó por su dedicación al trabajo en favor de la paz, mediante la defensa personal de los derechos humanos de los marginados, llevada a cabo con competencia profesional en los diferentes cargos ocupados en entidades públicas y privadas.

Pilar Malla, Asistente Social, es actualmente Secretaria General de los Servicios Sociales de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya. Su dedicación y entrega al mundo de la marginación le han merecido este premio. LABOR HOSPITALARIA le reitera su enhorabuena, toda vez que también ella forma parte del Consejo Asesor de nuestra Revista.



Pilar Malla, de pie, dialogando con una compañera.

CONGRESOS Y CURSOS

III CONGRESO NACIONAL DE HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVAS HOSPITALARIAS

Días 17 al 19 de septiembre de 1985.
Universidad de Salamanca.

II CURSO SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CLÍNICA

Hospital Clínico de Barcelona.
Tel. (93) 223 14 14, ext. 238.
Días 11 al 15 de noviembre de 1985

V CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOPATOLOGÍA SOCIALES

Barcelona, 5, 6, 7 de diciembre de 1985

Secretaría:

Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica
Universidad de Barcelona.
C/ Casanova, 143. 08036 Barcelona (España)
Tel. (93) 254 22 96

II CONGRESO DE ENFERMERÍA CATALANA

Barcelona, 28 al 30 de octubre de 1985.
Tel. (93) 223 31 01

CONGRESO MUNDIAL DE LOS HOSPITALES Y DE LOS SERVICIOS SANITARIOS CATÓLICOS

Informaciones generales

Roma, 29 al 31 de octubre de 1985.

Lenguas: Las lenguas de trabajo del Congreso son el italiano, francés, inglés y español con servicio de traducción simultánea.

Inscripción: El costo de la inscripción es convenido en \$ USA 100.

La inscripción da derecho a: participar a las sesiones congresuales; cartela congresuale; tres almuerzos; programa social.

Secretaría del Congreso:

c/o Ospedale del Bambino Gesù
Piazza S. Onofrio, 4 - 00165 Roma - Tel. 06/65191

VI CURSO DE ADMINISTRACIÓN DE ENFERMERÍA

Acreditado por la Universidad de Barcelona

Organizado por: División de Enfermería - 1985/86

Dirigido a Jefes, Supervisores de Enfermería, al Personal Docente de las EUE y a todos los profesionales de enfermería interesados en la constante evolución de su profesión.

Información e inscripción:

Secretaría División de Enfermería

Ctra. de Esplugues s/n - Tel. (93) 203 40 00, ext. 138

Llamar en julio y septiembre los lunes, martes y miércoles, de 16 a 18 h.

Objetivos:

1. Establecer criterios claros respecto al Proceso Administrativo y su aplicación en la Atención de Enfermería.
2. Capacitar al mando de Enfermería en la dinámica administrativa que va desde la formulación de objetivos hasta la medición de resultados.
3. Datos al profesional de Enfermería de los instrumentos Administrativos que le posibiliten una correcta toma de decisiones.
4. Capacitar al mando de Enfermería en la dinámica y gestión del proceso gerencial y de Alta Dirección de Enfermería, a fin de secundar responsablemente las Órdenes Ministeriales 3573 y 3574, BOE del 5-III-85.

XVIII CONGRESO CUATRIENAL DE ENFERMERÍA

TEL AVIV, ISRAEL (16-20 junio 1985)

La Asociación Internacional de Enfermería está compuesta por cien países dirigida por un Consejo Internacional de Enfermería, CIE o ICN (International Council of Nurses) y atiende las preocupaciones e intereses de más de 2.000.000 de profesionales registrados en sus respectivos países a través de los Consejos Nacionales de Enfermería.

Esta asociación mundial regula sus actividades cada cuatro años sirviéndose de los Congresos, como el que nos interesamos ahora. En estos Congresos se tratan los grandes temas profesionales y, también, se regula la composición de los miembros directivos.

Estos últimos cuatro años dirigidos o presididos por doña Eunice M. Keirene, que fue investida Doctora Honoris Causa por la Universidad de Tel Aviv, y el cuatrienio 85-89 lo presidirá doña Nellie Garzón, colombiana, Master en Enfermería por la Universidad Católica de América, en Washington, D.C. y Rectora en la actualidad de la Facultad de Enfermería de Bogotá.

Nellie Garzón, en su discurso de presentación dijo que, «además de su preocupación por la *Justicia*, asumía los contenidos de *Alma-Ata*». Precisó que «la salud no es todo, pero que todo sin salud no es nada». «Las nuevas generaciones que hoy se forman, opinó, necesitan no solamente soluciones económicas, sino ideas que las inspiren, esperanzas que las alienten y medidas que hagan de ellas una realidad. Necesitan fe en el hombre, en la dignidad humana, en los derechos humanos, creer en los valores de la justicia, la libertad, la paz, el respeto mutuo, en el amor y la generosidad, en la razón más bien que en la fuerza».

A través de esta reseña, corta por razones obvias, no podemos bajar a detalles. El programa fue denso. Abierto el Congreso por el Presidente del Estado de Israel, Chaim Herzog, éste opinó que la magna asamblea ahí congregada poseía «una importancia muy especial en nuestros días, tanto en los países desarrollados como en los países en vía de desarrollo». «Un Congreso como el que tienen por delante, nos dijo, promueve al mismo tiempo el entendimiento entre los pueblos, y a eso somos muy sensibles nosotros en Israel, Tierra Santa para pueblos de diferentes religiones».

Los congresistas sumaban más de 3.000, de los que 250 procedíamos de España. Las grandes conclusiones del Congreso están relacionadas y sensibilizadas hacia los temas de la reestructuración interna del CIE-ICN, la elaboración de políticas y programas de los servicios de salud; invitan a que los profesionales de enfermería participen activamente en los organismos donde se elaboran las políticas y los programas de los servicios de salud a todos los niveles, incluidos los parlamentos nacionales, a la lucha contra cualquier forma de tortura; se puso en evidencia los problemas de atención enfermera en casos de guerra nuclear, etc. También se planteó la definición de la profesión, el respeto por la vida y los derechos humanos, la participación con otros ciudadanos en la responsabilidad de iniciar y apoyar las acciones tendentes a satisfacer las exigencias sociales y de salud de la colectividad; las drogas en su amplia acepción también fueron consideradas indicando a que los Consejos Nacionales inviten a los Gobiernos de los Estados a que incluyan en las botellas de bebidas alcohólicas unas etiquetas de advertencia del daño que pueden acarrear a los no nacidos, etc.

Finalmente, las conclusiones que sacamos como congresistas de a pie diremos que el Comité del Congreso cuidó mucho el movimiento de masas y las aulas de impartición de los temas; falló un tanto la traducción a lengua castellana, una de las tres oficiales, aunque se atendieron bien las asambleas generales. Creemos que por parte española no se preparó bien nuestra participación científica, posiblemente por falta de experiencias anteriores. La interrelación con los centros de influencia profesional y los aspectos universitarios cada uno intentó y consiguió algunos resultados según su interés personal y con vistas a futuros proyectos propios, bien personales o para aplicarlos en su actividad profesional en nuestros lugares de trabajo. En conclusión, creemos que los frutos nos han de venir maduros, pues la siembra estamos seguros que ha sido oportuna y adecuada.

C. ESEVERRI CHAVERRI

VISITAR AL ENFERMO

Lo que exponemos a continuación, tal vez viene ya haciéndose por parte de quienes cuidan o visitan a enfermos, pero creemos que en la Solemnidad de Pentecostés, «Día del Enfermo Misionero», jornada de unión de corazones misioneros hermanados en el sufrimiento cristiano y en la esperanza, es bueno recordar, para una presencia más humana y cristiana, los cinco puntos siguientes:

1. Ponerse al lado del enfermo y acompañarle con una presencia física; tal vez con más tiempos de silencio que con abundancia de palabras.

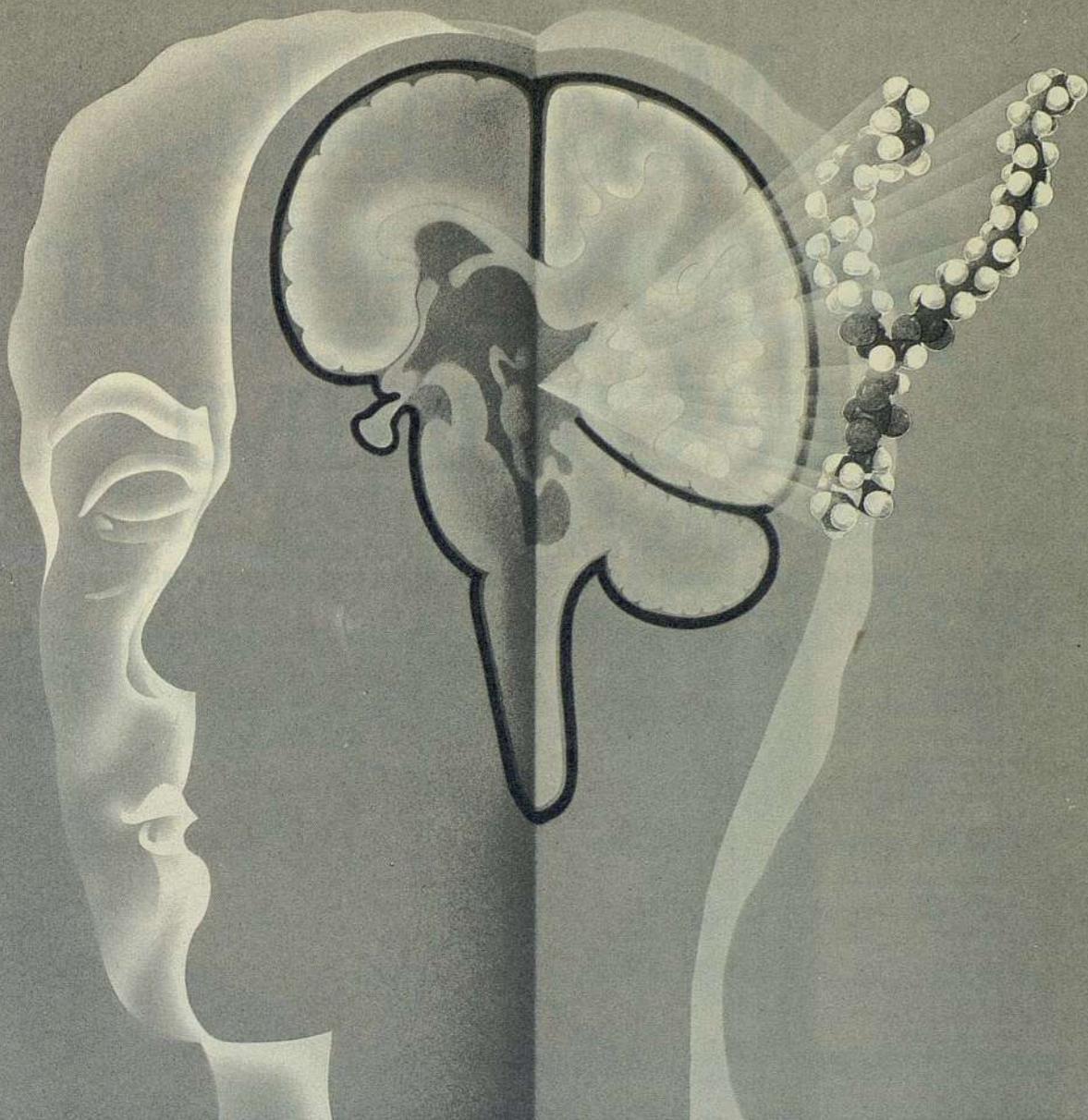
2. La persona enferma, además de los tratamientos médicos, tiene necesidades morales y espirituales que, una vez atendidas, muy seguro, le reportarán serenidad, quietud, paz... y con ello, probablemente, salud.

3. Al tratar al enfermo hemos de extremar la amabilidad. Una mujer enferma ha dicho: «Existe un tipo de personal sanitario en hospitales y clínicas —claro que hay excepciones—, que trata al enfermo con frialdad y como si fuera un objeto. Recuerdo que en un programa de radio, un enfermo manifestaba que «la asignatura de la amabilidad había quedado pendiente a muchos». Y es verdad.

4. Quien visita o está junto al enfermo debe procurar infundir ánimos y ser portador de esperanzas, humanas y divinas. Un enfermo manifiesta: «Las visitas de familiares y amigos me han infundido siempre ganas de seguir viviendo y han acrecentado mis esperanzas en el más allá y en el más acá. Gracias a todos, mi rehabilitación ha sido superior a la previsible».

5. Es muy importante para el enfermo, que tanto los sanitarios como los familiares y amigos se dejen llevar de la bondad y sobre todo de la ternura a imitación de Jesús. Una atención delicada y amistosa puede ser de gran importancia y utilidad, para quien sufre y pasa muchas horas en soledad.

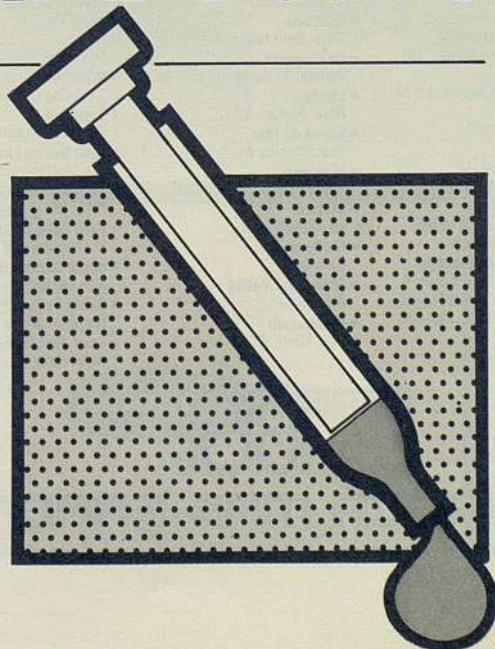
J. ALIMBAU I ARGILA



SOMAZINA® GOTAS

CITICOLINA

En las alteraciones
neuroológicas de la
insuficiencia
cerebrovascular
crónica.



Composición: Cada 100 ml. contienen: Citidin difosfato de colina (citicolina) 10 g; Excipiente (sacarina sódica 0,05 g.) c.s. **Indicaciones:** Como tratamiento complementario en las manifestaciones de la insuficiencia vascular cerebral y de sus secuelas, tanto neurológicas como aquellas referidas a disminución de los rendimientos de tipo intelectual o psíquico. **Posología:** Adultos: 1-2 ml, 2-3 veces al día. Niños: 1 ml, 2-3 veces al día. **Presentación y P.V.P.:** SOMAZINA Solución a Gotas: Envase con 30 ml. (P.V.P. i.i. 2.207,— Ptas.). **Otras presentaciones:** SOMAZINA 200 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables) P.V.P. i.i. 1.838,— y 940,— Ptas. Envase clínico, cajas con 100 inyectables de 200 mg. SOMAZINA 500 mg. (Cajas con 10 y 5 inyectables) P.V.P. i.i. 4.519,— y 2.272,— Ptas. Envase clínico, cajas con 50 inyectables de 500 mg. SOMAZINA 1000 mg. (Caja con 3 inyectables) P.V.P. i.i. 2.726,— Ptas. Envase clínico, cajas con 30 inyectables de 1000 mg. **Contraindicaciones.** **Efectos secundarios.** **Incompatibilidades:** No se conocen. **Intoxicación y posible tratamiento:** No se prevé intoxicación ni aun a dosis muy superiores a las normales.



FERRER INTERNACIONAL

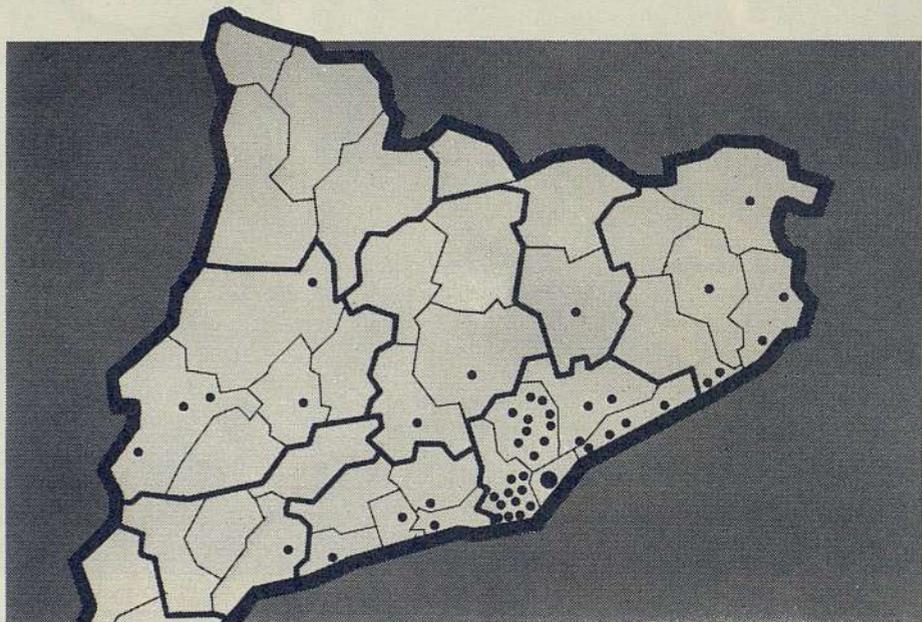
GRAN VIA CARLOS III, 94 (EDIFICIOS TRADE) BARCELONA-28

Mas Sardá per servir el futur de Catalunya.

Mas Sardá té 72 Oficines arreu de Catalunya.
Perque el nostre esperit de servei ens fa participar amb el futur de Catalunya.

Barcelona

- **Barcelona - OP**
Avgda. Diagonal, 453 bis
- **Ausiàs March**
Ausiàs March, 26-28
- **Berlín**
Berlín, 30-36
- **Capità Arenas**
Capità Arenas, 42-46
- **Casanova/València**
Casanova, 100
- **Fabra i Puig**
Passeig de Fabra i Puig, 220
- **Gràcia**
Travessera de Gràcia, 171
- **Hostafranchs**
Creu Coberta, 9C
- **Les Corts**
Joan Güell, 185-187
- **Maragall**
Passeig Maragall, 157-159
- **Muntaner**
Muntaner, 503-505
- **Plaça del Centre**
Avgda. Madrid, 211-213
- **Plaça Molina**
Balmes, 293
- **Poble Nou**
Passeig del Triomf, 62
- **Provença/Calabria**
Provença, 90
- **Rambla de Catalunya**
Rambla de Catalunya, 98
- **Rambles**
Rambles, 74
- **Sagrada Família**
Pça. Sagrada Família, 24
- **Sant Andreu**
Gran de Sant Andreu, 87
- **Sardenya**
Avgda. Diagonal, 310-314
- **Sarrià**
Major de Sarrià, 87
- **Urgell**
Comte d'Urgell, 9
- **València/Girona**
València, 340
- **Zona Franca**
Zona Franca, Sector C,
Locales, 19-22
- **Hospitalet de Llobregat**
- **Hospitalet de Llobregat, O.P.**
Pça. Mestre Clavé, 2
- **Miraflores**
Avda. Miraflores, 69
- **Centre**
Tecla Sala, 13



- **Badalona**
Francesc Layret, 102
- **Barberà del Vallès**
Avgda. Generalitat, 101
- **Bianes**
Passeig de Dintre, 22-24
- **Calella**
Bruguera, 143
- **Cardedeu**
Sant Antoni, 16
- **Castellar del Vallès**
Passeig, 25
- **Cerdanyola del Vallès**
Sant Martí, 59
- **Cornellà de Llobregat**
Rbla. Anselmo Clavé, 4
- **Espplugues de Llobregat**
Laureano Miró, 233-235
- **Figueres**
Rambla, 5

- **Gavà**
Rambla Vayreda, 28
- **Girona**
Avgda. Jaume I, 29
- **Granollers**
Pça. Porxada, 10
- **Igualada**
Rbla. Sant Isidre, 4
- **La Llagosta**
Avgda. 11 de Setembre, 30-32
- **Lleida**
Rbla. Ferrán, 47
- **Lloret de Mar**
Pza. España, 8
- **Manresa**
Angel Guimerà, 38
- **Mataró**
La Riera, 50-52
- **Mollerusa**
Balmes, 7
- **Mollet del Vallès**
Balmes, 7
- **Palafrugell**
Pça. Nova, 8

- **Ponts**
Ctra. Seu d'Urgell, 13
- **El Prat de Llobregat**
Avda. Virgen de Montserrat, 146
- **Premià de Mar**
Gran Via, 147
- **Reus**
Pça. Prim, 5-6
- **Rubi**
Sant Joan, 34
- **Sabadell**
San Antonio M.ª Claret, 24-28
- **Sant Boi de Llobregat**
Mn. Jacint Verdaguer, 110
- **Sant Feliu de Guixols**
Rbla. del Portalet, 20
- **Sant Feliu de Llobregat**
Pii Margall, 17
- **Santa Coloma de Gramenet**
San Carlos, 41
- **Santa Perpètua de Mogoda**
Rambla, 34-36
- **Sant Just Desvern**
Bonavista, 70

- **Sentmenat**
Batlle Joan Déu, 6
- **Seròs**
Ingeniero Jesús Ramirez, 4
- **Tàrraga**
Avgda. Raval del Carme, 31
- **Tarragona**
Rbla. Nova, 62
- **Terrassa**
Portal de Sant Roc, 37
- **Tortosa**
Sant Ildefons, 2
- **El Vendrell**
Pça. Mercat, 2
- **Vic**
Pça. Major, 2-4
- **Vilafranca del Penedès**
Avda. Barcelona, 35-37
- **Viladecans**
Sant Climent, 6
- **Vilanova i La Geltrú**
Rbla. Sama, 44



BANCA MAS SARDÀ

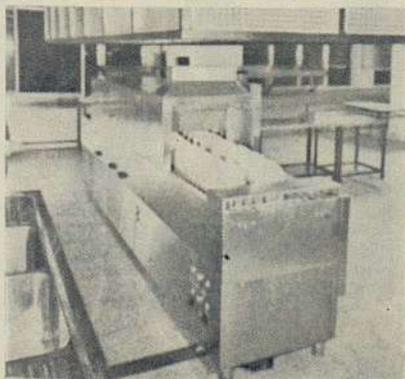
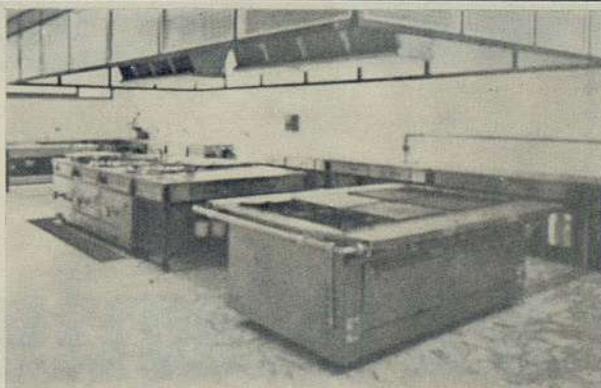
Fundada el 1844

Fagor Industrial

la marca que está renovando el mundo de la hostelería.

La garantía de una buena instalación de hostelería, la da la marca, por eso FAGOR INDUSTRIAL firma todas sus instalaciones. Estos son los argumentos que avalan nuestra marca:

- Estudio previo, proyecto y realización de la totalidad de la instalación
- Experiencia avalada por más de 100.000 instalaciones en funcionamiento.
- La más amplia gama del mercado en maquinaria de HOSTELERIA, LAVADO DE VAJILLA y LAVANDERIA
- Alta calidad de nuestros productos, homologados en Francia, Inglaterra, Alemania,...
- Un servicio de asistencia técnica rápido y eficaz.
- Un cualificado equipo humano que aporta innovaciones, creando y mejorando la calidad de nuestros fabricados.



FAGOR INDUSTRIAL

GRUPO ULARCO

Barrio Sancholopetegi, s/n - Apdo. 17
Tfno. 78 01 51 - Telex: 36030 FAGIE
OÑATE (Guipuzcoa)





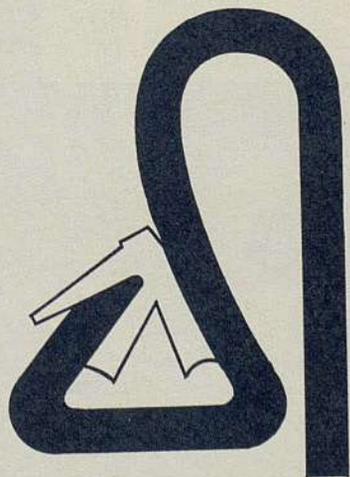
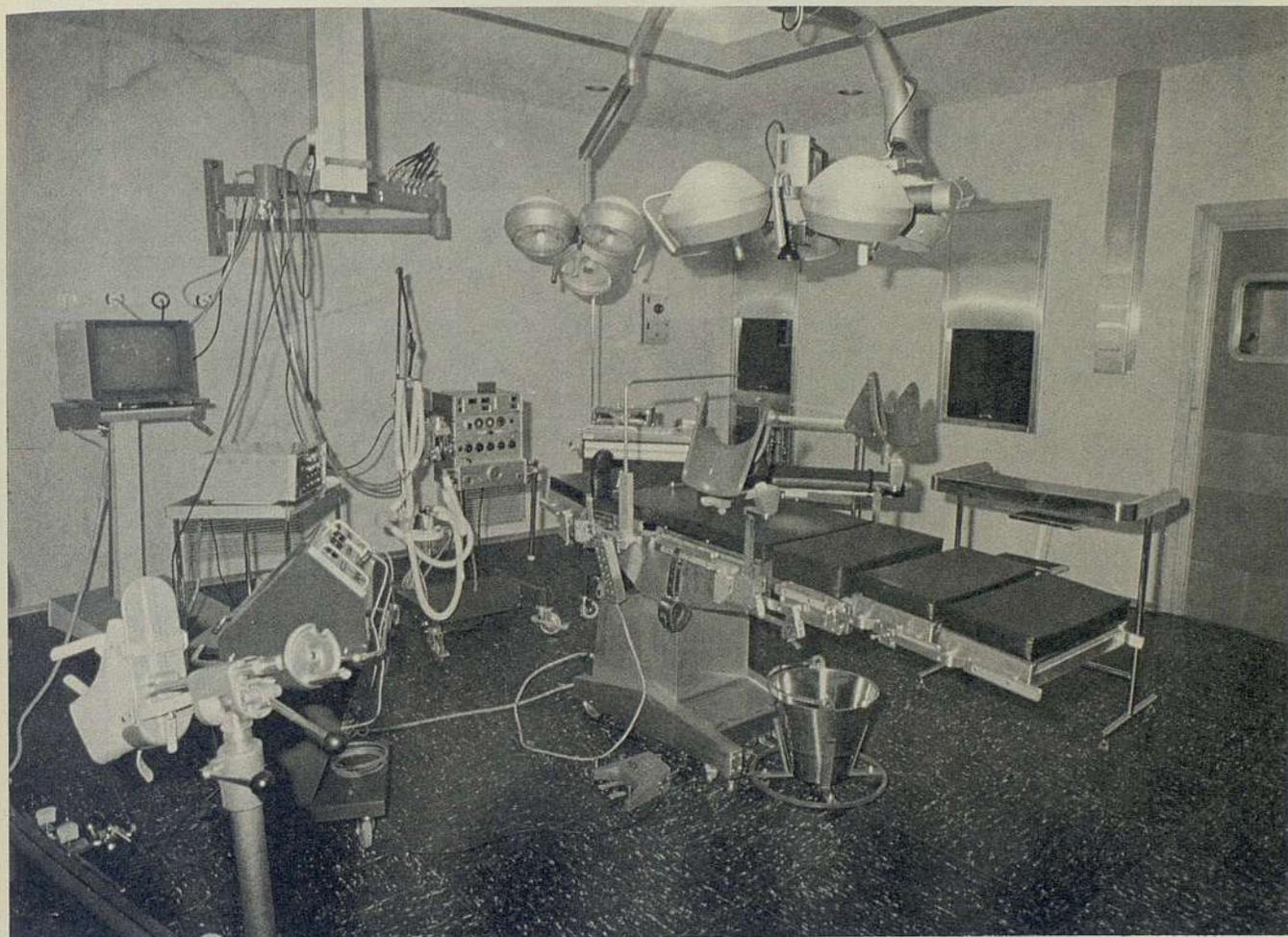
S. A. *construccions*

GUIPUSCOA, 62, 11^e

Tel. 303 07 34

BARCELONA - 20

Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada



®

dimetronika s.a.

DISTRIBUIDORA MEDICO ELECTRONICA

CENTRAL / HEAD OFFICE

San Gervasio de Cassolas, 34. Tel. (93) 212 35 04

Télex: 53994 DIKA E - BARCELONA-22

DELEGACION CENTRO / BRANCH OFFICE

Ponzano, 74 - Tels. (91) 234 42 30 / 40 - 234 45 24

MADRID-3

CANARIAS:

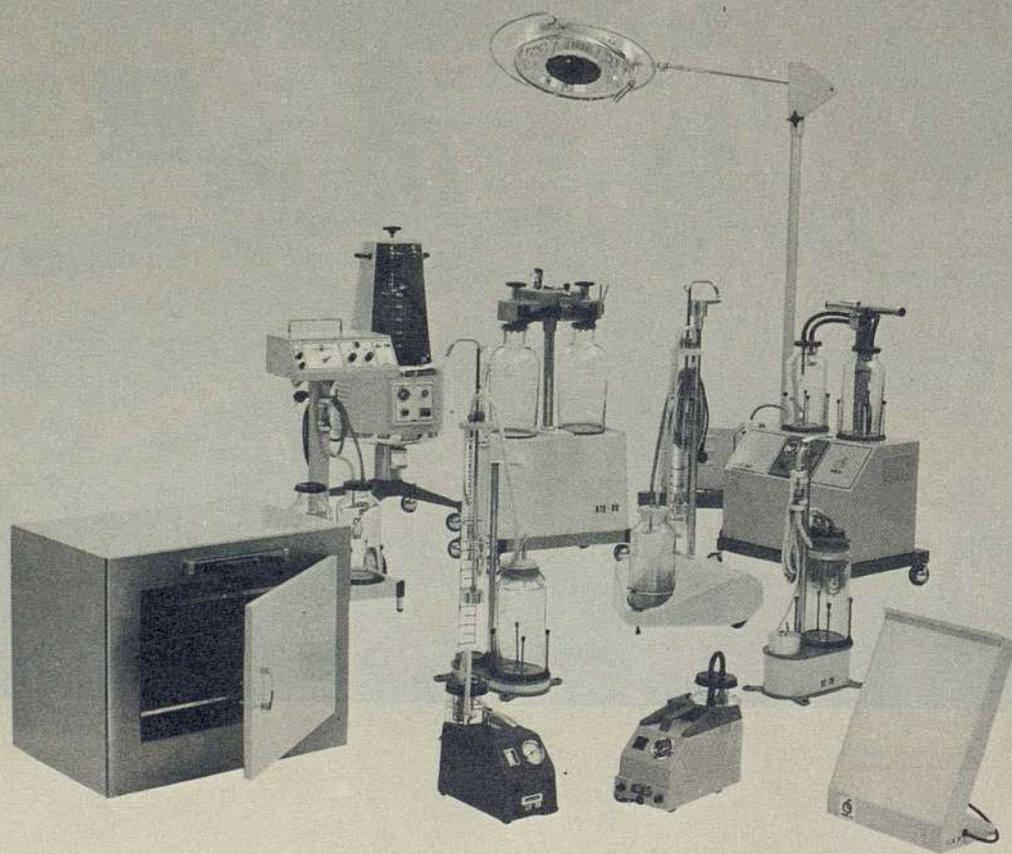
Luis Doreste Silva, 60. Telf. 23 39 73. LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS

y Delegados en toda España para un mejor servicio

ESPECIALISTAS EN INSTALACIONES QUIRURGICAS

Nuestra Experiencia:

más de 25 años
al servicio de la medicina



ORDISI, S.A.

Progreso, 3-5 · Tel. (93) 334 01 12 · Télex: 54375 ORDI-E · HOSPITALET DE LLOBREGAT, Barcelona

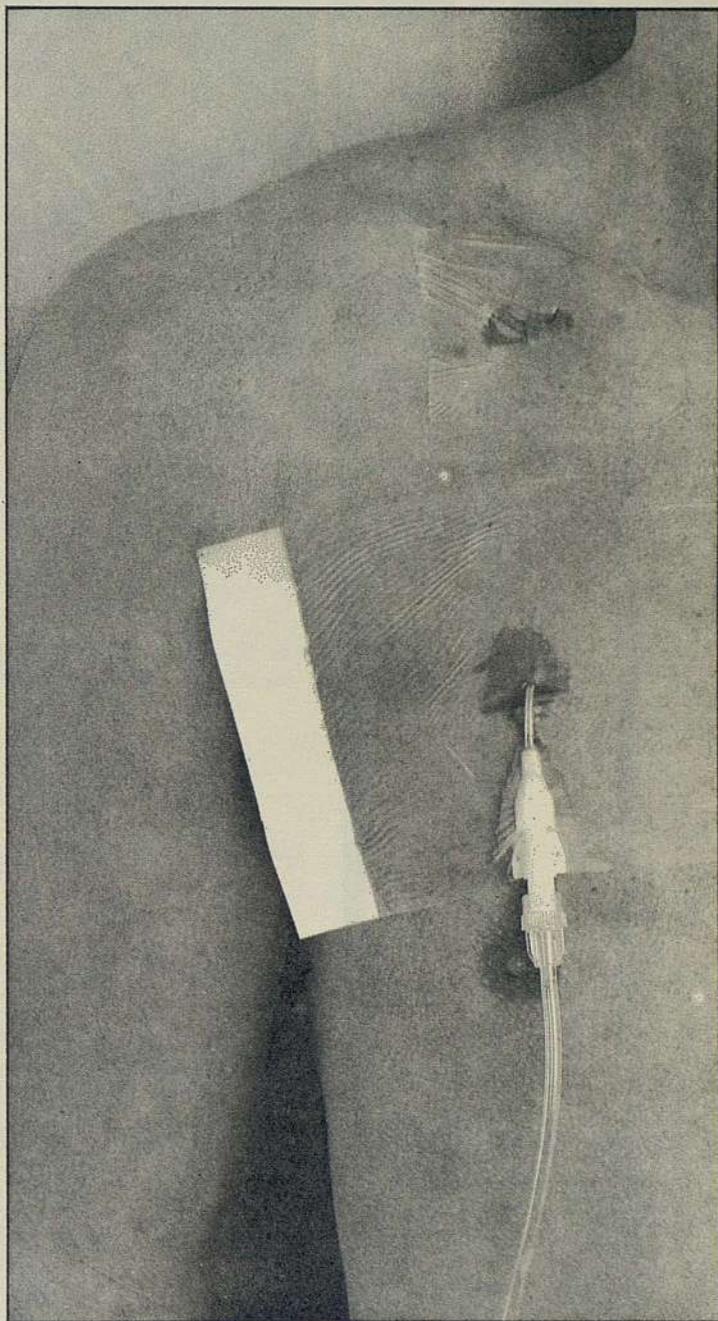
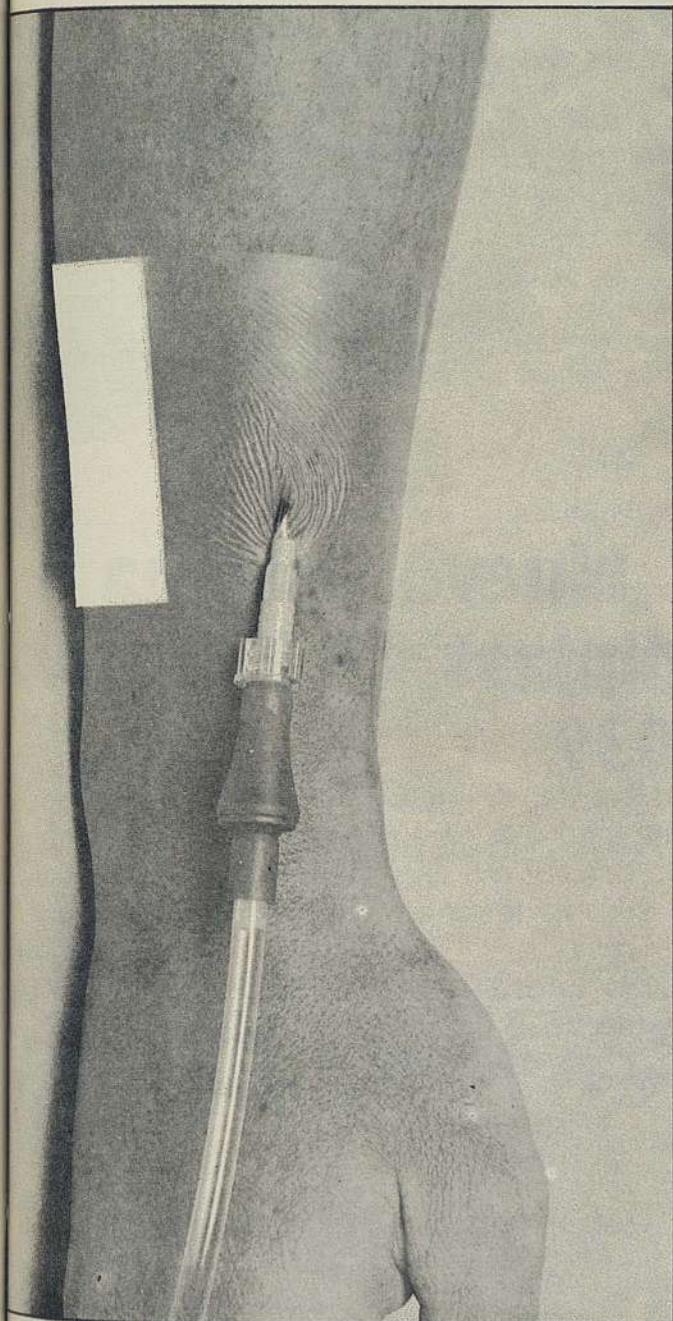
1.^a Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico

Op-Site[®]

en fijación de catéteres.

- Máxima seguridad.
- Mayor comodidad.
- Fácil inspección.
- Apropriado para todo tipo de catéteres.

Smith+Nephew



Los riesgos y consecuencias de extravasación, flebitis,...en fijación de catéteres bajo un apósito opaco, ha sido siempre un problema de difícil control. Asimismo, de observación compleja y elevado costo para la economía del Hospital.

Op-Site[®]

EL APOSITO TRANSPARENTE

PERMITE DETECTAR A TIEMPO LAS PATOLOGIAS EN VENOCLISIS

Smith & Nephew Ibérica, S.A.

Infanta Carlota, 61 - 08029 Barcelona
Tels. 322 82 12 / 843 92 10-843 91 25
Telex: 97488 SNIB-E

Smith+Nephew



Nuevo Sistema Sediplast® LP Labclinics 22039

compuesto de:

- Pipeta graduada para ESV.
- Tubo con 0,2 ml. de Na-Citrato para 0,8 ml. de sangre; tapon de color rosa.
- Etiqueta autoadhesiva.
- Cajas de 1.000 unidades.

 labclinics

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:

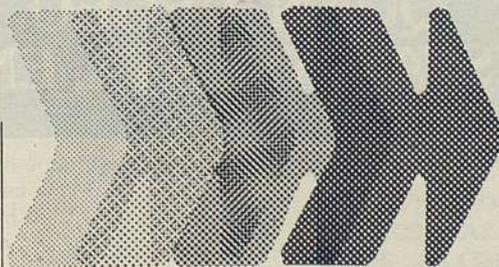
Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.



Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil



SAEL

S.A. de Entretenimiento
y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5

Ofrezca la oportunidad
de suscribirse a

LABOR HOSPITALARIA

Si entre sus amistades hay alguien interesado en Hospitales, su gestión, su problemática humana, pastoral y ética, no dude en ofrecerle la oportunidad de suscribirse.

LABOR HOSPITALARIA

Es una revista útil para:

EL MÉDICO ■ LA ENFERMERA ■ EL ADMINISTRADOR ■ EL GERENTE ■ EL CAPELLÁN
LA RELIGIOSA ■ PARA TODO AQUEL QUE SE OCUPA DEL ENFERMO

Suscripción anual: cuatro números

España	1.000 ptas.
Extranjero: correo ordinario	10 \$
» aéreo	14 \$



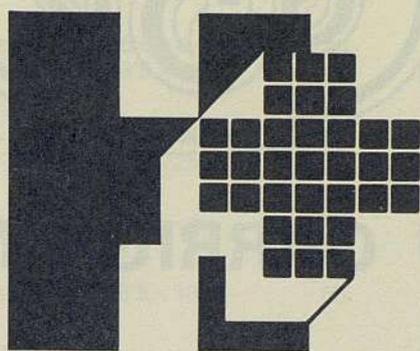
QUAN VEGEU
AQUESTA ENSENYA, ENTREU

Estem al vostre servei



CAIXA D'ESTALVIS DE CATALUNYA

LA CAIXA DE TOTS



Tecnoclínica, el nivel internacional en sanidad.

Este año se celebra por primera vez Tecnoclínica, el Salón Internacional de Tecnología y Equipamientos Hospitalarios que organiza FERIA de Barcelona.

Es éste un certamen integral que, como los más importantes salones existentes en el extranjero, abarca desde los elementos de gestión hospitalaria hasta la tecnología médica de vanguardia, cubriendo el vacío que, hasta ahora, tenía nuestro país en manifestaciones de este tipo. Además, Tecnoclínica se celebra conjun-

tamente con Hostelco, Salón Internacional del Equipamiento para Restauración, Hotelería y Colectividades, con el fin de potenciar los sectores comunes. Todo ello hace de Tecnoclínica una cita bienal del máximo interés para todos los profesionales de la salud. Compruébelo. Tanto si quiere exponer como visitar el Salón, solicite información a Tecnoclínica, FERIA de Barcelona T. 325 30 00 Av. Reina M.^a Cristina s/n, 08004 Barcelona.

Bienes de consumo, construcción e instalaciones. Mobiliario, productos, aparatos e instalaciones para especialidades. Técnicas de esterilización y desinfección. Alimentación. Mantenimiento. Planificación y construcción de hospitales. Informática médica y hospitalaria. Nuevos sistemas de producción energética. Farmacia. Otros.

Tecnoclínica

Salón Internacional de la Tecnología y Equipamientos Hospitalarios.

Feria de Barcelona 

Tecnoclínica se celebra en Barcelona
Del 28 al 31 de Octubre de 1985



BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

ABELLÓ, OXÍGENO-LINDE, S. A.

Gases para usos médicos

- Oxígeno - Protóxido de Nitrógeno - Aire - Vacío
- Mezclas de gases en general
- Gases licuados: Oxígeno, Nitrógeno, Argón

Canalizaciones e instalaciones de gases, usos médicos, industriales y purísimos

- Gases para: cromatografía, espectrometría, investigación, tratamientos frutas
- Productos y aparatos para soldadura eléctrica, oxiacetilénica y oxicorte

Sede social: Bailén, 105 / Tel. 207 30 11
Telegramas OXILINDE / Telex 51649 AOLB
08009 BARCELONA

LIMPIEZA INDUSTRIAL

Teléfono de orientación técnica

(93) 231 51 62

(4 líneas)

Si usted tiene algún problema de limpieza en su almacén, local comercial, taller, nave industrial, oficina, despacho, etc., llámenos y le informaremos gratuitamente y sin compromiso, sobre cuál es la mejor solución.

Es una cortesía de **MAUT, S. A. - JNV**

GRATIS

Linitul

Primera compresa de gasa
engrasada del mundo



Unitul

Primera compresa de gasa
engrasada en sobres unidosis

CUADRO SINOPTICO

Nombre	Contenido por caja	Medidas en cm por compresa	Total cm ² por: compresa/envase		Tejido	P.V.P. i.i.	Código nacional
LINITUL pequeño	10 sobres unidosis	5'5 x 8	44	440	algodón	251	959791
LINITUL grande	20 compresas	8'5 x 10	85	1.700	tergal	241	780544
*LINITUL ANTIBIOTICO standard	20 compresas	8'5 x 10	85	1.700	tergal	291	780502
*LINITUL ANTIBIOTICO hospital	20 compresas	15 x 25	375	7.500	tergal	656	780494
LINITUL SOBRES standard	20 sobres unidosis	9 x 15	135	2.700	algodón	534	959445
**UNITUL COMPLEX standard	10 sobres unidosis	8'5 x 10	85	850	algodón	240	946004

* Polimixina + Bacitracina + Neomicina + Ac. Acexámico
** Sulfadiazina argéntica + Ac. Acexámico

Laboratorios Bama-Geve, S.A.

Servicio de Información Médica
Bailén, 95-97 - Tl. 257 15 03-08009 Barcelona
Montera, 13 - Tl. 221 62 17 - 28014 Madrid

ControlDiet

Dieta para controlar el peso y la salud

TRATAMIENTO DIETETICO DE LA OBESIDAD Y DE OTRAS SITUACIONES CLINICAS CAPACES DE SER CONTROLADAS POR LA DIETOTERAPIA (TRIGLICERIDEMIA, COLESTERINEMIA, GLUCEMIA, HIPERTENSION ARTERIAL, ETC.)

ControlDiet ES EL PREPARADO MAS CIENTIFICO EN SUS APORTES Y CANTIDADES DE NUTRIENTES ESENCIALES

ControlDiet CONTIENE 60 g DE PROTEINAS DE ALTO VALOR BIOLOGICO, CANTIDAD INDISPENSABLE PARA ESTE TIPO DE TRATAMIENTOS. CUALQUIER DISMINUCION EN LA INGESTA DIARIA DE ESTA CANTIDAD ES ALTAMENTE PELIGROSA



Clinical Nutrition

LOS ESPECIALISTAS EN NUTRICION

C/. Agudes, 1 - MATARO - Tel. (93) 799 02 52

REPRESENTACIONES MÉDICAS EXCLUSIVAS, S. A.

Fray Junípero Serra, 18
Tels. 23 95 96 - 28 55 97
07014 PALMA DE MALLORCA

ANTONIO MATACHANA, S. A.
OHMEDA. Boc Medishield
Fundación García Muñoz
Hans E. RUTH (BOSCH)

KLIMACAL, S.A.

Asociada a Bergeon-Geoffroy France

- Instalaciones de aire acondicionado para Centros Hospitalarios, Clínicas, Consultorios.
- Tratamientos especializados para quirófanos y zonas estériles.
- Ventilación - Extracción - Filtración.

Mejía Lequerica, 34, Bajos Dcha.
Tel. (93) 339 44 54

08028 BARCELONA

Atenciones especiales a clínicas

CHAMBURCY

YOGUR Y POSTRES

Concesionario en Mallorca:
Damián Pons Morell

Gremio Silleros y Albarderos, s/n
Polígono Son Castelló

CelpA/España, S.L.

Higiene para colectividades

Poeta Emilio Baró, 24
Teléfono 360 39 58
VALENCIA - 20

Trajano, 18
Teléfono 331 20 95
BARCELONA - 4

Venecia, 42
Teléfono 38 65 12
ZARAGOZA - 7

Roselló, 2
Teléfono 45 01 87
PALMA DE MALLORCA

FILTROS ZANDER

...para aire y gases
comprimidos
TECNICAMENTE 100%
exento de aceite
e impurezas

FILTROS ESTERILIZANTES
Y PARA VAPOR

peiro, s.a.

ESPECIALIDADES PARA LA INDUSTRIA
ESPRONCEDA, 287-295
APARTADO 27282 08018 BARCELONA
TELEFONOS (93) 307 47 50-54-58 TELEX 52720 PEIRO E



PIHERNZ FERMAX

- RADIOTELEFONOS ENLACES PROFESIONALES
- SISTEMAS DE SEGURIDAD
- TV CIRCUITO CERRADO
- INTERCOMUNICACION
- TELEFONIA INTERIOR
- BUSCAPERSONAS POR RADIO
- LOCALIZACION DE PERSONAL
- SONORIZACION Y MEGAFONIA
- ELECTRONICA NAUTICA

GRAN VÍA C. C., 423 - BARCELONA 15
Tel. (93) 223 72 00 - 224 05 97 - 224 38 02

ASCENSORES PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96
LLISSÀ DE VALL

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

Si aún no usa Fixomull es porque no conoce sus muchas ventajas



Fixomull es una gasa autoadhesiva, porosa e hipoalérgica. Disponible en distintos anchos para cubrir de una sóla vez, y sin necesidad de esparadrapo, los apósitos post-operatorios de heridas de gran superficie.

Fixomull cubre grandes zonas post-operatorias permitiendo la transpiración y el paso de las secreciones a través de sus grandes poros.

Fixomull, gracias a su masa adhesiva acrílica no deja residuos, y se retira sin dolor incluso de pieles delicadas, sensibles, o con vello.

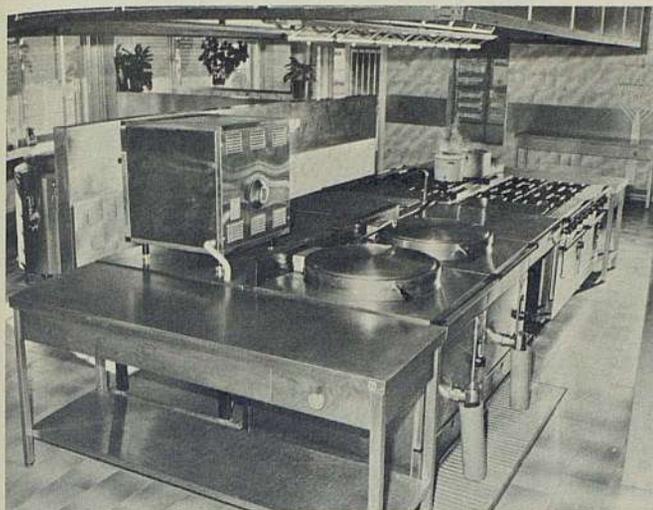
Fixomull®

simplifica el vendaje



Pida folleto informativo, con más amplia información, a

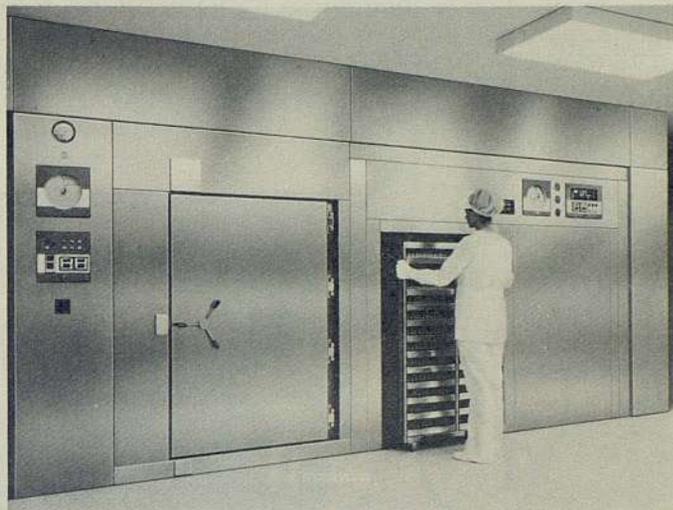
BDF tesa s.a. · Pizarro, 95 Tel. (93) 798 33 00 Mataró (Barcelona)



MATACHANA

**PROYECTA, FABRICA, INSTALA Y
MANTIENE EQUIPOS PARA:**

- Centrales esterilización.
- Quirófanos.
- Morgues.
- Cocina general.
- Hostelería.



ANTONIO MATACHANA, S.A.

Comercial:
Vía Augusta, n.º 11 Tel.: 218 40 09 - 218 46 05
08006 Barcelona

Fábrica:
C/ Hierro, s/n.º Tel.: 331 78 00
08004 Barcelona
Telex: 51776 ANMA-E

CLINYFAR

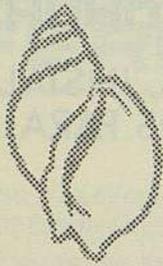
**PRODUCTOS CLÍNICO QUIRÚRGICOS
Y ELECTROMEDICINA**

Emili Darder, 36 (antes Manos)
Tel. 45 00 12
07013 PALMA DE MALLORCA



**Un nou horitzó
per als seus estalvis**

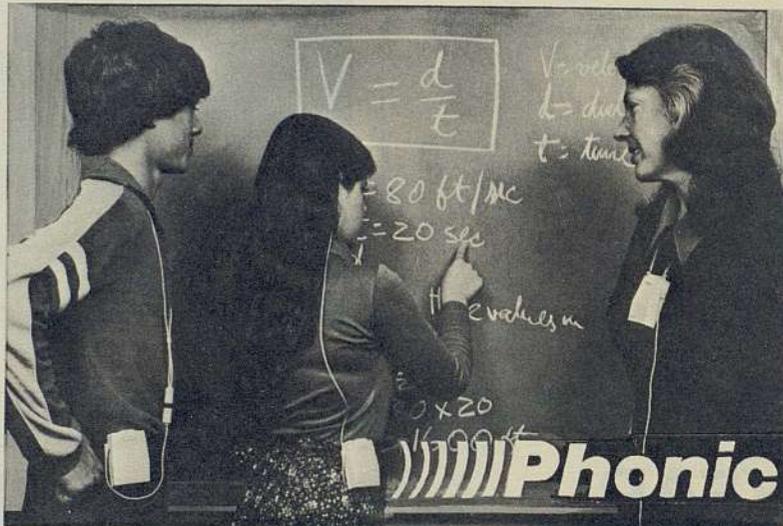
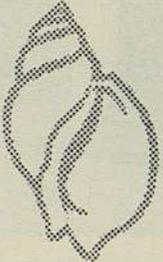
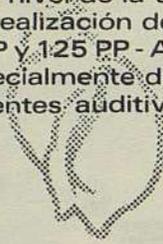
**BANC DE
SABADELL**
Bon Servei



Danavox



El alto nivel de la tecnología **Danavox** ha culminado en la realización de los modernos audífonos retroauriculares 775 PP y 125 PP - AGC-I dotados de entrada de audio ϕ y especialmente diseñados para su adaptación en los niños deficientes auditivos.



Phonic Ear

El niño deficiente auditivo debe usar siempre su propio audífono.

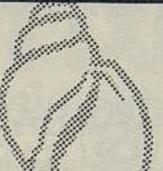
Los modernos audífonos retroauriculares **Danavox** de gran potencia, tienen entrada de audio ϕ y permiten la conexión directa a: TV, radio, magnetófono, etc. También a los equipos **Phonic Ear** de frecuencia modulada FM (alta frecuencia 100 - 200 MHz). Estos equipos, que no requieren instalación previa, permiten una gran movilidad del profesor y del alumno y una excelente recepción que facilita enormemente la integración de niños deficientes auditivos profundos en clases normales.

LE RECORDAMOS QUE:

Para que Ud. obtenga un buen resultado con su audífono es necesario que éste sea correctamente: seleccionado, adaptado y controlada su eficacia y rendimiento por un profesional audioprotesista, que realice la adaptación de acuerdo con la prescripción del médico ORL.

LE OFRECEMOS:

La experiencia y profesionalidad de nuestros audioprotesistas que trabajan de forma exclusiva en nuestros Institutos, equipados con el más moderno instrumental electroacústico para la medida, control y adaptación de los audífonos.



INSTITUTO AUDITIVO ESPAÑOL, S.A.

FISICOS - AUDIOPROTESISTAS 1949 - 1985

08010 - BARCELONA - Pau Claris, 98
☎ (93) 317 35 70 - 317 35 28 - 317 37 08

28014 - MADRID - Zorrilla, 19
☎ (91) 221 78 79 - 221 79 87