

Hermanos de  
San Juan de Dios  
Barcelona

Año 47. Segunda época. Octubre - Noviembre - Diciembre 1995  
Número 238. Volumen XXVII

### CONSEJO DE REDACCIÓN

#### Director

MÍGUEL MARTÍN

#### Redactores

MARIANO GALVE  
JOAQUÍN PLAZA  
CALIXTO PLUMED  
FRANCISCO SOLA

#### Administración

JOSÉ ANTONIO TORRE

#### Secretaría de Dirección

LOURDES COLL  
EDUARDO GARCÍA

### CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL  
FELIPE ALÁEZ  
M.ª CARMEN ALARCÓN  
MIGUEL A. ASENJO  
MANUEL CEBEIRO  
ESPERANZA CACHÓN  
ÁNGEL CALVO  
JESÚS CONDE  
RUDESINDO DELGADO  
JOAQUÍN ERRA  
FRANCISCO DE LLANOS  
PILAR MALLA  
JAVIER OBIS  
JOSÉ A. PAGOLA

### DIRECCIÓN

Curia Provincial  
Hermanos de San Juan de Dios  
Carretera Esplugas s/n  
Teléfono 280 40 00  
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio  
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.  
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268

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

## Sumario

1	EDITORIAL «Sed bienvenidos a vuestra casa»	294
2	MENSAJE DEL SANTO PADRE CON MOTIVO DE LA CUARTA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO	296
3	LOS ENFERMOS MENTALES, QUIÉNES SON, CUÁNTOS, DÓNDE ESTÁN, QUÉ NECESITAN Fernando Leal Herrero	299
4	LA FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL: LA SOLEDAD DEL CORREDOR DE FONDO Julián del Olmo	303
5	LA DIGNIDAD DEL ENFERMO MENTAL J. Manuel Castro	308
6	«NI LOS ENFERMOS NI SUS FAMILIAS ESTÁN AÚN VERDADERAMENTE AMPARADOS» Miguel Martín Rodrigo	315
7	JESÚS Y LOS ENFERMOS MENTALES Julio Lois	319
8	LA IGLESIA Y LOS ENFERMOS MENTALES Pierluigi Marchesi, O.H.	331
9	LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL QUEHACER PASTORAL EN PSIQUIATRÍA Mariano Galve Moreno	339
10	LOS PUNTOS LUMINOSOS: CUANDO EL CINE SE ACERCA A LAS MENTES Eduardo T. Gil de Muro	347
11	«UN MUNDO Y UN LENGUAJE INUSITADOS: ALGUNOS POEMAS SOBRE LA LOCURA» José Antonio Carro Celada	351
12	ORIENTACIONES	356
12.1	LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES Y A SUS FAMILIAS EN LAS PARROQUIAS	
12.2	LA ATENCIÓN PASTORAL A LOS ENFERMOS MENTALES EN LOS HOSPITALES	

# 1. EDITORIAL

## «SED BIENVENIDOS A VUESTRA CASA»

---

**H**an transcurrido ya diez años desde que en 1985, la Iglesia española comenzase la celebración del *Día del Enfermo*. Una experiencia de la que el paso del tiempo ha ido demostrando su profundidad y eficacia en la labor de sensibilizar tanto a la sociedad como a la comunidad cristiana en los diversos aspectos y sectores del mundo de la salud. En la instauración de la Jornada Mundial de los Enfermos, el propio Juan Pablo II hacía alusión a la riqueza de experiencias como la nuestra.

Y, tras estos diez años, éste es dedicado a los enfermos mentales. Puede parecer muy tarde; quizás muy temprano. Cada cual tendrá su valoración.

Lo cierto es que los temas anteriormente desarrollados eran de suma importancia y que todos ellos tenían vocación universal sin centrarse en un tipo concreto de enfermos. Casualmente, en el único amago de abordar un marco así se eligió a «los enfermos más necesitados y desasistidos» entre los que, cómo no, se hallaban presentes nuestros enfermos mentales.

De ahí que resulte gratificante que la primera apuesta por la especificidad, sea por ellos.

Colectivo numéricamente importante, más de lo que a simple vista pudiera parecer. Pero, sobre todo, cualitativamente de primer rango. Por su propia enfermedad, que les afecta de forma tan determinante a su razón, su estado anímico, sus sentimientos más profundos, su autonomía... Y, también, porque hacia ellos la sociedad, y la propia Iglesia tienen que lanzar su *mea culpa* al tiempo que su compromiso serio de situarlos en el lugar que les corresponde.

El mundo del enfermo mental no ha sido, ciertamente, lugar privilegiado de concentración de esfuerzos políticos, coberturas sanitarias y sociales y, por qué no, de atención y cuidado pastoral. Se ha acuñado ya, en el lenguaje de la salud, que «la psiquiatría es la cenicienta de la medicina y la atención psiquiátrica la de la asistencia sanitaria».

Hace escasos años que la asistencia sanitaria psiquiátrica ha sido equiparada al resto de las prestaciones sanitarias; cuando todo ciudadano tenía sus derechos en caso de cualquier tipo de enfermedad, pasaba a manos de la *beneficencia* si ésta era patología mental. Hoy, asumida tan justa integración a nivel de ley, todavía se halla, en muchos lugares, muy lejana de una equiparación de recursos real.

Todavía hoy resulta, en muchos casos, deprimente observar la situación en que se hallan algunos centros psiquiátricos.

Es evidente el camino recorrido, pero todavía lo es más el que queda por recorrer.

Una vez más es necesario, desde una elemental justicia, descubrirse ante la labor que determinadas personas e instituciones, civiles y eclesiásticas, han hecho a lo largo de la historia en favor de estos enfermos. Los Cien Años de Presencia de los Hermanos de San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón en los respectivos centros psiquiátricos de Sant Boi (Barcelona), recogiendo el testigo del insigne doctor Pujades, son fiel testigo de nuestra aseveración. Por si no fuera suficiente la misma, basta repasar, todavía hoy, la titularidad de las camas psiquiátricas en España.

Pero resultaría peligroso olvidar que también en el marco de la Iglesia —diócesis, parroquias, espacios de reflexión...— los enfermos mentales tampoco han sido especialmente privilegiados. La comunidad cristiana ha participado del ambiente de soledad y alejamiento en el que la propia sociedad ha recluso a estos enfermos. Y, siguiendo el mensaje de Jesús, parecen existir pocas dudas de que ellos son uno de los grupos *privilegiados del Reino*.

Por todo ello, y por muchas cosas más, resulta altamente gratificador que el *Día del Enfermo* de 1996 se dedique a ellos. Es una inversión necesaria e ineludible de la comunidad hacia unos de sus miembros más necesitados. Una inversión que ha de pasar por la sensibilización sobre su existencia y necesidades; por los valores que ellos pueden aportar a nuestra Iglesia y sociedad; una inversión en la adecuada formación y gratificación de los profesionales del mundo de la salud; un reconocimiento y respaldo, a todos los niveles, a tantas familias que, con una exquisita delicadeza, saben estar al lado de su miembro más necesitado; una inversión, en definitiva, por una sociedad más justa, más integradora, más atenta a sus seres más débiles.

**LH**

La Comisión Permanente de la Conferencia Episcopal Española ha acordado nombrar como director del Departamento de Pastoral de la Salud al padre Francisco Álvarez, M.I. sustituyendo al padre Rudesindo Delgado que ha desempeñado el cargo durante 22 años con unos admirables y fructíferos resultados. Rudesindo Delgado pasa a ser Asesor Eclesiástico Nacional de la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos (PROSAC) de la que el doctor Joan Viñas ha sido nombrado presidente. Desde aquí felicitamos al padre Francisco Álvarez, al padre Rudesindo Delgado y al doctor Viñas que, sin duda, dedicarán todos sus esfuerzos a que la Pastoral de la Salud siga avanzando. Al padre Rudesindo (Rude, como todos le conocéis) agradecerle estos 22 años de trabajo, además del interés y del amor que ha puesto por la Pastoral de la Salud y del que todos nos hemos contagiado.

*En el próximo número de LABOR HOSPITALARIA os informaremos ampliamente sobre estos nombramientos.*

## 2. MENSAJE DEL SANTO PADRE CON MOTIVO DE LA CUARTA JORNADA MUNDIAL DEL ENFERMO

(11 DE FEBRERO DE 1996)

1. «No te preocupes de esta enfermedad ni de ninguna otra desgracia ¿No estoy yo aquí, que soy tu Madre? ¿No te encuentras al abrigo de mi sombra? ¿No soy yo tu salud?». El humilde indígena Juan Diego de Cuautilan recogió estas palabras de los labios de la Santísima Virgen en diciembre de 1531, a los pies de la colina de Tepeyac, hoy llamada Guadalupe, después de haber implorado la curación de un pariente.

Mientras la Iglesia recuerda, en la amada nación mexicana, el primer centenario de la coronación de la venerada imagen de Nuestra Señora de Guadalupe (1895-1995), es particularmente significativa la elección del famoso santuario de Ciudad de México como lugar de celebración más solemne de la próxima Jornada Mundial del Enfermo, el 11 de febrero de 1996.

Esta Jornada se sitúa en el centro de la fase antepreparatoria (1994-1996) del Tercer Milenio Cristiano que debe «servir para reavivar en el pueblo cristiano la conciencia del valor y del significado que el Jubileo del 2000 reviste en la historia humana» (*Tertio millenio adveniente*, 31). La Iglesia contempla con confianza los acontecimientos de nuestro tiempo y, entre los «signos de esperanza presentes en esta última etapa de siglo», reconoce el camino recorrido «por la ciencia y la técnica y, sobre todo, por la medicina al servicio de la vida humana» (ibid., 46). Con el signo de esta esperanza, iluminada por la presencia de María, «Salud de los enfermos», y en preparación de la IV Jornada del Enfermo, me dirijo a todos aquellos que llevan en su cuerpo y en su espíritu los signos del sufrimiento humano, así como a cuantos, con el servicio fraterno que les es prestado, quieren vivir perfectamente siguiendo al Redentor. En efecto, «como Cristo fue enviado por el Padre “a llevar la buena noticia a los pobres, a curar a los contritos de corazón” (cfr. Lc 4, 18), “a buscar y salvar lo que estaba perdido” (cfr. Lc 19, 10), del mismo modo la Iglesia rodea de afectuoso cuidado a los que están afligidos por la debilidad humana y reconoce en los pobres y en los que sufren la imagen de su fundador pobre y sufriente» (*Lumen gentium*, 8).

2. Queridos hermanos y hermanas, que experimentáis el sufrimiento de una forma especial: estáis llamados a una misión peculiar en el ámbito de la nueva evangelización, inspirándoos en María, Madre del amor y del dolor humano. Que en este no fácil testimonio os sostengan los agentes sanitarios, los familiares y los voluntarios que os acompañan en el cotidiano camino de la prueba. Como he recordado en la Carta apostólica *Tertio millenio adveniente*, «La Virgen Santa estará presente en modo, por decirlo así, transversal, durante toda la fase preparatoria» del gran Jubileo del 2000, «como ejemplo perfecto de amor, ya sea hacia Dios como hacia el prójimo», de tal manera que escuchemos la voz materna que repite: «Haced lo que Cristo os dirá» (cfr. *Tertio millenio adveniente*, 43-54).

Recogiendo esta invitación del corazón de la *Salus infirmorum*, os será posible imprimir en la nueva evangelización un carácter singular de anuncio del Evangelio de la vida, misteriosamente meditado por el testimonio del Evangelio del sufrimiento (cfr. *Evangelium vitae*, 1; *Salvifici doloris*, 3). «Una pastoral sanitaria, en efecto, verdaderamente orgánica, forma parte directamente de la evangelización» (Discurso a la IV Reunión Plenaria de la Pontificia Comisión para América Latina, 8; 23 de junio de 1995).

3. De este anuncio eficaz, la Madre de Jesús es ejemplo y guía, porque «se sitúa entre su Hijo y los hombres en la realidad de sus privaciones, indigencias y sufrimientos. Se pone en medio, es decir, hace de mediadora, no como una extraña, sino en su posición de madre, consciente de que como tal puede —e incluso tiene el derecho— de hacer presente al Hijo las necesidades de los hombres. Su mediación, por lo tanto, tiene un carácter de intercesión: María intercede por los hombres. No sólo eso: desea también que se manifieste el poder mesiánico del Hijo, o sea, su poder salvífico para socorrer la desventura humana, para liberar al hombre del mal que, en diferentes formas y medidas, existe en su vida» (*Redemptoris Mater*, 21).

Esta misión hace perennemente presente, en la vida de la Iglesia, la *Salus infirmorum*, que, como en los albores



luminosísimo el rostro mestizo de María de Guadalupe, que se erige al inicio de la evangelización» (*Documento de Puebla*, 1979, 282-446). Por ello, desde hace cinco siglos, en el Nuevo Mundo, la Virgen Santísima es venerada como «primera evangelizadora de América Latina» como «estrella de la evangelización». (Carta a los religiosos y a las religiosas de América Latina en el V centenario de la evangelización del Nuevo Mundo, 31).

4. Cumpliendo su tarea misionera, la Iglesia, mantenida y confortada por la intercesión de María Santísima, ha escrito páginas significativas de solicitud hacia los enfermos y los que sufren en América Latina. También hoy la pastoral sanitaria continúa ocupando un puesto relevante en la acción apostólica de la Iglesia: tiene la responsabilidad de numerosos lugares de asistencia y de cura y actúa entre los pobres con apreciada premura en el campo sanitario, gracias a la generosa dedicación de tantos hermanos en el episcopado, de sacerdotes, religiosos, religiosas y de muchos fieles laicos que han desarrollado una notable sensibilidad hacia los que sufren.

Si, además, desde América Latina se dilata la mirada hacia el mundo entero, se encuentran innumerables confirmaciones de esta solicitud materna de la Iglesia hacia los enfermos. También hoy, tal vez sobre todo hoy, emerge de la humanidad, el lamento de multitudes de seres humanos probados por el sufrimiento. Poblaciones enteras desgarradas por las crueldades de la guerra. Las víctimas de los conflictos, aún candentes, son sobre todo los más débiles: las madres, los niños, los ancianos. Estos seres humanos, extenuados por el hambre y las enfermedades, no pueden contar ni siquiera con las más elementales formas de asistencia. Y donde éstas afortunadamente existen, muchos son los enfermos atenazados por el miedo y la desesperación, a causa de la incapacidad de dar un significado constructivo a su propio dolor a la luz de la fe.

Los laudables e, incluso heroicos, esfuerzos de muchos agentes sanitarios y la creciente aportación del personal voluntario no son suficientes para cubrir las necesidades concretas. Le pido al Señor que suscite un número aún mayor de personas generosas, que sepan dar a quien sufre no solamente el remedio de la asistencia física, sino también el apoyo espiritual, abriéndole a las consoladoras perspectivas de la fe.

5. Queridísimos enfermos y vosotros, familiares y agentes sanitarios, que compartís este difícil camino: sentíos protagonistas de una renovación evangélica en el itinerario espiritual hacia el Gran Jubileo del 2000. En el inquietante panorama de las antiguas y nuevas formas de agresión a la vida que señalan la historia de nuestros días, vosotros sois como la muchedumbre que trataba de tocar al Señor, «porque de Él salía una fuerza que sanaba a todos» (*Lc* 6, 19). Precisamente, ante tal solicitud de gente, Jesús pronunció el «sermón de la montaña», proclamando beatos a los que lloran (cfr. *Lc* 6, 21). *Sufrir y estar junto a quien sufre*: quien vive estas dos situaciones en la fe entra en una relación particular con los sufrimientos de Cristo y es admitido a compartir «una especialísima parcela del tesoro infinito de la redención del mundo» (*Salvifici doloris*, 27).

de la Iglesia (*Hechos* 1, 14), continúa siendo también hoy «el modelo de aquel amor fraterno, del que deben ser animados todos los que en la misión apostólica de la Iglesia cooperan a la regeneración de los hombres» (*Lumen gentium*, 65).

La celebración del momento más solemne de la Jornada Mundial del Enfermo, en el santuario de Nuestra Señora de Guadalupe, se relaciona idealmente la primera evangelización del Nuevo Mundo a la nueva evangelización. Entre las poblaciones de América Latina, en efecto, «el Evangelio ha sido anunciado, presentando a la Virgen como su más alta realización... De esta identidad es símbolo

6. Queridísimos hermanos y hermanas que estáis en la prueba, ofreced generosamente vuestro dolor en comunión con Cristo sufriente y con María, su dulcísima Madre. Y vosotros que cotidianamente estáis al lado de los que sufren, haced de vuestro servicio un precioso contributo a la evangelización. Sentíos todos parte viva de la Iglesia, porque en vosotros la comunidad cristiana está llamada a confrontarse con la cruz de Cristo, para dar razón al mundo de la esperanza evangélica (cfr. *1 P 3, 15*). «A vosotros todos que sufrís os pedimos que nos ayudéis. Precisamente a vosotros, que sois débiles, os pedimos que seáis una fuente de fuerza para la Iglesia y para la humanidad. Que vuestro sufrimiento, unido a la Cruz de Cristo, resulte vencedor en el terrible combate entre las fuerzas del bien y del mal, cuyo espectáculo nos ofrece nuestro mundo contemporáneo» *Salvifici doloris*, 31).

7. Mi llamada se dirige también a vosotros, Pastores de las comunidades eclesiales, y a vosotros, responsables de la pastoral sanitaria, a fin de que con una preparación adecuada os dispongáis a celebrar la próxima Jornada Mundial del Enfermo mediante iniciativas aptas para sensibilizar al pueblo de Dios y la sociedad civil sobre los vastos y complejos problemas de la sanidad y de la salud.

Y vosotros, agentes sanitarios —médicos, farmacéuticos, enfermos, capellanes, religiosos y religiosas, administradores y voluntarios—, y particularmente vosotras mujeres, pioneras del servicio sanitario y espiritual a los enfermos, haced todos promotores y promotoras de comunión entre los enfermos, entre sus familiares y en la comunidad eclesial.

Estad junto a los enfermos y a sus familias de tal forma que los que estén en la prueba no se sientan jamás marginados. La experiencia del dolor se transformará así para cada uno en escuela de generosa dedicación.

8. Extiendo complacido esta llamada a los responsables civiles de todos los niveles, a fin de que en la atención y dedicación de la Iglesia hacia el mundo del sufrimiento, recojan una ocasión de diálogo, de encuentro y de colaboración para construir una civilización que, partiendo de la solicitud para con quien sufre, se encamine progresivamente en la vía de la justicia, de la libertad, del amor y de la paz. Sin justicia el mundo no conocerá la paz; sin la paz el sufrimiento no podrá dejar de dilatarse desmesuradamente.

Sobre todos los que sufren y los que se prodigan a su servicio invoco el materno apoyo de María. Que la Madre de Jesús, venerada desde hace siglos en el insigne santuario de Nuestra Señora de Guadalupe, acoja el lamento de tantos sufrimientos, enjuague las lágrimas de quien está en el dolor, esté junto a todos los enfermos del mundo. Queridos enfermos, deseo que la Virgen Santa presente al Hijo la ofrenda de vuestras penas, en las cuales se reverbera el rostro de Cristo en la cruz.

Acompaño estos deseos con mi ferviente oración, mientras imparto de corazón a todos mi Bendición Apostólica.

Vaticano, 11 de octubre de 1995.

Memoria de la Santísima Virgen María,  
Madre de la Iglesia.

## GALARDÓN PARA LABOR HOSPITALARIA



El pasado 24 de enero, festividad de San Francisco de Sales —patrón de los periodistas—, LABOR HOSPITALARIA era galardonada con uno de los premios otorgados por el Secretariado de Medios de Comunicación Social de la Archidiócesis de Barcelona «en reconocimiento al servicio continuado en favor de la organización, la pastoral, la humanización y la ética del mundo de la salud».

El hermano Miguel Martín Rodrigo, nuestro director, recibió el galardón de manos de monseñor Joan Carrera i Planas, obispo auxiliar de Barcelona, en representación del cardenal Carles, arzobispo de Barcelona al que le fue imposible participar en el acto.

LABOR HOSPITALARIA agradece tal distinción y desea compartirla con cuantos a lo largo de su trayectoria han dedicado a la misma sus desvelos, talento y cariño.

### 3. LOS ENFERMOS MENTALES, QUIÉNES SON, CUÁNTOS, DÓNDE ESTÁN, QUÉ NECESITAN

Fernando Leal Herrero

#### ¿QUIÉNES SON?

Los enfermos mentales *son desheredados de este mundo*, que a causa de una enfermedad mental, *han «perdido el gobierno» de su persona* y, en consecuencia *padecen todos los inconvenientes* personales, familiares, laborales y sociales *de esa desorganización interior*.

La enfermedad mental puede afectar de muy diversas maneras y con una intensidad muy desigual. Puede considerarse como enfermedad psíquica cualquier padecimiento en el que la salud mental se desequilibra.

Según la definición que hacemos en nuestro libro *Salud Mental. El hombre en su laberinto* la salud mental es: «Un estado dinámico de equilibrio psíquico, que permite a la persona encontrarse bien consigo misma y con los demás. Todo ello sin detrimento de los esfuerzos del individuo por superar dificultades, obstáculos y crisis, con el consiguiente sufrimiento psíquico y la natural vivencia de angustia».

Cuando ese equilibrio inestable se rompe o se descompensa, entrando en un desequilibrio abierto, es cuando estamos ante una enfermedad psíquica. El desequilibrio puede ser de cualquier tipo. Puede empezar a manifestarse de forma lenta, insidiosa, imperceptible, o puede aparecer bruscamente, de manera totalmente inesperada, aunque lo más frecuente es que hasta en las enfermedades de aparición brusca, haya habido algún indicio o elementos prodrómicos, que anuncian la próxima llegada de la enfermedad.

Habitualmente hacemos alusión al término genérico de enfermos mentales para referirnos a aquellas personas que están gravemente afectadas por un trastorno psíquico, puesto que los trastornos leves no invalidan a la persona, para hacer una vida normal o casi normal.

Por otra parte suelen englobarse bajo este epígrafe de enfermos mentales a todas aquellas personas que por tener importantes carencias psíquicas (como los débiles mentales) o por tener una estructura de la personalidad patológica, no pueden hacer una vida como los demás, o no pueden comportarse según las normas establecidas.



“ Puede considerarse como enfermedad psíquica cualquier padecimiento en el que la salud mental se desequilibra ”

Lo esencial de la enfermedad mental (tanto si es estructural como si es evolutiva) es que produce desorganización, desorden, desgobierno. Y el desorden interior de los trastornos psíquicos hace que el sujeto tenga que padecer, además de la enfermedad propia, todas las consecuencias de no poder gobernarse por sí mismo y por lo tanto tener que depender de otros, incluso en asuntos esenciales, que atañen a su libertad, a sus movimientos, a su derecho al trabajo y todos los demás aspectos de su vida. Por lo tanto las enfermedades mentales, por su naturaleza, afectan a las funciones superiores del ser humano y tienen efectos que van mucho más allá del padecimiento de la propia enfermedad, destruyendo ámbitos de su vida que no solamente son del área de la salud, sino también de las de lo familiar, de lo laboral y de lo social.

Esto indica que la enfermedad mental es, en muchos casos, muy invalidante e implica a la familia y a la sociedad, que tienen que reaccionar inexcusablemente, para respon-

der adecuadamente y reparar los daños producidos por el caos interior de los enfermos psíquicos.

¿Qué grupos humanos son los enfermos mentales? Son las *personas que padecen psicosis* (como la esquizofrenia o la psicosis maniaco-depresiva), las que padecen *demencias* (como las demencias seniles o la enfermedad de Alzheimer), los que padecen *trastornos graves de la personalidad* (como los psicópatas), *del comportamiento* (como las personas disociales), *trastornos de los hábitos* (como los alcohólicos, los drogodependientes, los que padecen anorexia, bulimia, etc.); los que padecen trastornos neuróticos graves (de tipo obsesivo, histérico, etc.), quienes padecen *trastornos disociativos, delirantes* u otros similares, quienes padecen *depresiones severas* y/o resistentes y finalmente, pero no en último lugar, los que padecen *carencias* importantes de alguna o de varias de las *funciones superiores* (como los oligofrénicos).

Todos ellos y algunos más constituyen el grupo de los seres humanos, cuyas vidas son *distintas* a las de los demás hombres. Quizás puede parecer excesiva esta afirmación, de que la vida de un enfermo mental sea distinta a la de otra persona en su sano juicio, pero lo cierto es que así es, pues el enfermo mental no puede encauzar su vida de manera autónoma, no puede organizar su actividad y no puede tomar decisiones responsables, ni siquiera en asuntos que le conciernen directamente. Así pues, puede decirse, con propiedad, que la vida de un enfermo mental es diferente a la de los demás, por su *condicionamiento* y por su *cualidad*. Aquí radica probablemente el drama del enfermo psíquico.

El paradigma de las enfermedades mentales es la esquizofrenia, porque es una enfermedad grave, que afecta al ser humano desde la juventud (la edad de aparición se sitúa entre los 17 y 27 años), que lo desestructura muy seriamente y que tiende a la cronicidad. Sin duda el paciente esquizofrénico, ha sido quien ha contribuido mayormente a dar la imagen de *loco* que popularmente se tiene en la cabeza. La desorganización, la inapropiación, el delirio, la agitación y la pérdida del contacto con la realidad, con apragmatismo casi total, son los indicadores de esta enfermedad, que en cierto modo, es la madre de todas las enfermedades psíquicas y es aún la *bestia negra* de la psicopatología humana, a pesar de los avances médicos de este siglo.

## ¿CUÁNTOS SON?

El número de personas que padece trastornos psíquicos es muy elevado. Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en diferentes países y por diferentes investigadores arrojan cifras muy altas, que se sitúan entre el 20 y el 30 % de la población general. Esto quiere decir que la cuarta parte de la población de cualquier país, cualquier ciudad o cualquier zona geográfica padece algún trastorno mental.

Esta enorme proporción plantea por sí misma un gran problema sanitario y social. La envergadura de esta dimensión es sobrecogedora, pues indica que la humanidad está muy ampliamente enferma en lo que a salud mental se refiere.

A este aspecto numérico tan impresionante hay que añadir otro, que potencia esa magnitud y es que la sociedad concede mayor importancia a la salud física que a la psíquica. La salud física la cuida mucho más, le presta más atención y le dedica mucho mayor esfuerzo. A la salud psíquica no. No se observa, no se evalúa. Cuando aparece una dificultad psiquiátrica se tiende a minimizarla, a negarla, a descuidarla. En salud mental la gente no se hace revisiones preventivas, ni hay *chequeos*. Se da por sentado, tácitamente, que cada persona tiene la salud mental que goza o que padece, y que si está muy mal, necesita tratamiento, pero solamente, como último recurso.

Y en la salud mental sucede, igual que en la salud corporal que, si no se cuida, puede deteriorarse notablemente.

“ Los enfermos mentales son desheradados de este mundo, han perdido el gobierno de su persona y padecen todos los inconvenientes de esa desorganización interior ”

“ Hacemos alusión al término de enfermos mentales para referirnos a aquellas personas que están gravemente afectadas para hacer una vida normal o casi normal ”

La gravedad o intensidad de las enfermedades mentales es un parámetro a tener muy en cuenta. De ese 25 %, aproximado, de personas que padecen trastornos psíquicos, menos de la mitad son pacientes cuyo proceso patológico tenga la entidad suficiente como para alterar sustancialmente sus vidas. Lo que sigue siendo una fuerte proporción. El padecimiento del 10-12 % de la población general con enfermedades mentales graves sigue siendo de una magnitud inquietante.

La fracción restante del 10-12 % hasta el 25 % está constituido por un sector de la población que no recibe asistencia psiquiátrica, excepto en los países más avanzados y con mejor educación sanitaria, en los que está más generalizada la atención psiquiátrica y psicoterapéutica.

En lo que concierne a España, la cuantificación aproximada de las patologías mentales más frecuentes son del orden siguiente:

- Existen unos 300.000 pacientes esquizofrénicos.
- Más de 400.000 epilépticos.
- Entre 600.000 y 800.000 deficientes mentales.
- Más de 1 millón con trastornos de la personalidad.
- Más de millón y medio de alcohólicos.
- Y otros grupos más o menos numerosos de enfermos psicóticos, dementes, neuróticos y psicósomáticos.

Ante tal problemática, tanto por el número de pacientes como por la gravedad de las enfermedades, es necesario desplegar un gran esfuerzo de organización sanitaria, que implica a los organismos de Sanidad, a diferentes Instituciones, al personal especializado y no especializado, y necesita de abundantes medios para ofrecer una asistencia psiquiátrica idónea.



## LOS ENFERMOS MENTALES ¿DÓNDE ESTÁN Y QUÉ NECESITAN?

La pregunta ¿donde están? nos lleva a la enumeración de todos los puntos asistenciales existentes:

En los Hospitales *Psiquiátricos*, en Centros Asistenciales, en *Residencias Asistidas*, en las *redes de Salud Mental*, en *Hospitales de Día*, en *Hogares Protegidos...* y en sus *familias*, quienes tienen aún familia o guardan lazos con ella.

Al enumerar los dispositivos asistenciales de la red psiquiátrica hay que hacer la conocida salvedad de que «ni están todos los que son, ni son todos los que están», porque hay muchos pacientes que no tienen ningún Centro donde se les atienda y hay algunos pacientes, que por su patología psíquica podrían estar en sus casas (por haber mejorado o por haberse estabilizado), pero permanecen institucionalizados por razones sociales: porque la familia no puede ocuparse de ellos, porque en otros Centros más apropiados al estadio de evolución no los admiten, o por otras razones sociales, administrativas o económicas.



“ Lo esencial de la enfermedad mental es que produce desorganización, desorden, desgobierno ”

### Los Hospitales Psiquiátricos

En los Hospitales Psiquiátricos se encuentran muchos (un buen número) de los enfermos psicóticos y de todos aquellos pacientes que padecen cualquier tipo de patología mayor.

Durante mucho tiempo y, prácticamente, hasta hace un par de décadas, el hospital psiquiátrico era casi el único lugar de acogida y de tratamiento para los enfermos psíquicos.

En los últimos 20 ó 25 años el hospital psiquiátrico ha ido abriéndose a la sociedad y paralelamente, han ido creándose otros recursos asistenciales extrahospitalarios, de forma que el hospital ha pasado a ser un dispositivo más de las redes asistenciales psiquiátricas.

El número de internados ha descendido drásticamente desde el millar o más de camas que tenían los centros psiquiátricos hasta los pocos centenares de camas que tienen en la actualidad. Se ha progresado mucho en todo lo referente al levantamiento de las normas restrictivas, al género de vida de los pacientes y sobre todo se ha avanzado mucho en cuanto a los medios materiales. Actualmente los pacientes disponen de comida sana y suficiente, de agua caliente, calefacción, teléfono, salas de estar, jardines, etc.; elementos de confort material que hubieran sido impensables hace solamente 30 años.

También se dispone de medicamentos y de cobertura médica suficiente, en la mayoría de los centros.

Donde existe, a nuestro juicio, una laguna considerable aún es en la humanización de los Centros Psiquiátricos. Falta el trato personalizado, la consideración específica de la dignidad del paciente, el afecto, como apoyo y base de acogida y (exceptuando los Centros de Órdenes y Congregaciones religiosas) faltan, en muchos hospitales públicos, la consideración y promoción de los derechos espirituales de los pacientes.

Éste es un campo en el que queda mucho por hacer.

*Otros dispositivos asistenciales psiquiátricos* decíamos que son las Residencias Asistidas, los Centros Asistenciales (muchos de estos dos tipos de Centros son herederos de antiguos Hospitales Psiquiátricos reconvertidos o modificados funcionalmente), los Hospitales de Día, los Hogares Protegidos y los Talleres Protegidos.

Los dos primeros ofrecen residencia completa a los acogidos, además de la atención médico-sanitaria que pueden proporcionar. Los tres últimos son recursos o *estructuras intermedias* (así se denominan, en el argot psiquiátrico) que *ofrecen*, no un abordaje total de las necesidades del enfermo, sino un *abordaje parcial*: sea de tratamiento, de actividades grupales, de lugar de habitación o de apoyo rehabilitador para el trabajo. Cada uno de ellos es insuficiente por sí mismo, pero todos ellos, en conjunto, deben formar una amplia y flexible red de atención a los enfermos psíquicos, que sea suficiente para atender las necesidades más perentorias.

La Asistencia Psiquiátrica española es muy desigual de unas provincias a otras. Mientras que en Asturias, Cataluña y el País Vasco el desarrollo de los recursos es muy aceptable, en ciertas provincias del interior peninsular y en Canarias, este desarrollo es muy deficiente y los planes de asistencia psiquiátrica dejan muchas áreas al descubierto.

Probablemente las áreas peor atendidas, en toda España sean las de la Psiquiatría Infantil, la Psiquiatría Legal y Forense, así como también es muy insuficiente la coordinación de todos los recursos ya existentes, que sin ser muy abundantes, podrían ser utilizados con mejor aprovechamiento.

*Las necesidades* de los enfermos mentales son numerosas y sustanciales. La primera necesidad, lógicamente vie-

“ La cuarta parte de la población de cualquier país, cualquier ciudad o cualquier zona geográfica padece algún trastorno mental ”

“ La sociedad concede mayor importancia a la salud física que a la psíquica ”

ne dada por la existencia de una patología mental, que requiere *tratamiento*.

El *tratamiento psiquiátrico* no se limita a la administración de unos medicamentos o a la actuación de cualquier otra terapéutica biológica, sino que las enfermedades mentales necesitan un *abordaje biológico, psicológico* (psicoterapéutico) y *sociológico*, o social (socioterapéutico). Puesto que la patología mental afecta a los pacientes en todos los aspectos de su vida y la quebranta en lo físico, en lo psíquico y en lo social, requiere, para su tratamiento que se actúe en las tres vertientes, simultánea o alternativamente para promover el proceso de curación o mejoría.

En lo *biológico* se administran toda clase de medicamentos y se efectúan las curas que estén indicadas. La psicofarmacología está actualmente muy desarrollada, por lo que la inmensa mayoría de los enfermos recibe una medicación. Los grupos farmacológicos que sustancian más frecuentemente esta medicación son: los *neurolépticos* (para las psicosis), los *antidepresivos* (para las depresiones), los *ansiolíticos* (para todas las formas de ansiedad y angustia), los *hipnóticos*, los *antiepilépticos*, los *reguladores del humor*, los *correctores de los efectos secundarios* y otros grupos de menor utilización.

En lo *psicológico* hay que ofrecer a los pacientes todas las formas de psicoterapia que su caso requiera; como puede ser la psicoterapia individual, la de grupo y la de familia, y con la orientación (o modalidad técnica) que más indicada esté en su caso; como la *psicoanalítica*, la *sistémica*, la *conductista*, etc. Además de estas formas de psicoterapia técnicamente definidas, con los enfermos mentales, hay que tener una sensibilidad especial, para estar siempre *a la escucha* de lo que quieran decir y de lo que puedan expresar, de cualquier modo. Más aún hay que estar atentos a todo aquello que no puedan expresar, pero que tácitamente está ahí, presente en sus vidas y en sus dificultades. Pues en muchas ocasiones lo que más oculto se encuentra es lo que más daño hace en el interior.

De esta gran necesidad de escucha psicoterapéutica se extrae uno de los *principios básicos de la asistencia a los enfermos psíquicos*: *Que todos los miembros de los equipos terapéuticos estén en esa órbita de escucha, de receptividad y de compenetración con el mundo intrapsíquico del paciente*, y que *organicen y orienten* todos los medios personales y materiales *hacia la creación de un ambiente acogedor, estructurante, personalizante* y eviten a toda costa el rechazo (a veces muy sutil) la discriminación, la escisión y la violencia.

En lo *sociológico*, los tratamientos psiquiátricos deben aportar a los enfermos una *estructura de apoyo*, a partir de los equipos terapéuticos que mencionamos, que les permita afrontar, con ciertas garantías el éxito, las dificulta-

des laborales, familiares y sociales. Esa estructura de apoyo puede ser simple o muy compleja. Va desde la sencilla preparación para la vida del mundo exterior, que puede realizarse en cualquier unidad psiquiátrica, hasta todo un aparato rehabilitador: con programas específicos, con talleres ocupacionales, con talleres protegidos, con programas de inserción social y laboral, etc.

Probablemente sea en este campo de lo sociológico, en el que tan importante es la rehabilitación social, donde más puedan ayudar las personas que no sean profesionales directos de la asistencia psiquiátrica. En todo lo que tiene que ver con la comunicación humana, con la compañía, con la amistad, con la recuperación de los lazos sociales.

Es un campo amplísimo que tiene, además del nivel sociológico, mucho que ahondar en el nivel psicológico.

Las formas de ayuda concreta a los enfermos deben ir siempre acordes con lo que los profesionales de la Psiquiatría y los equipos terapéuticos estén haciendo por su recuperación. En caso de que no se tenga contacto con las personas que tratan al paciente, quien quiera ayudar a éste siempre podrá hacerlo a través de una relación humana comprensiva y cálida, aportándole un moderado apoyo y una compañía discreta que tienda a promover en el enfermo la maduración, la libertad responsable y la autonomía personal.

Uno de los graves inconvenientes de la vida moderna es el de la exclusión funcional a que somete la sociedad a todos los conciudadanos menos productivos, menos rápidos, menos eficaces. La sobrevaloración de la independencia, de la fuerza, de la riqueza, de la eficacia, de la competitividad, coloca a los menos dotados, a los enfermos, en una situación de debilidad y de indefensión muy notables.

Por otro les ofrece una cobertura económica y material (de seguridad social) sin duda mayor que en otras épocas, pero no les dedica tiempo, ni contacto personal, ni amistad, ni integración. Lo aísla en el lugar de la exclusión funcional. En el caso de los enfermos mentales lo aísla en el Hospital Psiquiátrico, en la Residencia Asistida o en el Hogar Protegido. Pero no le permite estar en los circuitos de actividad y de vida normales.

¿Qué puede hacer un enfermo psicótico en el centro de una ciudad, donde todo el mundo va muy deprisa, hacia destinos muy concretos, si él no va a ninguna parte, no tiene trabajo, no puede seguir las reglas del tráfico y no tiene a nadie que le acompañe?

La deshumanización del trato a los enfermos psíquicos, hoy día, no es la violencia física (aunque todavía persiste), o los insultos callejeros, es la indiferencia, el alejamiento y el olvido.

A un paciente mental suele no faltarle la medicación, lo que le falta es el calor humano, el contacto social, el sentimiento de pertenencia a un grupo y con mucha frecuencia le falta también el trabajo, el dinero e incluso la familia.

Quizás por eso la aparente paradoja de la frase de Chesterton de que «un enfermo mental es un ser humano que ha perdido todo, menos la razón» sea radicalmente cierta, en el sentido de que el enfermo psíquico llega a quedarse sin nada y sin nadie, llega a perderlo todo, menos la razón; la razón de ser, la razón de existir, la razón de humanidad que le asiste.

# 4. LA FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL: LA SOLEDAD DEL CORREDOR DE FONDO

*Julián del Olmo*

*Una cuarta parte de la población española necesita algún tipo de atención psiquiátrica y un uno por ciento la tiene institucionalizada de forma permanente. La enfermedad mental está teniendo un fuerte desarrollo en las sociedades modernas, debido a la fuerte competitividad, al «estrés», a los patrones estéticos imperantes (anorexia), a los desajustes afectivos, a los sentimientos de frustración...*

*Las patologías son múltiples y variadas: depresión, neurosis, esquizofrenia, oligofrenia, psicopatías, anorexia...*

*La familia del enfermo mental se beneficia del acervo de valores que caracteriza a la familia española, constituida como una comunidad que tiene establecida una importantísima red de solidaridad entre sus miembros. La familia hace frente a los problemas asistenciales de sus miembros: paro, enfermedad, ancianidad..., supliendo, en muchos casos, a las instituciones públicas que deberían prestar esos servicios y sin que la familia reciba contraprestaciones por los servicios que presta a la sociedad.*

*La familia del enfermo mental es «sufrida y sacrificada», se siente «sola» y demanda «ayuda y solidaridad».*

## EL ESTALLIDO DE LA BOMBA

*La enfermedad mental es una «bomba expansiva» que estalla en el epicentro de la familia produciendo múltiples daños dependiendo de la intensidad de la bomba (tipo de enfermedad).*

La enfermedad mental afecta al núcleo familiar (que tiene que asumir una enfermedad, generalmente, de larga duración y de gran complejidad). Naturalmente, la primera víctima es el enfermo pero, casi siempre suele haber más víctimas en la familia y no por contagio —la enfermedad mental no es contagiosa— sino por *desgaste* y *agotamiento*. Éstos son algunos de los efectos secundarios de esta *medicina amarga* que es la enfermedad.

## FASES FAMILIARES DEL PROCESO

He aquí algunas de las fases del proceso de la enfermedad mental por lo que respecta a la familia. (En este caso, el orden de factores no altera el producto):

- *Detección de síntomas* (generalmente sin darles demasiada importancia, en un primer momento) en uno de los miembros de la familia.
- *Negativa del enfermo a reconocerse* enfermo y en consecuencia a acudir al médico.
- *Impotencia de la familia* para conseguir que el enfermo acuda al médico-psiquiatra.
- *Desconcierto de la familia* ante las reacciones del enfermo y la actitud que debe tener con él (debido, sobre todo, al desconocimiento que se tiene de esta enfermedad y por tanto no saber como tratar al enfermo).
- *Negativa de la familia a reconocer*, en un primer momento, y a *aceptar* la enfermedad, en un segundo momento (en parte por el rechazo a la *locura* que todos llevamos dentro y en parte por lo que se nos puede venir encima).

“La enfermedad mental es una *bomba expansiva* que estalla en el epicentro de la familia produciendo múltiples daños”

“Las enfermedades psíquicas son enfermedades todavía *inexplicables* y en consecuencia *incomprendidas* tanto para el enfermo como para los familiares”

- *Descubrimiento de la carencia de servicios* y de recursos de la Sanidad y las Administraciones Públicas para los enfermos mentales (obligando a la familia a acudir a las entidades sanitarias privadas, a las que sólo las familias pudientes pueden tener acceso).
- *Ocultamiento de la enfermedad* porque socialmente todavía se sigue viendo como una *enfermedad maldita* («lo último perder la cabeza»).
- *Aparición de sentimientos de culpabilidad* en los padres ante la enfermedad de su hijo/a en relación a la educación, al cariño, a comportamientos morales o religiosos que los padres *relacionan* con las posibles causas de la enfermedad.
- Toma de conciencia del rechazo social (otros miembros de la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo...)

que sufre el enfermo mental. La enfermedad mental («locura») marca la diferencia con el resto de enfermedades.

- *Reorganización familiar* para hacer frente a una enfermedad *extraña* de largo recorrido que afecta fuertemente a la convivencia, la forma de vida y a la economía doméstica. (La enfermedad trastoca la vida de toda la familia).
- *Preocupación no sólo por el presente* sino también por el futuro de sus hijos («¿Quién cuidará de ellos cuando faltemos los padres?»).

## LO EXTRAÑO DE ESTA ENFERMEDAD

Las enfermedades psíquicas, en comparación con las enfermedades físicas, son enfermedades, todavía *inexplicables* y en consecuencia *incomprendidas*, tanto para el enfermo como para los demás miembros de la familia (ahí radica, en parte, una de las dificultades para su aceptación).

En muchos casos, el *comportamiento* familiar de los enfermos es muy duro (egocentrismo, chantaje afectivo, amenazas, agresiones, fugas...). Toda la vida familiar gira en torno al enfermo (a sus manías, a sus caprichos, a sus irresponsabilidades, a sus miedos...).

Los padres, a quienes les resulta muy difícil *distanciar-se* de la enfermedad de sus hijos, terminan atrapados, afec-

---

“ La familia tiene que bajar al pozo para ayudar al enfermo a salir de él pero no puede instalarse ”

---

tiva y vitalmente, en sus redes. Esta trampa puede resultar *mortal* ya que los padres renuncian a tener vida propia y a tomarse tiempos y espacios para salirse del círculo de la angustia existencial en la que han caído y de esta manera ponen en peligro su salud mental y la supervivencia del propio matrimonio.

También los demás miembros de la familia (hermanos) tienen que tomarse la enfermedad con el «debido distanciamiento» y seguir haciendo su vida normal (dentro de lo posible).

La enfermedad mental es un pozo —profundo y oscuro— en el que ha caído el enfermo. La familia tiene que bajar al pozo para ayudar al enfermo a salir de él pero no puede ni debe instalarse en él (sería para ella y para el enfermo; se ayuda mejor al enfermo acercándole una escalera y dándole la mano desde el brocal).

## LA FAMILIA TAMBIÉN ESTÁ ENFERMA

Se puede decir que la «la familia del enfermo mental también está enferma». (Cuando un miembro del cuerpo enferma, todo el cuerpo está enfermo).

No es raro que familiares del enfermo necesiten ponerse en *tratamiento terapéutico* para afrontar los efectos secundarios que la enfermedad produce en el ámbito fami-

liar. (La familia del enfermo mental debe cuidar mucho su salud mental).

El *tratamiento* (terapéutico y pastoral) que hay que dar a la familia es de amplio espectro:

- Información y orientación sobre la enfermedad para saber como debe tratar al enfermo.
- Liberación de culpabilidad.
- Clarificación del papel de Dios en la enfermedad.
- Acompañamiento en el proceso de aceptación y vivencia de la enfermedad.
- Escucha, atenta y paciente, de los problemas que la enfermedad plantea.
- Ayuda para afrontar los problemas y tratar de buscar soluciones. (La enfermedad ha sido la causa de que no pocos matrimonios se hayan roto).
- Integración en grupos de autoayuda y asociaciones de familiares para mejor defender sus derechos y los de sus enfermos.

## IMPORTANCIA DEL ASOCIACIONISMO

- España es uno de los países europeos con más bajo porcentaje de asociacionismo político, sindical, cultural y religioso. (Las asociaciones deportivas y las cofradías religiosas están a la cabeza de asociacionismo en nuestro país).

Entre sus causas están:

- El individualismo («que cada uno se saque las castañas del fuego», «que cada palo lleve su vela»...).
- La insolidaridad («sálvese quien pueda», «ese es tu problema», «que lo hagan otros»...).

Los problemas y las repercusiones (económicas, sociales, familiares y personales), que la enfermedad mental plantean, son de tal magnitud que requieren la unión y la solidaridad de todos —al menos de todos los que tienen el problema— para poderle hacer frente.

## CARRERA DE FONDO

La enfermedad mental es una *carrera de fondo* (no hay que olvidar la soledad del corredor de fondo). La enfermedad cortocircuita la capacidad relacional del enfermo llegando a desconectarle del mundo exterior (familiares, amigos, etc.). Su mundo suele quedar reducido a la familia más cercana (manteniendo con ella, en la mayoría de los casos, una relación difícil y conflictiva).

La familia para no tensionar aún más la situación redu-

---

“ La familia del enfermo mental debe cuidar mucho su salud mental ”

“ Los problemas y las repercusiones que la enfermedad mental plantean son de tal magnitud que requieren la unión y la solidaridad de todos ”

---

“ Los padres a quienes les resulta muy difícil distanciarse de la enfermedad de sus hijos, terminan atrapados, afectiva y vitalmente, en sus redes ”



ce también el ámbito de sus relaciones, incrementándose de esta manera su sensación de soledad.

La enfermedad mental es un *calvario* que aparece de pronto en medio del camino haciendo más empinada la cuesta de la vida. La ascensión es dura pero a medida que se sube se van adquiriendo nuevas perspectivas de la vida (porque no todo es negativo en la enfermedad). Hay que saber que la ascensión se hace mejor en *grupo* (el estímulo es mayor, la subida es más llevadera y en caso de accidente siempre hay alguien que te puede echar una mano).

Dios (que no quita ni pone las montañas en nuestro camino), marcha en el grupo dando fuerzas a los caminantes para que sus pasos no desfallezcan. (En los momentos más difíciles de la ascensión, la presencia de Dios es definitiva para seguir caminando). Para realizar una buena ascensión hay que ir pertrechados de espíritu de sacrificio y de contemplación (para saber descubrir los arroyos de agua fresca y las margaritas del camino; aún en los caminos más inhóspitos crecen margaritas que embellecen el paisaje) y con las manos abiertas por si alguien, más cansado que nosotros, necesita agarrarse para seguir caminando.

## EL VALOR DE LOS PEQUEÑOS PASOS

Cada asociación —en España más de un centenar de asociaciones de familiares de enfermos mentales— tiene que medir sus fuerzas y sus posibilidades de cara a plantearse sus propias metas. El *realismo*, condimentado con una buena dosis de utopía, evitará no pocas frustraciones.

En el asociacionismo, como en cualquier otra actividad de la vida, hay que aprender a darle importancia a los pequeños pasos.

En el asociacionismo se trabaja para el presente en clave de futuro («si no lo conseguimos para nosotros que por

lo menos, gracias a nuestro esfuerzo, otros puedan conseguirlo»).

## TAREAS DEL ASOCIACIONISMO

Las asociaciones de familiares de los enfermos mentales tienen una gran tarea por delante. He aquí algunas:

- *Creación de servicios de información y orientación* (sobre la enfermedad, recursos sociales y legales, etc.) para las familias y los enfermos).
- *Acompañamiento y apoyo* (grupos de autoayuda, terapias de grupo...).
- *Concienciación social* para evitar la marginación y la exclusión que sufren los enfermos mentales.
- *Reivindicación a las Administraciones Públicas* para que creen los servicios necesarios y suficientes recursos para una adecuada atención a los enfermos y a sus familiares.
- *Organización de un «voluntariado»* que alivie, ayude y reemplace a los familiares, durante algunas horas a la semana, en la guardia permanente que, en muchos casos, se ven obligados a montar con sus enfermos.
- *Creación de «centros de día»* y talleres ocupacionales.
- *Instalación de «pisos tutelados»* en los que puedan vivir los enfermos fuera de sus familias.

Entre los grandes objetivos y reivindicaciones (a las distintas Administraciones Públicas) de las Asociaciones de Familiares de los Enfermos Mentales destacan:

- Conseguir una atención sanitaria pública para todos los enfermos mentales.
- Creación de miniresidencias y pisos tutelados para todos los enfermos que lo necesiten.



---

“ La enfermedad mental es una carrera de fondo, el mundo del enfermo suele quedar reducido a la familia más cercana ”

---

- Lograr que los enfermos dispongan de los recursos necesarios (talleres ocupacionales, centros de día, centros de rehabilitación...).
- Encontrar soluciones para cuando la familia no puede soportar la situación que le produce la enfermedad de uno de sus miembros (o para cuando falte la familia).

## LA IGLESIA

La Iglesia, desde hace siglos, se ha preocupado de los enfermos mentales. Existen congregaciones religiosas centenarias dedicadas, específicamente, a los enfermos mentales, entre las más conocidas están los Hermanos de San Juan de Dios —que este año celebran el V Centenario del nacimiento de su fundador— y las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Estas congregaciones surgieron como respuesta a la situación de abandono sanitario y exclusión social de los enfermos mentales de la época en que vivieron sus fundadores.

En España, una tercera parte de los enfermos mentales está siendo atendida en hospitales de las congregaciones religiosas.

Las congregaciones religiosas, que han prestado y siguen prestando importantes servicios a los enfermos mentales y a sus familiares, no agotan, ni mucho menos, el trabajo que la Iglesia en España puede y debe hacer con ellos. No tanto porque la Iglesia tenga que crear nuevos hospitales psiquiátricos —ya que las Administraciones Públicas y la iniciativa privada intentan resolver el problema— sino porque debe potenciar su campo de acción a través de sus comunidades cristianas.

El objetivo que deben tener los hospitales psiquiátricos de la Iglesia, es ofrecer al enfermo un proyecto de *salud integral* (física, psíquica, social, moral y espiritual). Los hospitales psiquiátricos de la Iglesia deberían —además de ofrecer una buena calidad en sus servicios médicos— ser

modelos de atención *humanitaria* a los enfermos y a sus familiares.

Se hace necesario que en todos los hospitales de la Iglesia existan y funcionen:

- Comisiones de humanización, o comités de ética.
- Planes de formación para los profesionales y los trabajadores.
- Departamento de pastoral de la salud.
- Servicio de voluntariado.
- Asociación de familiares de enfermos mentales.
- Etc.

---

“ El objetivo que deben tener los hospitales psiquiátricos de la Iglesia, es ofrecer al enfermo un proyecto de *salud integral* ”

---

Para ello, la dirección del centro deberá facilitar los recursos humanos y económicos necesarios.

Las distintas comunidades cristianas tienen que tener en cuenta que la mayor parte de los enfermos mentales viven, habitualmente, con sus familiares (que a su vez están enmarcados territorialmente y muchos integrados vitalmente en el ámbito de esas comunidades).

Es en ese ámbito en el que las comunidades cristianas tienen que realizar su oferta de *servicios humanitarios*.

## SERVICIOS DE LAS COMUNIDADES CRISTIANAS

Los servicios específicos que las comunidades cristianas deben prestar a los enfermos mentales deberían canalizarse a través del Plan de Pastoral de la Salud Mental (que, dependiendo del número de habitantes y de enfermos, ha-

bría que crear en las parroquias y si no es posible su creación se pueden canalizar —como servicio especializado— dentro del Plan de Pastoral de la Salud).

Éstos son algunos de los servicios que la Pastoral de la Salud Mental puede prestar a los enfermos y a sus familiares:

- *Acogida* (estos enfermos suelen sentir una especial atracción por lo religioso).
- *Escucha paciente*, acompañamiento en sus procesos, cuidando su formación religiosa (liberándoles de culpabilidades, descubriéndoles la ternura de Dios, responsabilizándoles de sus comportamientos con sus familiares y con los demás, abriéndoles las puertas de la comunidad para que aporten la riqueza de sus vivencias...).
- *Ofrecerles apoyo y ayuda* para hacer frente a los problemas que la enfermedad les plantea (levantándoles el ánimo y la esperanza).

- *Integración en la comunidad* como un miembro más (con sus pros y sus contras) donde cada uno da lo que puede y recibe lo que necesita.
- *Organización del «voluntariado»* para ayudar al enfermo mental y a sus familiares.
- *Sensibilización y concienciación* para la reinserción social del enfermo mental contra la *marginación y exclusión*.
- *Estímulo para que se integren en asociaciones* de familiares de enfermos mentales.

## CONCLUSIÓN

En el campo de la enfermedad mental hay mucho camino por recorrer y mucho que hacer (profesionales, familiares, sociedad, comunidades cristianas...). En este campo, también, se hace camino al andar.

### Revista

## LABOR HOSPITALARIA

### Boletín de suscripción

**Año 1996**

**Suscripción anual: cuatro números**

España . . . . .	Ptas.	3.200
Extranjero		
Correo ordinario . . . . .	\$	34
Correo aéreo: Europa . . . . .	\$	42
Resto países	\$	46

Apellidos _____		Nombre _____		
Calle _____		Número	Piso	Puerta
Código Postal _____	Población _____	Provincia o país _____		
Teléfono _____	Profesión _____			

#### FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- Por Giro Postal  
 Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir ningún dato de los solicitados)

Por cheque nominativo adjunto N.º \_\_\_\_\_ a favor de LABOR HOSPITALARIA

**Banco o Caja de Ahorros:** [ ]

**Titular de la cuenta:** [ ]

ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada: a:

**LABOR HOSPITALARIA**  
 Hermanos de San Juan de Dios - Dr. Antoni Pujadas, 40 - Tel. 630 30 90 - 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)

# 5. LA DIGNIDAD DEL ENFERMO MENTAL

**J. Manuel Castro**

Miembro de la Comisión Nacional de Pastoral de la Salud Mental

*La historia del enfermo mental, igual que la del deficiente mental, es la historia de la marginación y discriminación de unos seres humanos rechazados, maltratados y perseguidos, a los que, no siempre, la sociedad les ha perdonado la vida. La angustiosa situación histórica fue debida a la ignorancia médica, las supersticiones, el trato brutal y la horripilante caza de brujas, a las que hay que añadir elementos de racionalidad empírica y de interés humano.*

*Gracias a Dios el cambio de actitud social respecto a la enfermedad mental se puede analizar y explicar en razón de factores económicos, filosóficos, morales y religiosos. Surgieron así los distintos centros de internamiento y atención de los enfermos mentales, llamados, primero, casas de salud y después manicomios y hospitales.*

*Hoy día, a impulso de un movimiento humanista universal, asistimos a una transformación radical de la psiquiatría, de modo que la persona del enfermo mental se ha convertido en centro de atención y rehabilitación continuada. Ello es debido, en parte, al esfuerzo insistente de muchas familias de enfermos mentales y al tesón incansable de asociaciones organizadas que han luchado y siguen luchando para recabar la dignidad y derechos que corresponden al enfermo. Como se ha escrito, «hemos pasado de la dialéctica de caridad-beneficencia a otra en donde la clave es la dignidad humana».*

*Lo que pretendemos en estas jornadas pastorales, al tratar el importante tema de la dignidad del enfermo, mental, es afirmar y proclamar a todos la dignidad intangible y los derechos humanos inviolables del enfermo mental. Queremos asimismo acercarnos al mundo del enfermo mental para promover su integración y normalización en la sociedad y en la iglesia; queremos influir para que se quiten, de una vez por todas, esos «estereotipos» sociales, esos prejuicios de la gente, que de distintas formas han arrinconado y envilecido la persona del enfermo mental. Pretendemos también con nuestras reflexiones, experiencias y aportaciones que se evite convertir al enfermo mental en un puro objeto, en un número, en un pelele, lo que significaría la alienación de su dignidad humana. En definitiva, queremos que cambie su imagen, su estatuto y su papel en la sociedad.*

*Es claro que lo que yo os pueda decir sobre el tema no obedece a una elaboración de gabinete. Más bien, es fruto de mi contacto con la realidad de los enfermos. Pero como dice Diego Gracia: «Considero un error grave... el intento de resolver los problemas prácticos y concretos sin un previo trabajo de fundamentación». Por imperativo ético necesitamos fundamentar debidamente este tema desde una perspectiva antropológica cristiana.*

*Divido el tema en tres partes. La primera, quizás común a otras ideologías y creencias, tiene por epígrafe lo siguiente: «La verdad sobre el hombre: la dignidad humana». La segunda parte lleva este título: «Mi hermano por el que se encarnó y murió Cristo: la dignidad sobrenatural del enfermo mental». La tercera y última es consecuencia de las dos partes precedentes. Dice así: «Actitudes y comportamientos hacia el enfermo mental derivados de su dignidad».*

## LA VERDAD SOBRE EL HOMBRE: LA DIGNIDAD HUMANA

■ Estamos inmersos en un fenómeno social que coloca a la economía como base y fundamento de todos los valores. A todo se pone un valor. Incluso el valor que se asigna al hombre, a su personalidad, a su dignidad, no toma como medida su valor absoluto. Como alguien ha escrito «se olvida peligrosamente el suelo firme de nuestro ser, lo que todos tenemos en común, la humanidad, la verdadera humanidad, la cualidad de ser hombres». Entre la nada y el hombre más humilde, débil, lleno de carencias, como el enfermo mental, la diferencia es infinita. Entre esas «existencias que son una carga», «cáscaras humanas vacías», «idiotas profundos», «insoportables seres, maliciosos y de mente torcida», «mentalmente impedidos», «vidas indignas de ser vividas», etc., como se ha llamado a los dementes y deficientes mentales, y los demás individuos humanos, la diferencia sólo es cualitativa y no entitativa. El que se tenga capacidades mentales más o menos extendidas no

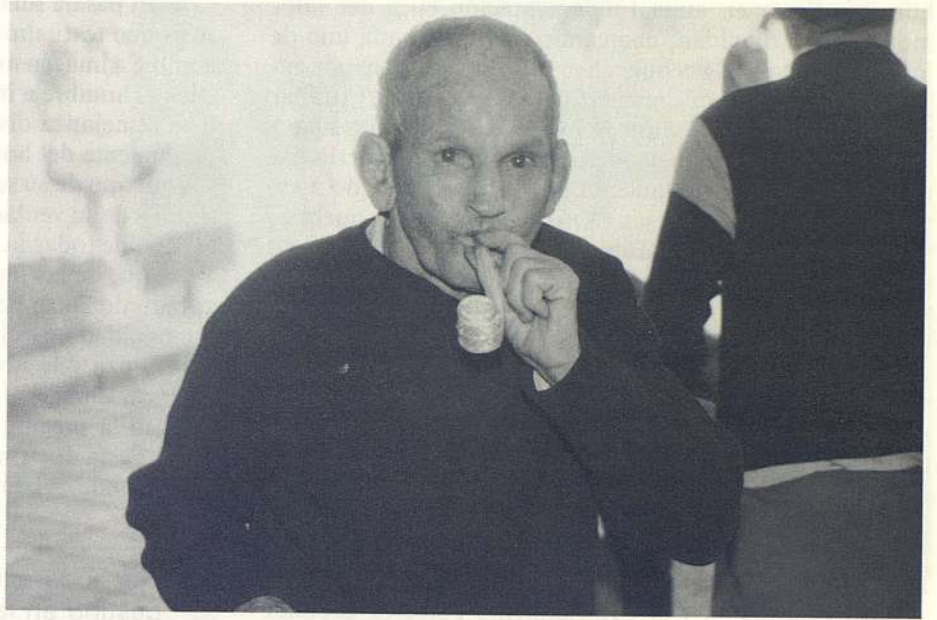
“ En el contexto de un orden social regido por los principios de productividad y competitividad se desprecia el carácter específico del hombre ”

“ Semejante concepción del mundo y del hombre materialista ha ocasionado un *obscuramiento de la idea y sentimiento de la dignidad humana* ”

significa que un ser «sea menos». Es, si acaso, diferente, distinto. En el contexto de un orden social regido por los principios de productividad y competitividad se desprecia absolutamente el carácter específico del hombre, de lo que nos es a todos común, la humanidad, el ser hombres. Hoy día tanto vales cuanto «produces, consumes o tienes». A una persona para identificarle ya no se le pregunta: «¿quién eres? sino ¿cuánto tienes?». A un enfermo ya no se le dice «estás enfermo» sino más bien «tienes una enfermedad».

Semejante concepción del mundo y del hombre materialista, consumista, utilitarista, ha ocasionado «un obscuramiento de la idea y sentimiento de la dignidad humana». «Se permite que individuos con deficiencias graves,





“ La dignidad humana es común a todos y cada uno de los hombres ”

psíquicas o físicas, «estén ahí», pero que no se les vea, que no molesten, que se les encierre. Se les tiene compasión y cuando se les ve por la calle la expresión espontánea es la de «¡pobrecito!». Esta compasión por el enfermo llega a desear, por su bien y la de sus familias, que no hubieran nacido o que mueran pronto. Cuantas veces he oído decir «qué bien haría Dios en llevarle». El aborto eugenésico, la eutanasia, la esterilización de enfermos mentales va en esa dirección, si bien hay que reconocer que son problemas muy graves y difíciles. En la práctica a este tipo de enfermos no se les estima en su dignidad de personas, más bien, se les rehusa, pese a que casi todas las constituciones, al menos de occidente, reconocen que «todos los hombres son iguales en dignidad y en derechos. El enfermo mental, aunque distinto, no puede dejar de ser él mismo, pues su dignidad de hombre no sólo es intangible sino también indivisible». «El eclipse del sentido del Absoluto (Dios) en la sociedad, ha escrito un prelado, conduce a la pérdida de la dignidad de las personas y arrastra por una pendiente muy preocupante». Es por esto por lo que, como os decía en la introducción, hoy tenemos que hacer hincapié en la dignidad de las personas, conocer qué es y cuáles son sus exigencias. ¿Qué es, pues, la dignidad humana?

■ Comienzo por afirmar que toda exigencia ética tiene su origen y destino en la dignidad del hombre. El padre Rahner, en sus *Escritos Teológicos* ha escrito que «en general, dignidad significa, dentro de la variedad y heterogeneidad del ser, la determinada categoría objetiva de un ser que reclama —ante sí y ante otros— estima, custodia y realización. En último término se identifica con el ser de un ser». El hombre como realidad y existencia propia, tiene, dice, Zubiri, «una estructura personal, con las propiedades de la existencia personal». La dignidad es entonces la persona. De ahí que el hombre por su dignidad es un sujeto y no un objeto. Es, dice otro autor, «reconocer el valor absoluto e incondicional del hombre» no desde la mediación de la política, economía, cultura, etc., sino desde la

realidad del ser; «es considerar al hombre un fin en sí mismo y nunca reducido a medio; es, en definitiva, ver en el ser humano, en todo ser humano, concreto e histórico, sin discriminaciones veladas o manifiestas, el origen y meta de todo empeño moral. «La dignidad humana, cuyo concepto queda expuesto, es común a todos y cada uno de los hombres. Esto es lo único en lo que todos somos iguales.

Era necesario definir este concepto para desenmascarar y rechazar aquellas formas de pensar y actuar que infravaloran, menosprecian y no aceptan a todos aquellos hombres cuya dignidad se encuentra desfigurada, entre los cuales están los enfermos mentales. No hay seres humanos de primera, segunda o tercera categoría. Las limitaciones psíquicas o físicas forman parte de la definición del ser del hombre como persona». Tampoco existe hombre completo, normal, sano. La persona humana es un ser *carente*. Todos tenemos alguna deficiencia. La diferencia de unos con otros es de grado o de forma. Si así es ¿por qué no aceptamos a esos enfermos mentales o deficientes que, con sus capacidades disminuidas o perturbadas viven junto a nosotros y con nosotros? Un pensador ha escrito estas palabras: «Juzga a un hombre no por lo que *rinde*, sino mira más profundamente ¡a lo que *padece*! Pues el rendimiento incita al juicio, el cual recompensa o castiga. Pero el sufrimiento incita a la simpatía, la cual proporciona solidaridad y amor».

■ El cambio de mentalidad moderna sobre la idea de persona, impulsado por el actual movimiento humanista, ha logrado plasmar en normas las exigencias ineludibles de la idea de dignidad humana. Los derechos humanos, incorporados ya casi todas las constituciones, no son más que la expresión y desarrollo de esas exigencias de la dignidad

humana. Suponen «una fundamentación ética del valor moral de esa dignidad, abarcando a todos y cada uno de los seres humanos. Reconocen el valor del hombre por encima de cualquier otra realidad. No puede, pues, extrañar a nadie que la formulación de los derechos humanos haya sido recogida por numerosos documentos de la Iglesia. La dignidad humana fundamenta, orienta y da sentido a estas normas recogidas en las *Constituciones* de los pueblos.

En épocas históricas anteriores no era así. El enfermo mental no tenía la tutela y amparo jurídico que hoy le asiste, porque la cosmovisión de entonces no se basaba en una opción humanista. Al enfermo mental, al menos en España, se le conceptuaba, hasta la llegada de la Constitución vigente, como un terrible *peligroso social*. La sociedad tenía que defenderse de su conducta supuestamente *antisocial*, aislándolo, encerrándolo y sometiéndole de la forma que fuera. Se aplicaba para ellos la «Ley de vagos y maleantes», y la «Ley de Peligrosidad Social», derogadas ambas por la entrada en vigor de la presente Constitución Española.

La Constitución y el Ordenamiento Jurídico Español vigentes parten de una visión exacta de la persona del enfermo mental. No es éste, como se creía antes, un ser peligroso del que la sociedad tiene que defenderse. «Es un ciudadano que, por su condición de enfermo, necesita de cuidados y de protección jurídica especiales». El Ordenamiento y la Constitución Española reconocen de este modo que el enfermo mental es persona y que por el mero hecho de ser persona goza de la correspondiente personalidad jurídica y tiene también una *dignidad jurídica* que, por una parte, le hace ser titular de derechos básicos y, por otra, sometido, con ciertas restricciones, a deberes y responsabilidades jurídicas dentro de la sociedad. Al enfermo mental se le reconoce hoy no sólo una *dignidad ética* sino también una *dignidad jurídica* a las que hay que añadir la *dignidad sobrenatural* de la que voy a hablaros a continuación.

## MI HERMANO POR EL QUE SE ENCARNÓ Y MURIÓ CRISTO: LA DIGNIDAD SOBRENATURAL DEL ENFERMO MENTAL

Para los creyentes en la Biblia, el ser humano, además de la dignidad natural, posee una dignidad sobrenatural. La visión del hombre desde la perspectiva bíblica engrandece a la persona humana y le confiere un valor misterioso, sagrado. Cualquier ofensa, desprecio, subestima contra él será un pecado contra Dios. Frente al idealismo colectivista, frente al materialismo y hedonismo de nuestra era, el cristianismo es la única vía que todavía sigue abierta para atribuir al *tú* humano un valor infinito, porque Dios mismo se le ha atribuido y realmente conferido al crearle a su imagen y al elegirle en Cristo Jesús. Así el rostro de un hombre, cualquiera que sea su figura, manifiesta y revela a Dios de manera que supera toda la creación visible. La verdadera dignidad del hombre está, pues, constituida por el hecho de haber sido creado a imagen y semejanza de Dios.

■ El pasaje fundamental de la biblia es el del Gn, 1, 26, en el que textualmente leemos: «Y dijo Dios: hagamos al hombre a imagen nuestra, según nuestra semejanza... Y creó Dios al hombre a imagen suya: a imagen de Dios lo creó». Esta semejanza divina consiste en la referencia esencial y permanente del hombre a Dios como fundamento, figura y arquetipo de su ser. Gracias a esa semejanza divina constitutiva de su verdadera dignidad, el hombre es elevado por encima de todas la criaturas infrahumanas: por encima de las cosas, de las plantas, de los animales. Sitúa al hombre al lado de Dios; pertenece a un mundo distinto, superior. Su dignidad no es homologable con ninguna otra criatura. Semejanza que abarca la *totalidad* del hombre: cuerpo, espíritu, alma.

Pero la pregunta que nos inquieta cuando intentamos aplicar esta doctrina a los enfermos mentales es la siguiente: «¿dónde encontrar esa imagen de Dios en un ser que

---

“ Toda exigencia ética tiene su origen y destino en la dignidad del hombre ”

---

en su cuerpo, muchas veces, se asemeja a una piltrafa de hombre, en su espíritu se manifiesta desquiciado, en su alma se siente perturbado y atormentado? ¿Cómo brilla el esplendor de Dios en esta criatura desfigurada?». Sabemos que todos los males, incluso la muerte, tienen origen en el pecado. En la revelación de Dios no se nos habla de una disminución ni de una pérdida de la semejanza divina. La semejanza divina no puede ser destruida en su mismo núcleo ni perderse por efecto de la culpa. Más bien, se conserva después del pecado. Ella es el centro mismo de la esencia humana y configura su forma propia. Y esto no puede faltar en la integridad esencial del hombre. En este plan de Dios el enfermo mental, pese a sus deficiencias y carencias, es una persona en el sentido más pleno. Por eso, está llamado a buscar a Dios arquetipo de su imagen divina, pues nos ha hecho para Él «a pesar de las dificultades que pueda encontrar para la manifestación de su plenitud».

■ Por otra parte el hombre alcanza de nuevo su dignidad original perdida por la participación viva en el misterio de la redención de los hombres. San Pablo resume el tema de la dignidad del hombre trasponiéndole al plano de la redención. Cristo, señala el Apóstol, es la verdadera Imagen de Dios. Ser imagen de Cristo es ser imagen de Dios. Por esto el hombre deberá participar vivamente —lo cual sucede por la gracia y la fe— del misterio de la redención de Cristo y así recobrar su dignidad primera oscurecida por el pecado (Rm. 1, 23; 3, 23). «En la dimensión humana de la Redención, dice Juan Pablo II en la encíclica *Redemptor Hominis*, el hombre vuelve a encontrar la grandeza, dignidad y el valor propio de su humanidad». Esta nueva dimensión de la dignidad del hombre resalta, sobre todo, en estos dos hechos: la *Encarnación del Verbo* y su muerte y resurrección.

■ En efecto, el hecho mismo de la encarnación de Jesús es la afirmación radical de la dignidad del hombre, la cele-



bración de su ser, de su existencia y de su crecimiento. El enfermo mental, ser pleno por ser hombre, queda enaltecido, dignificado, reconocido. Jesús en su encarnación revela a todo hombre su valor, su belleza, su importancia, su esperanza. Y es que la conformación del hombre a la imagen de Jesús por la gracia y la fe eleva al hombre a la dignidad de hijo de Dios. Por eso se ha dicho *agnosce christiane dignitatem tuam: «reconoce cristiano tu dignidad»*.

■ La Redención, por otra parte, a través de la muerte y resurrección de Cristo, han devuelto definitivamente al hombre la dignidad y el sentido de su existencia en este mundo. Porque una cosa es cierta, que Cristo llegó verdaderamente hasta el fondo, hasta verter su sangre de la Nueva Alianza *por todos*. De este modo todo quedó transformado. Desde ahora en adelante el otro distinto de mi humanidad, ese que delira, que hace muecas, que no coordina, que en su desesperación o trastorno quiere suicidarse, etc. es el «hermano por el que murió Cristo (I Cor. 8, 11). Quien le desprecia, quien le margina, quien le tortura ofende a Cristo que se ha identificado con él: “lo que hiciéreis a estos mis humildes hermanos”, conmigo lo hicisteis». (...). El hermano por el que murió Jesús no es sólo el hombre sano o el equilibrado. Es todo hombre.

De este modo se realiza esa idea del esplendor divino que desde siempre se ha estado derramando sobre el rostro humano porque («le coronaste de gloria y dignidad». Sal. 8, 6) al hacerle a su imagen y semejanza. La figura de cada hombre es como espejo de su imagen y semejanza. Su realización tiene lugar aquí en la tierra «en el encuentro crucificante del Señor crucificado, de ese Cristo roto, reflejado en el rostro de mi hermano en la humanidad desfigurada por el pecado. El hombre enfermo, psíquico o somático, adquiere así un rostro nuevo. Su persona, con su depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc., al reflejar en su imagen la imagen de Cristo *Varón de Dolores*, será el lugar original para realizar el encuentro con Él, convirtiendo su maltrecha figura en semilla de trasfiguración y resurrección. La dignidad que le confiere ser imagen de Cristo muerto y resuci-

“Urge tomar una actitud de *acercamiento, servicio y acogida* hacia el enfermo mental y no abandonarle”

tado, le da un valor infinito y le garantiza la realización plena de su imagen en la otra vida, porque como rezamos en el canon de la misa «al contemplarte como tú eres Dios nuestro, seremos para siempre “semejantes” a Ti. A nosotros toca descubrir esa imagen en el rostro de “mi hermano” por el que murió y resucitó Cristo».

«Un antiguo rabí, es una leyenda, preguntó a sus alumnos: ¿Cuándo la noche se hace día? Respondió uno de ellos: cuando consigo distinguir un perro de una oveja. No, repuso el rabí. Dijo otro: cuando consigo distinguir un trozo pequeño de leña de un árbol corpulento. No, dijo el rabí. Replicaron los alumnos a una: entonces, dínos cuándo la noche se hace día. Y el rabí sentenció: Cuando miras el rostro de un hombre y descubres que es tu hermano».

### ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS PASTORALES HACIA EL ENFERMO MENTAL DERIVADAS DE SU DIGNIDAD

La doctrina que se ha expuesto en páginas precedentes nos ha ilustrado acerca de la dignidad natural y sobrenatural del enfermo mental. Pero no olvidemos que nuestra reunión se sitúa dentro del marco de unas jornadas pastorales. Ello quiere decir que todo ha de tener una proyección práctica, concreta, eficaz. No puede quedar este tema en una bella teoría. Ha de plasmarse en líneas que orienten la acción pastoral. La palabra *Iluminar* y las dos siguientes del programa, actitudes y comportamientos, me dan la orientación para el desarrollo de este punto. ¿Qué actitudes, pues, hay que tener hacia el enfermo mental? ¿Cuáles deben ser nuestros comportamientos? Para ser breve sólo

hablaré de algunas actitudes elementales y de algunos comportamientos básicos.

### Actitudes hacia el enfermo mental

- *La primera actitud* que se ha de tomar respecto al enfermo mental es la de *reconocer, estimar, apreciar y valorar* en él al hombre y a su dignidad humana y, para el creyente, su dignidad sobrenatural. Un hombre, cuya dignidad, al menos humana, sea subestimada o despreciada, se ve destruido en su existencia y convertido en mero objeto.
- *La segunda actitud* es el deber de *respetar al máximo y cuidar* al enfermo. La fe en Dios exige respetar a cada uno y a todos los hombres como un sacramento que no puede ser tocado. El Concilio Vaticano II se ha pronunciado de este modo: «El Concilio inculca el respeto al hombre, de forma que cada uno, sin excepción de nadie, debe considerar al prójimo como otro yo, cuidando en primer lugar de su vida y de los medios necesarios para vivirla dignamente» (Gaudium et Spes, n. 27).

---

“ El cambio de mentalidad moderna sobre la idea de persona ha logrado plasmar en normas las exigencias ineludibles de la idea de dignidad humana ”

“ Para los creyentes, el ser humano además de la dignidad natural, posee una dignidad sobrenatural ”

---

- *Urge, en tercer lugar, tomar una actitud de acercamiento, servicio y acogida* hacia el enfermo mental y no abandonarle, alejarse o huir de él como si fuese un apestado. El mismo Concilio dice: «En nuestra época principalmente, urge la obligación de acercarnos a todos y de servirlos con eficacia cuando llegue el caso» (id. n. 27).
- *Hemos de tener, en cuarto lugar, una actitud de rechazo hasta lograr que queden abolidas las prácticas infamantes o degradantes* contra el enfermo. De nuevo el Concilio con una claridad pasmosa recuerda que «Cuan- to atenta contra la vida, cuanto viola la persona humana, cuanto ofende a la dignidad humana... (el Concilio cita prácticas horribles que hoy se aplican, como torturas morales o físicas, etc.), son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana... son totalmente contrarias al honor debido al Creador» (id., n. 27).
- *Por último, se trata más bien de un «cambio de actitud»* hacia el enfermo, es decir, de mirar al enfermo mental desde la óptica de sus capacidades, de sus valores y posibilidades, y no tan sólo desde su incapacidad o discapacidad. Esto nos hará ver en ellos sus buenas cualidades, lo que tenemos que aprender de ellos y entablar con ellos una relación vital de amistad.

### Comportamientos hacia el enfermo mental

Quiero referirme en este apartado a los dos comportamientos que considero principales. Y son: su integración

y normalización en la sociedad y en la familia y en la defensa de sus derechos. Guiándome por el título que encabeza las presentes Jornadas «El enfermo mental en la sociedad y en la Iglesia», voy a desarrollar este epígrafe desde la perspectiva de la sociedad y de la Iglesia.

### Integración y normalización del enfermo mental

*En la sociedad.* Por suerte, la marginación y segregación del enfermo mental no revisten las características dramáticas de épocas pasadas pero, aun así y todo, muchos de ellos no están integrados todavía en nuestra sociedad, en la familia, a sí mismos, ni hacen una vida normalizada.

Sin embargo, en los países desarrollados, como el nuestro, basados en los principios democráticos de igualdad, justicia, participación, respeto mutuo, solidaridad, diálogo, se ha iniciado ya un movimiento de integración, en su terminología se llama *reinserción* del enfermo mental. Se pretende promover al máximo la autonomía de las personas afectadas por la deficiencia y perturbación mental, respetando sus características especiales, dentro de las limitaciones que impone cada caso, se intenta devolver, en cuanto sea posible, a la comunidad social y a la familia, en la que se ha nacido y a las que pertenece. En ellas, aunque no pueda hacer una vida normal absoluta, a veces imposible, ha de aproximarse a ella de una manera más sencilla. Normalidad que supone su participación en todos aquellos bienes sociales que necesita para su desarrollo.

En esta filosofía se ha inspirado la nueva forma de hacer psiquiatría. Me refiero a los centros públicos. Los privados tienen su autonomía aunque tienden a una coordinación y a una apertura. Con el intento de que los enfermos se integren a la sociedad y a la familia y que hagan una vida como los demás ciudadanos, se han abierto unidades de estancia breve en hospitales generales para los enfermos agudos. Para el resto, se han abierto centros de salud mental a los que acuden los enfermos para su tratamiento ambulatorio, los cuales generalmente viven en familia, por-

---

“ El hecho mismo de la encarnación de Jesús es la afirmación radical de la dignidad del hombre ”

“ La primera actitud que se ha de tomar respecto al enfermo mental es la de *reconocer, estimar, apreciar y valorar* en él al hombre y a su dignidad humana ”

---

que se van cerrando los hospitales generales psiquiátricos al considerarles vejatorios a la dignidad humana. No todos, sin embargo, están de acuerdo en la forma de hacer esta reforma pues han surgido muchos problemas por esta desistitucionalización de la psiquiatría. Se han abierto también pisos de adaptación, talleres ocupacionales, escuelas y cuantiosos centros de rehabilitación y enseñanza para los enfermos mentales.

En Madrid, por ejemplo, se está llevando a cabo alguna experiencia piloto de colaboración parroquias-administración autonómica con grupos de trabajo del *proyecto ocupacional*. El proyecto lleva este significativo título: «integración comunitaria de enfermos mentales». Estos comportamientos de la administración pública central, comunitaria y municipal, evidencia que estas instituciones se están concienciando cada día más del deber de apreciar y defender la dignidad de todos y cada uno los hombres, especialmente de los más abatidos y oprimidos. A estos esfuerzos de la sociedad hemos de unir los nuestros haciendo realidad como comportamientos propios las actitudes de las que antes hemos hablado.

---

“ La segunda actitud es el deber de *respetar al máximo y cuidar al enfermo* ”

---

**En la Iglesia.** El enfermo mental, más que otros enfermos, ha sido rechazado también por las comunidades cristianas para participar en su misión evangelizadora. Se le ha tenido siempre como un sujeto pasivo. Su participación en la *práctica* sigue siendo pobre y escasa. Se le sitúa a nivel puramente afectivo, término de una caridad asistencial, con mucha carga de sentimentalismo piadoso e ingenio... Sin embargo, si no a todos, a los que en medio de su desgracia tengan capacidad suficiente, se les debe considerar como sujetos activos y responsables de la obra de evangelización y salvación. Los enfermos mentales, en la medida de sus fuerzas, al igual que otros enfermos, pueden y deben colaborar en la misión de la comunidad. Y las parroquias deben evitar obstaculizar material y moralmente su participación, facilitándoles cauces adecuados para su corresponsabilidad. Podemos enumerar algunas acciones participativas de estos enfermos:

- Hay que contar con el enfermo mental, sobre todo al capacitado, valorándole, personalizándole, solicitando su colaboración, informándole y difundiendo su testimonio.
- Es conveniente invitarles a participar en determinadas fiestas y en algunas liturgias, procurando que reciban los sacramentos con la misma dignidad, deferencia y solemnidad que las personas sanas.
- Es necesario desarrollar la ayuda catequética y educación religiosa de estos enfermos, e integrarles en grupos capaces de aceptarles y admitirles en excursiones, deportes, juegos, talleres, escuelas, etc.
- De ordinario no suele contarse con los enfermos cuando se trazan planes pastorales, ni tienen representación directa en comisión alguna. Mucho menos si éstos son enfermos mentales. Sin embargo, pueden aportar ideas valiosísimas y experiencias enriquecedoras en la confección de planes y programas pastorales. Lo mismo que pueden aportar puntos de vista interesantes en su realización. El enfermo mental no es tonto y, a veces, nos supera por su profundidad. Es obligado, pues, integrarles en grupos de trabajo y en algunas comisiones.

- Su integración ha de alcanzar la piedad. Hay que pedirles e invitarles a que recen y ofrezcan sus sufrimientos por intenciones concretas. Recíprocamente la comunidad ha de tenerles presente en sus oraciones.

### *Defensa y cumplimiento de los derechos del enfermo mental*

Se ha dicho que «una sociedad que no reconoce los derechos humanos como derechos fundamentales de todos los ciudadanos, es una sociedad inhumana y, por ello, una sociedad intolerable». Hoy se tiende a crear una sociedad humana en la que todos los ciudadanos puedan convivir en paz y con la cabeza erguida, es decir, con dignidad. El instrumento con el que los poderes públicos garantizan la defensa y hacen cumplir los derechos de cada hombre son las constituciones de los pueblos. En la nuestra se reconocen estos derechos en el título primero preliminar y art. 10,1, en el que se establece: «La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y la paz social». Y en relación con los enfermos psíquicos en el capítulo III, art. 49, dice: «Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos».

---

“ Hemos de tener una actitud de rechazo hasta *lograr que queden abolidas las prácticas infamantes o degradantes* contra el enfermo ”

“ En los países desarrollados se ha iniciado un movimiento de integración con el que se pretende promover al máximo la autonomía de las personas con deficiencia y perturbación mentales. ”

---

Pero aquí no queremos fijarnos en los derechos básicos o fundamentales del enfermo mental. Éstos tienen, además, unos derechos específicos que es preciso que conozcamos para defenderlos y luchar para que no queden en letra muerta. Estos derechos específicos no son más que el desarrollo de los derechos y libertades de la persona enferma adaptados a su situación peculiar. No tienen la cobertura de una ley que les de su fuerza vinculante por lo que han quedado en meras directivas. Se reconocen al enfermo mental los siguientes derechos:

1. Derecho a la vida, a la seguridad, a la integridad física.
2. Derecho a la libertad.
3. Derecho al socorro.
4. Derecho a las libertades fundamentales, de conciencia, religión, opinión, asociación, etc.

5. Derecho a la salvaguardia de su dignidad, de su honor de su reputación.
6. Derecho al respeto de la vida privada.
7. Derecho al disfrute y a la libre disposición de sus bienes.
8. Derecho al secreto profesional.
9. Derecho a la no discriminación y a la igualdad.
10. Derecho a presentarse como candidato o de votar en una elección.
11. Derecho a una audición pública e imparcial de su causa por un tribunal independiente y privación de libertad.
12. Derecho al *habeas corpus*.
13. Derecho al abogado.
14. Derecho a no inculparse.
15. Derecho a la información.
16. Derecho a la protección contra la explotación y a la protección y a la seguridad de la familia.

Todos estos derechos se recogieron en una carta llamada «Carta de Quebec» (Canadá), y varios de ellos se explican en la «Ley de Protección del enfermo mental». Quiero hacer un breve comentario a un derecho que no está recogido en ninguno de estos dos documentos jurídicos. Me refiero al «Derecho del enfermo mental a ser distinto».

En la sociedad como en la que nos toca vivir hay una «funesta y temible manía de la uniformidad», quizás para que tengamos más seguridad y orden. Lo cierto es que se rechaza lo que es diferente. La sociedad impone a todos una conducta normal de modo que las conductas anormales como la de los enfermos mentales se rechazan de plano. Se les obliga a comportarse como a una persona normal. Se olvida que en los enfermos mentales lo normal es ser anormal. El ser suyo es ese. No es otro. Son distintos y hay que dejarles vivir su mundo. Esto no significa que haya que dejarles hacer todo. Muchas veces no tienen dominio de sí mismos y son peligrosos. Además hay que hacerles salir de su enfermedad, rehabilitarles y reintegrarles a la normalidad de la vida. A pesar de todo siempre serán diferentes. Hay que dejarles vivir su precaria vida porque tienen derecho a ser distintos.

Los poderes públicos tienen el deber moral de proteger estos derechos del enfermo mental y luchar para hacerlos

cumplir. No sería justo pedir su cumplimiento sin sentirnos comprometidos. Sólo se puede exigir de las autoridades públicas lo que estamos dispuestos a realizar en el campo de nuestra propia vida. En estrecha colaboración defendamos la dignidad y derechos de los enfermos mentales y de cada uno de los hombres. En la lucha por los derechos humanos está en juego nuestro futuro.

## FINAL

Termino con este dato. En un Midras sobre el Ps. 34 aparece la viñeta de un loco. Según un comentarista, David preguntó por qué había puesto Dios la locura en el mundo y, a propósito de ello describe a un demente al que ridiculizaban los niños: «Señor del universo, dijo, ¿en qué puede beneficiar al mundo la locura? ¿Acaso es bello a tus ojos el que un hombre vague por la plaza del mercado, rasgue sus vestiduras y los niños corran detrás de él burlándose?»

De todo lo expuesto, concluyendo, podemos responder: «Le coronaste de gloria y dignidad» (Sal. 8, 6). Por eso puede rezar como nosotros: «Señor Dios nuestro. ¡Cuán admirable es tu nombre sobre toda la tierra!» (Sal. 8, 2).

Madrid, 18 de septiembre de 1995.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMOR PAN, J. M.: *Ética y Deficiencia Mental*. Universidad Pontificia de Comillas, UPCO, Madrid, 1995.
- DIECKHOFFER, K.: *El desarrollo de la Psiquiatría en España*. Edit. Gre-dos, Madrid, 1984.
- MYSTERIUM SALUTIS, II, t. II. Edic. Cristiandad, Madrid, 1970.
- MOLTMANN, J.: *La Dignidad Humana*. Edic. Sígueme, Salamanca, 1983. Encicl. *Redemptor Hominis*. Juan Pablo II, PPC.
- ROSEN, G.: *Locura y Sociedad*. Edit. Alianza, Madrid, 1974.
- UNAMUNO, M. DE: *La Dignidad Humana*. Col. Austral, Espasa-Calpe, Madrid, 1976.
- VON BALTASHAR, H. U.: *Gloria-7*. Nuevo Testamento, Ediciones Encuentro, Madrid, 1989.
- Conc. Vat. II, *Gaudium et Spes*, Col. Minor, BAC.



# Banc Sabadell

## SILVESTRA MORENO GARCÍA

Presidenta de la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Catalunya

# 6. «NI LOS ENFERMOS NI SUS FAMILIAS ESTÁN AÚN VERDADERAMENTE AMPARADOS»

**Miguel Martín Rodrigo**

Director de LABOR HOSPITALARIA

*Silvestra Moreno García lleva más de diez años dedicada al mundo de los enfermos mentales y sus familias. Nacida en Pelayos de la Presa (Madrid) el 11 de abril de 1934, casada y con cuatro hijos, vivió la experiencia de tener que ingresar a un familiar en un psiquiátrico y a raíz de aquella vivencia, decidió que tenía que hacer algo por los enfermos mentales y, sobre todo, por sus familias. Con familiares de otros enfermos empezó un movimiento en Barcelona, donde ella reside desde muy pequeña, que hoy se conoce por Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Catalunya, de la cual es presidenta, y de la cual surgió en 1992 la Fundación Privada Tutelar de Familiares de Enfermos Mentales.*

*Silvestra Moreno ha sido también presidenta de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales «FEAFES» que, a su vez, es miembro fundador de la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales «EUFAMI»; pertenece a la Federación Mundial de Salud Mental, a la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psico-Social, a la Asociación Mundial de la Esquizofrenia y a la Comisión Europea de Ética en Psiquiatría.*

*Traemos su voz y su experiencia a estas páginas de LABOR HOSPITALARIA como miembro de la Comisión Nacional de Pastoral de Salud Mental de la Conferencia Episcopal Española que dedica el Día del Enfermo de este año 1996 al enfermo mental.*



Silvestra Moreno, una mujer comprometida por los derechos de los enfermos mentales y sus familias.

—¿Qué valoración haces de la salud mental en España desde que empezaste en este mundo hasta ahora?

La valoración es diferente según las Comunidades Autónomas de España, globalmente, es positiva puesto que se inicia o se continúa con la reforma psiquiátrica. Pero estamos aún muy lejos de tener unos servicios adecuados al problema.

—Comparádonos con el resto de Europa, ¿cómo ves el panorama español?

Comparádonos con el resto de Europa, estamos a medio camino. Nos faltan medios económicos o, lo que es lo mismo, una clara decisión política para hacer frente con un presupuesto adecuado al problema. También es ne-



Silvestra Moreno y el hermano Miguel Martín, autor de esta entrevista, en un momento de la misma.

cesario que no sean sólo unos pocos profesionales los que realicen una asistencia *en la comunidad*, es necesario que todos salgan de sus despachos y atiendan el problema donde está.

—¿De qué te sientes más satisfecha durante todo este tiempo dedicada a la salud mental? ¿Y más decepcionada?

No podría decir exactamente de que me siento más satisfecha tal vez, egoístamente, de lo que nos hemos enriquecido mi familia y yo; moralmente, con el trabajo que realizo. Más decepcionada, de lo que cuesta que las familias se asocien y den a conocer a la sociedad el problema que tienen, o sea, que sean las primeras en romper el tabú.

—Hablemos de los profesionales sanitarios dedicados a la psiquiatría, en tu opinión, ¿han evolucionado en su práctica médica?

Los profesionales, como en todos los colectivos, los hay muy dinámicos y muy conservadores o tradicionales. Sin embargo, en conjunto han evolucionado sobre todo en el concepto que tenían sobre las familias, es decir, cada día

“Aún estamos lejos de tener unos servicios adecuados al problema de la salud mental”

“Es necesario que los profesionales salgan de sus despachos y atiendan el problema donde está”

“Cada día son más los profesionales que ya no culpabilizan a la familia como causa de la enfermedad mental”

“Empezar a trabajar conjuntamente juristas, psiquiatras, forenses, usuarios y familias, sería un buen inicio para solucionar los problemas de tipo judicial”

son más los que ya no la *culpabilizan* o consideran la causa de la enfermedad.

—En cuanto al avance en cuestiones políticas y administrativas, ¿qué pasos se han dado? ¿Cuántos quedan por dar? ¿Están verdaderamente amparados los enfermos mentales y sus familias?

Los pasos dados políticamente en salud mental son *pa-sitos*, en unas comunidades aún gatean y en otras ya se han decidido a andar. Éstas últimas tienen que consolidar sus programas y hacer que la cobertura de éstos lleguen a todos los usuarios. Ni los enfermos ni sus familias están aún verdaderamente amparados, en términos políticos diríamos que no disfrutan de los derechos que, teóricamente, les reconoce nuestra Constitución y las leyes dictadas por el Estado.

—¿Sigue habiendo problemas judiciales?

Los problemas judiciales son muchos. Hasta que no encontremos la fórmula para decidir qué derecho es el prioritario si la *salud* y, por tanto, que el enfermo reciba tratamiento, o el *derecho individual* para recibirlo,



“ La familia es pieza clave para la buena evolución del enfermo mental ”

“ Como madre comprendo el dolor de los padres ante una enfermedad mental ”

teniendo en cuenta que la persona en su derecho individual tiene enferma su capacidad de valorar qué es lo mejor para él y para las personas con las que vive. A esto hay que añadir el desconocimiento por parte de muchos jueces y médicos forenses de la problemática de la enfermedad. Empezar a trabajar conjuntamente todos los implicados, juristas, psiquiatras, forenses, usuarios y familias, serían un buen inicio para solucionar este problema.

*—Las familias de los enfermos mentales son, a veces, tanto o más importantes que los propios enfermos, ¿por qué?, ¿qué papel juegan estos familiares?*

La familia es pieza clave para la buena evolución del enfermo mental. Cuando el enfermo pierde el apoyo de su familia por el cansancio o el estrés producido por los años, éste termina en la calle. Por lo tanto, la familia necesita información y formación, apoyo de los estamentos públicos y, sobre todo, de los profesionales. Sería muy largo enumerar los problemas de convivencia que crea un enfermo en el núcleo familiar, basta decir que el enfermo convierte la noche en día y, por tanto, es difícil descansar para realizar las tareas que cada miembro de la familia debe realizar para la buena marcha de la misma.

*—¿Qué te motiva a emprender la unión de familiares en torno al enfermo mental? ¿Cómo es el inicio de la Asociación de Enfermos Mentales de Catalunya?*

Soy madre, quizás para algunos éste no es el motivo, pero para mí sí lo es. Como madre comprendo el dolor de todos los padres ante una enfermedad de este tipo, porque sé que nadie estamos libres de padecerla, porque también tengo un sobrino enfermo y todo esto unido, me da fuerzas para seguir trabajando en la defensa de sus derechos.

Las asociaciones surgen de la necesidad que tienen las personas. La asociación de la cual soy presidenta (Asociació de Familiars de Malalts Mentals de Catalunya) partió del cierre de un hospital psiquiátrico donde tenía internado a un familiar.

*—Una vez creada la Asociación, explícanos su funcionamiento.*

Funcionamos de la siguiente manera: asesoramos, orientamos y apoyamos a las familias. Realizamos reuniones para intercambiar experiencias aprendiendo unos de otros, creamos grupos de autoayuda, reclamamos a las administraciones públicas nuestros derechos. Intentamos a través de los medios de comunicación, dar a conocer nuestros problemas y explicar a la sociedad que nuestros familiares enfermos pueden vivir en la comunidad y aportar lo que,



Silvestra lleva más de diez años dedicada al mundo de la salud mental.

a veces, esta sociedad olvida: la fantasía, la poesía, los sueños idealistas y, sobre todo, la tolerancia a la diferencia.

*—¿Qué papel ha jugado la Pastoral Sanitaria en cuanto a salud mental? ¿Cómo se ha estructurado y cómo funciona la Pastoral de Salud Mental?*

El papel de la Pastoral Sanitaria no lo describiría correctamente, por tanto explicaré mi entrada en contacto con la misma. En busca de ayuda para un enfermo llegué a la Pastoral y el hermano Francisco Sola y la hermana M. Àngels Grau fueron mi mejor apoyo en aquellos inicios tan duros. Después, y a través de ellos, conocí a Mariano Galve de quien es difícil no beber en el caudal de amor que tiene a los enfermos mentales. Llevo ocho años formando parte de la Delegación de Barcelona.

*—Y no podíamos acabar sin preguntarte por el voluntariado en el campo de la salud mental, ¿crees que funciona como una ayuda o un estímulo tanto para el enfermo como para la familia?*

El voluntariado en psiquiatría funciona muy bien en los hospitales, por lo menos en los de San Juan de Dios que yo conozco muy bien. Los voluntarios en las Asociaciones suelen ser, en principio, profesionales de la psiquiatría. Ahora, y muy seleccionados, empezamos a tener voluntarios no cualificados, pero, hay que tener mucho cuidado en su elección porque nos hemos encontrado con personas que traían problemas personales que distorsionaban el buen funcionamiento de la Asociación.

# 7. JESÚS Y LOS ENFERMOS MENTALES

Julio Lois

*Toda la sencilla reflexión que voy a presentaros quiere estar informada por algunos presupuestos fundamentales, que paso a enumerar sin apenas posibilidad de desarrollarlos, por la brevedad obligada de mi intervención.*

## EL SER HUMANO, UNA COMPLEJA ESTRUCTURA UNITARIA

Ya en el Antiguo Testamento el ser humano es considerado como una «unidad psicósomática, dinámica, multi-dimensional y como sujeto de una triple relación constitutiva: al mundo y a los demás seres vivos, con los que tiene de común el ser *carne* animada por un aliento propio o *nefes*; al semejante, que ha de ser visto como prolongación de su misma carne; al Dios que lo creó y cuyo *ruah* puede acoger en su estructura existencial»<sup>1</sup>.

Esta misma concepción unitaria se mantiene en el Nuevo Testamento, pese a que, cuando se redacta, era ya conocida, por su gran extensión, la comprensión dicotómica propia del pensamiento helenístico.

Me interesa tan sólo destacar que esta visión unitaria, que asume toda la complejidad de la personalidad humana, es la dominante en el pensamiento antropológico actual, también en el elaborado desde una perspectiva creyente<sup>2</sup>.

Si recuerdo aquí esta visión antropológica unitaria es por la importancia que tiene para una consideración adecuada de la enfermedad y de la salud —en tanto que realidades existenciales que afectan al ser humano, a su compleja estructura unitaria— y, en consecuencia, de la curación o sanación, que ha de ser objeto central de nuestra consideración. Nos contentamos ahora con recordar que en esa estructura compleja unitaria conviene tener en cuenta los elementos biocorporal, psicológico, socio-cultural y religioso<sup>3</sup>. Lo cierto es que la enfermedad y la curación tienen muchas caras o dimensiones y todas ellas han de ser consideradas —sin dejar de respetar la autonomía legítima de todas ellas y de los distintos saberes que a ellas corresponden— si queremos acceder a una visión adecuada de la salud.



“ La enfermedad mental ha sido y es fuente de especial incompreensión y rechazo ”

## SALUD, LIBERACIÓN, SALVACIÓN, RELACIONES Y DIFERENCIAS

La teología actual tiene el mérito de haber contribuido de forma decisiva a clarificar la relación entre salvación cristiana y liberación histórica, enriqueciendo así la noción misma de salvación, al rescatar vigorosamente su dimensión terrenal y temporal y al conectarla de forma significativa con la aspiración permanente de los seres humanos de liberarse de todas sus esclavitudes y negatividades.

Desde esta perspectiva también unitaria<sup>4</sup> la salud puede y debe ser considerada como signo de salvación y las

curaciones concretas como presencia visible del reinado de Dios que llega como Buena Noticia de salvación que libera (cf. Mt 12, 28 y Lc 11, 20). «La salvación, como Dios mismo, se hace historia, acontece en ella, toma carne en la carne humana bajo forma de salud<sup>5</sup>. Como recuerda González Faus, «el problema moderno de las relaciones liberación-salvación, está entrevisto en los Padres como problema de relaciones entre curación humana y salvación cristiana»<sup>6</sup>. Y Martín Velasco, tras fecundas consideraciones sobre la relación entre salud y salvación, concluye compendiosamente: «no hay, pues, salvación sin salud y en algunas lenguas como el latín la salvación se designa con la misma palabra que la salud: *salus*»<sup>7</sup>.

***La negatividad de la escandalosa historia del dolor humano. La teología cristiana no debe vincular causalmente el sufrimiento del enfermo a la voluntad directa del Dios de Jesús.***

Es preciso insistir, en primera instancia, en la dimensión negativa y hasta escandalosa del sufrimiento humano, visto desde el horizonte de la fe en el Dios de Jesús y sus Promesas de salvación. Como dice con radicalidad E. Schillebeeckx, «la interpretación que Jesús hace del sufrimiento está íntimamente relacionada con su trato íntimo y personal con Dios, fundamento de su vida. Dios y el sufrimiento son diametralmente opuestos: donde aparezca Dios deben retirarse el mal y el sufrimiento. En el reino mesiánico no tienen cabida el sufrimiento y las lágrimas, tampoco la muerte»<sup>8</sup>.

Lo dicho debe tenerse muy en cuenta —incluso sabiendo que hay formas de sufrimiento que pueden enriquecer al ser humano— para impedir que vinculemos positiva y directamente a la voluntad salvífica de Dios el sufrimiento que produce al ser humano la realidad hiriente de la enfermedad, en sus distintas manifestaciones<sup>9</sup>.

---

“ La teología actual tiene el mérito de haber contribuido de forma decisiva a clarificar la relación entre salvación cristiana y liberación histórica ”

“ La enfermedad y el sufrimiento son realidades indudables que someten a dura prueba nuestra fe ”

---

La enfermedad y el sufrimiento que ocasiona a los seres humanos que la padecen, así como cualquier otra manifestación del mal, son realidades indudables, que someten a dura prueba nuestra fe, son manifestación inequívoca de la irredención del mundo, del *todavía no* del Reino, ese Reino que no llega imponiéndose Dios ante el mal por la fuerza de un mesianismo triunfante, sino por la *matanoia* o la conversión.

Cualquiera que sea la explicación causal que se dé al sufrimiento —vinculándolo a la des-gracia, al des-orden, a la des-dicha o a la finitud—. o se renuncie a ella— reconociendo sin más su condición misteriosa, para limitarse a ver

cómo es preciso situarse existencialmente ante él—, lo cierto es que se trata de una realidad innegable, de rostro múltiple, con la que es preciso convivir. Hay un «doloroso sentir», decía Garcilaso de la Vega, que acompaña inexorablemente al ser humano en su caminar. El creyente tiene que situarse ante él de forma diversa. En ocasiones, deberá asumirlo, siempre en un horizonte de esperanza, cuando sea consecuencia del seguimiento de Jesús o del amor a los crucificados o cuando, en el momento histórico en que se viva, sea inevitable. En otras, tendrá que combatirlo, siempre que pueda evitarse, y, sobre todo, siempre que sea resultado de la injusticia y el pecado. Pero en todo caso hay que evitar la desfiguración del rostro de Dios, vinculando el sufrimiento directamente a su supuesta voluntad causal, concepción muy arraigada en la mente del pueblo cristiano y que hace jugar a la fe funcionalidades verdaderamente odiosas.

***La autonomía legítima del mundo de la salud, regido por saberes científicos y técnicos propios. La teología no debe favorecer la «marginación» del cristianismo, reduciendo la presencia activa de Dios en la historia a la causalidad propia de las llamadas «causas segundas».***

Este presupuesto quiere ser sensible a lo que tiene de legítimo el impacto de la secularización en la consideración de nuestra cuestión.

«Hay que reconocer —dice Martín Velasco— que la incorporación de la acción sanante al núcleo del mensaje y de la vida cristiana tropieza hoy con importantes dificultades. Síntoma de ello es el desuso en que ha caído el título de *médico* aplicado a Jesucristo, tanto en la teología católica como en la protestante. Como razones de este hecho cabe señalar, en primer lugar, la desazón y el recelo que desde la ilustración despiertan, los relatos de milagros y curaciones; la sospecha de magia que suscitan; su conexión con una mentalidad precientífica y premoderna; su dependencia de una credulidad precrítica. Pero a estas razones habría que añadir el temor a que la insistencia en la dimensión sanante pudiera fomentar el acercamiento mágico a Jesús y una reducción del cristianismo a una religión de curanderos que llevaría a promover en las masas la *avidez milagrera*. De ahí que la incorporación de la dimensión sanante a la comprensión del cristianismo y de la Iglesia... tiene el peligro de reducir la presencia de Dios y su acción en Cristo a una causa segunda, haciendo de Dios un *deus ex machina*, un *tapaagujeros*, lo que conduciría en la práctica a la *magización* del cristianismo»<sup>10</sup>.

Pero no quisiéramos, al admitir tal presupuesto por las poderosas razones apuntadas, simplificar la complejidad de lo real, cayendo en las redes de un racionalismo radicalizado de vía estrecha, que, amparándose en la modernidad ilustrada, es incapaz de aceptar lo que su reducida racionalidad crítica es incapaz de explicar. Como advierte el mismo Martín Velasco, completando su discurso, existe «el peligro de, para evitar el peligro anterior, de privar a la salvación cristiana de toda repercusión sobre la vida de este mundo y sobre la dimensión corporal del hombre»<sup>11</sup>.

Navegamos aquí, como tantas veces sucede en el ámbito de la reflexión teológica, entre Scila y Caribdis. Y es preciso salvar ambos peligros.

Concediendo al saber médico toda su legitimidad y autonomía a la hora de encarar la curación, toda su importancia e ineludible necesidad, no estamos, sin embargo, dispuestos a reconocer que la salud de la persona humana, con toda su unitaria complejidad, depende únicamente de dicho saber. O expresando más positivamente: creemos que hay fuentes de salvación, generadoras de energías vitales, capaces de otorgar salud y riqueza a la existencia, que provienen de *saberes*, distintos a los estrictamente científico-médicos<sup>12</sup>.

Desde estas consideraciones queremos ya anticipar lo que después vamos a desarrollar. Creemos que Jesús fue un poderoso taumaturgo, hacedor de milagros, que curó y sanó enfermos, y no precisamente recurriendo a saberes procedentes de la ciencia médica, sino despertando en ellos, con su presencia y palabra, energías dormidas, ilusión y sentido a la vida, fe y esperanza, deseo de caminar en el amor... Y decimos esto sin descartar la necesidad de interpretar cada uno de los relatos con la totalidad de los recursos que la investigación histórico-crítica y la ciencia exegetica en general nos ofrecen hoy.

## ENFERMEDAD Y MARGINACIÓN SOCIAL

A través de la historia, la enfermedad, como fuente de dolor, ya sea entendida como des-gracia, des-orden o desdicha<sup>13</sup>, ha sido con frecuencia causa de marginación social, entendiendo por ésta toda situación de exclusión o no integración, expresada fundamentalmente en falta de participación en el seno de la sociedad a la que se pertenece.

### *Enfermedad y marginación social en la concepción bíblica y, más concretamente en tiempos de Jesús*

En el mundo antiguo en general «la enfermedad no sólo equivalía a debilidad, falta de fuerzas, dolor, experiencia de la disminución de la vida, sino implicaba también — con mucha frecuencia— la marginación y hasta la exclusión de la vida de la comunidad... Esta dimensión social o comunitaria del mal y la enfermedad era especialmente viva en Israel»<sup>14</sup>.

La razón de esta consideración social de la enfermedad en el pueblo elegido, como podemos apreciar en el Antiguo Testamento, radicaba en la condición sacral que se le confería, es decir, en la vinculación que se establecía entre enfermedad-dolor y pecado, hasta el punto de que en la mentalidad veterotestamentaria se detecta la ecuación *enfermedad-impureza*<sup>15</sup>. Tal concepción, en una sociedad teocrática como la israelita, llevaba consigo la expulsión de los enfermos de la comunidad, religiosa y socialmente considerada. Se producía así una verdadera *ex-comunión*, que expulsaba a los debilitados por la enfermedad a los márgenes más extremos.

En relación con lo dicho, Yahvé aparece como el que envía la enfermedad y también como el médico por excelencia (cf. Ex 15, 26): «tanto en la enfermedad como su curación son señales de que Dios controla la historia y el destino humano»<sup>16</sup>.

En tiempo de Jesús permanece esta concepción, que vinculaba la enfermedad al pecado en el mundo judío,

aunque parece cierto que en algunos sectores, ya desde el siglo III antes de Cristo, había comenzado a hacer crisis, como puede observarse en el libro de Job.

¿Cuál fue su posición ante la enfermedad y los enfermos?

Por una parte, Jesús rechaza la concepción de que la enfermedad y el sufrimiento vayan unidos *necesariamente* al pecado. Si consideramos Jn 9, 2-3 o Lc 13, 1-5, sacaremos la conclusión de que para Jesús, como señala Schillebeeckx, «del pecado se puede inferir un sufrimiento, pero no viceversa»<sup>17</sup>. Por otra, como veremos con amplitud más adelante, Jesús se pone en contacto con los enfermos, los acoge, los cura, los defiende frente a la sociedad que los margina y los incorpora a la convivencia fraternal y abierta en que consiste su Reino.

### *Enfermedad y marginación social en el momento presente: vivimos en una sociedad informada en buena medida por una lógica neodarwinista que expulsa a los enfermos hacia los márgenes.*

Frente a la concepción sacral de la enfermedad, propia del mundo judío y reflejada en la Biblia (enfermedad como desgracia o pérdida del «estado de gracia»), y a la concepción que perdura hasta el siglo XVII, que interpretó la enfermedad y el sufrimiento en términos de naturaleza (como des-orden antinatural ante la salud y la felicidad, concebidas como orden natural), a partir sobre todo de ese siglo se tiende a concebir la enfermedad y el dolor como desdicha, que compromete el bienestar y la felicidad del ser humano.

“ El creyente tiene que situarse ante el sufrimiento de forma diversa: asumiéndolo o combatiéndolo ”

“ Hay que reconocer que la incorporación de la acción sanante al núcleo del mensaje y de la vida cristiana tropieza hoy con importantes dificultades ”

En un mundo como el actual que vincula la dicha al goce de la vida, al triunfo económico y al ejercicio del poder y que se preocupa de forma un tanto obsesiva por conseguir el bienestar y la salud, no puede extrañarnos que se imponga una especie de lógica neodarwinista, que expulsa a los enfermos —incapacitados para el triunfo y el goce de la vida— hacia los márgenes más extremos de la sociedad. Es éste, a mi parecer, uno de los aspectos más inquietantes del momento presente, que contrasta fuertemente con la visión que surge cuando la realidad es considerada desde una perspectiva creyente cristiana, capaz de incorporar en su lectura la *memoria subversiva* del crucificado-resucitado.

### *La enfermedad mental, expresión máxima de incompreensión y de marginación social.*

Si, como hemos visto, la enfermedad en sus más distintas manifestaciones, ha sido y es fuente de marginación

social, podríamos, sin temor a errar, añadir ahora, concretando más, que la enfermedad mental —vinculada, como veremos, en tiempos de Jesús, a la posesión diabólica— ha sido y es fuente de especial incompreensión y rechazo y, en consecuencia, de máxima marginación social.

Los enfermos mentales «salvo aquellos que ya parecen no ser capaces de sufrir más, por haberse refugiado en un estado catatónico de aislamiento interior y de ruptura con el mundo... sufren enormemente por la clara visión que en no pocas ocasiones logran tener de sí mismos, y por la consideración y conducta que reciben de los demás, que les suelen ver y tratar como a apesados y gente peligrosa. Los que la reforma psiquiátrica ha devuelto a la calle, acaban en muchos casos volviendo al hospital en condiciones muchos peores de las que salieron, por no haber encontrado un ambiente favorable a su posible integración familiar y social. Y en dichos establecimientos muchos de ellos acababan muriendo olvidados»<sup>18</sup>.

Descripción patética, pero realista, que muestra hasta que punto los enfermos mentales son los más desasistidos y necesitados<sup>19</sup> y padecen la máxima marginación social. Son arrojados, como decía el doctor Leal Herrero, a la *órbita periférica* de la sociedad.

## JESÚS Y SU AMOR SOLIDARIO PREFERENTE HACIA LOS POBRES Y MARGINADOS.

### EL ANUNCIO DEL

#### «REINO DE UNOS DON NADIE» (J. D. Crossan)

En esta parte central de la charla quisiera recordar la posición de Jesús en relación con los pobres-marginados en sentido amplio o general, precisando después su relación más concreta con los enfermos para concluir con la cuestión más específica de la relación de Jesús con los enfermos mentales.

Podríamos decir que Jesús de Nazaret proclamó, acercó y ofertó el Reino de Dios a los pobres y marginados de su tiempo como Buena Noticia de salvación liberadora, mostrando así un amor solidario preferente hacia ellos<sup>20</sup>.

Esa solidaridad real y preferente de Jesús parece un rasgo históricamente cierto y distintivo de la vida de Jesús. Como señala González Faus «la cercanía de Jesús respecto de toda clase social oprimida y desprivilegiada es otro de los puntos en los que la garantía de historicidad es máxima». Se podría discutir la autenticidad de este o aquel detalle, pero, y como indica el mismo teólogo, «cuando tantos rasgos dispersos coinciden en señalar hacia un mismo sitio», «los errores de detalle difícilmente alterarán la imagen global», que «dibuja su amistad o bienquerencia hacia publicanos, prostitutas, samaritanos, leprosos (expulsados de la sociedad por la ley), viudas, niños, ignorantes (*pequeños*), gentiles, enfermos en sábado, etc.»<sup>21</sup>.

¿Cómo se manifiesta y se puede verificar esta opción de Jesús?

Resumo muy apretadamente lo que aquí no es posible desarrollar<sup>22</sup>.

En primer lugar se verifica en la misma forma de vivir Jesús o en el talante de vida por él elegido, tal como se nos presenta en las narraciones evangélicas.

Al repasar la conducta de Jesús sería necesario destacar dos actividades que tienen especial significación para verificar el alcance de su opción: sus comidas o banquetes, convivenciales y abiertos, con los pecadores y perdidos como invitados preferentes, y los *signos* o milagros, cuyo sentido último y profundo —como veremos en los apartados 4 y 5— no reside, teológicamente hablando, en su carácter de obras prodigiosas, sino en revelar, cuando son leídas en un contexto de experiencia creyente, la dimensión salvífico-liberadora del Reino, que salva precisamente de necesidades concretas (concediendo pan a los hambrientos, salud a los enfermos, esperanza a los desesperados...) y libera de opresiones históricas (esclavitudes y marginaciones de distinto signo).

---

“ A través de la historia, la enfermedad como fuente de dolor ha sido con frecuencia causa de marginación social ”

“ La actividad sanadora de Jesús, su solidaridad misericordiosa con los enfermos, ocupa un lugar central en los relatos evangélicos ”

---

Pero también el mensaje de Jesús está informado por la misma opción. Habría que recordar las solemnes declaraciones programáticas de Jesús (cf. Lc 4, 16-30; Mt 11, 4-6 u Lc 7, 22-23; Mt 5, 1-12 y Lc 6, 20-26; Mt 25, 31-46), las parábolas —unas 21— que son revelación y defensa del Dios que hace de los pobres y pecadores los destinatarios por excelencia de su Reino, así como la constante denuncia profética de Jesús, su inequívoca descalificación de todos los valores, estructuras, actitudes y comportamientos que justificaban, mantenían o agrandaban las desigualdades hirientes entre los seres humanos y que establecían discriminaciones intolerables —sobre todo al pretender sacralizarlas por justificarlas en nombre de Dios —entre ricos y pobres, puros e impuros, poderosos que mandan y súbditos que obedecen...

Es precisamente esta opción de Jesús la que explica en buena medida la conflictividad que su vida y mensaje generaron.

## JESÚS Y LOS ENFERMOS.

### ANÁLISIS BREVE DE UN TÍTULO CLÁSICO, EN BUENA PARTE OLVIDADO:

#### CHRISTUS MEDICUS

Vamos ahora a referirnos a la solidaridad misericordiosa y preferente de Jesús hacia los enfermos. Pero es preciso advertir que los enfermos, por las razones ya indicadas, eran considerados como pecadores-impuros —sobre todo los que padecían determinadas enfermedades de la piel, verdaderos estigmas de aquel tiempo— y, en consecuencia, rechazados y marginados. No nos situamos, pues, al hablar de la relación de Jesús con los enfermos, ante un colectivo ade-

cuadramente distinto al de los pobres-marginados, considerados en el apartado anterior<sup>23</sup>.

«Hoy y mañana arrojaré demonios y haré curaciones; al tercer día alcanzaré mi meta» (Lc 13, 32). Comenta G. Vermes este pasaje: «Según Lucas, el propio Jesús definió su ministerio esencial en términos de exorcismo y curaciones, y aunque estas palabras no fuesen del propio Jesús, sino del evangelista, reflejan el firme y unánime testimonio de toda la tradición sinóptica. Su misión estaba para Él entre los enfermos: los enfermos física, mental y espiritualmente... Él era el curador, el médico por excelencia (cf. Mc 2, 17)»<sup>24</sup>.

Tal vez estas palabras del sabio judío profesor de Oxford pudieran hoy ser suscritas por la inmensa mayoría de los estudiosos del Nuevo Testamento. Una cosa parece clara: la actividad sanatoria de Jesús, su solidaridad misericordiosa con los enfermos, ocupa un lugar central, de excepcional importancia, en los relatos evangélicos. Baste recordar que «de las aproximadamente 250 unidades literarias en que se dividen los tres evangelios en una sinopsis típica, una quinta parte describe o hace referencia a las actividades sanatorias o a los exorcismos practicados por Jesús y sus discípulos. De las siete *señales* que, según Juan, dio Jesús, cuatro implican una sanación o recuperación. De las setenta unidades literarias de Juan, doce describen su actividad sanatoria o se refieren a las señales que realizó»<sup>25</sup>.

No podemos aquí analizar con calma el título *Christus medicus*, muy presente en la tradición patristica (los Padres llaman a Jesús «médico de los cuerpos y de las almas» o simplemente «médico de las almas» o también «médico supremo», «supermédico superior a todos los médicos», «vencedor de Asclepios...»). En un título que vinculó a Jesús a la afirmación veterotestamentaria de Yahvé como médico<sup>26</sup>, al que la teología cristiana, tanto católica como protestante, ha prestado escasa atención en los últimos siglos<sup>27</sup>.

Tal vez la razón que explica, sobre todo en los dos últimos siglos, tal escasa atención sea, como indica Gesteira, «la desazón y el recelo que —desde los albores de la Ilustración— despiertan, en ciertos ámbitos del cristianismo occidental, los relatos de milagros (que lo son, en su gran mayoría, de curaciones). Al incurrir la actividad terapéutica de Jesús en la sospecha de una actuación mágica, propia del curanderismo antiguo y vinculada a una credulidad ingenua, el interés por la figura de Cristo médico fue decayendo en los dos últimos siglos»<sup>28</sup>.

No parece razonable, sin embargo, olvidar la solidaridad misericordiosa y sanante de Jesús con los enfermos y sus significación salvífico-liberadora. Sería preciso ignorar buena parte de los relatos evangélicos.

Como ya hemos insinuado, los enfermos con los que se encuentra Jesús, a los que él se acerca, constituyen un estrato social profundamente discriminado y marginado. Los evangelios están perforados por los relatos de curación de estos enfermos, curación que los incorpora a la convivencia y que suponen una crítica profunda de Jesús a la justificación religiosa de su marginación.

Es precisamente esa significación salvífico-liberadora de las curaciones de Jesús lo que es preciso destacar.



“ Jesús de Nazaret proclamó, acercó y ofertó el Reino de Dios a los pobres y marginados de su tiempo como Buena Noticia de salvación liberadora ”

Conviene, en primer término, recordar que la investigación histórico-crítica cree hoy «que es innegable y sólidamente probada la afirmación de que Jesús realizó ciertas acciones tenidas por milagrosas»<sup>29</sup>. Pero no vamos aquí a considerar las razones que justifican tal afirmación ni mucho menos analizar, desde la perspectiva exegética actual, cada una de las acciones milagrosas narradas en los relatos evangélicos, tarea ardua que nos desviaría de nuestro propósito<sup>30</sup>.

Nos interesa mucho más insistir en que las acciones sanatorias de Jesús, que son signos del Reino de salvación que llega, tienen su sentido último y más profundo, teológicamente hablando, no en su carácter de obras prodigiosas, supuestamente contrarias a las leyes naturales que se considera existentes —lo cual las convertiría en hechos susceptibles de ser científicos comprobables en su excepcionalidad—, sino en revelar, cuando son interpretadas en el seno de un contexto experimental creyente, la dimensión salvífico-liberadora del Reino —su relación con la historia y la totalidad del ser humano— y en determinar quienes son sus destinatarios: los pobres, los enfermos, los marginados<sup>31</sup>.

Teniendo en cuenta esta significación conviene recordar cómo sanaba Jesús.

En primer lugar, haciéndose prójimo del enfermo, saliendo a su encuentro, entrando en profunda empatía con él, movido por sus entrañas conmovidas por la misericordia, tocándole físicamente para romper con las normas y tabúes que justificaban su marginación, incorporándolo a la convivencia, defendiéndole ante la sociedad injusta que le rechaza y desprecia.

Pero sana además comunicando, con su presencia y palabra, fuerza y energía vital, esperanza y sentido a la existencia, algo que la ciencia médica, por sí sola, es incapaz de comunicar. Para ello apelaba a la fe de sus interlocutores —que Él era capaz de despertar y fortalecer— como fuente de salud y de salvación. En numerosas ocasiones Jesús se refiere a esa fe-esperanza como clave de la sanación: «tu fe te ha salvado» (cf. Mt. 9, 22 y par; Mc 10, 52 y Lc 18, 42; Lc 7,50), «que te suceda (la curación) según tu fe» (Mt 8, 13). Estamos ante una nueva pedagogía curativa, ante la curación como *paideia*, que libera y reconstruye al ser humano enfermo<sup>32</sup>.

Pero antes de pasar a la consideración más específica de los enfermos mentales, conviene destacar algo de particular importancia y fecundo en incidencias pastorales. La actividad sanadora de Jesús no se agotó en las acciones puntuales que solemos llamar milagrosas, ni tales acciones acabaron con lo que de enfermedad y sufrimiento existía en su época. Ni siquiera su otorgar salud y salvación puede confundirse sin más con su actividad curativa. En realidad. «Cristo... no es portador de un modelo triunfalista de salud. No curó a todos los enfermos porque no vino a eliminar la enfermedad ni anestesiarse el sufrimiento. No rescató ni propuso a los suyos, más bien al contrario, la cultura de una religión *útil y funcional*. Reveló, en cambio, que enfermedad y sufrimiento pueden ser vividos como acontecimientos salvíficos; los liberó de una visión *demonizada* y biologicista; los trató como dimensiones o parte importante de la biografía del individuo y de la comunidad, como tarea para la libertad, como objeto de la misión de quienes se adhieren al Reino. No idolatró la salud, sobre todo la física, pero puso el cuidado de los heridos, la curación y la atención a los enfermos en el centro de su ministerio»<sup>33</sup>.

Es a la luz del Reino que llega como salvación integral que todo cobra un nuevo valor: «La promoción de la salud, los pequeños gestos terapéuticos, el alivio del dolor, la mejora de la calidad de vida, los avances benéficos de la ciencia, le pertenecen, están humildemente en su onda, contribuyen a su construcción. Del mismo modo que le pertenecen la aceptación de la muerte y la entrega de la vida al servicio del hermano; la reconciliación con los sufrimientos inevitables y la disponibilidad del amor a sufrir; la convivencia serena y laboriosa con la enfermedad crónica...»<sup>34</sup>.

### ESPECIAL CONSIDERACIÓN DE LA SOLIDARIDAD SANANTE DE JESÚS CON LOS ENFERMOS MENTALES

Es indudable que en la Palestina en que vivió Jesús existían enfermos mentales, aunque la visión que de tales en-

fermos se tenía entonces no coincide con la que nos permite tener hoy la ciencia médica.

También es seguro que Jesús buscó y se encontró con tales enfermos, sin duda especialmente desasistidos y marginados entonces, al igual que hoy.

En los relatos evangélicos no se habla expresamente de enfermos mentales tal como hablamos hoy, pero, desde su concepción sacral ya recordada, sí se habla de endemoniados y posesos, incluso más específicamente de personas poseídas por los demonios. La influencia de los demonios en las personas suele ir asociada a deficiencias físicas diversas: mudez (Mc 9, 17, 25; Mt 9, 32), sordera (Mc 9, 25; Mt 12, 22; Lc 11, 14), ceguera (Mt 12, 22) o a la enfermedad en general (cf., por ejemplo, Lc 13, 11: en este caso, escoliosos). Esto no puede extrañarnos teniendo en cuenta la relación que ya sabemos que se establecía entre pecado-impureza y enfermedad-sufrimiento. Pero además los relatos evangélicos se refieren a casos concretos de *posesión diabólica*, que suelen ser vinculados por los estudiosos a enfermedades mentales<sup>35</sup> e incluso se acusa a Jesús, a quien se le considera dominado por los espíritus diabólicos, de loco (cf. Jn 7, 20; 8, 48 y s., 52; 10, 20).

“ Jesús curó históricamente a los enfermos que los relatos evangélicos nos presentan como endemoniados y que la psiquiatría actual nos induce a considerarlos enfermos mentales ”

“ Hablar de Jesús y los enfermos mentales es para nosotros imprescindible pero también insuficiente ”

“ ¿Cómo recuperar la Iglesia entera la conciencia de su misión sanante o del valor terapéutico del Evangelio? ”

En los Evangelios se habla de numerosos encuentros de Jesús con endemoniados, sin especificar más, pero también de encuentros con personas concretas, a quienes se las considera poseídas por el diablo, con características muy específicas que nos inclinan a considerarlas mentalmente enfermas. En efecto, por una parte, se nos informa, en sumarios significativos, que Jesús curaba a los endemoniados que le presentaban, expulsando los demonios (cf. Mc 1, 39; 3, 11-12). Y, por otra, se nos presentan cinco curaciones de endemoniados concretos<sup>36</sup>.

Pues bien, «dos de estas curaciones son comunes a los tres sinópticos, y constituyen los más típicos de entre los exorcismos atribuidos a Jesús: el de Gerasa y el del niño epiléptico».

«Otra de un poseso mudo ha dejado también huellas en los tres, si bien Mc, en lugar del exorcismo, ha conservado únicamente la discusión a que da lugar: si los demonios son lanzados en nombre de Dios o de Beelzebul. El exorcismo de un demonio ciego y mudo, exclusivo de Mt, es

con toda seguridad un duplicado de este mismo episodio».

«Y queda en quinto lugar el endemoniado de la sinagoga de Cafarnaúm que para los evangelistas, Mc y Lc, constituye el primer capítulo de la actividad taumaturgica de Jesús».

«Significativamente Jn no contiene ningún episodio de curación de endemoniados; por lo que este género es el único que no aparece de alguna forma en los cuatro evangelistas»<sup>37</sup>.

De todos estos relatos los más significativos para nosotros —que nos centramos en la relación de Jesús con los enfermos mentales— serían la curación del endemoniado de la sinagoga de Cafarnaúm (Mc 1, 23-28 y Lc 4, 33-37); la del endemoniado —o endemoniados— de Gerasa (Mc 5, 1-20; Mt 8, 28-34, Lc 8, 26-39) y el niño *lunático* epiléptico y mudo (Mc 9, 14-29; Mt 17, 14-20; Lc 9, 37-43a).

No podemos analizar aquí pormenorizadamente cada uno de los relatos indicados<sup>38</sup>. Nos limitamos a indicar lo que sigue, siguiendo muy de cerca, las conclusiones que el mismo González Faus extrae de ese análisis que él mismo realiza:

Los enfermos mentales aparecen situados en la *órbita periférica*: Gerasa. Más aún, en ese caso concreto, son situados en un cementerio como *habitat* propio: los enfermos mentales están como muertos, *apenas son*.

**En cuanto al hecho mismo de la curación:** estamos en condiciones de afirmar, teniendo en cuenta la investigación actual, que Jesús curó históricamente a los enfermos que los relatos evangélicos nos presenta como endemoniados y que la psiquiatría actual nos induce a considerarlos enfermos mentales<sup>39</sup>. González Faus advierte, tras el análisis de los textos, que, desde el punto de vista histórico no es posible concretar demasiado. Sin embargo, añade: «Si se quiere, podemos quedarnos, como algo plausible y coherente, con la posibilidad de que se trate de enfermos psicológicos y de que la curación se produzca por la experiencia del encuentro auténtico con una personalidad poderosa y con asombrosa capacidad de irradiación»<sup>40</sup>.

**En cuanto al cómo curó:** destaca, frente a relatos extraevangélicos de curaciones, anteriores, contemporáneos o posteriores a Jesús —por ejemplo, los que se encuentran en los célebres exvotos del templo de Esculapio, en Epidauró, o en un diálogo de Luciano de Samosata (el mentiroso) o los atribuidos a Apolonio de Tiana o Janina Ben Dosa— la sobriedad de los relatos evangélicos. Los gestos de Jesús no son propiamente mágicos<sup>41</sup>, no pretenden utilizar a Dios en clave de acción intramundana, ni tienen un entorno inverosímil, ni están escritos con una intencionalidad apologética para mostrar su *poder* taumaturgico —Jesús se niega a realizar signos de legitimación—, ni recurren a técnicas rituales vinculadas a conjuros o señales espectaculares exteriores<sup>42</sup>.

Jesús aparece como exorcista sobrio que utiliza la fuerza de su palabra y que solicita la fe de los mismos enfermos que cura. Como indica una vez más G. Faus, refiriéndose al tema de los encuentros sanantes de Jesús con estos enfermos, «sería malentenderlo si lo redujéramos a una cuestión de asombrosos poderes hinópticos o de sugestión: no es en lo paranatural ni en lo antinatural, sino en la pro-

fundidad última de lo natural, donde quizás debe ser buscada la explicación última de los milagros. En el caso que nos ocupa no se trata, pues, de acciones parapsicológicas sino de algo que es, a la vez, mucho más sencillo y mucho más profundo: la experiencia del encuentro con otra persona, llevada a su profundidad máxima, el encuentro en que se hace una experiencia de acogida tan profunda, que es capaz de infundir la fe en uno mismo y de devolver una seguridad psíquica tal, que resulta saludable... una acogida tan incondicional y tan segura que puede ser experimentada coherentemente como acogida por parte de Dios... Y aquí se insertaría el tema del perdón de los pecados»<sup>43</sup>.

Pero lo más decisivo de los relatos radica en lo que constituye su más profunda significación: las acciones de Jesús expulsando a los demonios son signos del Reino de Dios que llega como Buena Noticia de salvación liberadora. «La victoria sobre los demonios no es fruto de algún poder genérico (mágico o ritual), sino que es la manifestación necesaria y privilegiada de la autoridad específica de Jesús: porque es mediante esa victoria como el reino de Dios se acerca»<sup>44</sup>.

En este punto, en la vinculación entre curación de endemoniados y Reino de Dios como salvación que se hace presente, radica la clave que permite adentrarnos en la significación más decisiva de los gestos de Jesús<sup>45</sup>.

Hay un texto clave a este respecto que muy probablemente puede remontarse al Jesús histórico —*ipsisima verba*— puesto que la disputa sobre Beelzebul que allí se recoge tiene su *Sitz in Leben* en el contexto propio de la vida de Jesús y no en el de la comunidad postpascual y goza además de atestiguación múltiple, ya que se encuentra en Marcos y en la fuente Q. Es el texto que podemos leer en Mt 12, 28 y Lc 11, 20: «Si yo he hecho los demonios con el Espíritu de Dios, señal que el reino de Dios ha llegado hasta vosotros».

De esto se trata en última instancia, a saber, de la llegada del Reino como salvación liberadora para los pobres y los oprimidos. Así se nos indica que la misión fundamental de Jesús no consiste en hacer milagros sin más, sino en poner de manifiesto (anunciar, significar) que Dios, el «antimal» (Schillebeekx) o que su Reino de salvación se hacen presentes en la historia como fuerza dignificadora y humanizadora. Y esto acaece en la curación estricta, pero también cuando se logra asumir la enfermedad y otorgarle sentido desde un horizonte de fe y de esperanza.

Teniendo en cuenta la dimensión escatológica de ese Reino, podríamos decir que los milagros de Jesús son los signos que Él realiza en su condición de profeta escatológico: «Los milagros de Jesús, conforme al evangelio, adquieren su sentido en una perspectiva escatológica. Indican así que la venida de Dios es curación y salud para los hombres. Ellos son como una especie de “ventana abierta hacia el futuro de Dios” interpretado como libertad y salvación para todos los que están enfermos y angustiados sobre el mundo. El hombre no se cierra sobre sí, la vida no se pierde en el hacerse y deshacerse de la tierra. Nuestra vida vale en la medida en que se abre hacia la vida y plenitud de Dios que es salvación para la historia»<sup>46</sup>.



***Evangelización y signos de curación: «Id por el mundo entero pregonando la Buena Noticia a toda la humanidad... A los que crean, los acompañarán estas señales: echarán demonios en mi nombre... aplicarán las manos a los enfermos y quedarán sanos» (Mc 16, 15-18).***

Jesús curó y sanó. Curó, como hemos dicho, concretamente a endemoniados, enfermos mentales, haciendo presente el reino de salvación de Dios.

Pero esa salvación, traducida en curación, no se hizo presente a todos los enfermos de su tiempo<sup>47</sup>.

Además, y es lo que nos interesa considerar ahora, ¿qué decir de los enfermos de los veinte siglos de historia cristiana y, más concretamente, de los de hoy mismo?

Hablar de Jesús y los enfermos mentales, de su histórica solidaridad con ellos y de sus gestos de curación, es para nosotros imprescindible pero también insuficiente. Esa solidaridad de Jesús se prolonga en el mandato a sus discípulos de entonces y de siempre de proseguir con su misma causa.

Vamos a recordar brevemente ahora —en los apartados 6 y 7— cómo Jesús encargó a sus discípulos de entonces continuar su misión y cómo de hecho la continuaron, para concluir, con el apartado 8 y último, precisando cómo nosotros hoy, las comunidades cristianas formadas por los discípulos o seguidores actuales de Jesús, podemos seguir continuándola.

Ya en la etapa prepascual, Jesús envía a sus discípulos con la misión de anunciar el reino de Dios y les concede «autoridad sobre los espíritus inmundos» (cf. Mc 6, 7 y también Mt 10, 1, 7 y Lc 9, 1). Y tras la Pascua, cuando envía a sus discípulos por el mundo entero para que proclamen la Buena Noticia a toda la humanidad (cf. Mc 16, 15-18) insiste en que los que crean estarán en condiciones de echar demonios en su nombre.

Parece claro, pues, que en la concepción de Jesús la tarea evangelizadora de sus discípulos de anunciar y hacer presente el Reino de salvación de Dios está estrechamente vinculada con la expulsión de los demonios y la sanación de los enfermos, incluidos, como es obvio, los enfermos mentales.

***«Todo el mundo estaba impresionado por los muchos prodigios y señales («térata kai semeia») que los apóstoles realizaban» (cf. Hch, 2, 43).***

En los escritos neotestamentarios no sólo consta el mandato ya indicado de Jesús, sino que consta igualmente que los discípulos cumplieron el encargo, expulsando demonios, sanando enfermos.

Y esto se afirma refiriéndose tanto a la etapa prepascual (cf. Mc 6, 13; Lc 10, 17) como a la pospascual (cf. Mc 16, 20; Hch 2, 43; 3, 7-8, 5, 12; 6, 8; 8, 7; 16, 16-18; 19, 12). La evangelización postpascual vincula el anuncio a la realización de «prodigios y señales» («térata kai semeia») realizados en medio del pueblo.

No interesa ahora tanto precisar la historicidad, naturaleza y alcance de esas señales y prodigios realizados por los primeros testigos. Pero si interesa plantearse cómo entender hoy el mandato evangelizador y, más concretamente, su vinculación a la realización de «prodigios y señales»

referidos a los enfermos mentales de nuestro tiempo, que es la cuestión que especialmente nos ocupa.

***¿Cómo entender hoy el mandato evangelizador de Jesús?***

¿Estuvieron aquellos primeros testigos dotados de un don extraordinario o especial de curación —hoy desaparecido— ya que en los primeros momentos de su historia era necesario para que el cristianismo pudiese extenderse y afianzarse?

¿Tenemos que vincular hoy la acción evangelizadora a ese don extraordinario de curación, que el Espíritu concede siempre si hay verdadera fe, como parecen sostener algunos?

No seré yo el que niegue rotundamente la posibilidad de dones extraordinarios concedidos por el Espíritu al pueblo creyente, dones que pueden conceder capacidades también extraordinarias de curación (carisma especial de curación). Pero no me parece conveniente entender el mandato evangelizador de Jesús —que, como hemos visto, él vincula a echar demonios y curar enfermedades— en esa dirección puramente literalista<sup>48</sup>. Sin cerrar la posibilidad de que el milagro *stricto sensu* pueda producirse, convendría recordar que Jesús propiamente «no nos dejó como mandato hacer milagros sino realizar signos. Pero éstos en la actual economía de la salvación, ya no caminan habitualmente de la mano del milagro, sino de la ciencia y de la solidaridad. Su contexto y el espacio en que se realizan son habitualmente profanos y seculares»<sup>49</sup>.

¿Cómo, pues, entender ese mandato evangelizador? ¿Cómo recuperar la Iglesia entera la conciencia de su misión sanante, o del valor terapéutico del Evangelio, y cómo ejercerla de tal manera que puede ofrecer al ser humano de hoy la salvación de Jesucristo como fuerza que cura y que pueda ser experimentada ya desde ahora, incluso en el seno mismo de la situación de enfermedad y sufrimiento, otorgando sentido último y esperanza definitiva a las más profundas aspiraciones de liberación y realización plena que anidan en lo más hondo del corazón humano?

Tal vez asumiendo las tareas que siguen, tareas que me limito a enumerar y desarrollar muy brevemente para no hacer esta charla interminable.

***Es preciso forjar «comunidades cristianas terapéuticas».***

Me refiero a lo que, con otro nombre G. Lohfink llama «comunidades de contraste», en las que se viva el Evangelio y sus valores como fuente de vida y de salud.

Desde la concepción unitaria que postulábamos al comienzo de este trabajo, y sin pretender en modo alguno hacer de la vivencia evangélica una aspirina, es coherente hablar de la fuerza sanante de una vivencia comunitaria pascual informada por la relación fraternal igualitaria, orientada por la comprensión y la ternura, especialmente dirigida a los enfermos más débiles, por la participación activa de todos sus miembros, por la vivencia profunda de la fe y de la esperanza, con su capacidad de otorgar sentido a la existencia o de ofrecer motivos para vivir con ilusión, por la celebración sacramental gozosa de la salvación, ya inicialmente realizada y siempre confiadamente esperada, por la apertura amorosa y solidaria hacia su entorno

y el compromiso preferente con los más pobres...<sup>50</sup>. Una comunidad, en consecuencia, en la que se comparta la alegría y el dolor y así despierte en todos y todas las energías necesarias para encarar las situaciones diversas de la existencia, incluidas aquellas en las que sea ineludible convivir saludablemente con el sufrimiento y la enfermedad.

Si tenemos en cuenta que la situación de los enfermos mentales está, en su relación con ellos mismos, dominada por sentimientos de inseguridad radical, fracaso, culpabilidad, o, en su relación con los demás, por sentimientos de dependencia o rebelión, alienación y abandono, frustración, agresividad y huida<sup>51</sup>, hasta el punto de que se habla de la «fuga hacia la psicosis» como resultado frecuente de un contexto vital hostil o poco acogedor y fraternal, ¿puede resultar excesivo recalcar el valor terapéutico, sobre todo preventivo, que pueden ofrecer vivencias comunitarias pascales, informadas por los valores evangélicos?

***Compromiso personal y comunitario de los creyentes en la transformación estructural de la realidad: hacia una cultura solidaria capaz de generar una política sanitaria que pueda prestar atención prioritaria a los enfermos «últimos».***

Las comunidades creyentes no pueden considerar agotada su tarea sanante con lo dicho hasta ahora. Bien sabemos que la comunidad tiene que proyectarse hacia fuera, realizando así su tarea evangelizadora en el mundo. Pues bien, y en relación con nuestro asunto, habría que decir que la comunidad cristiana asume la dimensión curativa de su tarea evangelizadora cuando, como tal comunidad y a través del compromiso personal de sus miembros, se compromete en la transformación estructural de la realidad, contribuyendo a crear una cultura más solidaria que permita luchar por una política sanitaria volcada prioritariamente hacia la atención de los enfermos *últimos*..

Como indica G. Faus «lo decisivo en la predicación cristiana no es el anuncio de que Satanás existe, sino el de que está vencido... y nosotros hemos de realizar esa victoria... (Y ésta) se realiza mediante el compromiso por eliminar de nuestro mundo todas las huellas de lo demoníaco y de la opresión del hombre por otros hombres o por poderes desconocidos». Por eso concluye diciendo que la lucha por la justicia debe considerarse como la acción exorcista del momento<sup>52</sup>.

El compromiso se puede y debe situar en el doble plano de la conciencia y de la acción. Es preciso contribuir, haciendo memoria, siempre *subversiva*, del crucificado, a recordar o hacer emerger el lado hiriente de la realidad, que quiere ocultarse por buena parte de la cultura moderna. Dicho más teológicamente: es preciso hacer memoria de los crucificados que hoy prolongan entre nosotros la presencia del crucificado, para, en consecuencia, introducir la cruz en la lógica del discurso y del desarrollo y contribuir así a crear una cultura y una acción solidarias que tenga como destinatarios preferentes a los últimos, incluyendo entre éstos de manera muy especial a los enfermos mentales.

Una tarea positiva de construcción de algo nuevo, a la par que crítica de lo negativo existente, que finalmente ha

de desembocar en el logro de una cultura de la salud y de una política sanitaria que se centre de forma prioritaria en los enfermos más desasistidos, entre los cuales figuran, sin duda, los enfermos mentales.

***Compromiso de los creyentes que realizan directamente su tarea en el campo de la salud como trabajadores sanitarios: competencia profesional y ternura asistencial. Hacia una humanización de la ciencia médica.***

Las comunidades creyentes además de dedicar su atención cuidadosa, mediante su acción social caritativa, a los enfermos —y especialmente a los más desasistidos— de su entorno, pueden y deben estimular la vocación de sus miembros hacia el trabajo estrictamente sanitario, urgiendo para su realización competencia profesional y ternura asistencial.

Competencia profesional, desde la profunda convicción de que las mejores intenciones y los mejores y más sinceros deseos de servir a Dios y al prójimo en este campo —como en cualquier otro— no suplen dicha competencia.

Pero además de competencia profesional, ternura asistencial. Con esta expresión quiero sintetizar el clamor —hoy afortunadamente bastante extendido— que urge la humanización de la ciencia médica. Todos, por experiencia personal y ajena, sabemos bien la trascendencia que este punto tiene.

Con respecto a los psicóticos y enfermos mentales en general es preciso urgir de manera especial la «comprensión empática», informada por el amor, la acogida cálida, la ternura, la amistad. Se ha podido decir que «la terapia del psicótico es ante todo cuestión de corazón»<sup>53</sup>.

La empatía, sostiene el mismo autor, «nos lleva a comprender por dentro al otro. Nos permite comunicarnos con él en sus zonas profundas; nos permite captar plenamente su estado. Por medio de la empatía aceptamos al otro como es, establecemos con él una relación de aprecio, de acogida, de amistad. Nos convertimos para él en una fuente de seguridad personal»<sup>54</sup>.

Quisiera concluir esta intervención con una consideración lúcida de J. Martín Velasco: «Con razón hemos caído en la cuenta que una evangelización que no incorpore la opción por los pobres no es creíble en un mundo como el nuestro, desfigurado por la presencia masiva de la pobreza y de la injusticia. Voces incómodas pero lúcidas, nos están descubriendo actualmente la falta de credibilidad del mensaje cristiano, de la buena noticia de la salvación, si pasa por alto ese mal real, ese sufrimiento que supone la enfermedad, la insatisfacción, la angustia para tantas personas en todas las sociedades de nuestra tierra. “Sin solidaridad eclesial con los que sufren, sean quienes fueren, ha escrito E. Schillebeeckx, el evangelio de las Iglesias resulta tan incomprensible como increíble”. Un proyecto de evangelización que pase por alto “la enorme suma de sufrimiento y de miseria psicológica” (E. Drewermann) que agobia a tantos de nuestros contemporáneos, es una evangelización vacía de contenido o incluso, tal vez, un ejercicio de cinismo que termina por mermar la capacidad de reacción de los sujetos al sufrimiento, con el ofrecimiento de una salvación que no contiene más que consuelos ilusorios o promesas para un problemático más allá»<sup>55</sup>.

## NOTAS

1. Cf. J. L. Ruiz de la Peña: *Imagen de Dios. Antropología teológica fundamental*. Ed. Sal Terrae, Santander, 1978, 25. El mismo autor sostiene que tal visión unitaria ni siquiera es abandonada por el libro de la Sabiduría, pese a las huellas del pensamiento helenista que pueden percibirse en él (cf. *Ibid.*, 52-59).

2. No podemos adentrarnos aquí en mayores precisiones. Sin desconocer tantos matices diversos, lo cierto es que la opinión mayoritaria se inclina por una concepción antropológica unitaria, superadora de todo dualismo de corte platónico o neoplatónico y de todo monismo fisicalista de corte reducido. Cf., por ejemplo, J. L. Ruiz de la Peña: *Imagen de Dios... op. cit.*, 129-151; Id.: *Las nuevas antropologías. Un reto a la teología*. Ed. Sal Terrae, Santander, 1983; Id.: *A propósito del cuerpo humano: notas para un debate*, en *Salmanticensis* (1990), 65-73.

3. Cf. M. Galve: *Enfermos mentales*, en: *Labor Hospitalaria*, n.º 28 (1988), 95.

4. Se trata de una unidad que permite superar la separación dualista, pero que no supone incurrir en confusiones monistas que llevarían a identificar sin más o a confundir salvación y liberación histórica, olvidando que la primera tiene, entre otras cosas, una dimensión escatológico-transcendente que la refiere más allá de esa misma historia. Para una consideración más amplia y matizada de esta cuestión. Cf. J. Lois: *Salvación*, en AAVV: *Diez palabras claves en religión*. Ed. Verbo Divino, Estella (Navarra), 1992, 115-148.

5. Cf. AAVV: *El evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad*, en *Congreso Iglesia y Salud*. EDICE, Madrid, 1995, 118.

6. Cf. *Clamor del Reino. Estudio sobre los milagros de Jesús*. Ed. Sígueme, Salamanca, 1982, 162.

7. Cf. *Mundo de salud y evangelización*, en AAVV. *Congreso Iglesia... op. cit.*, 221. En el mismo trabajo el autor —cf. *Ibid.*, 224-226— se refiere con profundidad a la relación entre evangelización y sanación.

Hablar de la salud como signo de salvación —como realidad que lo anuncia y lo prepara— no impide afirmar que la enfermedad también puede serlo, de forma diversa, cuando es asumida y vivida desde una perspectiva creyente.

8. *Cristo y los cristianos. Gracia y liberación*. Ed. Cristiandad, Madrid, 1982, 676.

9. Como bien advierte el mismo Schillebeeckx, el recurso en estos casos a la voluntad meramente permisiva de Dios no es muy feliz: «Afirmar que “Dios permite el mal” significa solamente (lo cual es una tautología), por un lado, que el mal es realmente malo y no tiene razón de ser ni, por consiguiente, derecho a existir, y por otro que Dios es siempre Dios, es decir, autor del bien y enemigo del mal. La expresión “voluntad permisiva de Dios” no tiene, en cuanto explicación, ningún significado teórico y apunta únicamente al callejón sin salida a que llega el pensamiento humano cuando se enfrenta con la incomprensible historia del sufrimiento humano» (cf. *Ibid.*, 681).

10. Cf. *Mundo de salud... art. cit.* 222.

11. Cf. *Ibid.*, 222.

12. «Es necesario... que los creyentes experimenten que Dios no distrae de lo humano, ni lo humano rivaliza con Dios; que la fe vivida no es necesariamente garantía de salud física y, menos aún, un sucedáneo de la medicina, pero ha de ser fuente de experiencias saludables, como las que nacen de creer, esperar y amar; que vivir según Dios no es una vacuna contra cualquier virus, pero planifica la propia existencia; que la esperanza habita en lo humano como en su propia casa, pero sólo cuando ésta también está habitada por Dios» (cf. AAVV. *El Evangelio, fuente de vida... art. cit.* 139).

13. Cf. D. Gracia: *Historia del dolor*, en *Teología y Catequesis*, n.º 29 (enero-marzo 1989), 23-35.

14. Cf. M. Gesteira Garza: «*Christus medicus*». *Jesús ante el problema del mal*, en *Revista española de teología*, 51 (abril-septiembre 1991), 256.

15. En realidad, como bien indica J. A. Pagola, «en la sociedad judía la enfermedad no es sólo un problema biológico. El enfermo es un hombre al que le está abandonando el *ruah*, ese aliento vital con el que el mismo Dios sostiene a cada persona. Por eso, el enfermo es un ser amenazado en su misma raíz, camino de la muerte, alguien que va cayendo en el olvido de Dios... De alguna manera toda enfermedad es vergonzosa, pues es considerada signo y consecuencia del pecado. Toda enfermedad es castigo o maldición de Dios y el enfermo un hombre “herido por Yahvé”» (cf. *Jesús y los enfermos desasistidos y necesitados*, en *Labor*

*Hospitalaria*, n.º 208 (1988), 135. Para una consideración amplia y matizada de esta cuestión, cf. A. González Núñez: *Enfermedad y curación en el Antiguo Testamento*, en *Teología y Catequesis*, n.º 29 (enero-marzo 1989), 37-73.

16. Cf. Howard Clark Kee: *Medicina, milagro y magia en tiempos del Nuevo Testamento*. Ed. Almendro, Córdoba, 1992, 26. En el mismo sentido indica G. Vermes que «en esencia, las Escrituras consideran la curación como monopolio divino» (cf. *Jesús el judío*, Muchnik Editores, Barcelona, 1977, 64). Desde esta concepción se entiende el desprecio de Israel hacia la medicina y los médicos y cómo el recurso a éstos últimos se consideraba un acto de impiedad (cf. *Ibid.*, 64-66 y M. Gesteira: *Christus medicus... art. cit.*, 258).

17. Cf. *Cristo y los cristianos... op. cit.*, 677. Jesús no excluye radicalmente la influencia del pecado en la producción de la enfermedad (cf. Jn 5, 5-14). Pero ésta más que castigo divino se presenta como ocasión para que la gloria de Dios se pueda manifestar precisamente en su superación (cf. Jn 9, 1-3; 11, 4).

18. Cf. J. Conde Herranz: *El sufrimiento y sus formas desde la perspectiva del mundo sanitario*, en *Teología y Catequesis*, n.º 29 (enero-marzo 1989) 15.

19. Mariano Galve fundamenta esta condición de enfermos más desasistidos y necesitados que le corresponde a los mentales en su condición de «radicalmente dependientes», «insociables» y por padecer además enormes sufrimientos». Son, añade, «los que han fracasado en la construcción de su vida», «los que no son», en suma, por carecer de «nombre propio», de «unidad interior» por poseer «algún núcleo reactivo a la unidad psíquica». La verdad es que «no sabemos qué hacer con ellos», «no los toleramos», les hacemos caer «en los círculos malditos» y los convertimos en «fácil objeto de manipulación». En definitiva, los enfermos mentales son expresión máxima de incomprensión, rechazo y marginación social (cf. *Los enfermos más necesitados y desasistidos*, en AAVV, *Iniciación en la Pastoral de la salud mental*. (Documentación de Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. Comisión de Pastoral de la salud mental), 1-7).

20. No podemos detenernos en precisar a quienes nos referimos cuando hablamos de pobres y marginados, aunque alguna aclaración iremos haciendo en páginas sucesivas. Tampoco podemos mostrar cómo esa solidaridad siendo preferente no es, sin embargo, excluyente y, por tanto, no se opone a la universalidad de la salvación ofrecida por Jesús a todos los seres humanos (cf., por ejemplo, J. Lois: *Teología de la liberación. Opción por los pobres*. Ed. IEPALA y Fundamentos, Madrid, 1986, 145-192 y 277-282).

21. Cf. *La humanidad nueva. Ensayo de cristología*. Ed. Sal Terrae, Santander, 1984, 83, 95.

22. Para una consideración más amplia de esta cuestión, cf. J. Lois: *Jesús de Nazaret, el Cristo liberador*. Ed. HOAC, Madrid, 1995, 90-94. Resumo lo allí escrito.

23. Como advierte González Faus «en una sociedad montada teóricamente... el vocablo *pecador* no es una simple designación espiritual, del interior de la persona, sino que es una designación sociológica. Los pecadores (y recuérdese, añadimos, la ecuación enfermos-pecadores, propia de aquel tiempo) coinciden precisamente con los que están situados fuera de aquella sociedad. El refrendo divino hace que no sea posible la marginación en aquella sociedad, más que por culpa propia» (cf. *La humanidad nueva... op. cit.*, 84; cf. también J. L. Segundo, *El hombre de hoy ante Jesús de Nazaret*. Ed. Cristiandad, Madrid, 1982, T. II/1, 170-177).

24. *Jesús el judío... op. cit.*, 63.

25. Cf. Howard Clark Kee: *Medicina, milagro... op. cit.*, 13. El mismo autor recuerda la importancia que Pablo y en general el resto del Nuevo Testamento atribuyen a la sanación, hasta el punto de poder considerarla «un factor esencial en el cristianismo primitivo» (cf. *Ibid.*, 14-15, 184).

26. Cf., por ejemplo, M. Gesteira: *Christus medicus... art. cit.* y la *Entrada (Christ) Medecin*, en *Dictionnaire de Spiritualité*. T. X. Ed. Beauchesne, París, 1980.

27. Sin poder hablar de olvido total —cf., por ejemplo, la *Constitución Sacrosanctum Concilium*, n.º 5, o el discurso de Pablo VI en Belén el 6 de enero de 1964— lo cierto es que ya a partir de P. Lombardo su utilización va languideciendo.

28. Cf. *Christus medicus... art. cit.*, 254.

29. Cf. J. I. González Faus: *Clamor del Reino... op. cit.* Es interesante igualmente recordar que la condición de taumaturgo es hoy fuertemente reivindicada por los estudiosos (Crossan, Pikaza, Vermes...).

30. Cf., al efecto, R. Latourelle: *Milagros de Jesús y teología del mi-*

lagro. Ed. Sígueme, Salamanca, 1990; X. Leon-Dufour (ed.): *Los milagros de Jesús*. Ed. Cristiandad, Madrid, 1979; J. I. González Faus: *Clamor del Reino...* op. cit.

31. Esta dimensión salvífico-liberadora de los signos de Jesús se capta más profundamente cuando su actividad se contrasta con algunas de las normas que regían para un sector importante del mundo judío contemporáneo. Recordemos que la literatura rabínica insiste en que «no es lícito acercarse al enfermo, porque es maldito», o en que «no hables ni trates con el enfermo, pues es un maldito de Dios». Para algunos incluso «si un rabino se atreve a hablar con un enfermo debe ser apedreado». Por su parte, la regla de Qumrán establecía que en la fraternidad no podían ser acogidos «los necios, insensatos, tontos, locos, ciegos, tullidos, sordos y menores», es decir, los destinatarios preferentes de los signos de Jesús.

32. Es por eso que la «salud suscitada por Jesús no consiste sólo en una mejoría física. La curación del cuerpo va incluida dentro de una sección sanadora más radical y total que reconstruye al hombre entero librándole del mal que le impide realizar su destino como persona» (cf. AAVV. *Para que tengan vida: la Iglesia en el mundo de la salud y de la enfermedad*, en *Congreso Iglesia y Salud...* op. cit., 147).

33. Cf. AAVV. *El Evangelio, fuente de vida...* art. cit., 122.

34. Cf. *Ibid.*, 122.

35. «Entre las enfermedades, hay algunas que se conectan más fácilmente con lo diabólico, como mudez, ceguera o parálisis. Pero son sobre todo las enfermedades psíquicas —las menos conocidas y las más inexplicables— las que más fácilmente son vistas como obras demoníacas, hasta el extremo de dar lugar a la expresiva designación de “posesión diabólica”. “Posesión” porque ahora la acción de esas fuerzas desconocidas parece afectar a la totalidad o al centro ontológico de la persona atacada y no meramente a alguno de sus órganos o facultades. Es incluso muy posible que la doble acusación que encontramos dirigida contra Jesús: la de ser un loco (Mc 3, 21, en boca de sus familiares) y la de ser un endemoniado (Jn 7, 20, en boca de los judíos) no sean más que dos variantes de una misma acusación históricamente cierta» (cf. J. I. González Faus: *Jesús y los demonios*, en AAVV, *Fe y justicia*. Ed. Sígueme, Salamanca, 1981, 64).

Para el mismo autor la asociación entre locura y posesión diabólica parece ser un rasgo típico de los escritos lucanos (Cf. *Ibid.*, 80). En cualquier caso parece innegable que la pregunta sobre «qué espíritu poseía a Jesús», fue realmente una de las cuestiones más torturantes y decisivas para sus contemporáneos. No olvidemos que históricamente triunfó la tesis de que Jesús era un endemoniado y blasfemo, un enloquecido subvertor que merecía morir en la cruz.

En esta misma dirección de vincular la posesión diabólica a la enfermedad mental, cf. D. Casera: *Mis hermanos los psicóticos*. Ed. Paulinas, Madrid, 1983, 145-146; J. A. Fitzmyer: *El Evangelio de Lucas, T. II*. Ed. Cristiandad, Madrid, 1987, 456, 457; J. A. Pagola: *Jesús y los enfermos...* art. cit., 135; X. Pikaza: *La figura de Jesús*. Ed. Verbo Divino. Estella (Navarra) 1992, 99; E. Schillebeeckx: *Cristo y los cristianos...* op. cit., 677; Id., *Jesús, historia de un viviente*. Ed. Cristiandad, Madrid, 1981, 586-588.

36. Siempre que no consideremos la alusión general acerca de María Magdalena en Lc 8, 1 y s., ni la curación de la hija de la mujer pagana cananea.

37. Cf. J. I. González Faus: *Clamor del Reino...* op. cit., 36.

38. Cf. J. I. González Faus: *Jesús y los demonios...* art. cit.

39. Es frecuente, por ejemplo, identificar al endemoniado (o ende-

moniado de Gerasa) como un maniaco-depresivo y al niño *lunático* como un epiléptico.

40. Cf. *Jesús y los demonios...* art. cit., 86.

41. Cf., no obstante, las consideraciones de X. Pikaza: *La figura de Jesús...* op. cit., 69-127.

42. Cf., por ejemplo, J. I. González Faus: *Clamor del Reino...* op. cit., 82-103.

43. Cf. *Jesús y los demonios...* art. cit., 86-87. En otra ocasión el mismo autor añade: «La fuerza que Jesús provoca y utiliza (la fe) no proviene del engaño ni de la sugestión infundada, sino de su capacidad de acogida, de su aptitud para central al hombre, para comunicarle la bondad de su propio ser y para despertar las posibilidades máximas de cada persona, allí donde éstas efectivamente existen. Esta confianza que despierta energías desconocidas no es, por supuesto, la seguridad del poderoso Prometeo en su propio poder, sino la fe del hombre pobre en Jesús y en lo que éste es capaz de hacer por él... Ésa es la confianza que activa posibilidades misteriosas (“tu fe - no yo - te ha curado”), posibilidades habituales que quizás sólo se actúan alguna vez, como cuando se produce una mutación en la evolución de los vivientes» (cf. *El clamor del Reino...* op. cit., 153-154).

44. *Ibid.*, 80.

45. Lo decisivo, pues, de los milagros de Jesús es «que fueron revelación de la misericordia victoriosa de Dios para los testigos que convivieron con él. El aspecto de lo que se llama miraculosidad absoluta (es decir, si pueden tener alguna explicación natural, psicológica... o si no deben tenerla) sería un aspecto que queda, en realidad fuera de la cuestión, sea cual sea la respuesta que se de a la pregunta por esa explicación natural» (cf. J. I. González Faus: *Clamor del Reino...* op. cit., 32).

46. Cf. X. Pikaza: *La figura de Jesús...* op. cit., 104.

47. Es más: Jesús murió crucificado y su Reino de salvación fue rechazado por muchos de sus contemporáneos. Esto nos obliga a tener en cuenta lo insinuado en más de una ocasión: en la historia la salvación de Dios no se hará plena, definitiva y universalmente presente y su forma incipiente de ser vivida puede expresarse no sólo en la curación de la enfermedad sino en sunción de la misma desde la fe esperanzada.

48. Cf. X. Leon-Dufour (Ed.): *Los milagros de Jesús...* op. cit., 351-352.

49. Cf. AAVV. *El Evangelio, fuente de vida...* art. cit., 125.

50. Para expresar la fuerza sanante de la convivencia comunitaria fraternal, Domenico Casera recoge este precioso relato: «Un antiguo rabí preguntó a sus alumnos: ¿Cuándo la noche se hace día? Respondió uno de ellos: cuando consigo distinguir un perro de una oveja. No, repuso el rabí. Dijo otro: cuando consigo distinguir un trozo pequeño de leña de un árbol corpulento. No, dijo el rabí. Replicaron los alumnos a una: entonces, dínos cuándo la noche se hace día. Y el rabí sentenció: cuando miras el rostro de un hombre y descubres que es tu hermano». Y comenta el mencionado autor: «La fraternidad de las relaciones es algo esencial, como la línea que separa el mal del bien, la oscuridad del trastorno mental del equilibrio, la locura de la salud, la desdicha del bienestar» (cf. *Mis hermanos...* op. cit., 5).

51. Cf. M. Galve: *La relación de ayuda al enfermo mental*, en *Iniciación en la pastoral de la salud mental...* op. cit., 32 y s.

52. Cf. *Jesús y los demonios...* art. cit., 90-91.

53. Cf. D. Casera: *Mis hermanos...* op. cit., 37.

54. Cf. *Ibid.*, 43. Para una consideración más amplia de la comprensión empática, sus fases o momentos, e incluso su valoración a la luz de la fe cristiana, cf. *Ibid.*, 32-94.

55. Cf. *Mundo de salud...* art. cit., 225.

# 8. LA IGLESIA Y LOS ENFERMOS MENTALES

*Pierluigi Marchesi, O.H.*

## LA IGLESIA Y LA ATENCIÓN MATERNA ANTE LOS ENFERMOS MENTALES

Nadie puede poner en duda la atención que siempre ha tenido la Iglesia de los necesitados y los enfermos.

No obstante, y a pesar de la evidente presencia de los religiosos y religiosas en este ámbito, con frecuencia la jerarquía, el clero y los propios creyentes dejaron muchas veces de ejercitar a lo largo de los siglos pasados su caridad en relación con los enfermos mentales, a menudo considerados *irrecuperables* e incluso poseídos por el demonio. En cambio, la tarea de algunas Órdenes y Congregaciones hospitalarias, masculinas y femeninas, aseguraron, con gran esfuerzo y con la profusión de numerosos recursos humanos y económicos, la presencia y la participación de la Iglesia en medio de este sufrimiento sin rostro, lo que garantizó, incluso con el sacrificio de la vida de algunos miembros de esas mismas Órdenes y Congregaciones, el amor a estos enfermos mentales hermanos nuestros.

A iniciativa de estas Órdenes y Congregaciones, hace casi 50 años que se está trabajando, anteponiéndose en muchas circunstancias a la propia ciencia psiquiátrica, no sólo en la curación y asistencia del enfermo mental, sino también en la tarea de devolver los derechos de la persona humana hasta a los más desheredados, con programas de rehabilitación, de atención y de estructuras de acogida más apropiadas.

Si tuviéramos que especificar un cometido preciso de la Iglesia en psiquiatría, lo podríamos sintetizar en dos aspectos:

- a) En la defensa del hombre o humanización del enfermo.
- b) En el reconocimiento de que la locura, en sentido bíblico, puede ser una manifestación del proyecto de Dios que confunde a los sabios de la tierra con la *locura* de la cruz.

### La humanización en psiquiatría

En los últimos veinte años, la Iglesia se ha comprometido con su misión apostólica, tanto por parte de obispos como de los pontífices y de los agentes sanitarios cristianos, en la mejora de la concepción del enfermo mental y en la relación entre agentes sanitarios y enfermos.



“ Si realmente queremos comprometernos en la humanización del mundo de la psiquiatría, debemos aprender a mirar al enfermo como persona ”

El papa Juan Pablo II, preocupado por pacificar al mundo consigo mismo y con la Iglesia, ha pedido perdón al mundo por los errores y las omisiones de la Iglesia. Se trata de un signo de los tiempos que debe ser valorado en su significado histórico o espiritual, y quizá la Iglesia debe también pedir perdón por estar, durante muchos años y en muchos países y mientras intensificaba su presencia al lado de los enfermos y los moribundos, demasiado ausente y no dejar oír su voz en defensa de los derechos y menos aún de las necesidades de los enfermos mentales.

“ En los últimos 20 años, la Iglesia se ha comprometido con su misión apostólica en la mejora de la concepción del enfermo mental y en la relación entre agentes sanitarios y enfermos ”

“ La primera tentativa de la Iglesia en defensa del enfermo mental consistió en denunciar los posibles abusos de las técnicas farmacológicas y de la segregación violenta ”

La primera tentativa de la Iglesia en defensa del enfermo mental consistió en denunciar los posibles abusos de las técnicas farmacológicas y de la segregación violenta, para afirmar así la dignidad del hombre en todos los estadios de su existencia y en cualquier estado de salud y para reclamar el respecto al sufrimiento y la muerte mediante la redefinición de la dignidad del cuerpo del hombre.

En un sentido típicamente moderno, la humanización es el movimiento dentro de la Iglesia, gracias también al esfuerzo de los Hermanos de San Juan de Dios, para afirmar el valor del hombre como objeto específico e ideal normativo de la medicina.

Oigamos cómo lo definió ampliamente Juan Pablo II en un célebre congreso justamente titulado *Humanización de la medicina*, celebrado en Roma en 1987:

*«Una praxis realmente humanizada de la medicina no puede permanecer indiferente ante una investigación científica que se ponga como fin a sí misma, ignorando las exigencias de un auténtico servicio del hombre. También el estudio de la vida debe traducirse en servicio de la vida. Los interrogantes que despierta la experimentación, la relación población-recursos y la enfermedad irreversible son más acuciantes desde que el progreso de la técnica ha facilitado el recurso a soluciones y estrategias que ofenden la dignidad de la vida y de la persona humana.»*

*Para resistir a la sugestión de tales perspectivas es indispensable que dispongamos de referencias antropológicas adecuadas, a cuya elaboración puede contribuir mucho el diálogo interdisciplinar y, de manera especial, la reflexión sobre los datos de la revelación cristiana.»*

Y añade:

*«La medicina, en la medida en que acerca al hombre en el momento crucial del sufrimiento, cuando siente intensamente la necesidad de conservar su salud, debe hacer*

*de quien la ejerce, a todos los niveles, un experto de gran sensibilidad humana. Esto vale, obviamente, en el ámbito de la relación individual, donde humanización significa, entre otras cosas, apertura a todo cuanto puede preparar a comprender al hombre, su interioridad, su mundo, su psicología y su cultura. Humanizar esta relación comporta al mismo tiempo dar y recibir, es decir, crear una comunión que es participación total. Sólo así el servicio se convierte también en testimonio, y por ser servicio a la vida, se transforma en incentivo para amarla, para percibir su significado verdadero y profundo en cada una de sus manifestaciones. Y esto comporta una verdad peculiar en el plano social. Aquí la instancia de la humanización se traduce en el compromiso directo de todos los trabajadores sanitarios en promover, cada cual en su ámbito y según su competencia, condiciones idóneas para la salud; en mejorar estructuras inadecuadas, eliminar las causas de tantas enfermedades, en favorecer la justa distribución de los recursos sanitarios, en conseguir que la política sanitaria en todo el mundo tenga como fin únicamente a la persona humana.*

*La humanización de la salud responde a un deber de justicia, cuyo cumplimiento jamás puede ser delegado de forma total en otros porque requiere el compromiso de todos».*

Y el Papa concluía:

*«La Iglesia, que considera la solicitud por quien sufre parte integrante de su misión (Dolentium hominum, 1) y que mira al hombre como a “camino propio” (Salvifici doloris, 3), está al lado —como justamente ha resaltado y confirmado el Sínodo— de los laicos que, personalmente o de forma asociada, se afanan por una humanización creciente de la medicina. Está directamente comprometida, mediante individuos e instituciones, en el mundo del sufrimiento y de la salud, con la colaboración iluminada y generosa de todos los trabajadores sanitarios. Y aquí se produce un desafío peculiar y decisivo de nuestro tiempo: no podemos quedarnos inertes ante una situación permanente en la que poblaciones enteras sufren enfermedades que la ciencia médica es capaz de acometer y vencer.»*

“ La humanización es el movimiento nacido dentro de la Iglesia para afirmar el valor del hombre como objeto específico e ideal normativo de medicina ”

“ La Iglesia concibe la humanización sobre todo como un modo de relacionarse con el enfermo ”

*Humanizar la medicina es aceptar ese desafío y dedicarse generosamente a la edificación de un mundo en el que se aseguren a todos los seres humanos los medios necesarios para la valoración plena de ese talento fundamental de la vida que tiene en Dios “amante de la vida” (Sab. 11, 26), su origen y su destino final».*

Esta larga cita describe el modo como la Iglesia llama a humanizar la asistencia, incluida la de los enfermos mentales.



“ Humanizar la psiquiatría y procurar la rehabilitación del enfermo mental se convierte en un auténtico servicio a Dios, cuya imagen somos también en el sufrimiento ”

Por medio de la dialéctica entre enseñanza doctrinal y práctica concreta conseguimos comprender que la Iglesia concibe la humanización sobre todo como un *modo de relacionarse con el enfermo*.

Se trata de la llamada «tercera dimensión» de la medicina, que va más allá del fármaco y la técnica y que consiste en saber amar al enfermo. ¡Sencilísimo!

El mejor modo de humanizar la medicina, según la concepción de la Iglesia, consiste en *tratar a los pacientes como personas, valorar su dignidad, hacer que se sientan partícipes de las decisiones que se refieren a su vida y su salud*.

Efectivamente, mientras rechaza las falsas expectativas de la omnipotencia de la ciencia, la Iglesia concede gran importancia al cuidado integral del hombre más que al simple remedio curativo.

En coherencia con esta enseñanza, la primera tentativa estimulada ha consistido en dividir los diferentes tipos de pacientes, no para catalogarlos como pretende cierta ciencia, sino para descubrir en cada uno de ellos su modo peculiar de estar enfermo.

Si realmente queremos comprometernos en la humanización del mundo de la psiquiatría, debemos aprender a mirar al enfermo como persona. En cuanto tal, el enfermo psiquiátrico puede superar su «disgusto-enfermedad» solamente si se le apoya en la rehabilitación de sus potencialidades todavía vivas, incluidas las más latentes.

El hombre es un ser complejo y complicado en el que se da una interrelación entre su cuerpo y su alma, y de ahí que no pueda ser considerado como un mecanismo roto o como un objeto inutilizable.

Reintegrado en un nuevo contexto y sostenido por la esperanza de quienes le atienden, el enfermo mental puede mejorar su situación con la estrategia de humanización según la Iglesia. Como dijo un teólogo en el Congreso sobre la humanización ya citado: «Hemos aprendido y debemos enseñar que también la salud mental significa más que ausencia de enfermedad. Aquella es vista como una relación armoniosa y equilibrada de bienestar físico, mental, espiritual, económico y social, en una persona en armonía con los otros, con el ambiente natural y con Dios. En términos bíblicos, este estado se conoce como *shalom*, un estado de relaciones justas. Hemos aprendido que es muy importante que exista una relación justa entre la persona y los miembros de su comunidad, entre la persona y Dios, entre la persona y la naturaleza. El desorden de una de estas relaciones puede provocar la enfermedad. Reconcilia-

“ La Iglesia concede gran importancia al cuidado integral del hombre más que al simple remedio curativo ”

ción y esperanza son elementos clave y tienen una función importante en el proceso de curación. Hemos descubierto que hay una relación entre cuerpo, mente y espíritu y que éstos son inseparables. Lo que sucede a una de estas tres partes afecta a las otras. De ahí se deriva el concepto de visión de conjunto en las atenciones sanitarias».

Hemos entrado en la era de los remedios médicos en la que la salud y el desarrollo tendrán una función inseparable y complementaria. Por eso las diócesis y las iglesias asumen también la responsabilidad de las atenciones básicas, para conseguir una salud accesible a todos, especialmente a los más pobres y a quienes más la necesitan, como los enfermos mentales.

Por consiguiente, debemos poner de relieve las necesidades de la gente más que los intereses profesionales y tratar a toda la comunidad como a un enfermo, para que los servicios en favor de la salud sean más acordes con las necesidades presentes y futuras, sabiendo prevenir y educar.

La celebración del día mundial del enfermo debe considerarse seriamente como un momento de sensibilización de toda la familia humana sobre el cuidado de los enfermos. Humanizar la psiquiatría y procurar la rehabilitación del enfermo mental se convierte en un *auténtico servicio a Dios, cuya imagen somos también en el sufrimiento*.

### La enfermedad mental en la Biblia

Dije anteriormente que uno de los méritos de la Iglesia ha sido el de reconocer en la tradición bíblica de la locura también un signo turbador y controvertido del proyecto de Dios. Imagino a este respecto que cada uno de vosotros tendrá en su mente la interpretación brutal de la locura que se confunde con los endemoniados y las brujerías.

No me corresponde a mí ahora reconstruir la historia de ciertos acontecimientos que han falseado el sentido de la Biblia. Nadie debería haberse sentido autorizado jamás a suprimir a un hermano o a una hermana por *loco*. Pero así ha sucedido.

Lo que me parece justo resaltar es la fe de la Iglesia en la posibilidad de que Dios se manifieste incluso en la contradicción, en la anomalía y en la locura humana.

Y es que la Biblia no es un tratado científico, sino una narración de la historia de la salvación, o mejor, la narración de la historia humana vista desde Dios.

La locura es vista en su dramática e ineluctable dimensión de desorden y alteración. Pero Dios promete también al loco salvación y ofrece esperanza. La enfermedad mental está presente en la Biblia como pérdida de la razón a causa de envidia y miedo. De ésta sólo Dios protege, como protegió a David de la envidia de Saúl (1Sam 18,8-16,6).

La locura es también carencia de cordura, demencia y estultez. De ésta nos defenderá la Sabiduría de Dios (Qo 10, 1-3), aunque no debe confundirse con la del hombre.

“ La enfermedad mental está presente en la Biblia como pérdida de la razón a causa de envidia y miedo pero Dios promete también al loco salvación y ofrece esperanza ”

San Pablo enseña con autoridad que Dios eligió lo que es necio en el mundo para confundir a los sabios. Merece la pena volver a leer este texto entero con el fin de concluir con una observación esta parte de mi intervención.

*Porque el lenguaje de la cruz es una locura para los que se pierden; pero para nosotros, que nos salvamos, es poder de Dios. Pues dice la Escritura: Inutilizaré la sabiduría de los sabios y anularé la inteligencia de los inteligentes. ¿Dónde está el sabio? ¿Dónde el maestro? ¿Dónde el estudioso de este mundo? ¡Dios ha convertido en tontería la sabiduría de este mundo! El mundo con su propia sabiduría no reconoció a Dios en la sabiduría manifestada por Dios en sus obras. Por eso Dios ha querido salvar a los creyentes por medio de una doctrina que parece una locura. Porque los judíos piden milagros, y los griegos buscan la sabiduría; pero nosotros anunciamos a Cristo crucificado, escándalo para los judíos y locura para los paganos, pero el poder y sabiduría de Dios para los llamados, judíos o griegos. Pues la locura de Dios es más sabia que los hombres; y la debilidad de Dios, más fuerte que los hombres.*

*Considerar si no, hermanos, vuestro grupo de llamados: no hay muchos sabios, ni muchos poderosos, ni muchos nobles; Dios eligió lo que el mundo tiene por necio para humillar a los sabios; lo débil, para humillar a los fuertes; lo vil, lo despreciable, lo que es nada, para anular a los que son algo, para que nadie presuma delante de Dios. Por él vosotros estáis en Cristo Jesús, el cual de parte de Dios se ha hecho para nosotros sabiduría, justicia, santificación y redención, para que, como dice la Escritura, el que quiera presumir de algo, que presuma de lo que ha hecho el Señor» (1Cor 1, 18-31).*

La Iglesia, manteniendo viva la cultura y el culto de la Palabra de Dios, ha orientado a las personas más coherentes a actuar como hijos de Dios, y por consiguiente solidarios con todos.

No en nombre de una ciencia humana que es patrimonio de pocos, sino en nombre de la dignidad de criaturas salvadas y amadas por el Padre como hijos siempre.

Se trata de un vuelco cultural de gran alcance que, si se lleva realmente a cabo en la realidad sanitaria, lo revoluciona todo. Baste recordar la vicisitud de san Juan de Dios, cuyo 5.º centenario de nacimiento se celebra ahora. Para él la metáfora de la locura por amor de Dios se convierte en paradigma de vida y modelo de referencia, lo que permite llevar a cabo la revolución de la asistencia sanitaria que coloca al hermano-enfermo en el centro del sistema.

El testimonio de este santo debería leerse de nuevo con mayor atención.

### LA TAREA DE LOS RELIGIOSOS DE SAN JUAN DE DIOS EN LA PSIQUIATRÍA COMO HIJOS DE LA IGLESIA

Creo que todos vosotros conocéis la presencia de los hijos de san Juan de Dios en el ámbito psiquiátrico y también creo poder afirmar que, juntamente con la llamada y la iluminación del Espíritu, la asistencia al hombre enfermo mental fue la inspiradora de nuestro Fundador, a



quien los historiadores consideran uno de los grandes reformadores de la asistencia.

1. Antes de exponernos algunos detalles históricos de la asistencia psiquiátrica en la Orden de los Hijos de San Juan de Dios, considero que puede presentarse espontáneamente una pregunta: *¿Por qué una Orden religiosa se compromete con la psiquiatría?*

Personalmente, tras haber pensado en ello a lo largo de toda una vida rica solamente en esperanzas y errores, concibo y encuentro una respuesta como ésta: Jesucristo es para los creyentes punto de referencia en toda empresa que se quiera innovadora, total y resolutiva.

La humanidad fue exaltada en Él como encarnación de Dios y fue reconducida a la unidad de la fraternidad, antes que cualquier humanismo ideológico surgido a lo largo de la historia sucesiva.

Para realizar esto, Cristo se hizo *extraño* para los suyos, se vio rechazado por sus correligionarios, desposeído de su dignidad de hombre y crucificado ignominiosamente.

Resucitó, pero después de haber pasado por esta humillación y anonadamiento.

Personalmente he visto siempre en las vicisitudes del hombre víctima de enfermedad mental una semejanza dramática con Cristo:

- En la expropiación de los derechos.
- En la degradación de la vida corporal.
- En la humillación del Espíritu.
- En el anonadamiento de su ser de hombre en las formas más graves.

¿Cuáles son las posibilidades de resurrección para un hombre reducido a esa situación? Eso es lo que debemos tratar de intuir, de saber y de realizar. Es también un interrogante al que también debe tratar de responder la ciencia.

Es un interrogante al que debe tratar de responder la política desde el día en que, con o sin competencia, se ha hecho cargo no sólo de la ciencia psiquiátrica, sino también del enfermo psiquiátrico.

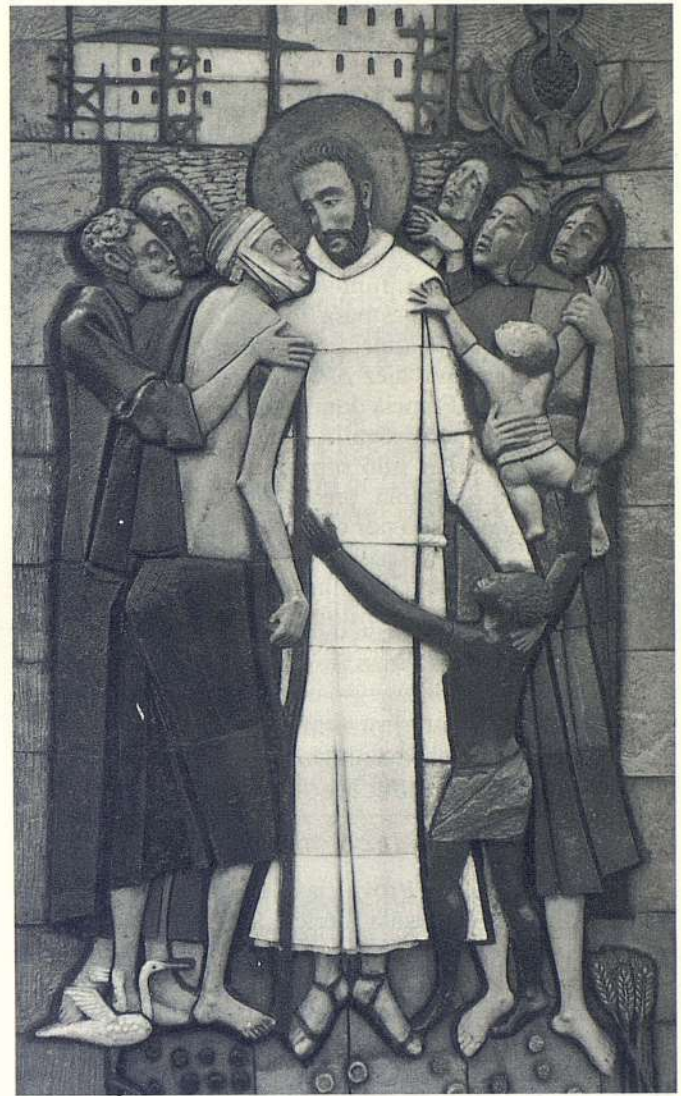
Es un interrogante al que deben tratar de responder, sin mimetizarse, los hombres de Iglesia que trabajan en psiquiatría, y donde no los haya, deben sentir el deber de que los haya en defensa de los más débiles, que reclaman una pastoral apropiada porque también en la locura hay momentos en los que el recuerdo de Dios de la propia infancia se deja sentir, y son esos momentos terapéuticos y momentos de serenidad.

Es un interrogante al que esperamos estar tratando de dar hoy, con este encuentro sobre religión y ciencia, si no una solución, sí al menos una respuesta parcial.

Es un interrogante al que nuestro fundador, san Juan de Dios, cuyo centenario del nacimiento celebramos, con su total entrega, quiso dar una respuesta.

San Juan de Dios, probado en su propia carne por la enfermedad, recorrió el calvario del castigo-corrección reservado a los enfermos como él.

Y supo madurar la decisión de luchar y trabajar para que esto no volviera a suceder. Convencido de que el hombre loco no deja de ser hombre, se dispuso al trabajo para que la locura que aparece en el hombre fuera curada como



“ San Juan de Dios convencido de que el hombre loco no deja de ser hombre, se dispuso al trabajo para que la locura que aparece en el hombre fuera curada como cualquier otra enfermedad ”

cualquier otra enfermedad. Su intuición de garantizar una cama para cada uno de los enfermos y de construir un *hospital*, para proteger a los necesitados y servirles en nombre de Dios, constituye la esencia del carisma de la *hospitalidad* y justifica ampliamente la presencia de una Orden religiosa en psiquiatría.

Otros hombres y mujeres, discípulos suyos, intuyeron este itinerario y se sintieron atraídos por él. Me complace recordar entre éstos al beato Benito Menni, fundador de una familia religiosa femenina, las Religiosas del Sagrado Corazón, comprometida con entusiasmo y con muchas energías en este campo del dolor tan misterioso todavía.

2. De todo esto se concluye que la Psiquiatría ha sido siempre campo privilegiado de los Hermanos de San Juan de Dios en la historia.

Es imposible trazar aquí un panorama completo del itinerario histórico de los Hermanos de San Juan de Dios en la psiquiatría.

La hospitalización de los enfermos mentales y su atención se sitúan en la vasta organización hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios, hasta el punto de conseguir en esta última un carácter prominente.

En Francia, esos centros, denominados *Maison-de-force*, han existido desde el siglo XVII, pero la historia no siempre recuerda que a ellos, fundados como hospitales comunes, se añadían secciones para enfermos mentales y sujetos peligrosos. En cualquier caso, entre el siglo XVII y el XVIII, la Orden tuvo diez *Maison-de-force*.

Fue también en Francia donde la fundación de tres hospitales para enajenados significó el renacimiento de la Orden después de haber sido suprimida.

La Provincia Española, precisamente después de la restauración llevada a cabo por el beato Menni (nacido en Milán en 1841), fue muy fértil y se produjo en ella un gran florecimiento de hospicios y hospitales, entre los que no fueron pocos los centros psiquiátricos.

---

“ He visto siempre en las vicisitudes del hombre víctima de enfermedad mental una semejanza dramática con Cristo ”

---

Por otra parte, las Provincias de España no limitaron su actividad a la Península Ibérica. En 1920 atravesaron el océano y se hicieron cargo de la asistencia del manicomio de Bogotá, y en 1921 del de Santiago de Chile.

La Provincia Portuguesa desarrolló su refundación comprometiendo exclusivamente en la asistencia psiquiátrica.

En Italia, la tradición asistencial psiquiátrica de los Hermanos de San Juan de Dios está relacionada especialmente con la historia del manicomio de San Servolo, en Venecia. La Orden poseía en Zara un hospital manicomio llamado Santa María de la Piedad, con una capacidad de 500 camas, parecido en dimensiones e importancia al de San Servolo de Venecia.

3. No es tarea mía, sin embargo, trazar esa historia, pues este encuentro nos convoca a vivir la historia de hoy para tratar de continuar haciendo la historia de la psiquiatría y para dar continuidad a la inspiración que iluminó la vida de san Juan de Dios.

En muchos países europeos el problema de los enfermos mentales está volviendo sobre las mesas de los políticos y los economistas.

Las leyes del mercado parece que están tratando especialmente de cortar las partidas dedicadas a los enfermos impropriadamente llamados crónicos.

Personalmente considero que sería un deber de la Iglesia establecer observatorios sobre este problema en defensa no sólo de los derechos, sino de la propia vida de estos pacientes.

Es sacrosanto el compromiso del Pastor Supremo por combatir el aborto. Pues bien, el compromiso por defen-

der la vida de los enfermos crónicos y de los ancianos será el testimonio más vigoroso y el soporte de la doctrina de la Iglesia por la vida que nace.

4. Finalmente, oímos hablar en muchos lugares de rehabilitación.

Considero que nosotros, Hermanos de San Juan de Dios, debemos tomar nota de esta innovación que estimamos metodológicamente relevante por dos razones fundamentales:

- 1.<sup>a</sup> En primer lugar, porque aleja realmente al enfermo mental del gueto de la «enfermedad social».
- 2.<sup>a</sup> Porque impone a todos los trabajadores de los hospitales, y por consiguiente también a nosotros, religiosos hospitalarios, la obligación de elaborar nuevas estrategias para activar las energías del paciente y hacerle partícipe de la terapia sin descuidar una pastoral apropiada para los pacientes y los trabajadores.

El término rehabilitación reclama inmediatamente la acepción propia de la medicina consistente en el tratamiento que tiende a restablecer la funcionalidad comprometida de un órgano. En un ámbito no exclusivamente médico psiquiátrico, se habla también de reactivación para indicar los tratamientos tendentes a mantener en ejercicio órganos y funciones físicos o cognitivos que corren el riesgo de algún deterioro o de degeneración posterior.

Una segunda rehabilitación, de valor social, exige un tratamiento tendente a la recuperación de capacidades *inhabilitadas* o *discapacitadas* en una persona con el fin de garantizarle el mejor *funcionamiento* social posible.

A este respecto, para Bennet la rehabilitación consiste en el «proceso de ayudar a las personas discapacitadas tanto física como psíquicamente a conseguir el mejor uso de la capacidad que le queda. Y esto con el fin de poder funcionar al mejor nivel posible en un contexto social lo más normal posible». La acepción *reductiva* de la rehabilitación la ponen de relieve, además de D. Bennet, otros especialistas que la hacen consistir en todas aquellas medidas que tienen como fin inmediato la adaptación de una determinada estructura de personalidad a las demandas del sistema social en ese momento.

Me complace citar una definición que comprende varias aproximaciones rehabilitadoras que he visto en el *estatuto* elaborado por la Asociación Nuestra Familia, una congregación religiosa femenina dedicada a la asistencia de la juventud discapacitada, que desde 1974 tiene como finalidad social la rehabilitación y la inserción de los discapacitados.

«Rehabilitación es el conjunto de intervenciones terapéuticas adecuadas para reducir las consecuencias patológicas provocadas por un daño, para garantizar el mayor bienestar individual y desarrollar habilidades que permitan a la persona la mayor expresión posible de sí misma en los diferentes ámbitos de la vida humana: desde la autonomía a la capacidad de relación y a la capacidad de asumir el propio quehacer específico en la comunidad humana».

Es evidente que en relación con la complejidad de la patología resulta complejo también el programa rehabilitador, que «incluso raramente se limita al sector médico»,

“Rehabilitación es reconducir al hombre a la posibilidad de elegir, de expresarse y de convertirse en sujeto”

“La dignidad del cuerpo humano equivale a la dignidad del hombre viviente en cuanto dotado de cuerpo”

pues incluye intervenciones de contenido psicopedagógico, pastoral y social y de otros sectores especializados, alternativamente requeridos por el tipo de discapacidad del individuo.

Hay por ejemplo, un entrecruzamiento significativo entre curación y rehabilitación. No es casualidad que esta última se defina en el sector de la asistencia psiquiátrica, paradójicamente, como la «terapia de los psicopáticos».

Hay, finalmente, un *continuum* lógico y cronológico entre rehabilitación e inserción social, especialmente si se trata de intervenciones en personas durante mucho tiempo presentes en el Instituto. En este caso, la rehabilitación favorece un proceso de recuperación de una función social en el sujeto a través de la restauración de capacidades que le habilitan para la autosuficiencia y por consiguiente para pasar de una situación de *inmóvil-dependiente*, con un estilo de vida pasivo y rígidamente regulado, a otro de *ciudadano-eficiente*, con la posibilidad de vivir normalmente insertado en la sociedad.

5. No quiero alargarme en las definiciones del concepto y del contenido de la rehabilitación, sobre el que ya existen contraposiciones pseudo-científicas, y hasta tengo que pedir disculpas de haber quizás invadido el terreno de otros.

Personalmente, al hablar de la rehabilitación, no dudo en referirme a la revolución copernicana de la psiquiatría, pues lo que conduce al centro de la actividad psiquiátrica no es la teoría de la enfermedad mental, sino la tensión y la búsqueda para llevarla a cabo.

Los religiosos, llamados por nuestra vocación hospitalaria, en compañía de todos los que habéis aceptado compartir nuestros anhelos al lado de los enfermos mentales, debemos asumir nuevas responsabilidades en nuestro trabajo de protectores y curadores de la psique enferma poniendo nuestra viva atención en las personas y no sólo en las *obras* y las estructuras.

6. A punto ya de terminar mi intervención, como al principio me hice la pregunta: «¿Por qué una Orden religiosa se compromete en psiquiatría?», planteo ahora otro interrogante:

¿Puede haber hospitalidad psiquiátrica sin ética?

Especialmente hablando sobre deberes, me pregunto hoy sobre compromisos: ¿Qué significa rehabilitación o cuidado del enfermo mental sin una nueva comprensión de la ética en psiquiatría?

A mi modo de ver, ¡nada!

*Ética es hacer que germinen todas las posibilidades para que un hombre sea autónomo y libre. Rehabilitación no*

*es normalización, sino reconducir al hombre a la posibilidad de elegir, de expresarse y de convertirse en sujeto.*

El *paciente psiquiátrico* debe ser restituido a su dignidad física.

Muchas veces, especialmente nosotros los religiosos, hemos visto al espíritu como hijo de Dios y al cuerpo como una mezcla desordenada. La corporeidad está unida estructuralmente a la espiritualidad. *Es un imperativo ético garantizar al cuerpo del paciente un «estatuto» diferente.* Ya no podemos considerar al cuerpo como un receptáculo de pasiones desenfrenadas. ¡Es preciso devolver sentido a la *corporeidad*, a la sexualidad y a la gestualidad con atención y respeto!

Muchas veces hablamos de la *dignidad y del valor de la vida humana* sin advertir que esta expresión es sólo una forma abreviada de otra más precisa, la del *valor de la vida y del hombre viviente en cuanto viviente* (mientras que la vida es una propiedad de la persona, el cuerpo es un elemento esencial y constitutivo de la persona humana).

Por este motivo, a diferencia de la vida, el cuerpo humano *no participa, sino que posee el mismo valor que la persona, valor que sólo pierde con la muerte, es decir, cuando el cuerpo deja de ser un organismo informado por una alma espiritual y se convierte por eso mismo en un cadáver.* En este sentido, la expresión *dignidad del cuerpo humano* equivale a *dignidad del hombre viviente en cuanto dotado de cuerpo.*

EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO TIENE UNA HISTORIA QUE DEBE SER CONOCIDA.

Es un imperativo ético reconstruir la historia del paciente y no sólo la de la *PATOLOGÍA.*

Para poder aplicarle una *TERAPIA REHABILITADORA PERSONALIZADA* ES NECESARIO:

CONOCER

ESTUDIAR

LA HISTORIA DE CADA UNO

- Es un imperativo ético asumir al paciente psiquiátrico en equipo. Se necesita un proyecto terapéutico que implique a muchas profesiones en un único objetivo.
- Es urgente, por consiguiente, hablar de un objetivo ético como el de la formación.
- Sin ética no hay rehabilitación ni auténtica formación.
- Pero sin formación no hay ética ni rehabilitación.

Ésta es la *paradoja* que debemos aceptar y superar si queremos permanecer en la historia.

Y éste es el deseo que serena, pero apasionadamente, me permito humildemente formular en este encuentro.

Un encuentro que ojalá sea una ocasión para el relanzamiento del concepto ético en psiquiatría, con proyectos formativos que nos pongan responsablemente en condiciones de entrar, gracias también a la historia pasada, en las nuevas reformas con modelos, clínicos, asistenciales y pastorales no hechos sólo para nuestra supervivencia, sino proyectados en la ciencia y en nuestra vocación para rehabilitarnos con y por el enfermo.

En cuanto a nosotros los religiosos, en este panorama aparece un compromiso nuevo y radical para la pastoral sanitaria en el ámbito psiquiátrico, inspirada desde los años

70 en la más genérica pastoral hospitalaria, reducida, si no ya banalizada, en algunos casos a un ritualismo formalista e ineficaz.

No tener el valor de hacer esto y vivir pasivamente este momento histórico, podría significar una traición a nuestra tradición psiquiátrica y cometer un pecado grave de omisión con la sociedad, la ciencia, la Iglesia y el enfermo, destinatario de nuestra vocación y de nuestra historia.

## CONCLUSIONES (BREVES)

1. Es ya tiempo de que el enfermo mental sea considerado como lo que es, un miembro vivo de la comunidad eclesial, con derecho a celebraciones litúrgicas en las

que sea sujeto y no objeto, con una pastoral sacramental específica.

2. Es justo promover la investigación científica con tal de que se dé un espacio igual a las tentativas de inserción del enfermo mental en ambientes humanizadores.
3. Es tiempo de que las iglesias locales, con un *voluntariado organizado y formado adecuadamente*, asuman una tarea rehabilitadora en relación con los enfermos.
4. Devolvamos a los enfermos la esperanza de ser amados.
5. Constituir a nivel nacional un *observatorio* para los enfermos mentales en relación con el legislador para estar al lado de los enfermos y de sus familias.
6. La familia del enfermo mental y su parroquia.

 **Labotron**  
Societat Anònima

**LABOTRON, S.A.**

Villarroel, 178 - 08036 Barcelona

Telèfon (93) 322 94 13

Fax (93) 419 91 84

  
ASSISTÈNCIA TÈCNICA D'APARELLS D'ELECTROMEDICINA I LABORATORI

MANTENIMENTS PREVENTIUS CONCERTATS

MANTENIMENT D'INSTAL·LACIONS ELÈCTRIQUES

REVISIONS ELÈCTRIQUES DE QUIRÒFANS I UVIS

ELECTRÒNICA INDUSTRIAL



# 9. LÍNEAS, OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL QUEHACER PASTORAL EN PSIQUIATRÍA

*Mariano Galve Moreno*

A mi modo de ver, cuatro son los objetivos fundamentales que deben tenerse en cuenta a la hora de plantear un digno quehacer en el campo de la enfermedad mental. De ellos, uno es previo y, por tanto, indispensable. Los otros tres son específicos del quehacer pastoral.

I. El objetivo previo, según mi parecer, es el de la *Orientación*. El agente de pastoral debe de estar, en todo momento, orientado en su trabajo. Es igual que decir que debe dominar el *espacio* o campo específico de su tarea. Definir el *espacio específico* de la pastoral psiquiátrica no es fácil. La primera tentación consistiría en reducirlo al campo de los manicomios, hospitales psiquiátricos, servicios psiquiá-

“ El agente de pastoral debe dominar el espacio o campo específico de su tarea ”

“ El nuevo modo para deslindar los espacios de la enfermedad mental es centrarnos en la persona que sufre de dolor moral, emocional o mental, esté donde esté y se encuentre donde se encuentre ”

tricos en plantas especiales de hospitales generales, etc. Es cierto que, en los lugares señalados, está recogida la mayor parte de la enfermedad mental —por lo menos, la más dura—, pero no podemos pretender agotarla de modo exhaustivo si nos quedamos solamente en estos espacios. Por ello, me voy a atrever a proponer un modo nuevo y original para deslindar los *espacios* de la enfermedad mental, centrándolos en la persona que sufre de dolor moral, emocional o mental, esté donde esté y se encuentre en donde se encuentre: encerrado o suelto, contenido o desparramado, negado, tratado o simplemente permitido.

Existe otra razón, de tipo práctico, que me lleva a este nuevo modo de definir los límites en donde habita la en-



“ Por enfermo mental entiendo toda persona que ha fracasado en la construcción de su vida ”

fermedad mental. Esta nueva manera de definición tiene la ventaja de ser útil a la hora de un acercamiento, más preciso, a nuestro lenguaje religioso-pastoral.

Por enfermo mental yo entiendo *toda persona que ha fracasado en la construcción de su vida*. Otro modo de decirlo sería: Aquella persona que ha perdido el rumbo, el significado y el sentido de su vida. De esta manera, como consecuencia, y sin forzar para nada la definición dada, podría añadir que el enfermo mental no sabe contar la historia de su vida. Y no sabe hacerlo porque no tiene respuestas rotundas y claras a las preguntas básicas de cualquier relato histórico coherente: ¿Quién soy?, ¿dónde vivo?, ¿que hago?, ¿por qué lo hago?

---

“ El neurótico sufre porque el tema fundamental de su historia personal se ha venido abajo pero sabe contar quién es y dónde vive ”

---

Los relatos en los que se expresan vidas humanas pueden ser, y en la mayoría de casos lo son, relatos coherentes. En ellos, se encuentra la respuesta apropiada a las preguntas básicas. Es el caso de aquellos que sabemos contarnos a través de la palabra o a través de la plástica y el arte. Pero el enfermo mental no sabe decirse, contarse ni relatarse. Por ejemplo los *neuróticos*, que tienen problemas con la comunicación verbal directa y, con frecuencia, comunican los acontecimientos de su vida por medio del lenguaje corporal. Así aparece la manifestación de todos los síntomas neuróticos: las reacciones somáticas de conversión (histeria), los rituales compulsivos del obsesivo (neurosis obsesiva) y las conductas inhibidas (fobias y manías).

Emerge, así, el primero y extenso campo de la enfermedad mental: *el campo de la neurosis*. Vemos apresado al neurótico en la repetición patológica de un hecho traumático que, en la mayoría de las veces, es un acontecimiento de un hecho infantil. Podríamos decir que el neurótico está apresado en la red de un tema, cogido en un capítulo de la historia de su vida. En el fondo, una buena definición del neurótico sería esta: *El neurótico sufre porque el tema fundamental de su historia personal se ha venido abajo*. Esto es importante, porque este fracaso lo inhabilita para hilvanar, de nuevo, la trama vital de su existencia; sobre todo, en momentos de crisis personal, por ejemplo: el paso de la adolescencia a la madurez, de la madurez a la vejez; o un acontecimiento lo suficientemente importante: un divorcio, un cambio de lugar o de trabajo.

El *neurótico* no sabe responder, en lo fundamental, a las preguntas básicas que están detrás de su conducta. Desconoce el por qué las hace y, en muchas ocasiones, incluso desconoce lo que hace. Sin embargo, su estructura personal no está tan dañada para que afecte al núcleo de su historia personal. Todo neurótico sabrá contar quién es y dónde vive.

El *psicótico*, en cambio, carece de relato coherente. *No sabe expresarse ni en lo fundamental*. El psicótico no tendrá respuesta clara sobre quién es, dónde vive, qué hace y por qué lo hace. El psicótico, frente a las preguntas funda-

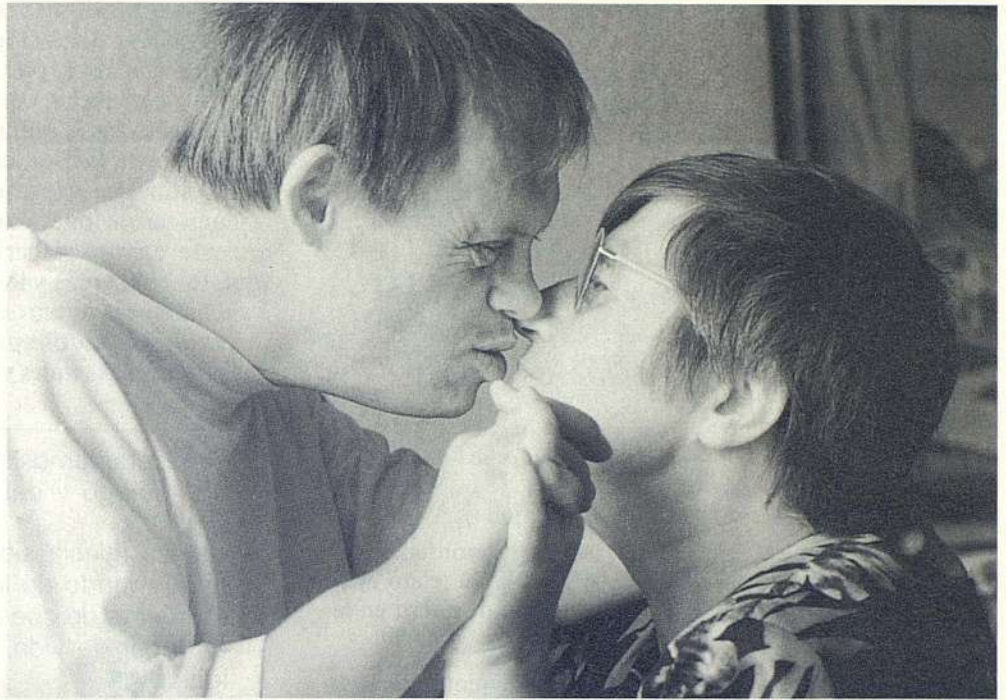
mentales, o bien no dará respuesta (la catatonía) o dará demasiadas (esquizofrenias diversas). Hilvanará un relato, pero, inmediatamente, será negado por otro. Empezará una historia que nunca acabará porque, en el proceso narrativo, habrá empezado otra. Podríamos definir al psicótico como la persona que no tiene ningún sentido de proyecto personal. Los psicóticos son como edificios desolados, en ruinas, mal contruidos y deshechos. El psicótico está condenado, constantemente a decirse a sí mismo, o, lo que es igual, a construirse en cada instante, porque no tiene ningún fundamento sólido que le permita construir su presente. Los acontecimientos que el psicótico ha experimentado y vivido no pueden ser registrados en ninguna memoria y, por lo mismo, no pueden ser contados en ninguna trama histórica coherente. Acontecimientos, hechos y etapas de la vida son como la arena que se desliza entre los dedos: resbaladiza e inconcreta; lo bastante inútil como para poder construir con ella algo sólido, concreto y útil. Emerge, así, un nuevo campo para el quehacer pastoral: *el campo estéril y cambiante de las psicosis*.

Por último, hay quien cuenta la historia de su vida de un modo mucho más doloroso y traumático, porque toda ella lleva la marca de episodios anormales con fines malos. El *paranoico* —ya sea perseguidor o perseguido— está atrapado en una pesadilla. Pesadilla que invade la mente y no se disipa, como se disipan las pesadillas de nuestros sueños, cuando despertamos. Pesadillas monotemáticas, de gran virulencia y agresividad, que el enfermo no puede retener en los estrechos límites de sus contenidos mentales y, obligatoriamente, tiene que expresarlas como jeroglíficos o lucha de titanes, proyectándolas en el universo cósmico. Aparecen, así, las grandes y eternas batallas entre el bien y el mal, la luz y las tinieblas, invasores e invadidos. Los relatos del paranoico impresionan por su magnitud pero, sobre todo, por su intensidad.

En lo fundamental, *neuróticos, psicóticos y paranoicos* diseñan el espacio de nuestro quehacer pastoral. He dejado de lado, expresamente, a *subnormales, deficientes y débiles mentales*. Los he dejado voluntariamente pues, aunque estén presentes en todos y cualquiera de los hospitales psiquiátricos, requieren otro tipo de abordaje y merecen, por tanto, dedicarles un *espacio asistencial* diferente.

El objetivo previo de la *orientación* nos obliga, siempre, a delinear un espacio. Así lo hemos hecho. Queda, ahora, señalar brevemente *las actividades* que pueden desarrollarse en este campo concreto:

- La primera, y fundamental, es la *contenedora*: Frente al paranoico que alucina con pesadillas cósmicas o de cara al psicótico que se deshace en nuestras manos, sólo queda el aporte de un *espacio afectivo* que, como una especie de piel, contenga la energía destructiva que, en el primero, lo proyecta en lo cósmico y, en el segundo, lo deshace en lo inconcreto.
- La segunda actividad, también básica, nos llevaría a la tan usada *relación de ayuda*. Tal relación, para que sea eficaz, nos llevaría a un examen riguroso de conciencia acerca de nuestra actividad pastoral. Este examen yo lo iluminaría de un *modo negativo*: no hacer más daño del que contemplamos ni provocar mayores desastres de los que ya existen, desgraciadamente, en nuestras Insti-



“Asistir, en psiquiatría, sería encontrar los modos concretos del querer, recibido como mandato del Señor”

tuciones Psiquiátricas. También lo iluminaría de *modo positivo*: ¿me siento capaz de escuchar hasta el final un discurso incoherente o claramente deformado? ¿Puedo yo, de alguna manera, ayudar al paciente a poder decirse de modo más hilvanado, ordenado y coherente? ¿Sé lo que ocurre entre los dos, entre él y yo? ¿Sé en qué etapa de su vida se detiene? ¿Sé por qué se encasquilla en ella y en ella se agota, incapaz de acceder a otra etapa? ¿Puedo yo ayudarlo a superar el escollo y estoy dispuesto a continuar, a su lado, en nuevos acontecimientos? Por lo menos, ¿estoy dispuesto, y me gusta hacerlo, a comunicarle el significado más profundo y entrañable de mi propia vida?

Para hacer todo esto no hace falta, lo aviso, ser psicólogo; pero sí es necesario que nuestra actividad pastoral se articule sobre las siguientes *cualidades*:

- Capacidad de empatía.
- Dominio de las emociones personales.
- Disponibilidad afectiva.
- Conocimiento básico de la psicopatología.
- Conocimiento y vivencia de sólidos principios teológicos.
- Discreción de los comportamientos.
- Trabajo en equipo.

**II.** Los otros *tres objetivos* del quehacer pastoral son *específicos*. Como cualificación específica nunca deben de estar ausentes de toda tarea pastoral; lo único que cambia es el modo de llevarlos a cabo.

## OBJETIVO EVANGELIZACIÓN

«Vino Jesús a Nazaret, entró en la sinagoga el día del sábado, y se levantó para hacer la lectura. Le entregaron el libro del profeta Isaías, y desarrollándolo halló el pa-

saje donde estaba escrito: “El Espíritu del Señor sobre mí, porque me ha ungido. Me ha enviado para anunciar a los pobres la Buena Nueva, a proclamar la liberación a los cautivos y la vista a los ciegos, para dar la libertad a los oprimidos y proclamar un año de gracia del Señor”. Enrollando el volumen lo devolvió al ministro, y se sentó. Comenzó a decirles: “Esta Escritura que acabáis de oír, se ha cumplido hoy”» (Lc. 4, 16-22).

Permitidme un desahogo. Dejadme que, como respuesta, presente este texto de San Lucas cuando alguien —creo que con ingenuidad, pues no me atrevo a aplicarles el adjetivo de malicia—, cuando alguien me pregunta: ¿Pero qué se puede hacer con esos pobrecillos?

“El psicótico no sabe expresarse ni en lo fundamental, no sabe con claridad quién es, ni dónde vive ni qué hace o por qué lo hace”

“El paranoico está atrapado en una pesadilla”

Evangelización, sí. Comunicación de la Buena Nueva, sí. Y sí a esos *desgraciados*. Comunicación de la Buena Noticia de que hay un Dios providente, que cuida de los suyos con amoroso cuidado. Anuncio de que Jesús, el predilecto, es hermano de todos y ha conocido la angustia, el desaliento y el escarnio. Anuncio de que se nos ha enviado el Espíritu de libertad, autonomía y gozo. Espíritu con entrañas de misericordia que reúne lo disperso y da sentido de dignidad a nuestras vidas. Anuncio de una Iglesia-Madre que sabe, intuitivamente, dar lo mejor a sus hijos, dispuesta siempre al perdón, a la acogida y al cálido abra-

zo. Anuncio de una Iglesia como Pueblo de Dios comprometido con nuestra Historia y con las historias —coherentes o no, hilvanadas o difusas, sobredeterminadas en algunas etapas y vacías en otras— esas historias de cada persona individual —sana o enferma, inteligente o torpe, integrada o rota—.

Y nunca, como en los espacios de la enfermedad mental, son más necesarias las *actividades* más afinadas y precisas del espíritu:

- Saberse contar a uno mismo dentro del proyecto amoroso de Dios.
- Saber contaminar la plenitud de significado que tiene toda historia humana.
- Saber contar cómo nuestra vida se alimenta en las fuentes de los *hechos primordiales*: los hechos de la creación («que era buena»), los hechos de la Redención («como una mejor y renovada creación»).
- Saber, también, conectar los hechos primordiales con los hechos actuales, sin romper el hilo del relato ayudando, al que lo ha roto, a articularse de nuevo en la trama común del significado.

Modalidades positivas en la actividad de comunicar el Evangelio que también pueden describirse en *negativo*:

- Evitar ser apresado en los círculos narrativos viciosos, en los que la historia patológica y los hechos actuales traumáticos se alimentan recíprocamente, de tal manera que se repite constantemente un proyecto horrible.

---

“ La actividad contenedora para el paranoico y el psicótico es aportarles un espacio afectivo ”

“ La relación de ayuda nos lleva a un examen riguroso de conciencia acerca de nuestra actividad pastoral ”

“ Evangelización, sí. Comunicación de la Buena Nueva, sí ”

---

- Evitar la repetición de historias traumáticas y destructoras, y no dejar que la religión ayude a los individuos, colectividades y culturas a alimentarse de estas fuentes envenenadas.
- No permitir que las narraciones religiosas, llenas de vida, se cuenten rutinariamente, sin ninguna referencia a la situación contemporánea.
- Ayudar a destruir esa especie de alianza malévolamente entre culturas que repiten proyectos terribles y acontecimientos, también horribles, de una tradición religiosa distorsionada.
- Eludir la acusación más quemante que se ha hecho a la religión: ser el opio del pueblo y la neurosis universal. Establecer una religión que no aliene ni que levante excesivas barreras de defensa frente al duro impacto de lo real.

Y, como sugerencia concreta, deberíamos invitar a que las *actividades* del teólogo y del psicoanalista se unan, en esfuerzos similares, para combatir los círculos narrativos viciosos y para luchar contra el *instinto de muerte* en el campo de la psicología individual, de la religión y de la cultura. La primera táctica, en esta alianza fructífera, consistiría en estimular a los que sufren, apresados en el revivir de unas narraciones horribles, a contar su historia. La siguiente alianza debería comprometer la imaginación. Aquí, los terapeutas y los pastoralistas deberíamos atrevernos a enfrentar nuestros viejos fantasmas, intentar volver a releer viejas historias patológicas y arrancar, de ellas, nuevas formas, más vitales y creativas, de interacción humana.

---

“ Deberíamos invitar a que las actividades del teólogo y del psicoanalista se unan ”

“ La Iglesia siempre ha estado presente en el mundo de la locura, pero ahora es el momento de que esta presencia no sea sólo un lugar de vida, sino sea un espacio teológico ”

---

Y que ésta es una tarea de colaboración necesaria y productiva, nos lo puede demostrar una lectura de cómo se ha visto la religión, desde Freud, en el campo de la psiquiatría: Para ella, «la religión funciona principalmente para legitimar un orden social restrictivo, contrario a los instintos, orientado siempre a usurpar el control de los procesos internos que organiza la experiencia, interpreta la promesa de salvación emanada de la fe (aun cuando esta promesa se refiera a la transformación de la vida antes de la muerte) como una amenaza para su autonomía».

## OBJETIVO ASISTENCIA. MANDATO DEL SEÑOR

Del objetivo *orientación* dimanaba la actividad de la *relación de ayuda*; del objetivo *evangelización* se deducía, también, una serie de actividades que tenían como contenido la asistencia. Aquí, la *asistencia* tiene tal importancia que la debemos situar como objetivo.

La Iglesia, de modo intuitivo, siempre ha encontrado las maneras de hacerse presente en los mundos de la necesidad y la marginación. Otra cosa es que, esta praxis, haya sido levantada hasta su reflexión de conciencia teológica. La Iglesia siempre ha estado presente en el mundo de la locura, pero —creo yo— que ahora es el momento de que esta presencia no sea sólo un lugar de vida, sino un *espacio teológico*.

La asistencia, en primer lugar y de modo brutal, es una asistencia elemental y primaria: dar de comer, vestir, limpiar, hospedar, visitar. Importante y básica asistencia que va en la línea del texto escatológico del capítulo 25 de San Mateo.

Pero esta asistencia no puede ser, hoy, una asistencia indiferenciada. Desde el objetivo evangelización nos pro-





“ La actividad pastoral ha de abrir las puertas de la Iglesia a los enfermos mentales ”

hibimos releer los hechos primordiales de nuestra tradición de modo mecánico, sin la necesaria referencia a la aplicación de nuestra memoria a los acontecimientos presentes. Desde la evangelización, decíamos no a la memoria repetitiva, porque es una memoria reduccionista y agresiva; porque, en ella, como muy bien explicó Freud, está latiendo el instinto de muerte. Del mismo modo, los modos de asistencia, que arrancan de Jesús, se abren al tiempo actual y cumplen su encargo, revividos de nuevo en el espíritu.

Asistir, en psiquiatría, *presupone* dar de comer y beber, vestir y visitar; pero también, en una lectura actual, supone *hacerse cargo*. Yo, desde mi Objetivo Pastoral de Asistencia *me hago cargo* del enfermo mental. Este *hacerse cargo* supone:

- La ayuda a hacer juicios concretos acerca de dónde está situada la enfermedad mental y el enfermo en particular; su disposición para captar y vivir una historia vital y personal y dónde están los bloqueos psicológicos que le inhiben para madurar en una plena posesión de ciertas expectativas existenciales.
- Poder configurar, de modo concreto, cuales son las necesidades e intereses humanos básicos tales como alimento, agua, sexo, afiliación, identidad, seguridad, autorrealización, creatividad, etc., que deben merecer una distribución justa e imparcial.
- Y, después de situadas las necesidades y tendencias humanas centrales, que exigen una satisfacción equitativa, aún queda la tarea pastoral de ordenarlas y evaluarlas. Porque no todas nuestras tendencias humanas son centrales; incluso algunas son exigencias o deseos relativamente poco importantes. Y, por supuesto, algunas de nuestras necesidades más centrales no son fácilmente reconciliables entre sí, como ocurre con la necesidad

de seguridad por una parte y la de la independencia por otra. El objetivo asistencia, de cara a las necesidades humanas básicas —y que están muy amenazadas y en el aire en la enfermedad mental— conlleva la tarea de armonizar justa e imparcialmente estas necesidades y tendencias.

Al hacer esto, algunas de ellas deberán ser restringidas, otras suprimidas y otras organizadas de cierto modo para que no pongan en peligro y destruyan a las demás.

“ La asistencia, en primer lugar, es una asistencia elemental y primaria ”

“ Asistir, en psiquiatría, presupone dar de comer y beber, vestir y visitar; pero también, en una lectura actual, hacerse cargo ”

Asistir, en psiquiatría, sería encontrar los modos concretos del querer, recibido como *mandato del Señor*. Y hablamos de querer y de amor, según nuestra tradición religiosa y evangélica: un amor no interesado, escasamente consumista, un amor desinvertido de su componente mercantil: te quiero para que me quieras o para alcanzar la vida eterna. Un amor post-narcisista, que dé vida a los otros para que existan, crezcan y maduren. Un amor creador y generativo que plante, ayude a crecer y de autonomía. Un amor que se adapte a las particulares maneras del vivir humano y arranque desde ellas para curar, reinstaurar, revitalizar y volver a construir lo derruido.

Asistir, en psiquiatría, presupone, también, *aceptar* nues-

tra historia y la historia de los otros, aceptar los ritmos vitales que configuran nuestra cultura y nuestra sociedad para, desde ahí, poder injertar la dimensión de nuestro relato de vida personal; aceptar que hay ciencia, y que la psicología puede ser una herramienta que ayude a la construcción de los hombres, aceptar que existen otros profesionales que tienen el don de volver a vitalizar y que devuelven a los enfermos su historia y su destino; aceptar a trabajar en equipo, codo a codo, con todos aquellos que contemplamos —¡y vivimos!— la enfermedad mental.

Las *actividades* para el *Objetivo asistencia* son fácilmente deducibles:

- La actividad primera, y básica, es la *acogida* del enfermo mental. Acogida en nuestras instituciones hospitalarias, comunidades religiosas, comunidades parroquiales, familias cristianas, movimientos diversos de las comunidades creyentes.
- Pero no basta —lo hemos dicho— una mera acogida indiferenciada, aunque sea una acogida afectiva. La acogida, segunda actividad, debe de ser una *acogida inteligente*. En psiquiatría, y con enfermos mentales, *es necesario saber*. La actividad de acogida inteligente supone:
  - a) Tener las capacidades mínimas como para no hacer desastres.
  - b) Que estas capacidades se traduzcan en comportamientos: saber escuchar, saber contener, interpretar, curar, cuidar.
  - c) Una ponderada curiosidad intelectual que me obligue a tener activa la mente, y que me abra a campos nuevos de ayuda a los demás.
  - d) Una formación continuada, sólida y sana, que incluya un esquema básico del funcionamiento de la psicopatología mental y también sólidos fundamentos teológicos.
  - e) Saber aprender de los profesionales: preguntarles, consultarles, basar nuestra pastoral —en lo que tiene de fundamento humano— sobre el contenido de sus indicaciones (en el supuesto, claro está, de que sean buenos profesionales).
- Por último, *una acogida de corazón*. Por ella yo entiendo aquella que ofrece al otro todo lo nuestro, y no lo excluimos ni de lo que somos ni de lo que tenemos. Ya he señalado el «dar de comer» y el «ser hospitalario»; pero también tenemos la Palabra de Dios, el Templo, los Sacramentos, un significado religioso de nuestra vida y una vivencia positiva de Dios como Padre. Tenemos una vivencia del «hecho Jesús», que nos aporta seguridad y un Espíritu que nos da vida, nos hace crecer, nos dignifica y nos congrega. Pues bien, todo eso —y lo restante que podamos tener— hay que abrirlo a los enfermos mentales para poder compartirlo con ellos.

## OBJETIVO LITURGIA

La Iglesia, en el plan de Dios, está en el mundo para *celebrar, bendecir y santificar*. Un Equipo de Pastoral no puede desembarazarse de esta tarea, que yo resumo en la

“Asistir, en psiquiatría, presupone, también aceptar nuestra historia y la historia de los otros”

palabra Liturgia, porque está en el mismo corazón del quehacer de la Iglesia.

■ Nuestra Iglesia *celebra* los acontecimientos salvadores: La Creación, la Liberación, la Muerte y Resurrección del Señor; pero los celebra, precisamente, para recrearlos y revivirlos. La Liturgia tiene esa capacidad vitalizadora de actualizar los grandes acontecimientos de nuestra Tradición. Y también posee otra cualidad: la de recoger el acontecimiento y darle una dimensión eterna, rescatándolo de la precariedad temporal. Así, *se celebra* el acontecimiento del nacimiento, del crecer, del compartir una vida en común, de sentirse y ser perdonado, de participar juntos de la misma Mesa de la Palabra y del Pan, de ser ungiendo en la enfermedad o ser *separado* para el servicio del Pueblo de Dios.

Esta dimensión celebrativa es la columna vertebral sobre la que se debe articular toda la dimensión pastoral en *el espacio de la enfermedad mental*. Porque si el *neurótico* está encerrado en un círculo vicioso de repetición, si el *psicótico* se le deslizan los acontecimientos como la arena se desliza por los dedos y si el *paranoico* está apresado en una trama de historia malvada, la celebración eclesial —con su dinamismo robusto y vital— no puede, de ningún modo, dejar de ser terapéutica.

La celebración de los acontecimientos primordiales proporciona al enfermo *una historia* sobre la que entenderse, decirse y construirse. La celebración de los acontecimientos primordiales en nuestra vida diaria dan solidez y coherencia a nuestra experiencia y la rescatan del impulso de muerte. Así, siguiendo el ritmo de nuestra Liturgia, podremos dar:

- Una memoria, vitalizada en el hoy.
- Un futuro para aquello que se nos escapa en la pura temporalidad.

La dialéctica entre el pasado y el futuro, en la Liturgia, se entrama y espesa dando un contenido coherente a nuestra vida humana. Pues bien ¿no es este, acaso, todo proyecto terapéutico? Acaso el enfermo mental ¿no es aquel que no sabe decirse porque no sabe entenderse ni construirse? Ciertamente que puede ser agotador el recoger, hebra a hebra, los cambiantes y vertiginosos pensamientos del alucinado. Y ciertamente, también, que no podemos coger ni siquiera un vaso de agua en el estanque estéril del cata-tónico.

Como también es cierto, en casi todos los enfermos mentales, que hay aljibes rotos que no pueden retener el agua y que las hebras de su vida no pueden tener la solidez de un *continuum* sólido y coherente. Pero, por eso mismo, el enfermo mental busca a la Iglesia con avidez y angustia porque, en el fondo de su ser, necesita de esta trama y de esta fuente. Otra cosa es que estemos preparados, y dispuestos, para ofrecérselas.

■ La Iglesia celebra, pero también *bendice*: «Benedicid, bendicid..., y no maldigáis», dice Jesús. Pues bien, el enfermo mental, muy frecuentemente, ha hecho la experiencia de estar mal-decido, incluso es una especie de estigma radical sobre el que se levantan todas las demás marginaciones. En la cambiante, rota y pobre historia de su vida está todo el tema de la posesión, de la culpabilidad masiva, de sentirse malo, de haber malnacido, de haber sido objeto de persecuciones malévolas, etc.

No voy a extenderme sobre este tema, pero les recomiendo la lectura reposada, casi una meditación, del n.º 198 del Concilium, *La bendición como poder*, sobre todo el artículo de la entrevista que Pohier hace a Françoise Dolto, y que se titula: *Poder de la bendición sobre la identidad psíquica*. Sólo añadir la responsabilidad de la Iglesia, de los cristianos y sus mismos sobre este tema. En nuestra referencia —individual o estructural— a Dios tenemos un poder que puede usarse como fuente de bien o raíz de mal; como bendición o como maldición. Y si este poder se usa como represor, ofensivo y culpabilizador en su relación con los enfermos mentales —que ya nos vienen deshechos, sucios y con una conciencia de ser distintos e incluso malos— la responsabilidad en la detección y uso del mandato de Jesús: «Benedicid, bendicid... no maldigáis», me atrevería a juzgarla como una falta grave.

■ Por último, la Iglesia celebra, bendice y *santifica*. Es un viejo y nuevo precepto. Como todos los preceptos básicos y primordiales, la comunidad creyente los debe hacer actuales en su vitalización constante. «Sed santos, como yo soy Santo», se lee en el Pacto más arcaico sobre el que hunde sus raíces el Pueblo de Israel. Para este pueblo, es uno de los fundamentos de su talante ético, que los distingue de los demás pueblos. También nosotros, como Pueblo heredero de Israel, como Pueblo de Dios, hemos recibido este mandato de Jesús en el momento de su mayor intimidad; en su oración al Padre, en la Víspera de su Muerte: «Por ellos me consagro a mí mismo... Padre, santifícalos en la verdad» (Juan 17, 17-20).

“ La actividad primera es la acogida del enfermo mental y la segunda actividad, es que debe ser una acogida inteligente y por último, una acogida de corazón ”

“ La Iglesia está en el mundo para celebrar, bendecir y santificar ”

Y, a pesar de que es éste uno de los preceptos que tiñe toda la praxis ética de nuestra Tradición, y nos alcanza en el hoy de nuestra vida, es un plato fuerte para estómagos delicados, para las conciencias estrechas y frágiles de los defensores a ultranza de éticas elitistas, a los que causa escándalo *la acción santificadora en los Hospitales Psiquiátricos*. Aquí está planteada toda la problemática sacramental, que es necesario enfoquemos desde la misericordia, la compasión y la caridad, y no desde el fariseísmo. El

fariseo siempre ha sido suspicaz, reaccionario y terco en este tema; pero ya lo era en tiempos de Jesús que, muy a su pesar y para su escándalo «comía con publicanos y pecadores».

Sobre esto, yo me asusto cuando oigo que se niegan los sacramentos a los enfermos mentales «por falta de sujeto». Y voy a decir por qué... En psiquiatría, el sujeto está ahí, delante, obsesivamente presente. El sujeto, aquí, se presenta como una realidad sin enmascarar, no elaborada, de modo cruel y descarado. Por supuesto que, en la mayoría de los casos —cuando no es un sujeto esquivo e inalcanzable, ininteligible y evanescente— es un sujeto mezquino, vacío y retorcido. Por supuesto que es un sujeto ambiguo, deshilvanado y destruido. Pero sí que hay sujeto, y un sujeto de lo más evangélico: «no he venido para salvar a los sanos, sino a los enfermos... he venido para recoger lo que estaba perdido...».

“ Esta dimensión celebrativa es la columna vertebral sobre la que se debe articular toda la dimensión pastoral en el espacio de la enfermedad mental ”

“ La actividad pastoral debe recoger todo aquello que nuestra vida tiene de festivo ”

Pienso que, respecto a los enfermos mentales, nos hemos cargado lo que enseña la más sana teología: «La economía de la gracia sigue la ley que Dios le ha impuesto: comunicar a muchos (a todos) lo que en un principio fue dado a uno solo. De cuanto Jesús es o contiene, unas cosas *se comunican a todos*, otras *solamente a algunos*. A todos se les comunican los dones de salvación y comunión:

- Ser hijos.
- Herederos.
- Entrar en el Santo de los Santos y, por lo mismo, ser sacerdotes.
- Subir a los cielos.
- Sentarse a la diestra.
- Y reinar.

En una palabra, todo lo que concierne a la vida personal, la cual por otra parte, es la de ser miembros de un cuerpo «Yves Congar, *Para una teología del laicado*, páginas 192-193».

Devolver a los enfermos la ciudadanía de los santos, a la que tienen derecho por el bautismo, en virtud de la gracia de Dios. Admitirlos en la Asamblea del Pueblo de Dios —con el mismo rango— para compartir con ellos el Pan de Vida y el Cáliz de la Salvación y gozar-sufrir con ellos de los azares de la vida, recogiendo y *santificando* los acontecimientos salvadores, me parecería un buen punto de partida a la hora de planificar una digna Pastoral Psiquiátrica.

No puede dejar de pensar en M.<sup>a</sup> del M. G., que me decía ayer: «Padre, ¿cómo puedo dejar de ser mala...? Padre, ¿es que yo podré dejar de ser mala?». Detrás de esta pregunta yo veía abismos inmensos con horribles pesadi-

llas. ¡Qué equivocación pasar al lado de estas preguntas sin detenerse en ellas y sopesarlas en toda la densidad del mal! Mis 16 años al lado de los enfermos mentales me ha proporcionado una correcta perspectiva como para poder situar y evaluar semejante demanda. Se que, detrás de esa pregunta, está la vivencia horrible del mal, y que M.<sup>a</sup> del M. G. se vive así: como mala. Sé, también, que su pregunta no va a ser orillada ni satisfecha por la tranquilizadora respuesta del tipo: «no es así, M.<sup>a</sup> del M. G.». Me está abriendo su intimidad y me está diciendo que existe, en ella, un poder que la tiene cautiva en la cualidad más abyecta de al malignidad. Contra ese poder debemos combatir el médico —he hablado después con él, sobre ella—, su equipo, la paciente y yo. Rezaré por ella y, cuando el domingo venga a la Iglesia, la bendeciré y le comunicaré que, en nom-

---

“ La actividad pastoral ha de nacer de la bendición: multiplicar los gestos y las palabras bienhechoras ”

---

bre de Dios, está perdonada y que, por tanto, es buena. Y si la experiencia del mal persiste, trataré de ayudarla a ver en ella a un intruso que se ha adueñado de su conciencia y le hace pensar en cosas horribles. En todo caso, procuraré que el cariño del Pueblo de Dios llegue a su corazón —como ondas sensibles, capaces de evocar otros sentimientos más sanos— e intentaré darle un sentido de pertenencia a ese mismo Pueblo, que no es malo, sino Santo.

Me enteraré, después, que M.<sup>a</sup> del M. G. ha hecho un intento de suicidio aquella misma tarde en que me decía: «Padre, ¿cómo puedo dejar de ser mala?»

Y del *celebrar, bendecir y santificar* se pueden deducir, fácilmente, las correspondientes *actividades pastorales*:

■ Una primera consistiría en recoger todo aquello que nuestra vida tiene de *festivo*. Debemos romper esa actitud desesperanzadora, que se traduce en una lectura depresiva, que es el pan cotidiano y frecuente en todos aquellos que nos relacionamos con el enfermo mental. Es muy corriente que la familia, el equipo terapéutico nos digan:

«ya no podemos más, no sabemos más», «ya lo hemos intentado todo». Incluso es el mismo paciente mental que, de modo explícito o implícito, lo afirma: «miren, conmigo no hay nada que hacer, déjenme en paz». Frente a esta invasión de la desesperanza, nuestros Servicios Religiosos deben de proponer una lectura más positiva y luminosa. Debemos saber ver, en estos hacinamientos de miseria humana, lo que hay de positivo. Como se narra en aquella historia que tradiciones no evangélicas refieren, sin embargo, a Jesús de Nazaret:

«Iba Jesús con sus discípulos y, en una montaña, les dijo: ¡Mirad! Los discípulos sólo vieron los restos de un perro muerto. Hacía tiempo que estaba allí, desfigurado, hediondo y putrefacto. ¿Qué había que ver? Y ¿qué había que ver con admiración? Jesús dijo: ¡Mirad, tiene los dientes blancos como perlas!».

Ciertamente que este talante optimista, la sana alegría la constante lectura de lo positivo no debe de aislarnos de la realidad, en un mecanismo de defensa escurridizo y mañaco. Pero también es cierto que, aún mirando cara a cara a nuestros enfermos mentales, nuestra tradición cristiana nos permite decir: «no tengáis miedo».

■ Una segunda, que nacería de la *bendición*, sería: *multiplicar los gestos y las palabras bienhechoras y constructivas*, como imponer las manos, saludar con afecto, alcanzar la identidad difusa o perdida para acogerla, sonreír, hablar con sosiego, calmar... Sobre todo, saber vencer nuestros propios miedos y no asustarnos ante el miedo de los demás, sino mantener, como actitud básica, una sólida confianza en la vida, en los demás y en uno mismo, que es la consecuencia obligada de nuestra tradición cristiana providente.

■ Por último, y en tercer lugar.: *volver a abrir las puertas de la Iglesia a los enfermos mentales*. En sentido físico, sin duda; pero, sobre todo, como un actitud psicológica de nuestro talante espiritual. Lo que supone, en concreto, que contamos con ellos, a título de igualdad, para construir nuestra vida; que, como nosotros, también ellos son miembros del Cuerpo de Cristo, que está anhelando y clama por la venida del Reino. Otro modo de decirlo sería: ayudar a crear en las conciencias, vacías o llenas de mal, del enfermo mental otro tipo de estructuras más benévolas, consistentes y sanas.

# 10. LOS PUNTOS LUMINOSOS: CUANDO EL CINE SE ACERCA A LAS MENTES

*Eduardo T. Gil de Muro*

Periodista

*El artículo que os presentamos hace un breve repaso sobre algunas de las películas más significativas que han tratado el tema de la enfermedad mental. Eduardo T. Gil de Muro analiza once películas desde «Corredor de fondo» hasta «Hijos de un dios menor» pasando por «Psicosis» o «Los Santos Inocentes». Deja para el final películas como el reciente éxito de taquilla, «Seven», como muestra del cine que últimamente se hace utilizando el problema de extrema violencia que puede desencadenar un enfermo mental.*

Cierre en fundido. De nuevo la pantalla baja a negro. Un pequeño punto luminoso aparece en el centro. Luego se va a oír una voz: la de Johnny Barret. Pero, antes de que la voz se escuche, he aquí que en la pantalla aparece un texto significativo. Un texto que dice nada menos que esto: «Al que Dios quiere destruir, primero lo vuelve loco». Samuel Fuller, el autor de la película *Corredor sin retorno*, ha tomado esta sentencia de un texto de Eurípides, el dramaturgo que vivió cuatrocientos veinticinco años antes de Jesucristo. Se queda uno pensando el texto. Sin mucho tiempo por delante, pero preocupadamente. Y sale a pantalla el rostro de un hombre que nos dice que se llama Johnny Barret, que es periodista del *Daily Globe* y que quiere empezar a contarnos su historia. De acuerdo: nos la va a contar. La película —como tantas otras— va a pegar un salto en el vacío, se va a enroscar sobre sí misma antes de empezar y nos va a soltar en diferido la trémula historia de un escritor de periódicos que se ha metido en una casa de locos. Porque Samuel Fuller, a continuación de esa presentación de Johnny Barret, lo que hace es desatar el fragor de un trueno sobre la pantalla, agrandar desmesuradamente el punto luminoso que hay al fondo del paisaje en negro que ocupa todo el tapiz e iluminar el espacio que va por delante del punto luminoso basta darnos la imagen de un largo corredor vacío, desnudo, que se extiende lejos, lejos, casi hasta el infinito. Un infinito en el que ya pueden empezar a sonar los diálogos de una investigación que se le está haciendo a Johnny. Porque, en el sanatorio psiquiá-

trico en que Johnny se encuentra, nadie cree de verdad que esté enfermo. Casi todo el mundo sospecha que Johnny está en el sanatorio-cárcel porque busca algo distinto a su propia y fingida provocación. Le preguntan los médicos que por qué hizo lo que dice haber hecho. Johnny contesta que porque le excitaban las trenzas de la muchacha. Siempre me había excitado. De manera que las agarré. Pero no la lastimé. Nunca la habría lastimado. No soy fetichista... Y cuando dice la palabra fetichista, uno de los médicos le reprende Johnny que califique la situación y los sucesos. Eso aclararán los buenos psiquiatras que intervendrán en el caso.

Estamos ante uno de los más osados tratamientos que del oscuro universo de las limitaciones mentales haya podido permitirse el cine. Porque de lo que se trata en la película de Fuller es de diagnosticar la condición de los deficientes mentales, sea cual sea la situación psiquiátrica en que se encuentren. Un respeto, por favor. Comencemos por ahí. No invadamos con suficiencia de gentes razonables —eso suponemos y de eso presumimos— el mundo que-

“ El cine ha sido bastante generoso con el mundo de las incapacidades ”

“ El cine se ha planteado el hecho de las marginaciones mentales con más justicia que la que la naturaleza misma ha otorgado a algunas de estas erosiones ”

bradizo de quienes desde dentro no pueden dominarlo, de quienes hacen de sus propias limitaciones una manera superior de ver y entender el mundo de las cosas y en su propio mundo interior. No en nombre de los acosos más secretos, ni en nombre de las ambiciones personales más irreprimibles se puede asaltar el entorno de los dementes. un premio Pulitzer —el que persigue el periodista del *Daily Globe*— no vale lo que vale el derecho a un intimidad y el respeto que hay que tener a la dignidad humana. «Un hombre no puede enredar con su mente, vivir en un manicomio, someterse a toda clase de pruebas... y esperar salir normal de ellas. Johnny es un esquizofrénico catatónico».

*Alguien voló sobre el nido del cuco* fue, a medias, una película realista que hablaba de una clínica psiquiátrica y una película intencional que se refería a la alterada condición de los personajes de la clínica como víctimas de una locura social que se había engendrado fuera del sanatorio. Lo del cuco era apenas la evocación de una canción infantil. El director checo-americano Milos Forman quiso hacer con ella y con la mediocre novela de Ken Kesey una inmersión en el universo de la locura que dejó en herencia sobre el pueblo americano la malhadada aventura de Co-re-a. El soldado Murphy, que no es un prototipo de moralidad ciudadana, quiere librarse de un campo de concentración. Para lo cual recurre a fingirse loco. Lo ingresan en un sanatorio psiquiátrico. Y Murphy encuentra en el sanatorio una especie de escaparate de cuantas dolencias mentales parece que puede dar muestra el pueblo americano: locos de verdad, locos por afición, locos por coartada. Y ninguna cosa más loca que cualquiera de los enfermos allí encerrados: la gobernanta de aquel pandemonio humano. Murphy aprovecha de compañía de un gigantón indio y organiza con él una rebelión en el sanatorio. Todo sufre entonces una trementina confusión: la violencia, los celos, las envidias, el apasionamiento, la fidelidad... Aquello es cosa de locos y nunca mejor dicha la frase.

*El hombre elefante*, de David Lynch, puede ser tomada por un película de terror aunque a uno le haya aterrorizado bastante poco. O puede parecer cine fantástico, aunque tampoco sea mucha la fantasía que desarrolla el director. A mí me gustaría quedarme con que *El hombre elefante* es una película en la que lo que interesa es lo que ese pobre hombre-elefante tiene de distinto, de marginal, de horroroso por deforme. Este tipo llamado John Merrick ha nacido como ha nacido: como el producto de una neurofibrosis que le ha descoyuntado la cadera y que le ha dejado una enfermedad en la pituitaria y una bronquitis crónica. Total: que es un número. Y como un número de feria lo lleva y eleva un individuo sin entrañas que le saca la mugre al pobre bicho. Cae en manos de un doctor que pretende hacer de él un personaje humano con sentido de su propia dignidad. Pero una peripecia lo lleva de nuevo a las manos de su explotador. El médico persigue el caso ante los tribunales. Se hace con John Merrick. Lo cuida, le da sentido de su persona, le hace amarse a sí mismo, le rompe el miedo al ridículo.

No es el mismo caso que el que contó Truffaut en *El pequeño salvaje*, pero se acercan bastante las posturas comprensivas y humanitarias del cirujano de la película yanqui y del doctor Itard que descubre en las selvas de Francia a ese pobre niño que no ha tenido trato humano desde su nacimiento anda de salto en salto como una pobre bestia. Emite gruñidos inarmónicos. Ataca o se defiende con fiereza. Y huye con pavor de cuanto ser vivo encuentra en su camino. El doctor Itard lo lleva a sus laboratorios, lo instala en la casa, pone toda el alma y toda la paciencia del alma en la instalación y aceptación por el chico de unos elementales comportamientos humanos. Y logra que el pequeño salvaje entre por una ruta de trato personal y progresivo. Entiende lo que se le dice, habla palabras sueltas, hila ra-

zonamientos. Es casi un hombre. Al doctor Itard le nace una sonrisa.

Lo mejor que tiene cada una de estas películas que recuerda uno con personajes imitados en sus comportamientos humanos por desvío mental y por insuficiencia en su desarrollo afectivo-efectivo es que casi ninguno de los directores de las mismas pretende echarnos un mitín acerca de cómo tiene que ser el comportamiento de los normales. Ni siquiera Hitchcock se permitió libertad alguna cuando nos habló de su pobre y peligroso chiflado de *Psicosis*. Para Hitchcock una cosa resultaba evidente en la película: la chica que, en un determinado momento, comete el hurto de unos cientos de dólares en la oficina, tenía que venir a tropezar con un suceso personal que el pobre Norman ni siquiera había imaginado. Lo malo es que la muchacha invade el terreno acotado en que Norman, desde hace unos cuantos años, vive a solas la posesión materna. Ha muerto la madre, pero la madre vive en él, no con él. Ha muerto la madre, pero la madre es, en el sótano, la prueba más evidente de que las cosas y la madre siguen viviendo en el alma y en los entornos de Norman. Sólo la transgresión de un mandato de honradez elemental —no hay que robar— puede llevar a la muchacha a manos del psicópata. Un psicópata que ni siquiera es capaz de matar a una mosca. Eso, al menos, es lo que Hitchcock nos dice después de habernos llevado de susto en susto por las calles de todas las convulsiones.

Tras ver *Psicosis* y sin que los escenarios y la situación social tengan que ver absolutamente nada con una película española de 1984, vale la pena decir dos cosas acerca de *Los santos inocentes*, el tembloroso filme de Mario Camus sobre la novela igualmente temblorosa de Miguel Delibes. Podían interesar psiquiátricamente todos los tipos que en la película-novela aparecen. Resultan gente a las que la marginación y la humillación social ha conducido a situaciones casi límites. Pero, aparte de Paco, tenemos en la película al tontito Azarías. Es el inocente más inocente que hay en la película. Azarías puede estar atestado de mierda. Azarías puede mearse en las manos para que no le salgan grietas o para calentarlas en las mañanas de frío. Azarías puede ser el lelo que no ha desarrollado más conocimiento porque tampoco le ha permitido nadie ese desarrollo. Pero: Azarías lleva por dentro un elemental sentido de la dignidad y de sus derechos. Azarías puede pasar por todo menos por el sacrificio de su pobre alma. Ahí no. Ahí, a Azarías no se le podía tocar. Menos aún se podía sacrificársela por puro capricho de señorito barato al que siempre se le había obedecido. Las enormes limitaciones emotivas de Azarías nunca habían podido llegar a tanto. Azarías se rebela desde su humillada condición. Y cuelga al señorito. Es la venganza de la naturaleza. La tierra no aguanta tanta humillación como la caída sobre esta inocencia rebelada.

El cine ha sido bastante generoso con el mundo de las incapacidades. No es que haya pretendido dulcificar situaciones o arrasar la emotividad de los espectadores. Se ha planteado el hecho de las marginaciones mentales con más justicia que la que la naturaleza misma ha otorgado a algunas de estas erosiones. Véase *Johnny cogió su fusil*. Es

un caso extremo. Tan extremo que lo que llega a plantear es el vidrioso problema de la eutanasia cuando lo que se tiene sobre una mesa o una cama es apenas el tronco y la cabeza de algo que alguna vez fue un hombre. Johnny es una piltrafa de la guerra. No oye. No habla. No ve. No mueve un solo músculo. Se piensa que no vale la pena sostener con un mínimo de vida ese despojo de la crueldad de la metralla. Pero hay una enfermera que cree en la vida. Que la mimó con esmero. Que espera una prueba. Siquiera una prueba —por pequeña que sea— de que allí, en el despojo, hay un hombre vivo, una vida que debe ser custodiada como lo que es y como lo que vale. El novelista Dalton Trumbo, en esta nueva inmersión en el universo del cine, quiso hacer no la película antibelicista que casi todo el mundo quiso ver, sino la película de la defensa de la vida por lánguida y miserable que la vida pueda estar en un momento terminal. Al final, un pequeño asomo de vida pasa por la palma de la mano de Johnny. Al final, Johnny ha sido capaz de entender, de entenderse.

Mucho más cruel que la actitud de Diane Varsi en *Johnny* es la actitud de padres y de médicos y profesores de universidad en esa *Vida de familia* con que Ken Loach atacó un día al cine británico para confusión y susto de muchos acomodados rentistas del *paraíso* obrero. Hay una chica de apenas dieciséis años. Corta. Cortita. Simple hasta dejarla de sobra. Autista. Sin unos padres que la entiendan porque sus padres son unos analfabetos en el difícil oficio de tratar un caso como el que plantea la hija. La muchacha se asfixia en la casa. La muchacha no tiene fuerza ni dominio de sí misma cuando sale a las calles del barrio. La muchacha cae en manos de alguien que la engaña y la deja embarazada. La muchacha se enamora de su hijo no nacido. Se mira con ternura el vientre materno y joven. Pero se la obliga a abortar a pesar de que los padres son católicos. La muchacha sufre el trauma de la más horrorosa decepción. La muchacha es una enferma crónica. Nadie la va a sacar ya de su catatonismo. Y es entonces cuando los profesores de la facultad de psiquiatría cogen a la muchacha para que sirva de modelo y curiosidad a los alumnos: van a ver en vivo un caso límite de malformación espiritual. Divertido. En la casa hay como un alivio cuando la muchacha entra en las aulas del hospital psiquiátrico.

La víctima se convierte a veces en verdugo. A Barbra Streisand, que había demostrado mucho temperamento de actriz aparte de su exquisita condición de cantante, le dieron el papel de la *Loca* que había llevado a los escenarios de Broadway el dramaturgo Tom Topor. La chica Claudia no estaba loca. Nunca lo estuvo. La chica Claudia fue manipulada —estuvo a punto de ser manipulada— por unos padres con los que la reacción familiar había sido tormentosa y degradante. Claudia era hija de padres divorciados. Claudia, con su padrastro —el marido de su madre divorciada— había tenido una experiencia humillante. Claudia se libera de la casa. Y se mete en el mundo de la prostitución. De manera que a la indignidad social añade ahora, la indignidad del trabajo. Pero Claudia, defendiéndose de un cliente protervo, se carga con un homicidio. Y es entonces cuando padrastro y madre pretenden hacerla pasar por

loca a fin de liberarla de una sentencia que la hunda para siempre. Lo que pasa es que el drama de Topor y la mentalidad socializante de Martin Ritt —el director de la película— consiga dar la vuelta al argumento. Una loca así, tan improvisada como la que improvisa en Claudia-Barbra Streisand no puede ser eliminada del relato con cuatro pantallazos. Barbra-Claudia se convierte en el verdugo de la situación: ahora es ella la que acusa. Cuenta con un psiquiatra enamorado que la va conduciendo expertamente.

En el recogido nido de la familia pueden suceder muchas cosas cuando la casa tropieza con uno de estos personajes desconcertantes. De la comprensión se puede pasar al encierro o al amor o a la pata atada a la silla o a la cama. En *Benny y Joon* tropezamos con una hermosa historia de amor que está a punto de ser dinamitada por la intolerancia y mala fe del cabeza de familia. Esa es la historia de una chica que se llama Joon. Es una chica inteligente pero a la que le resbalan las neuronas. Inteligente y sobrepasada. La han sometido a tratamiento psiquiátrico. Vive sola, aislada, temerosa. Manejada por su hermano. Joon ve el cielo abierto el día en que se presenta en la casa un muchacho muy divertido y un poco inocente y loco. Se llama Benny. Todo en la vida es como un juego para él. Un juego y una poesía. Joon se siente comprendida. Se siente amada por primera vez. Amada y enamorada. Y salta entre ella y Benny una historia de amor. El hermano de Joon le parece que su hermana ha ido demasiado lejos. Conducida y aprovechada por Benny. Al que le echa la culpa de todo. De quien aparta a su hermana, que de nuevo será conducida a manos de los psiquiatras. Benny deberá liberar a Joon. Que lo que necesitaba era un poco de amor y comprensión.

Los *Hijos de un dios menor* nos llevan a la difícil psicología de una mujer sordomuda a cuyo interior resulta enormemente difícil poder entrar. La chica se llama Sarah. Un profesor del colegio, en que la chica trabaja en horas libres como limpiadora, se llama James. Sarah no es especialmente guapa. Ni siquiera es atractiva. Al revés: Sarah, tímida por naturaleza, es casi una criatura arisca porque tiene miedo a que se burlen de ella los que oyen, los que hablan. Esta timidez forzada por las circunstancias es la que excita la curiosidad del profesor. Quiere asomarse al interior de esta mujer. Quiere saber cómo es por dentro esta criatura azotada, destruida acaso por la crueldad que le desencadena un universo exterior que no entiende. De hecho, cuando James se acerca por primera vez a Sarah, Sarah lo recibe con suspicacia. Con miedo incluso. Sólo la gentileza y el evidente amor de James irá abriéndola como se abre la concha de una almeja... Hay quien quiso leer en esta generosidad y dificultad de James una evidente alusión a cómo resulta de ingrata y ardua la comunicación de los hombres y las mujeres de nuestro tiempo. Pero conste que, al margen de cualquiera otra intención, la simple presencia de dos criaturas frente a frente y en esas dolorosas circunstancias, ya es de por sí una idea fuerte y una historia con garra. El mundo secreto de los sordomudos es bastante más complicado que lo que nos cabe presumir. La directora Randa Haines ha sabido captar con imágenes sencillas y emotivas ese universo del silencio. Unas escenas bajo el agua de

---

la piscina son todo un modelo de generosidad expresiva. La que necesitaba el tema de este dios menor.

En los últimos años, el cine que se ha acercado a los temas dramáticos de la mente y sus repercusiones internas o sociales han ido en increíble aumento. Piénsese, por ejemplo, en *El silencio de los corderos* o en *Instinto básico*. El crimen pasional o el crimen por desviaciones psíquicas ha sido como un llamamiento inevitable. Piénsese en *A propósito de Henry* con un planteamiento de los efectos familiares a que puede dar lugar una amnesia producida tras un accidente o atentado contra un buen abogado del que se desconocían algunas circunstancias contradictorias. O piénsese en *Despertares* con la tragedia de un neurólogo británico que quiere aplicar un especial medicamento a un grupo de pacientes aquejados de encefalitis letárgicas. Parece que el tratamiento puede dar resultados muy positivos, pero hay que vencer la inercia científica de unos colegas que sienten invadidos y desautorizados sus procedimientos tradicionales. Quiero decir que a los enfermos mentales, en cualquiera de las situaciones médicas en que puedan encontrarse, se los puede manejar —y se los maneja de hecho— para montar con ellos determinadas conclusiones o singulares escenarios llamativos. Recientísimamente se ha visto la película *Seven*, de David Fincher. El problema de la extrema violencia que puede desencadenar un enfermo mental al que no le falta ingenio y al que le sobra rapidez en el manejo de las armas es absolutamente delirante. Estamos ante el caso extremo de un individuo que mata. Es casi lo único que se nos dice de él. Mata siempre,

pero mata con un determinado orden y progreso. Mata al hilo de los siete pecados capitales. Un muerto por cada vicio. Y ejecuta sus crímenes con un diabólico ingenio.

Los policías que tienen que dar con este extraño personaje llegan a decirse más de una vez: o es el diablo o es alguien a quien el diablo maneja. Las escenas finales, montadas por el mismo personaje para dar cima a su proceso de eliminación, son casi un prodigioso invento del mal. Del mal absoluto. Por fin conocemos de cerca al descerebrado. Por fin sabemos por qué ha ido matando tal y cómo lo ha hecho. Por fin nos enteramos de que, en medio de la terrible confusión de mente que hay en él, queda todavía una brizna de aprecio por algo: por la felicidad de uno de los policías, por su juventud, por el amor que ha encontrado en su mujer. Y eso le provoca un raptó de envidia. Y por eso ha llegado a matar, por última vez, tal y como ha matado y como se nos va a revelar en una desértica secuencia literalmente fascinante.

Uno no sabe si es bueno que el cine recurra a estos personajes distintos. Pero hay algo que el espectador de cine debe entender: el mundo de la mente es un mundo creador. Creador de maravillas o creador de fantasmas. O creador de monstruos. Es decir: hay un universo que nunca podremos dominar porque escapa a toda nuestra estrategia y cálculo. A ese mundo hay que acercarse con reverencia. Hay que amarlo. Hay que estar con él para el momento en que despierte. Pero, mientras tanto, ese mundo resultará una grave tentación para cuantos lo miran desde fuera. El cine es un gran observador. Y un curiosón de cosas raras.



**AGELECTRIC, S.A.**  
**AGECONTROL, S.A.**  
**AGEPROSEG, S.A.**

**Electricidad, Control e instrumentación,  
Comunicaciones, Seguridad, Contraincendios,  
Mantenimiento.**

**C/BONSOMS 15-17**

**08028 BARCELONA**

**TEL. 333.93.66**

**FAX. 333.97.12**



# 11. «UN MUNDO Y UN LENGUAJE INUSITADOS: ALGUNOS POEMAS SOBRE LA LOCURA»

José Antonio Carro Celada

*Aunque un refrán español afirma que «de poetas y locos todos tenemos un poco», lo cierto es que unos y otros, entendidos como experiencia permanente, no reciben la misma consideración social. Mientras que el poeta es un privilegiado al que no se le hace mucho caso, el enfermo mental es un excluido al que no se le hace ningún caso. Uno y otro escapan a las normas comunes. Pero a uno se le aprecia por su elevación, al otro se le recluye por su degradación.*

*Ese «un poco» que todos tenemos de poetas y de locos señala el límite de la tolerancia social de unos lenguajes y comportamientos inusitados. Poesía y locura son las coordenadas de este trabajo, que es apenas un leve vistazo al tema en la poesía española actual y recalca en cómo algunos poetas, atezados por esta enfermedad, cuentan su desamparo.*

La poesía española está cargada de *mansa locura* expresiva o de locos y apasionados lenguajes que alguna vez tomaron el camino de la desmesura, se entregaron a mecanismos imaginativos que a un profano le suenan a calenturientos. Siempre que la poesía se comprometió con el intimismo, se acercó al complicado mundo psíquico y formuló, mediante paradojas, esa perplejidad que todos llevamos dentro. Ya en este siglo, y coincidiendo con los avances del psicoanálisis, la poesía se revistió de experimentaciones que abrieron la puerta a las vanguardias y tomó direcciones surrealistas, automatistas, etc. Desde ese momento se ensancha el mundo lírico, buscando modos inéditos de discurso, atrevidos simbolismos. El agrandamiento de la materia y su expresividad ha puesto en evidencia la distancia entre el lenguaje poético nuevo, proteico e imaginativo y el ya asimilado y codificado como razonable. Pese a este código inusitado, a las indagaciones solitarias, a la arborescente personalidad que, a veces, asoma a la poesía española de nuestro tiempo, sólo en contadas ocasiones ésta aborda frontalmente la problemática de la locura.

Hay un especial pudor en llevar al mundo poético la realidad de la locura. Siempre se toca con registros paternalistas, dulcificando o sentimentalizando el problema o se

manifiestan los comportamientos y desequilibrios con estereotipos líricos. Juan Ramón Jiménez, tan doliente y soledoso, dedica un capítulo de *Platero y yo* al loco, que es él mismo, tal y como los niños de Moguer apodaban al vagabundo estrafalario que paseaba con Platero<sup>1</sup>. Es, sin duda, un trasunto del cabalgador y andariego Don Quijote, el gran loco del que se burla la gente y que, pese a su *enajenación*, imparte una concepción idealista de la vida.

No van mucho más allá la mayoría de las alusiones, sólo alusiones, que dedican los poetas a la locura. Se pueden fijar dos actitudes, una compasiva y otra burlona, las mismas que recibe el enfermo don Alonso Quijano. Y ésas son las más repetidas literariamente hasta nuestros días. No falta en la poesía de nuestro siglo una *niña loca*, ni una *madre loca* que —como la paloma de Alberti— equivoca o distorsiona la realidad. Por ejemplo en la *Canción de la niña loca*<sup>2</sup> de Gloria Fuertes, la niña cree que se cae la luna,

“La poesía española está cargada de *mansa locura* expresiva o de locos y apasionados lenguajes que alguna vez tomaron el camino de la desmesura”

“Siempre que la poesía se comprometió con el intimismo, se acercó al complicado mundo psíquico”

que la luna se come la punta del ciprés: pura escenografía que, sin embargo, ayuda a experimentar un sentimiento de soledad, de vida inconsistente, de desmoronamiento personal. Al igual que cree que se cae la luna, lo que en sustancia cree la niña es que se le cae la vida. Toda una estética e ingenua definición de su problema:

«¡Ay, la vida, madre!  
¡Cómo pesa su nombre!  
¡Ay, que se cae mi vida!  
¡Que se me rompe!»<sup>3</sup>.

La estampa de *La madre loca* —enloquecida a causa de la muerte de su hijo— se repite más de una vez en la litera-

tura como una secuela modernista, pero en el poema de Concha Zardoya<sup>4</sup> con una superación del tópico y una especial finura para sugerir el contraste entre la realidad y el deseo, la brutal realidad arrolladora del deseo:

«Buscabas entre ruinas y tristezas  
la claridad de un niño,  
la pureza de un sueño.  
Revolvían tus ojos los escombros  
para hallar sus cabellos:  
encontrabas espejos»<sup>5</sup>.

Si la niña del poema de Gloria Fuertes se asusta porque se cae la luna, pero acaba reconociendo en ella su propia vida y su desmoronamiento, la madre del poema de Concha Zardoya va buscando la vida del hijo entre las ruinas, las tristezas, los escombros, las raíces, las «viejas calles / comidas por la guerra, / quemadas por el hambre»<sup>6</sup>. La imagen de la madre loca no puede ser más demoledora, su recorrido obsesivo por reencontrar vivo a su hijo —su forma de reencontrarse también— no le produce más que decepciones, equivocaciones, puros reflejos, espejos, espejismos:

«Si buscabas, buscabas el retrato  
de aquel tu niño muerto  
en un niño vivo.  
Pistas falsas, a veces, te llevaban  
a la orilla del río.  
¡Oh, mentira del agua!»<sup>7</sup>.

Y hasta en su trayecto de búsqueda le hacen *muecas tristes* las ventanas, las puertas rechinan *histéricas* y vaga y flota y no le quedan lágrimas<sup>8</sup>. Ha descrito todo el desolado mundo que le cerca, su propia e inconsistente realidad, reflejada en su vagar flotante.

Con otra densidad poética y valiéndose de los contrastes, Rafael Morales escribe en su libro *Los desterrados* un poema a los locos. Destaca, en una simbólica contraposición, por un lado su «inmensidad y poderío», «cual soberbias llamas, / amenazando al cielo con su brío», y por otro los ve como «harapos ardientes y violentos», «pobres guiñapos», pues lo mismo «van raudos, tenaces, sin destino» que «tranquilos, misteriosos, / llenos de humilde pena y de grandeza»<sup>9</sup>. Estas cualidades descriptivas —contradictorias— de su comportamiento, arrancan en la voz del poeta esta visión concentrada de menesterosidad, pero también de predilección divina:

«¡Ay, pobres locos del amor, de anhelo,  
de la nada simiente y alimento,  
mitad tierra sin nadie, mitad cielo,  
carne de Dios en la mitad del viento!»<sup>10</sup>.

El mismo Morales en otro poema se refiere a estos enfermos cuyo dolor, corazón y mirada parecen vaciados de esperanza:

«Un dolor en su cuerpo que ni siquiera duele;  
un corazón, un nido donde nunca hubo un ave,  
y sus ojos, que miran torpemente las flores,  
son dos pájaros muertos de tristeza en el aire»<sup>11</sup>.

Otros poetas ofrecen chispazos de aproximación al mundo de la demencia y ensayan un juego, entre literario y

experimental. Llegan a decir, como Carlos Edmundo de Ory, que «la locura es una hoja de papel / con una mancha en su virginidad»<sup>12</sup> donde el parecido con la greguería —«escuchando cantar a los locos en mi infancia lo extraño se me hizo familiar»<sup>13</sup>— no supone incompreensión hacia este mundo extraviado; al contrario, el poeta reconoce sus propios latigazos, en una muestra onírica muy de su gusto:

«Y cuando en mí una loca risa rompe  
las tablas de la ley mental, entonces  
comprendo que ha saltado la cuerda  
de mi ser y respiro carbono»<sup>14</sup>.

Entramos ahora ya no en una valoración del problema ajeno sino de las asechanzas propias guardadas bajo la llave pudorosa del símbolo. Son frecuentes los recursos a la personalidad escindida, al espejo, a la máscara, al desconocimiento de uno mismo, a la carencia de identidad, al desdoblamiento. Muchas imágenes literarias empleadas y difundidas por grandes poetas sin esta pretensión —el caso de Antonio Machado con su «busca en tu espejo al otro»<sup>15</sup>— son reutilizadas y reivindicadas para describir el fenómeno de la enajenación y de la dualidad. También Concha Zardoya se refería en el poema mencionado a los *espejos* de la realidad, a las pistas falsas que conducían «a la orilla del río» (otro espejo) que se convierte en la «mentira del agua»<sup>16</sup>.

De un modo personal, Alfonso Costafreda, excelente poeta que puso fin a su vida en 1974, descubría ese factor espejeante, tal y como se refleja en toda su obra<sup>17</sup>, donde la propia identidad, la soledad, la pesadilla ocupa buena parte de sus poemas, convertidos en espejo de su propia vida y tal vez en espejo del rostro del lector:

«Apuntes de una vida, indicios  
de otra, si alguien me lee acaso  
en este espejo torpe  
verás su propio rostro»<sup>18</sup>

Cuenta el prólogo de su *Poesía completa*, escrito por Pere Rovira, que Costafreda se supo siempre con vocación de marginalidad y «quiso con la poesía borrar el sinsentido de la existencia, pero no halló respuesta, y en la cruda exposición de su derrota encontró, sarcásticamente, el triunfo de la autenticidad»<sup>19</sup>. Esta elección de la poesía como confidente, como psiquiatra salvador, le lleva al intento de superar, con la escritura, la pesadumbre, el mar de sombras y conquistar la claridad, el sentido de la vida. En esta personalísima *ars poética* explica el porqué de sus versos:

«Todo es inevitable. Ahogando la luz surge,  
poderosa y tenaz, la pesadilla.  
En el cuerpo ligero late la pesadumbre:  
un mar de sombras se desborda  
de la orilla inmortal a nuestra orilla.  
Pero versos escribo en busca de claridades.  
Y en la fe de mi verso sabiendo, sin vacilar afirmo  
el absoluto sentido de la vida  
en una tierra sin sentido»<sup>20</sup>.

Otro de sus poemas representativos es *No sé quién soy* y se plantea el problema de la identidad. Comienza con un

asedio verbal en primera persona, pero proyectado en un tú, cuyo descubrimiento puede alumbrar quizá su identidad:

«Insistiré, insisto,  
te interrogo, te pierdo  
y te vuelvo a encontrar,  
huésped de mis palabras, reflejo  
de la interrogación.  
Mas nunca cesaré mi asedio  
hasta descubrir quién eres;  
quizás descubrir quién soy»<sup>21</sup>.

Demanda angustioso, en otro lugar, la acogida de los demás, la comprensión, la compañía, porque «la soledad es el amor sin dueño, / un camino que conduce al aire»<sup>22</sup>.

Leopoldo María Panero es, sin embargo, el que ha entregado toda su obra a explicar y explicarse la locura. Poeta marginal donde los haya, perteneciente a la «Generación de los 70», huye sistemáticamente de las cadencias usuales de la lírica —no porque las desconozca, ya que su poesía está llena de referencias literarias y de desdoblamientos culturales— y se proyecta en un lenguaje discursivo, anunciador de «la catástrofe de la realidad, / de la que la locura es la representación cabal»<sup>23</sup>. Sus poemas están cuajados de excesos, de crudo exceso y no constituyen tanto una provocación —que también— cuanto el síntoma de un mundo en el que, como dice Jenaro Talens, responsable de la edición de la antología *Agujero llamado Nevermore*, «nunca hubo un paraíso»<sup>24</sup>.

Internado sucesivamente en diversos centros psiquiátricos, Leopoldo María Panero ha ido decantando su obra hacia el tema de la locura, los locos y su desvalimiento. Ya en *Teoría* (25), en *Narciso en el acorde último de las flautas*<sup>26</sup> y en *Dióscuros*<sup>27</sup>, pero sobre todo en *Poemas del manicomio de Mondragón*<sup>28</sup>, en *Aviso a los civilizados*<sup>29</sup>, donde escribe en prosa contra la psiquiatría, o en *Piedra negra y del temblar*<sup>30</sup> el tema es recurrente. Preparó y prologó también una antología de textos de internos de Mondragón que apareció con el título de *Globo rojo*<sup>31</sup>, nombre tomado de la revista de aquel centro.

La simbología de la enajenación, de la alteridad, la adopción de diversas personalidades, la experiencia de un cuerpo fragmentado se muestra redundante en toda la poesía de Panero. Por ejemplo, en *Narciso*, además del título elegido —como *Dióscuro*— de tanta resonante duplicidad clásica, hay un poema —*El circo*— donde dos atletas saltan y se columpian dentro de su alma vacía:

«Dos atletas saltan de un lado a otro de mi alma  
lanzando gritos y bromeando acerca de la vida;  
y no sé sus nombres. Y en mi alma vacía escucho siempre  
cómo se balancean los trapecios. Dos  
atletas saltan de un lado a otro de mi alma  
contentos de que esté tan vacía»<sup>32</sup>.

Toda una constatación de sus conflictos de identidad y de cómo —tal como escribe en *Dióscuros* «ser dos es todo»<sup>33</sup>— se siente

«... un hombre perdido  
para siempre al fondo de los hombres  
extranjero en el mundo, un extraño en su cuerpo,  
una interrogación tan sólo...»<sup>34</sup>.

Esta extranjería en el mundo le descubre su pérdida en el camino de la vida, le lleva a reclamar a los hombres ayuda para clarificar su identidad. Es una llamada de auxilio, un demanda de comprensión en la que se interfiere el interrogante de la muerte. De esta manera expresa el desconocimiento de sí en *Last river together*:

«Si no es ahora, ¿cuándo moriré?  
Si no es ahora que me he perdido en medio  
del camino de mi vida, y voy  
preguntando a los hombres quién soy, y  
para qué mi nombre, si no es ahora  
¿cuándo moriré?»<sup>35</sup>

Y sin embargo el poeta ya se ha atrevido a definir su locura, su internamiento, como una muerte:

«Somos los muertos como enfermos  
y el cementerio el hospital  
para jugar aquí a los médicos  
sábana blanca y bisturí  
y tantos hombres como lechos  
para soñar: y son tan blancos esos huesos  
padre tan blancos: como soñar.  
... Padre, estoy muerto, no estoy solo  
padre, estoy muerto, tengo amigos  
con quien jugar»<sup>36</sup>.

Pero quién es el culpable de este *esperpento*, se pregunta Leopoldo. Y se encara y trata de convencer a la gente que pasa ante la puerta del jardín del hospital de que no se debe a ninguna voluntad sagrada sino al azar. Parece como si tratara de ganar la comprensión de los que cruzan por su vida:

«Hombre normal que por un momento  
cruzas tu vida con la del esperpento  
has de saber que no fue por matar al pelicano  
sino por nada por lo que yazgo aquí entro otros sepulcros  
y que a nada sino al azar y a ninguna voluntad sagrada  
de demonio o de dios debo mi ruina»<sup>37</sup>

Son tantos los poemas y tan intensa la forma de expresar su psiquismo que la producción de Leopoldo María Panero parece materia poética para un historial clínico, duros alegatos subversivos que, a veces, se disuelven en un desarmado desvalimiento. Sobre su malditismo, radicalidad, incomprensibilidad y toda la galería de símbolos (espejos, máscaras, monstruos) y uso de tabúes con que se entreteje y enmaraña su discurso poético, ha escrito un valioso estudio el profesor Tua Blesa<sup>38</sup>.

Menos discursiva y más narrativa es la poesía de El Ángel, un compositor de canciones urbanas, nacido en Madrid hace 35 años, colaborador de «El Canto de la Tripulación» y *El Europeo*, que ni siquiera siente la vanidad de firmar con sus apellidos *Los planos de la demolición*<sup>39</sup> y se contenta con el nombre que le dan sus amigos. Se trata de un poeta interesante, un contador eficaz que ha dibujado narrativamente los planos de su propio desmoronamiento y el de sus *colegas*, por quienes entona un réquiem nombrándoles uno a uno por sus aficiones y manías:

«Por aquellos hospitales donde me encerraron en su día  
por todos mis locos compadres que siguen allí todavía  
¡... Réquiem!  
¡Réquiem al infinitum!»<sup>40</sup>.

El mundo de la droga, la marginación callejera, todo lo que acaba siendo carne de prisión, de sanatorio o de psiquiatra está presente en este libro provocador y testimonial de ese mundo y sus comportamientos. El terror al confinamiento en un hospital le produce un deseo incontrolado de «saltar al vacío» y huir, aunque sea con un tobillo roto, para ganar una sonrisa y la libertad del aire. El poema *Psiquiatría (segundo piso)*, tras enunciar una situación agobiante —*zumba, caóticas, fauna*— se concentra en tres interrogantes acerca del lugar, de que le han traído y de dónde está la salida. La salida si no es la solución, es al menos el deseo más vehemente:

«Me zumba la cabeza  
hay tubitos de plástico transparente cayendo  
enredaderas [a mi alrededor como caóticas  
todos terminan insertándose en mis venas  
¿Dónde estoy?  
¿Dónde me han traído?  
¿Dónde coño está la salida?  
Una fauna increíble me rodea...»<sup>34</sup>

La conquista de la libertad a veces resulta efímera, por eso se rebela contra las presiones de la *luna llena*<sup>42</sup> y prefiere elegir el largo método de la locura y dejarse llevar por ella, como único refugio de alegría, tal vez como única forma condicionada de libertad:

«La luna llena no me atraparé esta noche entre  
[sus redes y las flores  
que se marchitan sobre mi mesa seguirán despidiendo  
[su fragancia  
gloriosamente efímera junto a los ladrillos  
[de los cuatro muros  
que encierran mi libertad y los interminables  
[escalones que nunca  
debí subir para arrojarme despreocupadamente al vacío.  
Aprender el método de la locura requiere años  
[de agonía e impaciencia.  
Dejarme llevar por la locura es la única alegría  
[que me queda»<sup>43</sup>

Otro de los poemas recurre a una imagen —internado igual a muerte— muy utilizada por L. M. Panero. Sofocado por ese subterráneo de soledad, desconfía de su contexto real y piensa que ya no es posible pedir ayuda. Busca en sus deseos de liberación un lugar donde estar mejor que muerto:

«¿Estoy realmente solo?  
¿Estoy siquiera despierto?  
He olvidado mi pasado  
no puedo pensar en nada  
el tiempo pasa y se oscurece pero se hizo tarde para  
[pedir ayuda a nadie  
se hizo tarde ya para volver atrás...  
... Descubrí que me gusta ver las cosas desde lejos  
[y sé de un lugar  
donde voy a estar mejor que muerto»<sup>44</sup>

Por muy radical que resulte este lenguaje y por muy extraviadas que parezcan estas entonaciones poéticas, son más que un grito personal un clamor que, subrayando la soledad, reclama acompañamiento, acogida e integración.

No pueden seguir siendo estos enfermos «como un perro apedreado»<sup>45</sup>. Hay que borrarlos de la lista negra para «que Dios se encuentre a gusto si baja»<sup>46</sup>.

#### NOTAS

1. Juan Ramón Jiménez: *Platero y yo*. Buenos Aires, Losada, 1955, pp. 21-22. El libro está dedicado «a la memoria de Aguedilla, la pobre loca de la calle del Sol, que me mandaba moras y claveles».
2. Gloria Fuertes: *Poesía (1950-1969)*. Esplugues de Llobregat, Plaza y Janés, 1975, p. 60.
3. *Ob. cit.*, 1. c.
4. Concha Zardoya: *Debajo de la luz (1955)*. En: *Los premios de poesía Boscán (1949-1961)*. Barcelona, Plaza y Janés, 1963, pp. 162-63.
5. *Ibid.* p. 162.
6. *Ibid.* p. 162.
7. *Ibid.* p. 162.
8. *Ibid.* p. 163.
9. Rafael Morales, en: *Antología consultada*. Santander, 1952, pp. 137-138.
10. *Ibid.* p. 138.
11. *Ibid.* p. 141.
12. Carlos Edmundo de Ory: *Metanoia*. Madrid, Cátedra, 1978, p. 141.
13. *Ibid.* p. 314.
14. *Ibid.* p. 141.
15. Antonio Machado: *Poesía y prosa*, T. II. Madrid, Espasa Calpe, 1988, p. 627.
16. Concha Zardoya: *ob. cit.* 1. c.
17. Alfonso Costafreda: *Poesía completa*. Barcelona, Tusquets, 1990. Inexplicablemente Costafreda no fue incluido, por razones extraliterarias, en la antología *Veinte años de poesía española (1939-1959)* de José María Castellet, Barcelona, Barral, 1960.
18. Alfonso Costafreda: *Poesía completa*. P. 303.
19. Pere Rovira, en: *Poesía completa*, de A. Costafreda, p. 10.
20. Alfonso Costafreda, *Ob. cit.*, p. 323.
21. Alfonso Costafreda, *Ob. cit.*, p. 273.
22. Alfonso Costafreda, *Ob. cit.*, p. 263.
23. Leopoldo María Panero: *Teoría*. Barcelona, Lumen, 1973, p. 79.
24. Jenaro Talens: *De poesía y su(b)versión*, en: *Agujero llamado Nevermore*, de L. M. Panero, Madrid, Cátedra, 1992, p. 49.
25. L. M. Panero: *Teoría*. Lumen, 1973.
26. L. M. Panero: *Narciso en el acorde último de las flautas*. Madrid, Visor, 1979.
27. L. M. Panero: *Dióscuros*. Ayuso, 1982.
28. L. M. Panero: *Poemas del manicomio de Mondragón*. Madrid, Hiperión, 1987.
29. L. M. Panero: *Aviso a los civilizados*. Madrid, Ediciones Libertarias, 1991.
30. L. M. Panero: *Piedra negra o del temblar*. Madrid, Libertarias/Prod-hufi, 1992.
31. *Globo rojo. Antología de la locura*. Madrid, Hiperión, 1988.
32. L. M. Panero: *Narciso en el acorde último de las flautas*. Madrid, Visor, 1979, p. 49.
33. L. M. Panero: *Dióscuros*. Madrid, Ayuso, 1982, p. 10.
34. L. M. Panero: *El que no ve*. Madrid, Banda de Moebius, 1980, p. 29.
35. L. M. Panero: *Last river together*. Madrid, Banda de Moebius, 1980, p. 22.
36. L. M. Panero: *El que no ve*. Madrid, Banda de Moebius, 1980, p. 38.
37. L. M. Panero: *Poemas del manicomio de Mondragón*. Madrid, Hiperión, 1987, p. 21.
38. Tua Blesa: *Leopoldo María Panero, el último poeta*. Madrid, Valde-mar, 1995.
39. El Ángel: *Los planos de la demolición*. Madrid, Ediciones Detorsa, 1994.
40. El Ángel: *Los planos de la demolición*, p. 51.
41. El Ángel, *Ob. cit.*, p. 43.
42. *Ibid.* p. 124.
43. *Ibid.* p. 124.
44. *Ibid.* p. 44.
45. Juan Carlos Mestre: *La poesía ha caído en desgracia*. Madrid, Visor, 1992, p. 51.
46. Gloria Fuertes, en: *Historia y antología de la poesía española*. Madrid, Aguilar, 1964, p. 2168.

# 12. ORIENTACIONES

## 12.1 LA ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES Y A SUS FAMILIAS EN LAS PARROQUIAS

### INTRODUCCIÓN

Los descubrimientos de las ciencias humanas y el progreso de la psiquiatría en los últimos 50 años han revolucionado el tratamiento de los enfermos mentales. El gran encierro, el hospital-asilo y sus muros han desaparecido. Ahora son atendidos en los centros de salud y de día. Su estancia en el hospital, cuando son ingresados, suele ser breve. Los enfermos mentales han sido devueltos a la sociedad y a sus familias. Pero la sociedad sigue rechazándolos, les tiene miedo y los acusa de ser peligrosos. Y las familias, en la mayoría de los casos, no están preparadas ni disponen de recursos para atenderlos.

Las comunidades parroquiales no pueden dar la espalda a esta realidad. Enfermos y familias viven en su ámbito, son miembros suyos. Fieles a Jesús, han de atenderlos. No es tarea fácil. Con el sincero deseo de ayudarles a realizarla con solicitud, los ofrecemos estas orientaciones. En la primera parte, nos centramos en las necesidades de los enfermos y de su familia. En la segunda, contemplamos el comportamiento de Jesús con estos enfermos. En la tercera, describimos las ayudas que las parroquias pueden y deben prestar hoy a los enfermos mentales y sus familias.

### LOS ENFERMOS MENTALES

Los enfermos mentales son personas limitadas, vulnerables, con una hipersensibilidad especial. Les resulta difícil la comunicación pero necesitan ser escuchados. Suelen sufrir mucho. Necesitan afecto y cariño real, comprensión y ayuda para recuperar su autoestima, ser aceptados como personas, una asistencia sanitaria personalizada, realizar trabajos adecuados a su situación, tener sus propios medios económicos, no ser marginados por su enfermedad.

### LA FAMILIA DEL ENFERMO MENTAL

El enfermo mental tiene, normalmente, una familia a quien la enfermedad le afecta, directa y profundamente y

necesita apoyo, información sobre la enfermedad y los recursos existentes y orientación sobre los problemas morales que se le plantean. Sufrir en carne propia la carencia de servicios especializados y de recursos de la Sanidad y de las Administraciones públicas. Teniendo en cuenta que la enfermedad mental suele ser de larga duración, las familias se sienten impotentes para hacer frente, en solitario, a toda la problemática que este tipo de enfermedad conlleva y necesitan ayuda. Están preocupadas no sólo por el presente, sino también por el futuro de sus enfermos. Constantemente se preguntan: ¿quién cuidará de nuestro familiar enfermo cuando faltemos?, ¿quién defenderá sus derechos? Necesitan el encuentro con las familias de los otros enfermos con las que les une un sentimiento de solidaridad y las ayudas que mutuamente se prestan.

### JESÚS Y LOS ENFERMOS MENTALES

La actitud de Jesús con los enfermos no se reduce a aliviar y curar la enfermedad. Hay algo más significativo y profundo en su actuación. Jesús hace suya la causa de los enfermos que no sólo padecen la enfermedad, sino que, al mismo tiempo, sufren la marginación y el abandono de una sociedad en la que no encuentran acogida.

*Jesús se acerca a ellos.* Jesús no pasa de largo ante los enfermos mentales. Se acerca a ellos, se conmueve ante su situación, les atiende, busca el contacto con ellos, por encima de las normas que lo prohíben. Las curaciones revelaban «la presencia y acción particular de Dios en Jesús». Más aún su poder. Porque «Jesús es el más fuerte». El método que empleó Jesús para curarlos no era distinto del que empleaba para cualquier otra enfermedad; su persona, su presencia, su palabra, sus gestos, su voluntad o mandato, su autoridad. (Mc. 2, 11-22; Lc. 4, 40; 6, 19; 4, 41; 6, 18; Mt. 15, 21-28; Mc. 7, 24-30, etc.).

*Participa de sus dolencias.* El sufrimiento de Cristo, como el de los enfermos mentales, alcanza el cuerpo, el alma

y el corazón. En su pasión experimenta los mismos sentimientos que viven muchos enfermos mentales: miedo, angustia, temor.

**Los defiende e integra en la comunidad.** En tiempo de Jesús los enfermos mentales, no sólo pertenecían a la clase marginada, sino que, además, debido a la mentalidad de aquel tiempo, eran unos *malditos* y culpables de su desgracia. Era peligroso, y motivo de escándalo, ocuparse de ellos. Jesús, no obstante, aun sabiendo que se hacía sospechoso y cómplice, olvidando los usos y costumbres, les curó y tomó partido por ellos, levantando así su marginación social.

## LA PARROQUIA Y LOS ENFERMOS MENTALES

Pocos gestos pueden tener hoy más fuerza evangelizadora que el acercamiento de la comunidad cristiana a los enfermos más abandonados por la sociedad, entre los que se encuentran los mentales. Por eso, es importante para una parroquia conocerlos y acogerlos, acompañarlos e integrarlos y apoyar a sus familias.

**Acoger a los enfermos mentales.** La comunidad no acogerá a los enfermos si carece de sensibilidad o hay en ella barreras mentales que le impiden. Por ello, los primeros pasos a dar en una parroquia serán: despertar en sus miembros —y en la sociedad— una mayor sensibilidad y un cambio de mentalidad hacia estos enfermos y sus familias; dar a conocer su situación y sus necesidades; fomentar la tolerancia, el respeto y el aprecio que merecen como seres humanos que son e imágenes vivas de Dios.

**Acompañar a los enfermos mentales.** El camino que los enfermos mentales han de recorrer es duro, largo y doloroso. La comunidad parroquial ha de acompañarlos con su presencia alentadora escuchándoles, mostrándoles cercanía, confianza y amor, aguantando sus rarezas con paciencia, haciéndoles todo el bien que se pueda, pero sin crear dependencias, dejando que sean ellos mismos, infundiéndoles siempre ánimo, fuerza y esperanza en medio de la prueba.

**Integrar a los enfermos mentales.** Los enfermos mentales son personas humanas y no podemos convertirlos en

meros sujetos pasivos de la asistencia. En una sociedad insensible que rechaza a los enfermos mentales, la parroquia ha de colaborar en la creación de una nueva conciencia social y una actitud ciudadana que supere posturas marginadoras o discriminatorias.

Como bautizados son miembros de la comunidad cristiana. También ellos han sido llamados a evangelizar dentro de la misma. Por eso la parroquia debe defender su dignidad y sus derechos. Ha de promover su integración en toda la sociedad y, con especial empeño, en la propia comunidad parroquial. Ha de dar a los enfermos mentales una mayor participación en la vida de la parroquia: solicitar su colaboración, difundir su testimonio, invitarles a participar en las fiestas y celebraciones litúrgicas, contar con sus oraciones, integrarlos en grupos capaces de aceptarles, así como admitirles en excursiones, deportes... Hacer, en una palabra, que se sientan útiles ante los demás y que la Iglesia reconozca su dignidad y valía.

**Apoyar a la familia.** Para hacer frente a la dura prueba de la enfermedad y poder cumplir su papel insustituible en el cuidado de su enfermo, la familia necesita igualmente cuidados y apoyo, en ocasiones más que el mismo enfermo. La comunidad parroquial ha de ser sensible a esta necesidad. Hay formas sencillas de cuidar y apoyar a la familia. Por ejemplo: interesarse por *su* problema y ayudarle a afrontarlo y a buscar soluciones al mismo, escuchar sus desahogos, liberarle de falsas culpabilidades, valorar su entrega sacrificada, promover y apoyar las Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos. Queremos destacar esta última porque las Asociaciones son hoy un medio excelente que posibilita a las familias apoyarse y ayudarse mutuamente, recibir información, luchar contra la enfermedad, hacer valer su voz y sus derechos.

## CONCLUSIÓN

La atención a los enfermos mentales no es tarea exclusiva de la parroquia y aborda, en muchos casos, su capacidad. Su sensibilidad hacia el problema y su fidelidad al Espíritu le conducirán a estar muy cercana a estos enfermos y sus familias, a colaborar con los profesionales e instituciones que les atienden y a contar con su colaboración en la urgente tarea de cuidar la salud mental de la comunidad y de asistir a los que carecen de ella.

---

# 12.2 LA ATENCIÓN PASTORAL A LOS ENFERMOS MENTALES EN LOS HOSPITALES

---

## INTRODUCCIÓN

A los enfermos mentales los situamos dentro del grupo de los enfermos más necesitados y desasistidos: «Están dentro y fuera de las Instituciones Psiquiátricas. Viven faltos de comprensión y de cariño. Con frecuencia son marginados sociales que no sirven para el trabajo y que son rechazados o temidos por la familia»<sup>1</sup>.

La enfermedad mental añade complejidad a un mundo que ya de por sí es complejo como lo es el del enfermo en general. La atención pastoral al enfermo mental no es fácil. El desequilibrio mental convierte al enfermo en una persona de relaciones complicadas respecto a sus compañeros, amigos y familiares. En el hospital, esas relaciones afectan al personal sanitario y también al agente de pastoral.

Hasta hace bien poco los enfermos mentales quedaban excluidos de la Seguridad Social, pues por las características de la enfermedad se hacía muy difícil la recuperación en el mundo laboral, los tratamientos eran muy prolongados, a menudo de por vida, y sin la garantía de una completa restauración de la salud. Hoy, con el cambio de la política sociosanitaria en materia psiquiátrica, el enfermo mental queda desinstitucionalizado y pasa a ser atendido, normalmente en la fase aguda de la enfermedad, en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. Es obvio que esta novedad exige de los agentes de pastoral que trabajan en los mismos, una preparación específica y unas orientaciones que les ayuden en su trabajo pastoral.

«Estar con ellos, interesarme por sus intereses. A veces te encuentras un tanto descolocado, tienes la sensación de perder el tiempo, pero la fe me dice que esos momentos de desánimo no vienen de Dios». Este retazo de experiencia expresada por el capellán de un hospital general puede ser representativo y evocador de la dificultad que conlleva el trato pastoral con los enfermos mentales. Esta dificultad manifiesta, lejos de llevarnos a encaminar nuestros pasos hacia otras unidades u otros enfermos de trato más fácil y gratificante —o lo que sería peor, a situarnos en una frustrante pasividad— debe ser acicate para abrirnos a una formación básica que nos dé instrumentos suficientes para abordar en nuestro trabajo pastoral esta nueva realidad presente en el ámbito del hospital.

### Dos presupuestos básicos

1. El enfermo mental es capaz de una vida religiosa.
2. Las intervenciones pastorales han de estar enmarcadas en el conjunto de los esfuerzos terapéuticos.

Es visión superada aquélla que consideraba la experiencia religiosa en sí misma como patológica. Cuestión diferente es que la experiencia religiosa, como cualquier otra experiencia de la vida, pueda tener rasgos patológicos que precisen tratamiento adecuado. Asimismo, dentro de las alteraciones que provoca la enfermedad mental, también puede quedar distorsionada la propia experiencia religiosa. Recomponer el desequilibrio de la persona, supondrá también sanear la experiencia religiosa y contar con ella en favor del restablecimiento total del enfermo.

Situación esquizoide, situación paranoide, fobias y obsesiones, depresiones, drogodependencias, demencias, etc., son algunos de los cuadros clínicos que podemos encontrar en los pacientes ingresados. Como telón de fondo, el aislamiento que provoca la dificultad en las relaciones y las circunstancias familiares que acompañan al enfermo, muchas veces bastante deterioradas. Ingresos repetidos son circunstancias habituales en este tipo de enfermos, con el consiguiente deterioro y desgaste tanto por el paciente como para el equipo terapéutico.

El pastor, comprometido en el mundo del hospital, ha de mantener un fino *olfato* para percibir las demandas de apoyo que surgen de toda esta realidad. Comprometido en el mundo del hospital, mantendrá siempre una sana preocupación para que todas las intervenciones pastorales contribuyan positivamente al conjunto de los esfuerzos terapéuticos, nunca camino paralelo y mucho menos obstáculo.

Todo trabajo de equipo conlleva unas dificultades. No siempre es fácil el consenso sobre las pautas a seguir y los recursos a utilizar en cada caso. El aporte de la atención pastoral puede en algunos casos, quedar orillado o ignorado. No obstante, es camino sin destino el trabajar por libre, tentación que puede aparecer en algún momento. El pastor, debe conquistar con buenas dotes el lugar propio que le corresponde en un terreno que ha de ser cuidado multidisciplinariamente con un mismo objetivo: que la persona enferma vaya ganando contacto con la realidad y vaya recomponiendo aquello que esté *roto* en ella.

### EL INGRESO EN EL HOSPITAL

Cuando los recursos de tratamiento externo —incluida la contención de la familia del enfermo— no son suficientes, el enfermo en su fase aguda es ingresado en la unidad

1. Catequesis del Día del Enfermo 1988.

de psiquiatría del hospital. El cuadro agudo que acompaña los primeros días del ingreso condiciona todas las intervenciones, incluida la pastoral. Sin embargo, nuestra presencia tiene razón de ser desde el primer día hasta el último. La cercanía física también es lenguaje, además de la tarea que podemos hacer con los profesionales y con los familiares del enfermo, casi siempre afectados por un desgaste emocional.

Hay diversos motivos que pueden alejarnos de estos enfermos. Convendrá repararlos para mantener una constante autocrítica y no ceder ante las dificultades.

1. No comprendemos a estos enfermos. Nos faltan recursos para establecer una relación pastoral con ellos.
2. Vivimos un cierto complejo o sensación de intromisión en relación al personal terapéutico que les atiende.
3. Aunque nos cueste admitirlo y expresarlo, quizá nos causan miedo por sus reacciones.
4. Tenemos la impresión de perder el tiempo con ellos y, espontáneamente, dirigimos nuestra atención hacia aquellos enfermos más receptivos con los cuales la relación sea más fácil y más gratificante.

## LA RELACIÓN CON LOS ENFERMOS MENTALES. EXIGENCIAS BÁSICAS

En toda persona reconocemos cuatro dimensiones: somática, psíquica, social y espiritual. Todas ellas se interrelacionan y quedan afectadas de alguna manera cuando acontece la enfermedad mental. Atender a la persona enferma y establecer criterios de sanación exigirá un esfuerzo interdisciplinar donde queden contempladas y atendidas todas las dimensiones constitutivas de la persona.

«Toda persona es un mosaico de valores, reacciones y sentimientos. Nuestro ministerio pastoral no debe quedar reducido a los sacramentos o al manido discurso de rutina. Junto a los enfermos mentales se hace más necesario conocer y emplear los abundantes recursos de la relación de ayuda: desde la acogida a la escucha, desde el contacto humano al silencio, desde la confrontación a la catequesis, etc.»<sup>2</sup>.

El campo de la pastoral de la salud es el lugar de la personalización y, por tanto, de la adecuación de los recursos. Buscaremos la cuantía, calidad y oportunidad de los mismos, según la realidad que tengamos delante.

Señalamos las siguientes exigencias básicas para una adecuada relación pastoral con los enfermos mentales:

1. **Acoger a la persona enferma, como preludeo y parte constitutiva de la escucha.** Es un arte el acoger sin invadir ni sentirse invadido, acoger sin confundir ni sentirse confundido, acoger reconociendo la dignidad del otro.

2. **Larga y paciente escucha.** El trabajo pastoral es nulo cuando nuestra visita al enfermo no llega más allá del escueto saludo y unas palmaditas en la espalda. La escucha,

que es primordial para todas las personas, lo es aún más para los enfermos y en especial para los enfermos mentales. Reforzando lo expuesto podemos citar tres razones:

- A lo hondo del enfermo no se llega más que después de haber establecido una relación de cercanía, dedicando tiempo. El lenguaje del enfermo mental suele ser críptico y hay que descubrir sus demandas ocultas. Hay que buscarle más allá de lo que dice.
- «La curación es posible muchas veces cuando damos al otro la posibilidad de dar voz y palabras a las angustias y tristezas que lleva dentro»<sup>3</sup>.
- La escucha respetuosa y atenta nos dará claves reales para la actuación pastoral. Descartando un *discurso aprendido* abordaremos aquellos temas concretos que preocupan al enfermo, y le ayudaremos para que vayan emergiendo en él aquellos recursos desde los que puede cambiar su situación.

3. **Aceptar y conocer la realidad de la enfermedad mental.** En el apartado de la preparación pastoral nos encontramos con una exigencia sobreañadida a la formación general necesaria para trabajar en el mundo de la salud. Como en tantos apartados de la vida, aún siendo importante, no es suficiente la buena voluntad. El enfermo mental lo que menos necesita es un discurso moralizante. Se hace imprescindible saber roturar en la circunstancia que vive el enfermo para ayudarlo a diferenciar la patología, la responsabilidad, los aspectos sanos de su personalidad, la culpa, etc.

Por otra parte, debemos unirnos al enfermo en el plano del *ser* y del *ayudar a vivir*. Si hay un lugar en el que sea aceptable una *moral de situación* bien entendida, éste es el del encuentro con los enfermos mentales.

La vivencia religiosa, intacta o dañada, forma parte de la realidad que hemos de atender. El agente de pastoral, convenientemente preparado, tiene la exigencia de intervenir en un campo que le es propio para reconducirla y establecer unos contornos o contenciones que han podido quedar diluidos.

4. **Necesidad de la presencia y la justa distancia.** «La misión de la Iglesia es prolongar y hacer visible a Cristo. El primer deber del operario pastoral en sus encuentros con los enfermos es entregarles su presencia y con ella, anunciarles la Buena Noticia como respuesta a su situación»<sup>4</sup>.

«La presencia del Señor puede hacerse evidente cuando nos encontramos al lado del enfermo, vamos a visitarlo, no lo abandonamos en su soledad y estamos con él en una actitud comprensiva»<sup>5</sup>.

Presencia y justa distancia. ¿Cómo podemos equilibrar este binomio relacional? A diferencia de la simpatía, la empatía como recurso pastoral nos ayudará a comprender lo que vive nuestro interlocutor enfermo sin hacer nuestro el desbordamiento emocional que vive. Sin la adecuada distancia será imposible la ayuda pastoral. Distancia y cercanía que irá perfilándose con palabras, gestos, tiempos concretos, que va delimitando el agente de pastoral.

3. Pangrazzi, A. l.c.

4. Pangrazzi, A. l.c.

5. Declaración de la Conferencia Episcopal Alemana, 1978.

2. Pangrazzi, A.: *El mosaico de la misericordia*. Sal Terrae.



5. *Diálogo habitual con el equipo terapéutico.* La intervención pastoral no debe quedar aislada del conjunto de intervenciones. Es conveniente informar al terapeuta respecto a los datos significativos recogidos en nuestro trabajo y que puedan ayudar en el proceso terapéutico. Asimismo, el agente de pastoral debe recabar en las reuniones del equipo o supervisiones, aquellos datos que le facilitan su trabajo.

6. *Liturgia sacramental.* Probablemente éste es un apartado que, por su dificultad, puede quedar silenciado o mal planteado. El campo de lo religioso es terreno sin contornos para el enfermo mental, por lo que la contención y reconducción serán tareas habituales del agente de pastoral.

De entrada, hay que citar como criterio primero la disposición para la acogida. La ansiedad del enfermo mental no favorecerá su presencia y participación tranquila en la Eucaristía que se celebra en el hospital. La desinhibición que provoca en muchos casos la misma enfermedad lo hará excesivamente *sincero* en sus manifestaciones. Otras veces el bloqueo lo mantendrá en una actitud de aislamiento. El malestar y sufrimiento psicológicos configuran una con-

fesión en la que el pastor ha de ser acogedor a la vez que hábil, para ayudarle a discriminar patología de responsabilidad y culpa. Un buen planteamiento pastoral será trabajar con él desde las dimensiones sanas y no eximirle de toda responsabilidad por el hecho de estar enfermo.

## CONCLUSIÓN

La presencia del enfermo mental en las unidades de psiquiatría del hospital general es un reto pastoral. Como en otro tipo de enfermos, pero aquí con mayor necesidad, la relación con el equipo terapéutico y con los familiares del enfermo ha de ser cita obligada en nuestro proyecto pastoral.

Al acercarnos al enfermo mental ingresado en el hospital podemos encontrar dificultades de todo tipo; pero Aquél que expulsaba demonios, acogía, consolaba, devolvía la dignidad perdida o arrebatada, etc. es el primer impulso para motivar nuestro celo pastoral y adentrarnos en la exigencia de formación que los nuevos tiempos de la atención psiquiátrica demandan a los que ejercemos este ministerio pastoral en la Iglesia.



## HA MUERTO JOSÉ MANUEL ARENAL

El pasado día 10 de noviembre nos dejaba José Manuel Arenal. En Zaragoza, al lado de su Virgenica del Pilar, a la que tanto amó y se encomendó.

Quizás muchos de nuestros lectores no hayan tenido el placer de conocerlo. Pero pueden estar bien seguros que la Pastoral de la Salud y nuestra propia LABOR HOSPITALARIA, no serían hoy lo que son sin su aportación.

Médico y sacerdote, fue uno de los creadores, difusores y animadores, en todo momento, de esta pastoral. Su amplia cultura, sus conocimientos médicos, su fino sentido del humor, su amistad sincera e inquebrantable, fueron cimientos sólidos sobre los que se construyó en gran medida la propuesta, reflexión y análisis del fenómeno de la pastoral de la salud.

Y por si cupiese alguna duda respecto a su oferta, el talante con el que vivió su complicada enfermedad, que acabaría llevándose, corrobora la sinceridad personal de su propuesta y la integridad de su vida humana y de su madurez cristiana.

LABOR HOSPITALARIA pierde uno de sus mejores colaboradores, un gran amigo y un fiel lector. Pero gana un gran intercesor ante el Señor que, durante su vida, le llamó y envió al mundo de la pastoral de la salud.

MIGUEL MARTÍN RODRIGO  
Director



# Armi

electromedicina

ELECTRONICA  
MEDICA

RAYOS X

REPARACIONES

TRASLADOS

MANTENIMIENTO

## SERVICIO VENTAS

- Aparatos de Rayos X nuevos y usados debidamente preparados y garantizados.
- Material radiográfico.
- Todo tipo aparatos de electromedicina.

## SERVICIO TECNICO

- Mantenimiento general de salas de radiología.
- Reparación de electrocardiógrafos, electroencefalógrafos, bisturís, eléctricos, cuidados intensivos y demás equipos electrónicos.
- Montajes, traslados y reparación de equipos de radiología.
- Presupuestos completos de emplomado y acabados en general de salas de radiología.

Montseny, 11 - Tel. 752 51 42 - Fax 752 52 78 - 08338 Premià de Dalt (Barcelona)



## Hnos. LANT

*Servicio y mantenimiento  
de limpieza*

Cardenal Cisneros, 14 bajos 2<sup>a</sup>  
Tel. 780 37 55 - Fax 733 20 66  
08225 TERRASSA

Alguersuari Pascual, 9 - 11  
Tel. - Fax 726 45 97  
08203 SABADELL

Av. Jaume I, 40 1<sup>o</sup> D  
Tel. - Fax 972/ 21 76 46  
17001 GIRONA

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ

DR. J. SETOAIN QUINQUER



### ESTUDIS MORFOFUNCIONALS

FUNCIÓ Y MORFOLOGIA TIROÏDAL • GAMMAGRAFIA ÒSSIA • FETGE I VIES BILIARS • PULMONS: VENTILACIÓ. PERFUSIÓ I GAL·LI • MORFOLOGIA I FUNCIONALISME RENAL • CARDIOLOGIA NUCLEAR • GAMMAGRAFIA SUPRARRENAL • GAMMAGRAFIA ESPLÈNICA • FLEBOGAMMAGRAFIA • LIMFOGAMMAGRAFIA INDIRECTA • ESTUDIS DE DEGLUCIÓ • VIES LLAGRIMALS • HEMORRAGIES DIGESTIVES • DETECCIÓ DE MUCOSA GÀSTRICA ECTÒPICA • RASTREIG CORPORAL AMB <sup>131</sup>I I AMB <sup>67</sup>Ga • HISTEROSAL PINGOGAMMAGRAFIA • MARCATGES CEL·LULARS ERITRÒCITS. (LEUCÒCITS. PLAQUETES).

### DENSITOMETRIA ÒSSIA

DETERMINACIÓ DEL CONTINGUT MINERAL DE L'OS.

### LABORATORI NUCLEAR

RADIOIMMUNOANÀLISI (HORMONES, FÀRMACS, DROGUES) • MARCADORS TUMORALS • RECEPTORS HORMONALS • BIOQUÍMICA.

### ECOGRAFIA

ABDOMINAL • TIROÏDAL • TESTICULAR • MUSCULAR • GINECOLÒGICA • PROSTÀTICA TRANSRECTAL • PUNCIÓ ECODIRIGIDA.

### TERAPÈUTICA

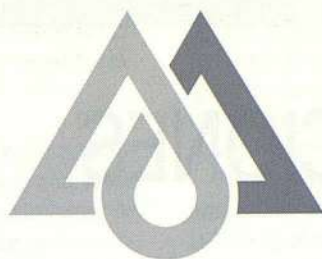
TERAPIA METABÓLICA • ARTICULAR • BETATERAPIA OFTÀLMICA • CURITERAPIA INTERSTICIAL (<sup>192</sup>Ir).

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 322 10 12 - Fax 410 87 74 - 08029 BARCELONA



Vasily Kandinsky

**EMBA**®



---

# agefred

Aire Acondicionado  
Mantenimiento y Conservación  
Gestión Técnica de la energía

GRUPO ESYS MONTENAY

---

agefred sa

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona Teléfono: 334 08 00 Telefax: 334 50 37

---

*Villa-Reyes, S.A.*

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15

Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90

08022 BARCELONA