

LA CATEQUESIS Y EL DISMINUIDO FISICO

I.—SITUACION Y NECESIDADES

Estado físico del enfermo: enfermos poliomiélicos ¹.

El niño vive con sus facultades físicas taradas. El ambiente hospitalario es distinto del colegio, escuela profesional, etc... Vive asustadizo porque además de sus dolencias propias y los temores fundados de posibles curas diarias, ve también en los otros las huellas del dolor. En estas circunstancias, formar un ambiente catequístico es poco menos que imposible.

Estado económico.

En España, incluso actualmente, se conceptúa al hospital como un establecimiento de ínfima categoría, ya se le mire desde el punto de vista estético, cultural o profesional. Y desgraciadamente así ha sido ya que, considerados globalmente, aún no se ha llegado a conseguir, en la mayoría de los casos, la primera de las tres facetas que deben reunir todos y cada uno de los centros médicos asistenciales: asistencia, enseñanza, investigación. Por lo cual los únicos que se deciden a recurrir a nuestros hospitales son los que ya no tienen nada que empeñar para recurrir a un médico particular. El 95% de los enfermos internados se encuentra en condiciones económicas precarias.

Grado de formación cultural.

Dado que su situación física ha sido deficiente desde el principio de su enfermedad, su formación psíquica, moral e intelectual no se ha llevado a cabo de manera eficiente, tanto por parte

1. *Esta experiencia se dirige, en primer lugar, a los catequistas de hospitales. Pero también aporta orientaciones muy valiosas para ciertos padres y para casi todos los educadores. Por ejemplo: que no basta amar, sino que hay que saber amar debidamente; evitar, pues, toda compasión mal entendida; cosa no siempre fácil, y menos si se trata de personas enfermas o deficientes (N. de la R.).*

de los padres como de los educadores. El enfermo aprovecha su estado deficiente para replegarse sobre su yo y satisfacer sus caprichos; se convierte en el niño mimado de cuantos lo rodean; incluso amontona, poco a poco, juguetes inadecuados a su edad y condiciones físicas, con los que mata el tiempo que podía dedicar, en parte, a la formación intelectual que, en algunos casos, es descuidada por miedo, más o menos infundado, a eventuales depresiones o tristezas ante las posibles reprensiones. Finalmente, sus posibilidades formativas, en vez de ser aprovechadas para la convivencia social, sólo le sirven para conseguir su provecho —a veces mezquino respecto de aquellas personas con las cuales convive—. Si la enfermedad ha venido en los primeros años de la infancia, la formación primaria es casi nula, debido a la poca asistencia del niño a la escuela. Menos aún si el niño ha tenido que ser intervenido, tanto por medio ambulatorio como internado. Es cierto que ahora existe la vocación de Magisterio Específico de enseñanza en hospitales; pero todavía no se ha llegado al estado de competencia, aplicación social hospitalaria ni comprensión completa, respecto del personal administrativo o asistencial clínico.

Situación moral.

El enfermo no ha recibido casi ningún principio moral, pues su inferioridad física es como un escudo contra las reprensiones que se dan a los niños normales. De ahí que vaya creciendo con sus hábitos, buenos o malos, sin orientaciones prácticas; sin distinguir en qué consiste el acto humano ni el mérito o demérito de una acción. La mayoría de las veces tienen la responsabilidad los mismos padres, los cuales van demorando el enfrentarse con el enfermo para ayudarlo a descubrir la realidad de su situación.

El enfermo tiene gran necesidad de formación moral, puesto que la mayoría de sus actos le pasan desapercibidos, y sólo aquellos que tienen mayor densidad moral son captados por el fiel de su conciencia. Y mucho menos sabe que hay otros actos que se realizan en estado de gracia y, por consiguiente, son merecedores de cierta recompensa y pueden servir para satisfacer por los pecados de la vida pasada o para un nuevo aumento de gracia. También ignora que puede ejercitarse en las virtudes, y el cúmulo de medios que tiene a su alcance por razón de la misma enfermedad.

Por lo tanto, si logramos conseguir que se percate de su situa-

ción física y le ayudamos para que sepa hacer el ofrecimiento de obras en el altar de su cuerpo, unido el holocausto de sus sufrimientos morales a los méritos de la Redención, habremos conseguido que sea una de las personas más activas en la viña del Señor.

Situación psicológica.

Buena parte de la sociedad actual parece moverse a merced del instinto; irresponsablemente. Los niños y los jóvenes asimilan esta doctrina basada en la vida instintiva, a través de espectáculos y deportes superficiales que les hacen perder la mayor parte del tiempo, sin conseguir siquiera satisfacer sus sentidos. Poco a poco, esta irresponsabilidad debilita la conciencia y va implantando la ley del mínimo esfuerzo; pasando incluso hasta el campo profesional, donde se manifiesta por esa psicosis de apatía hacia el trabajo. De aquí nace este desequilibrio tan difícil de compensar en varios sectores de nuestra sociedad.

En este ambiente suben los niños y, en particular, los niños enfermos. No es de extrañar que haya enfermos incapaces de positivizar su situación para cooperar a su salud física. Y en lo espiritual es todavía peor, pues necesitan esfuerzos heroicos para reeducar su conciencia.

Dada la tendencia humana de compadecerse del sufrimiento, el enfermo comprende, desde los comienzos de su enfermedad, que ésta le sirve de arma defensiva. Por consiguiente, aprovechándose de ella (aun en detrimento de su personalidad), la usa como escudo de defensa para sus acciones caprichosas, menos buenas o indiferentes. De esta situación nace una necesidad perentoria de reeducación de estos caracteres, por haber sido moldeados a tenor de una serie de circunstancias adversas, acompañadas de cierta tolerancia, nacida de falso cariño; cariño lleno de compasión humana, pero más perjudicial que beneficioso, por lo común.

El inválido, además de sentirse inferior a los demás, se sabe dependiente de ellos. Para imaginar lo que puede representar esta dependencia, hay que pensar en el paralítico obligado a confiar en otro para realizar elementales menesteres biológicos que, para otras personas, no traspasan nunca la intimidad personal. El impacto psicológico de esta dependencia, no sólo dificulta la autonomía económica y social, sino que afecta a la posibilidad misma de una vida privada e íntima.

La deficiencia funcional explica la inferioridad y la dependen-

cia. Pero hay que tener en cuenta que el cuerpo no es sólo órgano de actividades útiles; es también medio de relación con los demás. La invalidez afecta, o puede afectar, a lo social.

Por ser inferior ante la competencia que le ofrecen los sanos y por saberse rechazado por la sociedad, el inválido se siente, no sólo distinto, sino aislado.

Esta impresión de soledad se enlaza y refuerza con un último dato importantísimo. Para llevar una vida de algún modo normal, para entrar en competencia y en contacto con los demás, el inválido ha de hacer un esfuerzo más o menos grande, pero siempre superior al esfuerzo de los demás. El niño tullido puede jugar con sus compañeros a costa de esfuerzos dolorosos que sólo él siente. Si no quiere clamar continuamente compasión, y con ello un trato de favor que le hace sentirse todavía más distinto, el inválido ha de disimular su esfuerzo y sus dolores; esto le produce necesariamente la impresión de ser incomprendido, con lo que se refuerza su soledad y su angustia.

Resumiendo, podemos distinguir en la conciencia del inválido cuatro aspectos principales:

- a) saberse distinto de los demás, en el sentido de ser inferior en las capacidades orgánicas: *conciencia de inferioridad funcional*.
- b) saberse dependiente de los demás: *conciencia de dependencia*.
- c) saberse distinto de los demás en el sentido desagradable: *conciencia de rechazo*.
- d) sentirse sólo e incomprendido en sus dificultades, y obligado a disimularlas: *conciencia de soledad e incompreensión*.

Estos cuatro aspectos tienen una raíz común en el propio cuerpo y sus limitaciones. El hombre sano, excepto en ciertos momentos (ejercicio físico, actividad sexual), vive olvidado de su cuerpo. Para el inválido, el cuerpo está siempre dolorosamente presente.

No creo que sea una mera frase concluir que de nada sufre tanto el inválido como de ser tan a menudo mirado y tan pocas veces visto; tantas veces mirado como algo anormal, tan pocas veces visto como persona ².

Por lo tanto, desde el punto de vista psicológico, lo impor-

tante es notar que la adaptación o la recuperación laboral del inválido no es primariamente un fin, sino un medio para que el enfermo, sintiéndose útil, alcance una conciencia de su propio valer y de su propia dignidad.

Nuestra catequesis no tiene que olvidar ninguna de estas facetas.

II.—MEDIOS

Organización catequística.

Partiendo de la base de que la hospitalización hoy día, en casi todos los centros, tiende a que el niño esté el mínimo tiempo internado para que no pierda el contacto familiar, deberá organizarse en el centro médico una comisión catequística, que tendría que ser presidida por el P. Capellán. Casi siempre los enfermos están repartidos por secciones, según la edad. Se puede, pues, dar la catequesis a todos los chicos de la sección, sin hacer más divisiones.

Hay que tener en cuenta que el 70% de los chicos no pasa más de un mes de hospitalización; o sea, que este elevado porcentaje, con altas y nuevos ingresos, no puede seguir un curso catequístico propiamente dicho. Nuestra experiencia de tres años, en una sección de reanimación (posoperados), nos ha llevado a elaborar un plan de catequesis continua. Prescinde de si hay enfermos nuevos o no; y en algunas ocasiones se adapta más a sus necesidades que a la edad. Por ejemplo, en algunos enfermos mayores de quince años, cuya instrucción catequística es insuficiente, lo más importante durante el tiempo de hospitalización, creemos que es apuntarles su situación teórica y real de la vida, para ayudarles a encontrar en la sociedad lo que les separa por su deficiencia. Esto es lo que debe lograr la instrucción catequística, adaptada lo más posible a la capacidad mental y al tiempo de internamiento.

Tiempo.

El tiempo se reduce al proceso operatorio: el enfermo ingresa para ser tratado quirúrgicamente, y su estancia cuenta en función de las indicaciones médicas.

2. Miguel SIGUAN, *Psicología de la invalidez*: Labor Hospitalaria, marzo 1964, p. 191 ss.

Se debe pensar en un plan catequístico lo más acertado posible, pero con tiempo y programas muy elásticos. De donde se sigue que en un centro hospitalario, la catequesis está relegada a segundo término, a pesar de su importancia para todo cristiano, pues le pone en relación con su Creador y le ayuda a levantar su espíritu por medio de la fe, la esperanza y la caridad, en medio de la sociedad en que se encuentra.

III.—FRUTOS

Planes apostólicos.

Después de lo dicho, no nos queda más que comenzar el trabajo. El Señor, en las páginas evangélicas, nos impele hacia este gran ideal: la evangelización empieza por los pobres y los enfermos; son éstos, con todas sus taras físicas y morales, sus preferidos; y aprovecha todos los medios y los estados anímicos para ayudarles a comprender la grandeza del Reino de los Cielos. Después de curar el paralítico que es presentado ante Jesús por sus amigos, le perdona sus pecados (Lc. 5, 17-27); y el ciego de Jericó cuando recobra la vista, su máxima aspiración es seguir detrás de Jesús alabando a Dios, etc... (Lc. 18, 35-43).

De aquí que nosotros no hemos de desanimarnos sino seguir tras el Señor y, en nuestras circunstancias, orientar nuestra catequesis lo más centrada posible a edades y mentalidades; pensando que somos instrumentos de Dios. Una sola palabra en todo desarrollo de una catequesis o un simple ejemplo de vida cristiana, apreciado por los enfermos internados, pueden repercutir trascendental y positivamente en el transcurso de su vida. Es, pues, importante que, comenzando por los niños de tres años en adelante, tengamos presente su estancia entre nosotros para distribuir el plan de trabajo en las distintas secciones. Por ejemplo: primeras oraciones; preparación a la primera comunión; luego, todo el catecismo de primer grado y la explicación del Padre nuestro y Ave María, entre los 7-11 años. Entre los 11-13 años, en general, el 2.º grado y repaso de lo anterior; profundizando más en la explicación y captación de las principales oraciones.

Es muy aconsejable hacerles trabajar en equipo; en cada uno de estos equipos (no más de seis, ni menos de cuatro) debe haber un responsable. Ventajas: que comprendan o trabajen entre todos la explicación y el estudio de la lección; y al mismo

tiempo adquieran sentido comunitario en su inicio de incorporación y responsabilidad social. Esto les ayudará también a descubrir la imagen de Cristo en cada uno de sus compañeros y a ir adquiriendo el sentido de responsabilidad: sentirse solidario del gran ideal de la salvación de las almas.

Los mayores, han pasado generalmente varios años sin estudios y más aún sin instrucción catequística primaria; en tal caso, lo mejor es encauzar la catequesis a descubrirles el alto sentido de la vida, tanto teórica como prácticamente; tender, con la ayuda de la gracia, a orientar sus complicados problemas (en algunas ocasiones habrá que recurrir a especialistas en la materia). Aquí entra de lleno la misión específica del capellán hospitalario (véase *Labor Hospitalaria, El Capellán en el Hospital infantil*, noviembre-diciembre, 1966).

Sacramentos.

Otros frutos que se obtienen son la vivencia de los sacramentos (Penitencia, Eucaristía y Unción de los enfermos). Con ello se les descubre el sentido positivo de la enfermedad: van profundizando en la moralidad de los actos humanos y van comprendiendo que todas las acciones, por insignificantes que parezcan, son portadoras de un valor trascendente: estar en cama, soportar un poco de dolor o la necesidad de verse hospitalizado, etcétera, puede tener un valor incalculable, para el Cuerpo Místico; valor que quizá en otras circunstancias no aprovecharían debidamente.

La experiencia prueba que la enfermedad es el medio por el que muchas almas vuelven a una vida de sincera piedad. A este respecto tengo en mis manos una carta de un enfermo de 17 años, de muy poca base cultural y religiosa, quien, en otra época y circunstancias no hubiera pensado, ni remotamente, lo que ahora expresa con tanta sinceridad, sabiéndose portador de una enfermedad incurable: «Hay momentos en los que me embarga el hastío y la desesperación; pero esto me dura sólo un segundo, porque me he propuesto estar siempre alegre para hacer felices a los que me rodean y que no se den cuenta de mi dolor»; y sigue: «esto lo he aprendido en un hospital de San Juan de Dios».

Uno de los sacramentos que más frecuenta y profundiza el enfermo es el de la penitencia. Este reconocimiento positivo a la vida de la gracia se manifiesta en una fe y esperanza sin límites en las promesas de Cristo. Y se hace más palpable en enfermos que han de ser intervenidos quirúrgicamente; sus confe-

siones preparatorias les traen una paz y entrega admirables a la voluntad divina; se nota que su alma ha calado profundamente en la vida de la gracia.

La Unción de los enfermos, en niños, no se da tan a menudo (en mayores son incontables las experiencias hospitalarias de aceptación cristiana); recuerdo, sin embargo, un caso reciente: un chico de catorce años que dejó conmovidos a sus padres, quienes pocos días antes temían comunicarle su próxima muerte por miedo a una reacción triste y negativa; pero el muchacho no sólo aceptó, sino que respondió con una entereza propia de persona mayor; los últimos días, superaba valientemente los momentos de desesperación que solía pasar, sin otras manifestaciones de su lucha interior que alguna lágrima que lentamente se deslizaba por sus mejillas (este chico había estado internado cinco veces por causa de otras tantas intervenciones quirúrgicas). No hay cosa que más agradezca el enfermo en estas circunstancias que, en colaboración con el facultativo, se le indique el estado de su enfermedad, aunque todo en un clima de amor y ayuda esperanzadora.

Respecto de la Misa, el niño enfermo es capaz de profundizar de tal forma, que relaciona su enfermedad con el sacrificio redentor. Y en la Eucaristía halla el Amigo que alivia nuestras dolencias.

Surge, así, una confianza sin límites, en estos seres, que en ocasiones se ven repudiados por una sociedad cargada de prejuicios hacia ellos. De ahí el gran adelantamiento espiritual de tales almas si, con la ayuda de la gracia, conseguimos encauzarlas hacia el sacramento Eucarístico, y si saben adherirse a él. Es que ya han encontrado un ideal por el que serán capaces de soportar, no sólo el dolor de su enfermedad, sino también las humillaciones de que sean objeto por parte de la sociedad en que tienen que convivir; todo (lo activo y lo pasivo) ha tomado un sentido nuevo para ellas.

Orientaciones de vida.

Aquí entra de lleno todo lo expuesto anteriormente como ayuda moral para la incorporación de estos enfermos a la sociedad, después del período de internamiento; pues es uno de los problemas difíciles que se les plantea al dárselos de alta. Máxime si el período de hospitalización ha sido de varios meses.

Incluso se ha dado el caso dramático de algunos enfermos que se han negado a salir del centro médico, puesto que en él se ven protegidos, respetados y ayudados a recuperar su personalidad en todas sus facetas.

A este respecto, damos a continuación el resultado de una encuesta recentísima ³. Se ha formulado a 60 enfermos de un hospital de Barcelona y a 60 enfermas de un establecimiento hospitalario similar femenino de la misma ciudad. Las edades oscilan entre los 10 y 24 años. Las preguntas van dirigidas intencionadamente a los problemas, preocupaciones e inquietudes de nuestros enfermos, antes y después de su hospitalización. He aquí los resultados comparativos, expresados en tantos por ciento (además, las letras *A* y *D* significan *antes* y *después*, respectivamente):

	Niñas 10-15 años		Muchachas 16-23 años		Niños 10-15 años		Muchachos 16-24 años	
	A	D	A	D	A	D	A	D
Separación familiar...	61,20	17,25	39,20	17,85	15,02	6,66	15,12	9,40
Hospitalización	5,55	—	—	—	—	16,66	21,12	18,76
Miedo al tratamiento quirúrgico	5,55	20,65	7,15	17,85	15,02	10,00	15,12	—
Preocupación por el éxito quirúrgico o del tratamiento	8,30	17,25	3,60	28,45	21,12	23,30	21,12	37,45
Por dejar los estu- dios	2,75	14,75	3,60	—	27,12	6,65	3,12	6,26
Por dejar el trabajo.	—	—	7,15	7,15	3,21	3,35	12,12	18,76
Por la enfermedad en sí	5,55	8,85	21,40	10,75	—	3,35	—	—
Complejos o senti- mientos	—	—	3,40	3,55	—	—	—	—
Juegos	—	—	—	—	12,00	—	—	—
Pérdida de libertad...	—	—	—	—	6,51	—	3,12	—
Falta de afecto fa- miliar	—	2,95	—	7,15	—	—	—	—
Preocupación por el futuro	—	—	—	—	—	—	—	6,25
Por la comida en el hospital	—	—	—	—	—	30,02	—	—
Otras respuestas	11,10	17,25	14,30	7,15	—	—	9,10	3,14

3. Cecilio ESEVERRI CHAVERRI *La educación del niño hospitalizado y del disminuido físico* (libro en preparación).

A modo de ejemplo comparativo ponemos a continuación las contestaciones de dos enfermos que se hallaban en la misma enfermería, pero cuyos medios sociales y económicos los diferenciaban completamente, sobre todo en lo psicológico; para simplificar, los clasificaremos como «pobre» y «rico».

- | POBRE | RICO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) <i>Edad:</i> | |
| 17 años. | 16 años. |
| 2) <i>Enfermedad:</i> | |
| Poliomielitis afectando cadera, rodilla y pie derecho. | Poliomielitis, escoliosis. |
| 3) <i>¿Qué es lo que te preocupaba más antes de ingresar en el Hospital?:</i> | |
| Tener que interrumpir el trabajo, pues por ser el mayor de los hermanos se cuenta con mi semana. También: perder la oportunidad de ocupar el cargo que otros ocupaban y creen que yo no puedo ejercer. | La pérdida de la libertad, el tiempo que tendría que estar fuera de casa y mis estudios interrumpidos. |
| 4) <i>¿Qué es lo que te preocupa más ahora que estás hospitalizado?:</i> | |
| La tardanza de mi incorporación al trabajo, pues así perderé otra oportunidad, si me la dan, de coger el cargo que anhelo y creo puedo ejercer. | Los primeros días estás preocupado, pero en el momento en que uno se adapta y hay amigos, la preocupación desaparece totalmente. |
| 5) <i>¿Qué estudios has realizado?:</i> | |
| El 2.º de Iniciación Profesional y 1.º de Comercio, en la Escuela para niños pobres, de Granada. | He terminado 5.º y estaba haciendo 6.º de bachillerato. |

6) *¿Qué te gustaría ser cuando seas mayor?:*

Buen oficinista; con bastantes estudios generales.

Militar; pero como a causa de mi enfermedad no puedo serlo, estudiaré Derecho.

7) *Teniendo en cuenta tu enfermedad, ¿qué crees que llegarás a ser cuando seas mayor?:*

Tendré que contentarme con el oficio que actualmente trato de ejercer (impresor) y quiera Dios que me den las oportunidades que a otros compañeros para poder terminar.

Creo que mi enfermedad apenas influye en esto. Dios me ha dejado una mente y una inteligencia para poder estudiar y, con mi esfuerzo, podré llegar a ser lo mismo que cualquiera que esté sano.

**

Para terminar, he aquí algunos datos referentes a una catequesis practicada tres días por semana, durante quince minutos. Se comentó el Credo, los Sacramentos y los Mandamientos; y se utilizaron filminas del Antiguo y del Nuevo Testamento. Los enfermos oscilaban entre los trece y diecisiete años. Los resultados fueron excelentes durante año y medio que duró el ciclo, a pesar de que la sección donde se desarrolló el curso era de enfermos preoperados y la mayoría de los mismos no pasaba de un mes de hospitalización. La catequesis no se repetía para los nuevos, sólo se daba un resumen de la anterior para hilvanar la explicación y comentario del estudio del día con los temas de los días precedentes. Se iniciaba con preguntas sobre lo estudiado; y se proseguía el diálogo con aclaraciones y comentarios bíblicos. Los frutos se manifestaron por la frecuencia de sacramentos (90% los días festivos, y 15% diariamente). Así se cumplía lo que decíamos anteriormente, que el enfermo que profundiza en el amor redentor no retrocede por nada y se siente satisfecho de alcanzar su ideal espiritual.

José GARCIA SIERRA, O. H.