

contact

Publicación del Consejo Mundial de Iglesias

ENFRENTAR LA MUERTE Y DESCUBRIR LA VIDA



¿Cómo afirmar nuestra respuesta?

No **150**

Mayo - Julio 1999

(impreso - Noviembre, 2000)

**ENFRENTAR LA MUERTE Y DESCUBRIR
LA VIDA**

- 2 Editorial
- 3 Artículo de fondo
La esperanza frente a la muerte
- 7 Cultura
La muerte en diferentes culturas
- 10 Aspectos éticos
Una respuesta cristiana

- 13 Experiencias
**Hacer frente a la muerte: en la
aceptación se encuentra la paz**
- 15 Recursos
- 16 Estudio bíblico
Colocarnos en las manos de Dios
- 17 **ACTUALIDAD**
REDES
- 19 Publicaciones útiles, cartas,
anuncios

La muerte nos afecta a todos independientemente de nuestra condición y del lugar donde vivamos. Lo que cambia de un caso a otro es la percepción que cada uno de nosotros tiene de la muerte, así como los ritos que se practican en relación con la muerte y el significado que damos a la última fase de la vida. En este número de *Contact*, tratamos de exponer diferentes perspectivas sobre la muerte en contextos tan distintos como Uganda, la India, el Reino Unido y Kenya.

Aunque la muerte es una cuestión delicada que apela a nuestros sentimientos más profundos, raramente se aborda abiertamente, antes bien, suele quedar relegada a nuestro inconsciente. No es fácil hacer frente a la «muerte» de forma universalmente aceptable, quizás por cuanto hemos hecho de ella un «tabú» y de los tabúes no se habla, del mismo modo que evitamos enfrentar las verdades fundamentales o las noticias desagradables.

Creo que los lectores de este número *Contact* aprenderán mucho en sus páginas, precisamente porque en ellas nos atrevemos a enfrentarnos con un tabú. Y superar ese tabú puede ayudarnos en nuestra vida profesional y personal, a la vez que enriquecernos espiritualmente y permitarnos tomar conciencia de que Dios, con su amor restaurador, está presente en todas las situaciones de desesperanza y muerte.

Mi cultura es una de esas culturas que con mayor urgencia necesitan ese amor restaurador. En los países industrializados de occidente, la muerte ha pasado a ser una cuestión que deja al individuo solo frente a su propia realidad. A todos nos cuesta aceptar el hecho de ser mortales y que la muerte forma parte de la vida de la familia y de la comunidad. La mayor parte de las personas mueren en hospitales separadas de sus familias y de sus seres queridos. Y los médicos y el personal de enfermería no tienen la formación necesaria para hacer frente al hecho de que la vida es frágil y finita. El hecho de que los profesionales de la salud consideren la muerte como un fracaso de sus esfuerzos profesionales no permite establecer relaciones abiertas y francas con los pacientes que se encuentran en la última fase de su vida.

Se precisa con urgencia una nueva cultura que conciba la muerte como

algo completamente natural de la propia vida y que ayude a los profesionales de la salud a asumir un nuevo papel en la curación y la relación con los pacientes. El trabajo de un profesional de la salud no termina por el hecho de que ya no pueda esperarse la curación del enfermo. Por el contrario, preocuparse de las necesidades de los pacientes en fase terminal y, simplemente, estar con ellos es una de las tareas esenciales de la profesión sanitaria. Esta perspectiva de la interrelación de la vida y la muerte se plasma en numerosos relatos bíblicos, y el estudio bíblico basado en Romanos 14 incluido en este número de *Contact* nos ayudará a tomar conciencia de que tanto la vida como la muerte tienen su origen en Dios y están dirigidos a Dios.

En este número de *Contact*, exponemos un excelente ejemplo de asistencia en los hospicios de Uganda y explicamos en qué consisten los ritos funerarios en Kenya.

El artículo de Mary Grenough, basado en su experiencia personal frente a la enfermedad y la muerte en diferentes culturas, es realmente estimulante.

A su vez, Peter Bellamy, que trabajó en estrecha colaboración con la ex Comisión Médica Cristiana durante muchos años, aborda los aspectos más difíciles de la cuestión de la muerte, y se centra particularmente en su experiencia en su propio país, el Reino Unido, cuna del moderno movimiento de hospicios, que fue fundado por Dame Cicely Saunders (véase *Contact* número 107, 1991). Desde su fundación el movimiento de hospicios se ha difundido en muchos países y ha ayudado a un gran número de pacientes de todo el mundo a encontrar un lugar en el que se responda a sus necesidades físicas, mentales y espirituales y donde puedan morir con dignidad y en paz. El concepto original de hospicio ha sido adaptado de infinitas formas

pero su objetivo fundamental sigue siendo el mismo y nos interpela a todos a saber aceptar nuestros propios sentimientos frente a la muerte y ayudar a todos los que están a punto de emprender la última etapa de la vida.

Rainward Bastian
Instituto Alemán para Misiones Médicas (DIFÄM)
Tübingen, Alemania



Para ocuparse de las personas que se enfrentan con la muerte es necesario comenzar por aceptar nuestros propios sentimientos ante la muerte.

Portada

La muerte puede ser una oportunidad para descubrir la vida. En los meses previos a su muerte, Kumar Jesudason (véase artículo en las páginas 13 y 14) experimentó un proceso de curación, no sólo la liberación del dolor que sentía sino una curación de todo su ser.

LA ESPERANZA FRENTE A LA MUERTE

Verónica A. Moss, Directora del Centro Mildmay de Kampala se ocupa, en el marco de sus funciones, de mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal. En este artículo describen algunas iniciativas tomadas para permitir que las personas mueran con dignidad y para apoyar a las familias que hayan perdido a un ser querido



Sesión de fisioterapia en el Noah's Ark Children's Centre.

Frente al creciente número de personas que mueren de cáncer, el SIDA y otras situaciones terminales, la asistencia paliativa recibe hoy particular atención. Las familias no siempre tienen recursos para ocuparse de sus enfermos terminales. La pobreza impide a los pacientes acudir a los hospitales en busca de atención. Y la falta de recursos afecta tanto a los hospitales como a las personas. Suele enviarse de regreso a casa a los pacientes por cuanto «ya no puede hacerse nada por ellos». Eso fomenta un estado de **desesperanza e impotencia** en el paciente, la familia y los agentes de atención de salud. Se abandona a los pacientes cuya salud va deteriorándose y que mueren sin que se haya hecho algo por proporcionarles asistencia en esa fase terminal o prestar apoyo a los familiares.

El Centro Mildmay: una respuesta concreta

En 1993, el Ministro de Sanidad de Uganda invitó a Mildmay International a establecer

un servicio de atención paliativa para las personas enfermas de SIDA. Muchos ugandeses ya se habían beneficiado de la asistencia paliativa especializada suministrada en el Mildmay Mission Hospital.

En poco tiempo, Mildmay International estableció un comité de dirección local integrado por representantes de reputados organismos y organizaciones gubernamentales que trabajaban ya con pacientes afectados por el VIH/SIDA en Uganda. En el comité había también pacientes seropositivos. Así fue como surgió un proyecto conjunto entre el Ministerio de Sanidad, el Departamento de Salud Internacional, DFID, Reino Unido, y Mildmay International, que se benefició de una donación complementaria del Banco Mundial para la compra de equipo.

¿Qué servicios ofrece el Centro Mildmay?

Por medio de su departamento de asistencia paliativa ambulatoria, el Centro Mildmay se

Nuestro desafío: hacer frente con eficacia y compasión al problema de las personas cada vez más numerosas que mueren de enfermedades incurables..

¿Qué podemos hacer para mejorar la calidad de vida de las personas que están en la fase final de su vida?

Gran parte del cuidado de las personas con enfermedades crónicas, de los discapacitados o de los pacientes terminales recae inevitablemente sobre los familiares.

Asistencia paliativa

La OMS define la asistencia paliativa como los cuidados de toda índole que se brindan a una persona afectada por una enfermedad evolutiva que no responde a ningún tratamiento curativo. Los cuidados paliativos se centran en la mejora de la calidad de vida del paciente y su asistencia por medio de un equipo interdisciplinario que se ocupa de responder a sus necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales. Por asistencia paliativa también se entiende la asistencia en la fase terminal de la enfermedad, lo que incluye apoyo a la familia antes y después de la muerte del paciente.

Servicios de asistencia paliativa eficaces en función de los costos

Para prestar una asistencia paliativa verdaderamente humana y eficaz, sin costos excesivos, es necesario establecer servicios y planes de rehabilitación basados en la comunidad, en contextos de escasos recursos a fin de que sea posible atender a las personas que tienen enfermedades crónicas. La falta de servicios comunitarios significa una mayor carga de trabajo para las escasas personas encargadas de cuidar a los enfermos, y gran número de pacientes con enfermedades crónicas se mueren sin que se les haya prestado una asistencia mínima que hubiera contribuido a mejorar la calidad de su vida. A medida que aumenta la cantidad de personas que dependen de asistencia para sus necesidades diarias, se hace cada vez más difícil pagar el debido salario a las personas encargadas de prestarles esa asistencia. La atención basada en la comunidad podría permitir que muchas de las personas que tienen enfermedades crónicas puedan comenzar a hacerse cargo de su propio cuidado o a vivir de forma independiente, al menos durante un período.

Criterios para el éxito

- Comunidades que asuman la responsabilidad de prestar apoyo a los pacientes y a sus familias.
- Formación práctica para personal competente.
- Sensibilización de los planificadores de la atención de salud a los niveles más altos de los ministerios de salud.

Asistencia en fase terminal

Este tipo de asistencia se ofrece la última o las últimas semanas de vida mediante el control de los síntomas y prestando apoyo

emocional y espiritual al paciente y a su familia, a fin de que pueda morir con dignidad, gracias al alivio físico y al consuelo espiritual.

Suele ser difícil proporcionar asistencia en fase terminal en un hospital, debido a que el personal sanitario tiene poco tiempo para dedicar a los pacientes y a sus familias. En algunos países la asistencia en fase terminal para los pacientes de cáncer se proporciona en hospicios que ofrecen asistencia hospitalaria, ambulatoria y a domicilio. En otros países se da prioridad a la asistencia a domicilio.

Rehabilitación

Los pacientes de SIDA suelen tener la impresión de que cuando ya están muy débiles, tras haber perdido mucho peso o verse afectados de graves infecciones oportunistas, los profesionales sanitarios poco pueden hacer por ellos. Se los lleva de regreso a sus pueblos, para esperar la muerte, cuidados por su familia o por personas encargadas de prestarles asistencia. De hecho, muchos de esos pacientes, mediante el control de los síntomas, la profilaxis, el cuidado de las infecciones oportunistas, la fisioterapia, los masajes (con o sin aromaterapia), el cuidado de la nutrición y la terapia ocupacional pueden recuperar fuerzas e independencia.

Formación

Las enfermeras, los consejeros, los agentes de salud y los médicos de la comunidad, especialmente en los centros de salud rurales y en los hospitales de distrito pueden recibir una formación interdisciplinaria, para poder utilizar enfoques de asistencia paliativos, globales y de rehabilitación.

Es posible formar a voluntarios y a agentes comunitarios para que puedan proporcionar asistencia a pacientes con enfermedades crónicas o minusvalías.

También es posible formar a los miembros de la familia para que puedan proporcionar atención básica de enfermería, preparar comida nutritiva para aquellas personas que tienen dificultad para tragar o comer, y aprender a hacer frente a los trastornos del comportamiento.

Asistencia a domicilio

Gran parte de la asistencia a los pacientes con enfermedades crónicas, discapacitados o en fase terminal recae inevitablemente sobre los miembros de la familia, que, a su vez, también pueden sentirse enfermos o ser niños, que en circunstancias normales deberían estar en la escuela. Los servicios comunitarios como las iglesias podrían utilizarse para prestar asistencia ambulatoria eficaz en función de los costos, apoyo psicológico y atención pastoral. Las iglesias y las congregaciones pueden ayudar y apoyar emocional y físicamente a las personas que tienen a su cargo el cuidado de los pacientes.

Dibujo de Chu-Hyoun Lee, de siete años de edad, Jeonju, (Corea del Sur).



Ayudar a los acompañantes a hacer frente a la situación



Peter Williams/CMI

Una persona afectada de SIDA en los suburbios en Chiang Mai, Tailandia

Las familias, las parejas y los amigos que se encargan de la asistencia a los enfermos y a las personas que se enfrentan con una muerte inminente necesitan apoyo.

Las personas encargadas del cuidado de los pacientes pueden resistirse a hablar de los problemas con los que se enfrentan porque tienen miedo que se los considere incompetentes. Probablemente no querrán anteponer sus necesidades a las del paciente. Puede que crean que los problemas son inevitables y que no pueden resolverse. En este caso los agentes de salud pueden:

- enseñarles técnicas simples de enfermería y prestarles apoyo psicológico para que puedan hacer frente a sus propios sentimientos de aislamiento, de ansiedad o de culpa durante el período en que se encarguen del cuidado del paciente o después de su muerte;
- estimular a estas personas a que planifiquen su atención a los pacientes, manteniendo registros sencillos de la medicación a fin de poder informar a otros;
- ayudar a las personas que tienen a su cuidado a los pacientes a que puedan descansar y alimentarse debidamente;
- alentarlos a hablar con amigos, parientes o con los agentes de salud que les inspiren confianza;
- organizar un grupo de apoyo para las personas que tienen a su cuidado a los pacientes o favorecer su integración en otros grupos de apoyo en beneficio de su salud mental y espiritual.

Los agentes de salud deben continuar prestando asistencia a las personas que cuidan de los enfermos más allá del período de la enfermedad o después de la muerte del paciente para que esas personas puedan aceptar su propio dolor, sus sentimientos de pérdida y, a veces, de culpa.

Apoyo en momentos de dolor por la muerte de un ser querido

Los familiares y los amigos de las personas que están en fase terminal o tienen enfermedades crónicas cuentan en general con muy poco apoyo por parte de la comunidad. Cuando el paciente está muy enfermo ellos pueden sentirse muy solos. El apoyo que necesita una persona que sufre por la muerte de un ser querido debe prestarse desde antes de que sobrevenga la muerte y durante todo el tiempo que lo necesiten los familiares y los amigos.

Las reacciones ante la muerte son muy diferentes de una persona a otra y necesitan distintos tipos de apoyo. Aceptar una pérdida puede llevar meses o años. Nuestra respuesta puede variar según la forma en que murió la persona, sea que estuviera sola y sufriera mucho, sea que muriera en paz rodeada de sus seres queridos. Los que quedan pueden sentirse culpables si creen que las cosas podrían haber sido diferentes.

El apoyo psicológico cuando una persona se enfrenta con la muerte de un ser querido puede ayudar a esa persona a hablar sobre lo que ha sucedido, sobre la muerte y sobre los ritos que se practican inmediatamente después de la muerte.

Los agentes de salud deben dar asistencia a las personas que cuidan a enfermos terminales más allá del período de enfermedad y después de la muerte.



En su sencillo pero atractivo edificio, el Centro Mildmay lleva a cabo con eficacia su tarea de proporcionar atención paliativa ambulatoria y prestar servicios de rehabilitación para las personas afectadas por problemas relacionados con el SIDA

preocupa particularmente por **mejorar la calidad de vida** de todos los pacientes que acuden al Centro, ya sea tratando infecciones oportunistas, o prestando un excelente servicio de control del dolor y los síntomas, y de rehabilitación. Ese Departamento está a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por médicos, personal de enfermería, un fisioterapeuta, terapeutas ocupacionales y nutricionistas. Además, el equipo cuenta con recursos para el apoyo psicológico, la atención pastoral y dispone de un Centro para niños.

El Centro Mildmay ofrece también ayuda a las familias y a los agentes de salud mediante apoyo psicológico individual o familiar, y talleres destinados a los agentes. Cada mes, el Centro Mildmay organiza talleres específicamente destinados a los agentes de salud en cuyo marco pueden reunirse con otros profesionales que desempeñan su misma y difícil tarea, reciben formación en atención de enfermería de base y tienen oportunidad de plantear preguntas y exponer públicamente sus preocupaciones y frustraciones.

Florence: la historia de una rehabilitación

Florence tiene once años. La primera vez que la vimos, se encontraba demasiado débil para mantenerse en pie ni siquiera unos minutos. Florence tenía poco pelo y en

su rostro se acusaban las marcas de una erupción generalizada que le picaba; además, apenas tenía fuerzas para comer.

Recién llegada, Florence se sometió a un examen detenido por parte del personal médico y de enfermería, que se esforzó por determinar el tratamiento idóneo de posibles infecciones oportunistas. Florence también se sometió a un análisis nutricional tras el cual se estableció un plan de alimentación gradual. Florence tenía tuberculosis, por lo que se inició un tratamiento basado en medicación antituberculosa. Por otro lado, el fisioterapeuta del Centro se preocupó por que Florence fuera recuperando fuerzas mediante sesiones de ejercicios graduales. El personal del Noah's Ark Children's Centre ayudó a Florence a expresar sus sentimientos en

cuanto a la difícil situación que estaba viviendo así como su dolor por la pérdida de seres queridos que ya había sufrido en su corta vida. Con la ayuda del personal formado y solícito que la escuchó con empatía y comprensión, Florence comenzó a aceptar su difícil pasado y a encarar el futuro.

Conclusión

A la hora de la muerte es mucho lo que puede hacerse para aliviar el sufrimiento y el dolor, contribuir a que la persona muera con tranquilidad y dignidad, y apoyar y ayudar a la familia en ese momento de dolor.

Dra. Verónica A. Moss, Mildmay Centre, P.O. Box 24985, Kampala, Uganda, Teléfono: 256-41-200862, Fax: 256-41-200861, Correo electrónico: mildint@swiftuganda.com



Las Iglesias pueden proporcionar servicios eficaces de atención de salud ambulatoria, apoyo psicológico y asistencia pastoral.

LA MUERTE EN DIFERENTES CULTURAS: “VIVIR SU PROPIA MUERTE”

Sor Mary Grenough, una hermana Maryknoll que trabaja en el Consejo por la Salud y el Desarrollo en Filipinas, dijo que ante una enfermedad prolongada y la muerte, es necesario consolar y apoyar cuando no es posible curar, y tratar siempre de encontrar el significado de lo que está ocurriendo.

Hace 17 años me diagnosticaron un cáncer (un linfoma no-hodgkiniano) y, como consecuencia, tuve mi propia “escuela de muerte”, un año de terapia, tres años de recuperación de la terapia y una conciencia obsesiva de la enfermedad durante aproximadamente 10 años después de ese primer diagnóstico.

En las culturas industrializadas

En las culturas conformadas por la industrialización, la enfermedad y la muerte se consideran a menudo como enemigos. Los médicos tratan de atacar las supuestas causas de la enfermedad. En caso de condiciones que ponen en peligro la vida, como el cáncer y el SIDA, lo más importante es “sobrevivir”. El éxito apunta generalmente a la supervivencia y se suele medir en tiempo “cuánto tiempo podré aún seguir viviendo” y se deja de lado “cómo seguir viviendo”. A las personas se las suele considerar como objetos: los cuerpos se consideran material de trabajo, los tumores un blanco que hay que combatir y los profesionales pueden sustituirse cuando ya no son capaces de satisfacer las necesidades de la comunidad. Cuando los pacientes se encuentran en unidades de cuidados intensivos o están muriéndose, sus familias o sus seres queridos no pueden permanecer junto a ellos, tocarlos, o hablar con ellos. Son pocas las personas que se atreven a iniciar una conversación franca que pueda llevar a las personas que se enfrentan con la muerte a hacerse las preguntas realmente importantes: “¿Cuál es mi situación real? ¿Podré recuperarme? ¿Estoy muriéndome?”

En un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos, en el 80% de los 9.105 casos de pacientes, los médicos no se preocupaban por saber realmente si sus pacientes querían que se los resucitara cuando sus corazones se detenían, y fracasaban en sus esfuerzos constantes de aliviar el dolor de los pacientes. Son pocos los médicos que reciben formación acerca de cómo ayudar a los pacientes y a sus seres queridos a **vivir** su propia muerte. En un estudio de la Asociación Médica Americana (1993-1994), se llegó a la conclusión de que sólo 5 de las 126 escuelas de medicina nacionales ofrecían cursos de asistencia a pacientes terminales. Las tecnologías médicas intensifican muy a menudo el dolor y prolongan la fase terminal. Cuando la muerte acontece, muy a menudo tanto el paciente como el médico sienten que han fracasado.

En cada cultura y clase social, las relaciones serviciales de preocupación y amor ayudan a dar sentido a la vida, incluso en medio del sufrimiento y de la muerte.

En los rituales que expresan la muerte, las relaciones de afecto se demuestran de forma tangible.



OMS



OMS

Una mujer expresa su dolor por la muerte de su marido, a causa del SIDA..

La muerte es misteriosa y sagrada y, probablemente, nuestro mejor maestro de una espiritualidad plena.

En las culturas primitivas

En las comunidades indígenas y en los grupos agrariorurales marginados, los padres y los ancianos enseñan a los niños desde su tierna infancia que la muerte es parte natural e importante del ciclo de vida. Muchos creen firmemente que en los momentos de enfermedad grave y de muerte, los antepasados llaman a la persona a reunirse con ellos. Cuando no se conoce exactamente la índole o la causa de la enfermedad, se pide a los ancianos o a los chamanes que practiquen rituales para encontrar respuesta. Si todo indica que la persona ha de morir, la familia y toda la aldea se reúnen para orar y ayudar a la persona a prepararse para la muerte. No quedan paralizados por lo desconocido o por el miedo; no dudan en ningún momento de la continuidad de la vida y eso les da seguridad. Si los signos no indican que la persona ha de morir, oran por su recuperación. Si los signos indican que la causa de la enfermedad es que los dioses o los espíritus están ofendidos, entonces llevan a cabo rituales y acciones para apaciguar a los espíritus.

En circunstancias normales, la familia y la familia ampliada rodean al enfermo y a la persona que se está muriendo. Rara vez se los deja solos. Se los acaricia, se les hace masajes, se les canta, se habla con ellos y se ora por ellos. Se muestra la solicitud y el cariño de forma tangible y creativa. En algunas tribus, se da a los pacientes en fase terminal

una "manta para su viaje" para que cuando mueran, la manta pueda abrigoarlos y darles seguridad después de la muerte. Y se les da comida "para el viaje".

Desde la antigüedad, las personas que hacen masajes terapéuticos saben que el cuerpo tiene tanto para comunicar al espíritu como tiene el espíritu para comunicar al cuerpo. El poder terapéutico de los masajes dados con amor ha sido redescubierto recientemente por personas de culturas tecnológicamente avanzadas.

El significado de la vida

Con la mundialización del SIDA y la propagación generalizada del cáncer, los pobres al igual que los ricos

padecen un largo período de enfermedad y una fase terminal prolongada, y las tecnologías, por más avanzadas y modernas que sean, no pueden evitar la muerte. Tenemos que aprovechar todas nuestras capacidades humanas: curar cuando es posible, consolar y apoyar cuando no podemos curar, y encontrar sentido en todas esas experiencias, reconociendo nuestra dependencia y nuestra necesidad unos de otros. Todas las personas, sean ricos o pobres, necesitan instintivamente dar un sentido a su vida. El mayor peligro y sufrimiento de una persona es perder contacto con el "sentido de su vida", experimentar el sin sentido. Cuando hay sentido, podemos soportar y sobrellevar el sufrimiento. Sin sentido, no tenemos la energía necesaria para hacerlo, ni sabemos cómo hacerlo.

Descubrir la verdad más allá de la mente

¿Cómo encontrar sentido? Hay sentido tanto en las experiencias de vida como en las experiencias de muerte, así como en las preguntas que nos planteamos al vivir esas experiencias. Para algunas personas en fase terminal, su mejor maestro es su propia lucha consciente por discernir sus temores, enfrentarse con los que les impide entrar más libremente en los procesos de vida. Al enfrentarse con los hechos así como con sus temores, "abren los ojos y viven más plenamente aprendiendo a morir, así como aprenden a dejar de lado sus temores y

aislamiento. Al sentir que sus cuerpos se debilitan, pierden las ilusiones que les impedían entrar en contacto con su naturaleza primigenia. Comienzan a descubrir la verdad más allá del intelecto. Comienzan a experimentar lo que nos une a todos como si fuéramos Uno, y lo que nos une a toda la creación.

Lo que somos es todo lo que tenemos

Aún en medio del sufrimiento y de la muerte, las **relaciones de cariño, de preocupación y de amor nos ayudan a dar sentido a la vida.**

Encontramos sentido cuando sentimos amor al dar y recibir amor. ¿**Cómo podemos ayudar mejor a la gente a morir?**

- Es necesario venerar la vida, en todas sus etapas, incluida la fase de la muerte.
- Es necesario aprender a escuchar nuestro corazón y a escuchar el corazón de otros.
- Es necesario aprender a tener compasión y a encontrar razones de esperanza para nosotros mismos, para nuestros seres queridos que se mueren y para los que están solos.

Teniendo en cuenta que los progresos tecnológicos y los valores de consumo han alienado a las personas de las fuentes de vida

y a la vida de la muerte, necesitamos una revolución cultural para saber enfrentar la muerte. Debemos reinventar la experiencia de muerte y descubrir que hay **formas positivas y formas negativas de morir.** Las familias y los profesionales de la salud tienen que reconocer que prestar asistencia para que las personas puedan morir bien es un objetivo fundamental de una buena atención de salud.

El "presente" es un presente

En todas las culturas, hay personas que parecen conocer y valorar su pasado y su historia, y que han aprendido a aceptar y a vivir su presente como un regalo. Muchas personas sólo aprenden a vivir el "presente como un presente", cuando descubren que la muerte pone en tela de juicio su forma de vida actual. Los que viven el presente como un regalo, parecen ser capaces de tener espacio para el misterio del incógnito futuro. La muerte es misteriosa y verdaderamente sagrada. Es probablemente nuestro mejor maestro para vivir una espiritualidad plena.

Sor Mary Grenough, hermanas Maryknoll (Burgos), P.O. Box U.P. 235, 1104 Dilman, Quezon City, Filipinas, Fax: 63-2-4381009, correo electrónico: maryksis@ibahn.net

Sitio Web: <http://www.compass.com.ph/-chd/>

Es necesaria una revolución cultural para saber enfrentarse con la muerte.

Funerales y desarrollo

Entre los Luos, uno de los principales grupos étnicos de Kenya Occidental, la muerte y los rituales de muerte son una experiencia dolorosa y costosa. Los principales gastos son los de comida, transporte, y la morgue. Generalmente los entierros no tienen lugar inmediatamente después de fallecimiento, sino que puede pasar hasta una semana, dado que la mayoría de los entierros se celebran durante el fin de semana.

Como la familia cercana generalmente no puede hacer frente a todos los gastos, el clan de la persona fallecida se encarga de reunir los fondos necesarios para el entierro. Aunque los comités, como el comité de recaudación de fondos, el comité asesor (para prestar asistencia en las gestiones necesarias), el comité funerario (para ayudar a planificar los gastos) reducen el volumen de trabajo que pesa sobre la familia de la persona fallecida, estos comités, por su

parte, suelen ser muy onerosos. Para coordinar es necesario reunirse, y las reuniones pueden ser muy caras en términos de comida, tiempo y viajes a través de largas distancias.

Y no suele perverse nada en relación con los gastos que deberá enfrentar la familia tras el entierro.

Si la persona fallecida es un hombre que muere sin haber pagado la dote de su mujer, o sin haber construido una pequeña choza quinchada al lado de la casa de los padres, será necesario pagar la dote y construir la casa antes de que el hombre pueda ser enterrado. Sólo cuando se ha pagado la dote es posible considerar el casamiento legal. Sólo una mujer casada legalmente puede practicar los rituales de limpieza después del entierro. La necesidad de construir una *simbase* debe a que no se permite a la viuda entrar en la casa de nadie antes de haber cumplido con los rituales de limpieza.

Después del entierro, la viuda deberá permanecer tres días en su casa, antes

de que pueda iniciar el ritual de limpieza. Sólo después que se ha rasurado o recortado el pelo puede volver a casarse con un miembro de la familia de su esposo fallecido.

Se cree que si uno no cumple con esos ritos, la familia sufrirá consecuencias desastrosas así como los que están cerca de ellos en esos momentos.

Los costos pueden ser menores si las personas forman grupos de apoyo y contribuyen a crear un fondo de seguros para el grupo. En caso de fallecimiento el dinero se puede utilizar para disminuir la carga de la colecta de fondos.

Los ritos culturales pueden llevarse a cabo sin despilfarro.

Lazarus Koech, Servicios de Apoyo a las Iniciativas Comunitarias (Consejo Mundial de Iglesias), P.O. Box 73860, Nairobi, Kenya, teléfono: (254-2)445 160/445020, Fax: (254-2)440306, correo electrónico: ciss@net2000ke.com

UNA RESPUESTA CRISTIANA A LA MUERTE

Aprender a morir cada día nos ayuda a no considerar la muerte final como un enemigo al que tememos. Según Peter Bellamy ese tipo de vida a través de la experiencia de la muerte es el modelo verdadero de la realidad, la clave de la existencia que encontramos en la muerte y la resurrección de Cristo.



Peter Williams/CMI

Cuidado de los pacientes en su hogar o en el hospital, colaborando con el personal de enfermería en Akademgorodk Novosibirsk (Rusia)

El nacimiento y la muerte son acontecimientos naturales interrelacionados, y la sexualidad y la procreación son el centro de la vida. Nosotros, por nuestra parte, tenemos que dejar la vida para que la próxima generación pueda, a su vez, explorar el sentido de la vida humana.

La vida contiene muchas pequeñas muertes. El proceso de "dejar" ocurre a lo largo de la vida: cuando descubrimos que ya no somos capaces de correr tan rápido como antes, cuando tenemos que mudarnos a una nueva casa o una nueva comunidad para conseguir trabajo, cuando ya no podemos tener hijos o cuando nuestros padres mueren y ya no están con nosotros. Es necesario que el grano de trigo caiga en la tierra y que muera para poder dar vida (Juan 12:24). Aferrarse inadecuadamente a la vida puede aumentar la cantidad de vida y no la calidad de la vida.

Por más natural e inevitable que sea la muerte, nuestro instinto de autopreservación y de supervivencia nos infunde un profundo temor. Las diferentes sociedades tienen diversas formas de conocer la experiencia de la muerte y de hacerle frente. Durante este siglo, en la sociedad occidental, **la muerte ha pasado a ser cada vez más un tabú.** La muerte se ha excluido de la sociedad de tal manera que la mayoría de los fallecimientos ocurren en los hospitales, en lugar de tener lugar en el entorno familiar. A los niños se los "protege" no permitiéndoles asistir a la

muerte. Y para la mayoría de las personas, los servicios fúnebres se reducen a 20 minutos en un crematorio.

La autodestructiva negación de la muerte. Como ya no se muestran señales externas de estar de luto, la sociedad no "ve" a los que lloran la muerte de un ser querido. Esta situación puede equipararse a la forma en que tratamos a las personas de otros grupos étnicos, a los que tienen SIDA, y a los discapacitados. Controlamos nuestro malestar interno organizando en la sociedad grupos que evocan en nosotros ansiedad y miedo. Al negar la muerte y el dolor que conllevan esas situaciones, negamos la vida y la plenitud a otros, y en último término, a nosotros mismos. La autodestructiva negación de la muerte es más nefasta que la muerte física.

Nuestra incapacidad de reconocer y de comprender la muerte influye en nuestras prioridades éticas y en nuestro

comportamiento. Las personas de edad en fase terminal de cáncer reciben, como paliativos, radioterapia o quimioterapia sin que se les informe que sólo el 5% puede beneficiarse de unos meses más de vida, aunque a expensas de graves efectos secundarios que disminuyen su calidad de vida. El paternalismo de la profesión médica que "conoce lo que es mejor" no ofrece la oportunidad de evaluar las opciones. Examinar, poner en tela de juicio o incluso rechazar esos tratamientos suele ser imposible.

La especialización médica impide tener en cuenta las necesidades de la persona integral. Una persona comparó su experiencia de tratamiento de cáncer con la de estar sometida a un régimen político opresivo que le permite vivir pero la destruye internamente. Ciertamente es una afrenta a la dignidad humana resucitar de forma inaceptable a una persona anciana sólo para que pueda agonizar durante unas pocas horas más. Estos ejemplos demuestran una mala utilización de los recursos que no realza la vida sino que la menoscaba.

El miedo de la muerte

Los estudios han demostrado que el miedo a la muerte se manifiesta con particular intensidad entre los médicos y las enfermeras. Las angustias y las expectativas de los pacientes y de las familias, de los cuales muchos esperan una cura milagrosa, agravan esta situación. En este contexto, es muy difícil ser franco y atreverse a comunicar una mala noticia. La verdad y la franqueza se resienten frente a la muerte. Como la mayoría de las personas del Reino Unido mueren en un hospital, este miedo a la muerte afecta a nuestra experiencia y a la manera de hacer frente al proceso de muerte.

Pasar de la muerte a la vida: señales de esperanza

El movimiento de los hospicios se inspiró en la idea de encontrar una mejor forma de morir que la que ofrecen los hospitales. Basado totalmente en los comienzos en la colaboración voluntaria se ha ido extendiendo por todo el mundo. Gracias a la investigación acerca de la mejor manera de hacer frente al dolor y a una excelente atención de enfermería este movimiento ha transformado el contexto de la muerte. Mediante programas educativos ha tratado de cambiar las actitudes y las prácticas médicas y de enfermería, tanto en los hospitales como en la comunidad.



Peter Williams/CMI

Actualmente se presta mayor atención al apoyo a las personas en fase terminal y a aquellos encargados de cuidarlas en sus hogares. Sin embargo los recursos son escasos y no se considera que sea una prioridad en el marco de la financiación de los servicios de salud.

Funeral de una joven que murió de SIDA en Rung Reang Than, una aldea a 30 kilómetros de Chiang Mai, Tailandia.

Menos del 50% de la financiación de los hospicios proviene de los servicios de salud, el resto se recauda sobre una base voluntaria. Esta ayuda voluntaria dentro de la comunidad es fundamental para que los hospicios no sean un servicio caro que beneficia a unos pocos. Este movimiento trata de hacer frente al problema de que, a pesar de que la calidad de su asistencia es

La verdad y la franqueza se resienten a menudo frente a la muerte.



Peter Williams/CMI

Anni Hanikkainen, 88 años de edad, vive en un hogar para ancianos de la Iglesia Evangélica Luterana de Ingria, Kelton, una pequeña ciudad a 20 kilómetros de San Petersburgo, Rusia.



OMS

Hay una forma de amor que enfrenta la muerte y descubre la vida.

Debemos crear comunidades de amor, compromiso y esperanza que impugnen las causas de la discriminación y de la exclusión social de los que están en fase terminal, los que han perdido a un ser querido, los discapacitados, las minorías étnicas y los pobres.

mejor que en los hospitales, las personas en fase terminal continúan siendo excluidas. La profesionalización y la medicalización cada vez mayores es un peligro para el movimiento de los hospicios que se basaba en la atención de enfermería y en el trabajo voluntario.

Alphega

En 1985, un grupo de personas se reunió para crear un grupo voluntario llamado Alphega. Una de las experiencias creativas que llevó a la creación del grupo fue la experiencia de una joven a la que se había diagnosticado de un día para otro un cáncer en la columna vertebral. Tras el tratamiento en el hospital ella y su esposo fueron a vivir a la casa de un hermano en cuya planta baja se había instalado un dormitorio para ellos.

Los vecinos se ocupaban de atenderla durante el día mientras el resto de la familia estaba trabajando. El doctor y el pastor de la comunidad la apoyaban mucho. El pastor celebraba regularmente un servicio de comunión en la casa, con imposición de manos para todos los que participaban, encomendándoles los respectivos ministerios de unos para con otros. Tras la conmoción que suscitaron la noticia y el tratamiento en el hospital, Cristina se sintió fortalecida, y pasó a ser el centro y la energía del grupo. "Todos estamos aprendiendo de esta experiencia y sabremos cómo enfrentarnos mejor con una situación similar", dijo.

Una comunidad de amor

Por último, pudo volver a su casa donde murió dieciocho meses después del diagnóstico. Su enfermedad fue un sacramento de creación de una comunidad de amor, compromiso y esperanza. Los integrantes de Alphega tratan de movilizar recursos de amor y de apoyo para ayudar a las personas que tienen enfermedades graves, evitando que las personas o las familias se vuelvan dependientes de formas de asistencia profesionales o paternalistas. El fundamento de este enfoque es la construcción de comunidades de vida y de esperanza. A lo largo de los años ha sido difícil mantener esta visión, ya que es más fácil ofrecer ayuda directamente, o formar un grupo de autoayuda, en lugar de esforzarse por construir la comunidad.

Es más fácil ocuparse de las víctimas de las situaciones de hambre y enfermedad que impedir que se produzcan. Es más fácil ofrecer consuelo durante un breve período que crear un compromiso de amor que impugna las causas de la discriminación y la exclusión social de las personas en fase terminal, de los que han perdido a un ser querido, de los discapacitados, de las minorías étnicas y de los pobres. Es más fácil crear grupos de visita para los ancianos y los discapacitados que integrarlos en la sociedad y escucharlos. Sin embargo, hay una forma de amor que enfrenta la muerte y descubre la vida.

El amor expulsa el miedo

Para la comunidad cristiana el amor es el valor supremo que puede conjurar el miedo. En la ceremonia, del "miércoles de cenizas", las cenizas colocadas delante nuestro son un recuerdo pujante de nuestra mortalidad. Mediante el bautismo nos unimos a la muerte y la resurrección de Cristo. Tenemos que crear un nuevo modelo de vida a través de la muerte. Tenemos que debatirnos con cada nueva situación que se nos plantea para poder colaborar con el Dios que da la vida a través de la muerte, que nos apoya aún en los momentos de mayor dolor y sufrimiento. Aprender a morir cada día significa que la muerte última no ha de venir como un enemigo al que tememos. Esta vida a través de la experiencia de la muerte es una experiencia auténtica de la realidad, la clave de una existencia basada en la muerte y la resurrección de Cristo.

Peter Bellamy, 51 St. Denis Road, Selly oak, Birmingham, Reino Unido B29 4JY, teléfono: 44-121-475 6363, correo electrónico: pbellamy@westhill.ac.uk.

HACER FRENTE A LA MUERTE: EN LA ACEPTACIÓN SE ENCUENTRA LA PAZ

Usha Jesudason, una periodista residente en Vellore (India), describe cómo su familia aprendió a vivir y a amar de forma profunda y absoluta durante el período que precedió a la muerte de su esposo, Kumar Jesudason, un especialista en lepra conocido internacionalmente.

Kumar, mi esposo, iba a morir. Había estado sufriendo debido al mal estado de su hígado tras contraer una hepatitis B. Durante dos años había sido hospitalizado en muchas ocasiones y había sufrido mucho. Había estado varias veces en estado de coma hepático. Había perdido mucho peso, y sus brazos estaban inflamados por las heridas que le habían hecho para inyectarle el suero. Su estómago estaba hinchado por exceso de líquido. Sus pies estaban hinchados y pesados. Sentía dolores terribles en todo el cuerpo. Pero mucho más que su dolor físico, le resultaba difícil soportar la agonía de saber que nada más podían hacer por él y que los doctores se limitaban a prolongar su vida sacándolo de los estados de coma con dosis elevadas de antibióticos y otros procedimientos médicos.

Quando se despertó del tercer coma estaba muy enojado y dijo "¿cuánto más sufrimiento me harán ustedes soportar? Y dijo con profunda tristeza: "Ustedes saben que ya nada se puede hacer por mí actualmente. Por favor déjenme irme en paz, quiero ir a mi casa y quiero morir en paz y con dignidad." Yo asentí con lágrimas en los ojos. Aceptamos que la próxima vez que entrara en coma yo no lo llevaría al hospital sino que quedaría en casa y cuidaría de él hasta que se muriera. Se negó a recibir cualquier otro tratamiento que no fuera un tratamiento sedativo para el dolor y la ansiedad. Kumar no había



Quando se enfrenta la muerte con valor y fe puede ser una experiencia positiva que une como el amor.

dejado de luchar por la vida, aún quería vivir, pero quería vivir a su manera. Sabía que sólo le quedaba un breve período de vida, quizás sólo algunos días y quería pasar esos días con su familia, con sus hijos y con otros seres queridos. No quería quedarse en la atmósfera estéril, fría e impersonal de una unidad de cuidados intensivos.

Quando salió del hospital por última vez, estaba amargamente enojado con Dios por negarle la posibilidad de curarse. Estaba perdiendo todo lo que tenía significado para él en la vida: su trabajo como médico entre los leprosos, su reputación como científico internacional, su función de jefe de la familia e incluso su prestancia. Su enfado, su amargura y su tristeza llegaron a un punto tal en el que nada tenía sentido. Simplemente no podía aceptar que esto era el fin de su vida y de sus sueños. Todos esos sentimientos lo apartaron de mí y yo estaba aterrorizada no sólo de perderlo sino de perder su amor. Aunque la muerte sea la experiencia humana más común, la muerte es incom-

Quando Kumar supo que le restaba sólo un breve período de vida, quiso pasar todo el tiempo posible en casa con su familia, con sus hijos y con otros seres queridos. No quiso pasar los días que le quedaban en la atmósfera estéril, fría e impersonal de una unidad de cuidados intensivos.

“¿Qué significa realmente curación?” preguntó Kumar a un amigo que estaba llorando por él. “¿Liberación del dolor? ¿Un cambio total en la enfermedad? ¿Volver al tipo de vida que yo llevaba antes? Todo esto es en cierto sentido curación. Pero hay un tipo de curación que es mucho más que todo esto.”

prensible, desconocida, un misterio para todos. Como todas las cosas desconocidas conlleva un escalofriante sentimiento de miedo. En realidad, Kumar rehuía ese miedo a la muerte, el lento proceso de morir, enfrentar lo desconocido y el dolor de tener que dejarnos a nosotros, su familia, así como la profunda soledad de la muerte. Era eso lo que lo separaba de mí.

Nuestra familia y nuestros amigos que habían estado orando por la curación de Kumar estaban sorprendidos ante su decisión. Aceptar que alguien que uno quiere tenga una enfermedad terminal, que no puede curarse, es probablemente el mayor sufrimiento en la vida. Y suele ser difícil para la familia más cercana enfrentarse con la verdad y ofrecer el amor y el apoyo que esa persona enferma necesita.

El día después que salimos del hospital era domingo. Había dado un baño a Kumar y nos sentamos en el jardín al sol rodeados de flores y de algunos familiares cercanos y de amigos. Nuestro pastor había venido con pan y vino para celebrar el último servicio de comunión, un servicio de unción por Kumar. También habría de ungirlo con aceite y orado por su “curación o su liberación”. Cada uno de nosotros participó en la ceremonia. Fue un acto de consagración en el que todos colocamos las manos sobre Kumar con amor, y esas manos se transformaron en las manos de Dios que aportaban curación. Nuestro amor, nuestras oraciones y las palabras del servicio de Santa Cena conmovieron profundamente a Kumar. Después del servicio su rostro estaba radiante. Las tensiones, el miedo y el dolor, y la terrible irritación que había sentido durante tanto tiempo habían desaparecido. Finalmente había aceptado lo inevitable en lo profundo de su ser. Había entregado su espíritu atormentado y su cuerpo exhausto a Dios. “Que se haga tu voluntad, oh Señor, y si esto significa separarme de todo lo que amo, que así sea”. Mientras decía esta oración en voz baja, lo inundaba la paz con toda su belleza.

Ambos nos sentimos invadidos por un sentimiento de apremio. A partir de ese momento cada hora fue una celebración de la vida y de nuestro amor. Jugamos por última vez al “escrable”. Escuchamos nuestra música favorita, miramos todas las fotos de los álbumes y dedicamos

tiempo a nuestros hijos. Para James, nuestro hijo mayor, que tenía 14 años, para John, que tenía 10, y para Malika, nuestra hija que sólo tenía 14 meses, pasar esos momentos con su padre fue una prioridad. Se sentaban en el jardín al sol y escuchaban sus chistes, pasaban tiempo leyéndole, y jugaban a la pelota con él con cuidado. Malika le trajo su patito (uno de verdad) y juntos le dieron de comer migas de pan. Kumar aún podía disfrutar de las actividades sencillas de cada día con sus hijos.

Nuestros amigos de Vellore vinieron a vernos a menudo trayendo comida para almuerzo o la cena a fin de poder pasar más tiempo juntos. Vecinos serviciales nos trajeron comidas especiales ya que todos teníamos poco apetito. Nos trajeron las flores que adornaban la iglesia con palabras de cariño. Todo esto nos hizo sentir muy amados. En familia comenzamos a ver los diversos aspectos de la curación. Las personas piensan generalmente sólo en la curación física. “¿Qué significa realmente curación?”, preguntó Kumar a un amigo que estaba llorando por él: ¿“Liberación de nuestro dolor?; ¿Un cambio total en la enfermedad?; ¿Volver al tipo de vida que yo llevaba antes? Todo esto es en cierto sentido curación. Pero hay un tipo de curación que es mucho más necesaria para la vida: la curación de nuestro ser integral. La curación de nuestras contradictorias emociones, de nuestros sentimientos de resentimiento y de ira. Esta es la curación que he experimentado ahora, y, en la aceptación de la muerte, he encontrado la paz”.

El mes que vivió Kumar después de la decisión de no volver al hospital fue el período más triste de nuestra vida, pero también el mejor. Aprendimos a ser francos unos con otros, a compartir todo lo que venía a nuestra mente y acongojaba nuestro corazón, y nos sentíamos libres para vivir y amar de forma especialmente profunda y plena. Aprendimos también que, aunque digamos “hasta que la muerte nos separe”, el amor es de hecho más fuerte que la muerte y cuando se enfrenta la muerte con valor y fe, puede ser una experiencia positiva que une como el amor.

Usha Jesudason, 6 East Coast Road, 12th Gandhi Nagar, Vellore, Tamil Nadu, India, correo electrónico: usha56@md4.vsnl.net.in



Ilustración de "In Touch with The Grail"

Esta lista incluye los nombres y las direcciones de algunos de los contactos y publicaciones que pueden serles útiles para prestar asistencia a las familias que se enfrentan con la muerte o con la pérdida de un ser querido, y para cuidar a los que están en fase terminal.

PUBLICACIONES DEL CMI

Overcoming the threat of death: A journal of one Christian's encounter with cancer. Reflexiones personales de Arie Brower, ex secretario general adjunto del Consejo Mundial de Iglesias. Esta publicación tiene 105 páginas. ISBN2-8254-1125-6

El movimiento de los hospicios: acompañar a los moribundos con amor y competencia. Contact No. 107, 1991. Este número de Contact es un material de referencia importante para los que están pensando en crear un hospicio u organizando la atención para los enfermos en fase terminal.

Death and life in different cultures. Un informe de un seminario muy interesante sobre el tema de la muerte y la vida en las diferentes culturas, organizado por la Comisión Médica Cristiana del CMI y el Instituto Ecuménico de Bossey, en 1981, en Suiza.

Señora Nanda Chandrasekharan. Equipo de Misión y Evangelización, Sector de Estudio y Acción, Consejo Mundial de Iglesias, 150 Route de Ferney, Apartado 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza.

OTRAS PUBLICACIONES

Primary AIDS care de Clive Evans. Guía práctica para el personal de atención primaria de salud, encargado de la asistencia clínica y del apoyo a las personas con VIH/SIDA. El libro tiene 260 páginas e incluye asesoramiento práctico sobre apoyo psicológico en momentos de aflicción, crisis, muerte y luto. 1993. Puede solicitarse a Jacana Education.

We miss you all. Noerine Kaleeba. AIDS in the family. Un relato de una familia ugandesa sobre cómo hizo frente a la lucha espiritual y a los problemas prácticos durante el período de luto. Publicado en 1991 por el proyecto Women and AIDS Support Network Book (WASN) Project.

On death and dying. Un libro clásico de Elisabeth Kübler-Ross para todos aquellos que se enfrentan con situaciones de muerte. Una guía útil para comprender nuestros propios sentimientos. Cuesta 8,80 dólares EE.UU. y puede solicitarse a Collier Books. ISBN 06-84839385.

I will lie down in peace de Usha Jesudason. Relato de cómo una familia se transformó pasando de la confusión,

el dolor y la soledad de una enfermedad terminal a una experiencia de positiva curación. 1998. Cuesta 150 rupias y puede solicitarse a Rupa & Co. y East West Books. ISBN 81-86852-21-2.

Intimate death: how the dying teach us to live. Escrito con amor y dignidad, inspirándose en experiencias personales con pacientes y personas encargadas de cuidarlos de Marie de Hennezel. Cuesta 7,99 libras y puede solicitarse a Warner Books ISBN 0-7515-2332.

In life and in death we belong to God: euthanasia, assisted suicide and end-of-life issues - a study guide. Este libro de 59 páginas, publicado en 1995, examina los problemas teológicos que plantea el debate sobre la eutanasia y el suicidio asistido. Puede solicitarse a Presbyterian Distribution Services.

Principles of Palliative Care. Es un compendio de documentación de estudio sobre la asistencia a pacientes terminales, preparado por Graham E. Marlin. Este útil volumen contiene capítulos sobre la comprensión de la enfermedad como amenaza para la

vida, la asistencia después de la muerte, el control de los síntomas de los pacientes de VIH/SIDA en fase terminal, la cuestión ética asociada a la enfermedad como amenaza para la vida y los sentimientos de pérdida y de dolor. Cuesta 7,50 dólares EE.UU, incluido el franqueo para el extranjero, y puede solicitarse a CMAI (India).

Grief and bereavement: understanding children. Este folleto preparado por Ann Couldrick los ayudará a comprender algunas de las formas en que los niños responden al dolor y cómo es posible ayudarlos. Puede solicitarse a The Study Centre.

Death Studies. Una revista para los que se ocupan de enfermos terminales y de sus familias. Si desean que se les envíe un ejemplar gratuito hagan llegar su nombre y dirección con la indicación "Death Studies Free Sample Copy", Taylor & Frances Ltd, Rankine Road, Basingstoke, Hampshire, RG 24 8 PR UK

Death & Dying, sitio internet para quienes han perdido a un ser querido o se enfrentan con su pérdida o con la propia muerte en un próximo futuro.

Jacana Education
Private Bag 2004
2041 Houghton
Sudáfrica

WASN
P.O. Box 1554
Harare
Zimbabwe

Collier Books
<http://www.amazon.com/>

East West Books Madras y Rupa & Co,
7/16, Ansari Road, Daryaganj
New Delhi 110 002, India

Warner Books, Little Brown and Company (UK)
Bettenham House
Lancaster Place, London
WC2E 7EN, Reino Unido

Presbyterian Distribution Services, 100 Witherspoon Street, Louisville, KY 40202-1386, Estados Unidos

CMAI, Nueva Delhi
Véase la dirección en la contraportada
The Study Centre Coordinator,
Sr. Michael Sobell House,
Churchill Hospital,
Oxford OX3 7LJ. Reino Unido

Death & Dying
<http://www.Death-dying.com>,
correo electrónico:
webmistress@death-dying.com

COLOCARNOS EN LAS MANOS DE DIOS

ROMANOS 14: 7-9

La siguiente reflexión fue escrita por la Rev. Elisabeth Schlunk, pastora ordenada de la Iglesia Evangélica de Württemberg, Alemania, y capellana del Hospital Tropenlinik Paul-Lechler, Instituto Alemán de Misiones Médicas (DIFÄM), Tübingen.

La vida tiene un sentido que trasciende la comprensión humana. Las palabras “ninguno de nosotros vive para sí y ninguno muere para sí” pueden parecer extrañas para quienes viven una vida solitaria, para quienes por el hecho de ser jóvenes, ricos, o por otra razón, piensan que se pueden bastar a sí mismos, y para quienes mueren marginados y excluidos.

La verdad es que a lo largo de toda nuestra vida necesitamos de otras personas: nuestros vecinos, nuestros amigos y nuestros parientes. De la misma manera que necesitamos a los otros seres humanos, también necesitamos a Cristo como prójimo, amigo y hermano.

Leamos Romanos 14:8

¿Podemos decir que siempre “vivimos para el Señor”, que vivimos una vida para Cristo, con su poder y en estrecha comunión con él? ¿Qué significan estas palabras para una persona que se enfrenta con el fin de una vida solitaria, triste y dura? ¿Ha sido su vida un desperdicio?

¿Y qué decir de otros que, cuando se enfrentan con la muerte se acuerdan de sus errores, de las oportunidades que perdieron y del trágico destino que tuvieron y se hacen preguntas acerca del objetivo y el sentido de la vida? ¿Han sido sus vidas un desperdicio? Éste no es ciertamente el punto de vista cristiano.

“En Cristo” nuestras vidas tienen un objetivo y un sentido.

Sea que vivamos sea que muramos, pertenecemos a Jesús, el Señor de la vida y de la muerte que restaura en nosotros la plenitud. Y cuando morimos, decimos, junto con Pablo, “y si morimos, para el Señor morimos”, colocándonos en las manos de Jesús que se acerca a nosotros desde la cruz.

Un paciente terminal con un tumor en el cerebro me

pidió la santa comunión para poder sentirse en paz. Yo canté para él el conocido himno: “Tu palabra es verdadera y no defrauda, cumple sus promesas en la vida y en la muerte. Ahora soy tuyo y tú eres mío, te entrego mi vida.” El paciente apretaba el crucifijo y tocó con él sus labios.

Leamos Juan 21: 1-6

Si confiamos en nosotros mismos, como Pedro cuando llamó a los otros discípulos para que fueran a pescar con él, nuestras redes también seguirán vacías. Cuando Cristo resucitado coloca a sus discípulos en la orilla y los envía a pescar nuevamente, sus redes se llenan de peces.

Un predicador que estaba muy enfermo, entendió el relato de las redes llenas de peces de esta manera: “Quizá, incluso la última noche, la noche de la muerte que todos debemos enfrentar, será diferente, si yo sé que, por la mañana, Cristo estará conmigo en la orilla”.

Ciertamente esa mañana será diferente de todas las que habremos vivido.

Preguntas para el debate en grupos

1. Los creyentes de otras religiones o las personas que no tienen religión participan en discusiones acerca del significado de la vida. ¿Qué importancia tiene el “significado de la vida” según el artículo de Sor Mary Grenough sobre la muerte en diferentes culturas y la experiencia personal de Usha Jesudason?
2. ¿Qué influencia tiene nuestra comprensión cristiana de la muerte en nuestro trabajo con las personas que están en fase terminal y sus familias?

Este Estudio Bíblico fue traducido del alemán al inglés por Heike Scaal.



VIABILIDAD DE LOS HOSPITALES DE LA IGLESIA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

¿Qué función deben tener los hospitales en la “misión de curación de la iglesia”? Christina de Vries, asesora médica de varias organizaciones donantes holandesas relacionadas con la iglesia, hace una reseña del libro Sustainability of church hospitals in developing countries – A search for criteria for success, de R.K.O. Asante, basado en un estudio cualitativo de la viabilidad, la calidad y la gestión de 43 hospitales de las iglesias en nueve países africanos y dos países asiáticos.

Uno de los primeros capítulos de este interesante libro trata de las perspectivas teológicas en relación con la atención de salud y la iglesia. Muchas iglesias de África y Asia interpretan el mandamiento de Jesús a sus discípulos de predicar, enseñar y curar como tareas centrales e inseparables de la iglesia, y se transforman en importantes centros de salud en los respectivos países.

Ubicación

El autor señala con toda razón que muchos servicios de salud de las iglesias, se construyeron cerca de los sectores pobres de la población, en contextos muy pocos propicios, para tratar de hacer frente a las desigualdades en el acceso a la atención de salud. Por otra parte la rivalidad con los servicios de atención de salud privados ha tenido un efecto negativo para la zona a la que atienden los hospitales, en muchas partes de África, ya que los pacientes que pueden pagar tienen ahora más opciones. Una investigación llevada a cabo en Zambia demostró que (a pesar de lo que queramos pensar), la calidad de los hospitales de la iglesia, en gran parte debido a la falta de una administración profesional, no es mejor que la de otros hospitales.

El dilema entre las instituciones de salud que se esfuerzan por ser viables y los pobres que luchan por obtener una atención de salud accesible, parece imposible de resolver. En la comparación entre los hospitales sostenibles y los hospitales que no tienen una buena administración se califica a la primera categoría como “demasiado cara; son pocos los que la pueden pagar” y a la segunda categoría como “es cara y no vale lo que cuesta”



Red de Salud Mundial

Una evaluación del Dr. S. Flessa sobre los costos de los servicios de la salud de la Iglesia Evangélica Luterana de Tanzania puso en evidencia que:

- Los costos de los servicios de salud adecuados son mucho más elevados de lo que se podría pensar, y dependen tanto de la **eficacia de la administración** del hospital como de la **cantidad de servicios**.

La eficacia de la “distribución”

Según Flessa, en Tanzania el aumento de la eficacia técnica no garantizará la supervivencia de los servicios de salud relacionados con las iglesias a menos que mejoren su capacidad de designar recursos. Por eficacia de distribución se entiende la reasignación de fondos a niveles más bajos de servicios de atención de salud; a dispensarios y centros de salud más económicos en su funcionamiento y más accesibles. Según el estudio del Dr. Flessa cuando la atención de

La existencia de los servicios de salud administrados por las iglesias depende de la reasignación de fondos a servicios de un nivel inferior así como a dispensarios y centros sanitarios a precios más razonables.

Muchos hospitales que pertenecen a las iglesias de África y Asia se ven enfrentados con la tensión que existe entre la viabilidad y la posibilidad de ofrecer una atención de salud a un costo accesible.

La calidad, una buena gestión y una dirección que mire hacia el futuro con visión son las condiciones esenciales para la existencia de los servicios de salud de las iglesias.

salud sigue prestándose en los hospitales no es realista esforzarse, al mismo tiempo, por “viabilidad” y precios “asequibles”.

Sistemas de salud viables

Sería mejor examinar la viabilidad de todo el sistema de salud que administra una iglesia. Los servicios de salud serán más idóneos, más utilizados y más eficaces en función de los costos y viables si se reúnen las siguientes condiciones:

- una distribución geográfica racional de los sistemas de atención primaria de salud;
- un sistema de envío de pacientes a uno o más hospitales y/o instituciones especializadas; y
- actividades idóneas de atención de salud preventiva.

Christian Organisations Research Advisory Trust (CORAT) en África organizó una consulta sobre “La iglesia en la prestación servicios de salud y sus opciones estratégicas”, en diciembre de 1998. Un número cada vez mayor de hospitales de África se enfrenta con importantes problemas financieros. ¿Deben las iglesias aferrarse a sus instituciones hospitalarias o deberían adaptarse a las nuevas condiciones? ¿Acaso el camino a seguir sería la cooperación o la colaboración con las estructuras estatales?

La viabilidad de los hospitales de las iglesias depende de la calidad de los servicios de atención de salud. Y la calidad depende de la visión, y del nivel de gestión y dirección. Si se cuenta con buenos sistemas de control interno, es necesario establecer un plan de mantenimiento preventivo, una gestión prudente en cuanto a los costos y planes de financiación alternativos.

Por más interesantes que sean algunos de los ejemplos del Doctor Asante acerca de las mejores prácticas que contribuyen al éxito de un hospital, son discutibles. Permitir que ex pacientes trabajen en la lavandería del hospital durante algunas semanas para pagar su tratamiento puede hacer que los pacientes pobres queden aún más atrapados en el ciclo descendente de la pobreza.



Ray Colliver/Servicio de Salud Primaria... ¿entonces, a quién le importa?

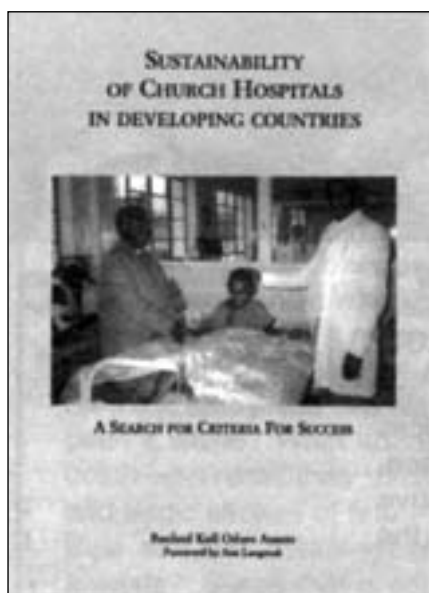
Se necesita una visión

El mensaje central del libro es que, aunque una buena administración y una buena dirección sean esenciales, no bastan ya que no lograrán la sostenibilidad de los hospitales ni permitirán que sean accesibles. Los dirigentes de la iglesia necesitan tener una idea clara del papel que pueden desempeñar los hospitales en la “misión de curación de la iglesia”. Hay muchas tareas que los profesionales de la salud y los miembros de la iglesia pueden llevar a cabo fuera de las paredes del hospital. Todos debemos trabajar juntos a fin de que la iglesia pueda sostener, sustentar y apoyar la misión de salud y salvación (salud y salvación proceden de la misma palabra latina). No podemos dejar la responsabilidad de esta misión enteramente en las manos del personal del hospital.

Documentación

1. *Sustainability of church hospitals in developing countries – A search for criteria for success* (100 páginas). R.K.O. Asante (1998) CMI. ISBN 2-8254-1285-6 (puede solicitarse a la señora Nanda Chandrasekharan, Equipo de Misión y Curación, Consejo Mundial de Iglesias).
2. *Church in health service provision and her strategic choices*, documentos de conferencia inéditos, diciembre de 1998. CORAT, P.O. Box 42493, Nairobi, Kenya, correo electrónico: coratafrica@maf.org
3. *The costs of hospital services: a case study of Evangelical Lutheran Church hospitals in Tanzania*, S. Flessa, *Health Policy and Planning*; 13(4): 397-407. Oxford University Press 1998.

Christina de Vries, Secretaría de Coordinación Médica, Ledsestraatweg 11, P.O. Box 12, 2340 AA, Oegstgeest, Países Bajos. Fax: 31-(0)-71-5153601. Correo electrónico: mc5544@xs4all.nl



PUBLICACIONES ÚTILES

Ustedes pueden utilizar esta serie de 16 carteles sobre el camino de la fe, los derechos humanos (cuestiones de paz y justicia), el pueblo del jubileo: (personas en situaciones de riesgo) y la iglesia y la comunidad, por separado, por temas o en su totalidad. Los carteles los ayudarán a celebrar el 50 aniversario del CMI, a exponer el contexto ecuménico de misión y evangelización, o como material de referencia para los grupos de estudio bíblico. Esta serie de carteles se vende a 50 francos suizos, franqueo no incluido. Puede solicitarse al Consejo Mundial de Iglesias/Artes Visuales, 150 Route de Ferney, Apartado 2100, 1211 Ginebra 2, Suiza. Correo electrónico: photo@info.wcc-coe.org

Un camino de fe

Veintitrés comunidades con bajos ingresos de la provincia de Copperbelt (Zambia), en el marco de un programa coordinado por la Diócesis Católica Ndola, pudieron integrar con éxito el control de la tuberculosis en la atención a domicilio para personas con VIH/SIDA y sus familias. Más de 500 voluntarios, principalmente mujeres, son la clave de este éxito. Este libro de 68 páginas y el vídeo se publicaron en el marco de Strategies for Hope, un proyecto de una ONG británica, Action Aid. El precio del libro es 3,50 libras; el vídeo 35 libras (PAL) y 25 libras (NTSC). Se envían gratuitamente para las organizaciones de África subsahariana si se solicitan a TALC, P.O. Box 49, St Albans, Herts AL1 5TX, RU. Correo electrónico: talcul@btinternet.com

Under the Mupundu tree

Strategies for Hope, 93 Divinity Road, Oxford OX 1LN, RU fax 44-1865-722 203. Correo electrónico: stratshope@aol.com. Sitio web: <http://www.stratshope.org>

“En el Desierto de la Violencia y Abuso creció una flor para dar vida” de la serie Apuntes para la Acción Año 2, Nº 3, Septiembre del 2000. La descripción del trabajo en violencia doméstica y abuso sexual infantil, realizado por el Grupo de Salud Poblacional Llareta es el documento que acaba de publicar EPES en conjunto con esta organización. El documento incluye una revisión de los elementos que caracterizan la trayectoria de casi 16 años del Grupo de Salud Llareta. Presenta las visiones, la estrategia y metodologías con las que se busca hacer visible y desmitificar la violencia y ayudar a otras mujeres y sus familias a enfrentar este problema. Las conclusiones dan cuenta de un conjunto de orientaciones para el trabajo en violencia doméstica y abuso sexual infantil, las que pueden contribuir a la práctica que desarrollan organismos comunitarios, municipales y estatales encargados de abordar estos problemas. EPES, General Korner 38. El Bosque, Santiago, Chile. Fono/fax: (562) 5486021. Correo electrónico: ielch@epes.cnt.cl

En el Desierto de la Violencia y Abuso creció una flor para dar vida

4

Hermanos de EPES, Iglesia Evangélica Luterana en Chile:

Cartas

Saludos desde Ecuador. Deseamos agradecerles el envío de la Revista Contact. Para nosotros es muy importante pues la distribuimos entre nuestros estudiantes líderes de comunidades indígenas de las provincias de la Sierra ecuatoriana. Tenemos un colegio de educación popular a distancia que trabaja en los sectores marginados, suburbanos y campesinos, especialmente quichuas. Esta revista les permite conocer lo que se está haciendo en otras regiones en lo tocante a la salud popular y ver qué de esta información se puede aplicar en su medio. Nos agradecería también ver en esta revista cuestiones relativas a nuestro continente. Gracias otra vez.

*Aldo Funes.
Ecuador.*

Srta. Sonia Covarrubias

EPES

Inmensa alegría me produjo recibir tu carta y ver de nuevo CONTACT!!!! La recibo desdeel número !!! CONTACT cumple un gran servicio informador-comunicador-dinamizador. Me alegra mucho que esté otra vez en circulación y me da muchas esperanzas. Quedo a vuestra disposición. Un cordial saludo a ti a todo el equipo de EPES.

*Julio Monsalvo
INCUPO
Argentina*

ANUNCIOS

**Asamblea del 2000 por la Salud del Pueblo**

Esta Asamblea se celebrará, del 4 al 8 de diciembre de 2000, cerca de Dhaka, (Bangladesh), y tiene como objetivo intercambiar, examinar e interpretar las enriquecedoras experiencias de muchos años de diferentes grupos y comunidades de todo el mundo en el marco de la salud y de cuestiones conexas con miras a poder elaborar directrices normativas claras, prácticas y democráticas.

La Asamblea estará precedida por numerosas actividades preparatorias y tendrá como seguimiento la formación de redes de defensa y promoción de los derechos de los más desfavorecidos entre los participantes y las organizaciones.

Actividades previas a la Asamblea. Una Carta de la Salud de los Pueblos se elaborará y se presentará en la Asamblea que se encargará de afinarla. Las actividades previas a la Asamblea incluyen:

- Análisis de las principales cuestiones sanitarias con las que se enfrenta el mundo.
- Reuniones por país y regionales sobre estrategias para hacer frente a los problemas prioritarios de la salud.
- Estudios de casos, experiencias y relatos para

reseñar las experiencias relativas a la salud y a los problemas sanitarios, hacer un análisis de las causas principales, las iniciativas, los ejemplos de éxito, los fracasos y las propuestas para el futuro.

Actividades de la Asamblea. Discursos, presentaciones analíticas, intercambio de testimonios y de relatos sobre prácticas y preocupaciones relacionadas con la salud, talleres, debates, presentaciones culturales y audiovisuales, exposiciones, discusión y ratificación de la Carta por la Salud de los Pueblos.

Foro. Inmediatamente después de la Asamblea se celebrará un Foro especial durante una semana para quienes quieran ahondar en su comprensión de las cuestiones de salud y aumentar su competencia.

Actividades posteriores a la Asamblea. Actividades de defensa de los más desfavorecidos y de presión a niveles local, nacional e internacional; también se prevé la publicación de material relacionado con la Asamblea.

Persona de contacto: Janet Maychi, PHA Secretariat Consumers International Regional Office for Asia and the Pacific (CI ROAP) 250-A Jalan Air Item 10460 Penang Malasia, fax: 604-228 6506, correo electrónico: Phasec@pha2000.org, sitio web: <http://www.pha2000.org>

INFORMACIÓN SOBRE IBFAN

A los lectores de Contact interesará saber que se publica actualmente un nuevo boletín de la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil (IBFAN), una coalición de grupos de utilidad pública que tiene como objetivo promover la salud y el bienestar de los niños mediante la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna y de las mejores prácticas de

alimentación complementarias. En el boletín se seguirán de cerca las prácticas comerciales peligrosas y se continuará haciendo presión y abogamiento. Se distribuirá en todo el mundo y se traducirá al español, francés e inglés. Se puede solicitar a INFAC, Canadá, 6 Trinity Square, Toronto, Ontario, Canadá M5G 1B1. Correo electrónico: infact@ftn.net.

Contact es una publicación periódica sobre salud y desarrollo de la comunidad del Consejo Mundial de Iglesias. En los artículos se abordan diversos aspectos de la participación de la comunidad y las iglesias en la esfera de la salud, y se intenta dar información sobre enfoques actuales, innovadores y precursores de la promoción de la salud integral. Es una publicación conjunta del Consejo Mundial de Iglesias, la

Asociación Médica Cristiana de la India, el Instituto Alemán para Misiones Médicas de Tübingen y la Secretaría de Coordinación Médica de los Países Bajos. Se publica cuatro veces al año en español, inglés y francés. Su circulación actual es de aproximadamente 15.000 ejemplares. Los artículos pueden reproducirse libremente a condición de que se cite como fuente: *Contact*, publicación del Consejo Mundial de Iglesias. En el primer número del año se publica, en cada una de las

versiones de los distintos idiomas, la lista completa de los números anteriores de la revista.

La versión en francés de *Contact* está siendo producida y distribuida por IPASC, Costa de Marfil, Africa. Correo electrónico:

lpasc@liverpool.ac.uk

Comité de redacción: Rainward Bastian, Christoph Benn, Sara Bhattacharji, Cherian Thomas, Darlena David, Christina de Vries, Elizabeth Moran y Diana Smith. Jefa de redacción: Darlena David.

Diseño: Indira Mark.

Toda la correspondencia debe dirigirse a: **Christian Medical Association of India, 2, A-3 Local Shopping Centre, Janakpuri, Nueva Delhi 110 058, India. Tel.: 91 11 559991/2/3, 5521502. Fax: 91 11 5598150. Correo electrónico: subscribe@cmal.org** *Contact* también puede solicitarse al Consejo Mundial de Iglesias. Sitio Web: <http://www.wcc-coe.org>

La versión en español de *Contact* está siendo producida y distribuida por **Educación Popular en Salud (EPES)**, de la Iglesia Evangélica Luterana en Chile, en colaboración con Colectivo Con-spirando.

Toda correspondencia puede ser dirigida a: **EPES, General Korner 38. El Bosque, Santiago, Chile. Fono: (56-2) 5487617; Fax: (56-2) 5486021. Correo electrónico: ielch@epes.cnt.cl**