

# La vivencia del duelo

## Pautas para el acompañamiento pastoral a las personas con enfermedad terminal<sup>1</sup> y a sus familiares

EDWIN JOSÉ MORA GUEVARA<sup>2</sup>

### INTRODUCCIÓN

La palabra “duelo” (del latín *dolus*), significa literalmente “dolor”. Estar en duelo es sentir dolor, en muchas ocasiones intenso. Esto

---

<sup>1</sup>“Terminal”, dicese de la estructura o proceso que se aproxima a su fin (Mercé 1993, 1053). La enfermedad terminal es aquella que tiene una serie de características que en concurrencia, llevarán a la persona que la padece a la muerte en un pronóstico de vida inferior a los seis meses (Sepal 2001). Estas características son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, no curable aún.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a los seis meses.

<sup>2</sup>Edwin Mora es profesor en la UBL.

depende de muchos factores intrapersonales y externos a la persona que sufre. Se siente dolor por la pérdida de alguien o de algo, o bien por la anticipación de esa pérdida. Ese sufrimiento se expresa en todas las dimensiones constitutivas del ser humano: emocional, social, cultural, espiritual y física.

Los procesos de duelo consisten en la elaboración de las pérdidas. Las continuas muertes o micro-muertes, así como los “nacimientos” son parte del devenir humano que está sometido al cambio constante.

Lo que para una persona puede representar una pérdida significativa, para otra no. De manera que la percepción del duelo y la resolución adecuada o inadecuada del mismo está mediada por elementos subjetivos y por el proceso de socialización-educación que brindará a cada persona pautas para reaccionar frente al dolor de las pérdidas en la vida.

Es necesario que quienes ofrecen acompañamiento pastoral a las personas con enfermedad terminal y a sus familias,<sup>3</sup> es decir, quienes brindan este soporte espiritual específico, conozcan los procesos de duelo, sus etapas, las reacciones que las personas podrían manifestar en cada etapa y la resolución adecuada del mismo, así como lineamientos sobre las acciones recomendadas desde el área de la espiritualidad. Además, reconocer cuando una persona no está resolviendo sus duelos en forma adecuada y saber qué hacer al respecto, son destrezas importantes en la calidad del soporte espiritual en esta situación.

---

<sup>3</sup> Este acompañamiento pastoral o *soporte espiritual* se entiende en este artículo como aquel conjunto de acciones pastorales específicas para dar apoyo, sostén, firmeza, auxilio a las personas que sufren (en este caso enfermedad terminal). Este soporte se realiza de una manera constructiva y afirmativa del sujeto, con el respeto de sus pensamientos y sentimientos especialmente en relación con la espiritualidad.

En este artículo se proponen algunos conocimientos básicos sobre las teorías del duelo necesarios para el acompañamiento pastoral a la persona con enfermedad terminal y a su familia. También se brindan algunas pautas sobre el procedimiento de acompañamiento en cada etapa. Aunque el artículo se inscribe dentro del soporte espiritual a la persona con enfermedad en etapa final y su familia, las pautas son aplicables a los diversos duelos que como seres humanos elaboramos constantemente.

## DEFINICIÓN DE DUELO

El duelo es “la respuesta emotiva y natural a la pérdida de alguien o de algo. Se manifiesta en el proceso de relaciones que siguen a una separación”. (Fonnegra 1999, 3). Los procesos de duelo nos acompañan durante toda nuestra vida, desde el nacimiento (primer ruptura) hasta la muerte (última ruptura). Esta última ruptura cuando se da con relación a allegados y seres queridos, se considera la más aguda y causante de traumas. “El duelo por la muerte de un ser querido es el más agudo y el más difícil de superar” (Martínez 2000, 73). El suceso de la muerte de un ser querido también influye en la percepción del duelo de distintas formas. El tipo de muerte podría tener que ver con la intensidad con la que se experimente el duelo. No es lo mismo una muerte trágica, que la que sigue a una enfermedad que permitió la preparación emocional y espiritual para iniciar la elaboración del duelo de forma anticipada. De igual forma, el duelo anticipado que hace la persona cuando se le ha anunciado la proximidad de su muerte mediante la comunicación de un diagnóstico de difícil pronóstico vital, puede tener esas mismas características señaladas anteriormente: esto es, agudo y difícil. La edad de la persona que muere también influye en la percepción del dolor de quienes le sobreviven, así como muchos otros aspectos.

En los procesos de duelo se entrecruzan pérdidas tangibles y simbólicas a la vez (Martínez, 2000). La separación, el divorcio, la pérdida de un trabajo, de un sueño no realizado, de un ser querido, de la salud, la amenaza que significa enfrentarse a la propia muerte, son pérdidas que implican elementos tangibles pero que entrañan una serie de simbolismos y significados para las personas afectadas. Por ejemplo, el caso de una enfermedad crónica o terminal que puede cortar sueños no realizados aún. Otro ejemplo es el hecho de no poder participar en plenitud del crecimiento emocional y social de los hijos por no convivir con ellos o ellas. Se trata de una pérdida tangible y simbólica a la vez que experimentan por lo general los padres separados o divorciados que no tienen la custodia de sus hijos o hijas.

Cada persona vive la intensidad del duelo de diferente manera. “La intensidad de la pérdida será igual a la intensidad del amor o de la afectividad que se tenga en lo que se está perdiendo o está perdido” (Martínez 2000, 75). Cuanto más intensa sea nuestra relación afectiva con alguien o con algo que perdimos, mayor será el dolor experimentado ante la situación.

Cuando la familia enfrenta la noticia de que uno de sus miembros padece una enfermedad terminal, se comienza a vivir el duelo, desde la comunicación misma de la noticia. El estilo adecuado o inadecuado de comunicar esta noticia influirá fuertemente en el afrontamiento de la situación y en el curso normal del duelo. Esta experiencia dolorosa a su vez, permite elaborar un proceso de duelo anticipado.

*En los procesos de duelo se entrecruzan pérdidas tangibles y simbólicas a la vez.*

Además, la manera de afrontar las pérdidas inculcadas en el seno de la sociedad y de la familia influirá en la intensidad del duelo. Frente a la muerte de un ser querido la unidad y los lazos de solidaridad de la familia serán

fundamentales para afrontar el duelo. Si esta familia se inserta en una cultura abierta a tocar los temas sobre la muerte y el dolor y no evadirlos, la resolución del duelo será positiva. De ahí la importancia de educar a la sociedad a afrontar estos temas difíciles. Martínez lo expresa así,

*...la manera de afrontar las pérdidas inculcadas en el seno de la sociedad y de la familia influirá en la intensidad del duelo.*

*Si la cultura en la cual nosotros nos desenvolvemos está empeñada en camuflar y escondernos el dolor y el sufrimiento, cada vez que éste llegue a afectar nuestras vidas, será visto como azaroso e inesperado; pero si, por el contrario, la cultura nos educa y nos familiariza con estos temas en forma cotidiana, entonces llegaremos a ver la muerte... como un eslabón más de la realidad humana. (Martínez 2000, 72).*

Es necesario que en nuestras sociedades se reflexione más sobre el afrontamiento de las pérdidas en la vida. Esto no significa llegar a ver las manifestaciones del sufrimiento como algo normal a lo que nos debemos conformar. El dolor y el sufrimiento siempre estarán para ser tenazmente combatidos (Boff en Sobrino 1990) y no para acostumbrarnos a ellos.

Los grupos de apoyo tanto de familiares, de allegados y los grupos organizados con fines terapéuticos, también son recursos en el afrontamiento del duelo para la familia. En la elaboración del duelo ante la inminente muerte de un familiar, se debe tener presente que el individuo con todos sus recursos es su máximo apoyo. “La elaboración positiva de un duelo más que de cualquier otro factor, depende del propio individuo, de su carácter, edad, sexo, autoestima, estado económico, condición social... de todo su patrimonio personal” (Martínez 2000, 78).

## EL DUELO EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD TERMINAL

La resolución del duelo frente a la enfermedad irreversible, las micro-pérdidas que se van teniendo y el desenlace de la muerte, pasan por diversas etapas. Aunque ante una crisis las personas reaccionamos de maneras diferentes, los investigadores del duelo han identificado etapas o estadios por los que generalmente atravesamos frente a una pérdida.

La Dra. Elizabeth Kubler-Ross (1978 / 1997), identificó cinco etapas por las que atraviesan la mayoría de las personas con enfermedades irreversibles.<sup>4</sup> Las presentamos a continuación.

### ***Negación***

Se trata de un mecanismo de la persona para defenderse del impacto de la noticia. Funciona como un amortiguador ante las noticias no esperadas y sorprendentes o amenazantes. La negación permite a la persona impactada por una noticia de este tipo, acumular y con el tiempo movilizar “defensas menos radicales” (Nolan y Bohner 1983, 479). A nivel de discurso, la persona en negación verbaliza pensamientos tales como: “No, no puede sucederme esto . . . debe haber algún error. . . no es cierto. . . llamaremos a un médico mejor”. En el ámbito de comportamiento la persona puede presentar una serie de conductas tales como no hacer más exámenes, o dejar de visitar al médico, o no comprometerse en tratamientos. La negación por lo general es temporal y sustituida por una aceptación parcial (Kubler-Ross 1978).

---

<sup>4</sup>Como dato interesante señalamos que los trabajos de la Dra. Kubler-Ross tienen el apoyo del Seminario Teológico de Chicago. Así aparece consignado en la nota de agradecimientos en uno de los libros de la autora (Cf. Kubler Ross 1997).

Las personas en estas circunstancias también pueden entrar en la “evitación”, que es una forma sutil de negación. En este caso, la persona en proceso de morir evita hablar de la situación. Cuando se le visita, habla de todo menos de lo que sucede. Quienes asisten al paciente y la familia, también pueden participar de la evitación. “Este juego de evitación se produce cuando el personal, la familia y el paciente conocen la gravedad de la enfermedad pero se niegan a hablar de ella” (Nolan y Bohner 1983, 479).

Los y las agentes de acompañamiento pastoral identificarán esta etapa y respetarán el tiempo que la persona necesite para asimilar la situación, antes de que pueda hablar sobre la misma. Acompañará con imágenes afirmativas y constructivas sobre Dios, siempre partiendo de la espiritualidad de la persona. En esta etapa la confrontación podría producir ira y alejamiento por lo que no es del todo recomendable. Poco a poco la persona irá asumiendo la realidad. En este proceso es de vital importancia que la persona se sienta acompañada y respetada.

### ***Cólera***

Una vez que la negación y la evitación ya no se pueden sostener, se sustituyen por sentimientos de ira, rabia, cólera, envidia y resentimiento (Kubler-Ross 1978). Algunos pacientes mostrarán abiertamente estos sentimientos a sus familiares, allegados o cuidadores. Otras los encubren por miedo a perder el apoyo asistencial y familiar. Estos sentimientos se expresarán encubiertamente mediante quejas por todo, convirtiéndose en el “paciente difícil”.

Ante estos pensamientos, sentimientos y conductas hostiles la persona puede sentirse incómoda por esta reacción y además sentirse culpable. Este sentimiento de culpa hace que muchas personas consideren “su enfermedad como un castigo a sus anteriores pecados,

aunque con frecuencia no puedan decir que hayan hecho de malo” (Nolan y Bohner 1983, 483). De nuevo se presenta un sentimiento encubierto. El sentimiento de culpa no es tanto por acciones en el pasado, sino por la hostilidad que están sintiendo.

Los y las acompañantes pastorales estarán en la disposición de escuchar a la persona, con el fin de que pueda expresar sus sentimientos y disminuir la tensión emocional que provoca la ira. Colaborarán en revisar aquellas ideas distorsionadas sobre Dios (que le asignan como responsable de la enfermedad y el sufrimiento humano), y sobre la culpa y la enfermedad (Varone 1988). Brindará imágenes constructivas sobre Dios. Ofrecerán soporte para que la persona maneje y canalice la hostilidad. En este proceso, estarán emocionalmente preparados ante la posibilidad de ser también blanco del enojo, y comprender las dificultades emocionales por las que pasa la persona. Se trata de darle un giro positivo a las resistencias que nos manifiesta la persona y evitar ser contestatario a su enojo. Es decir, permitir que el enojo se exprese, fluya para que disminuya su carga emocional negativa, sin engancharse con el mismo, ni tomarlo en el plano personal. Antes bien, es necesario mostrarse tolerante, comprensivo o comprensiva, respetuoso o respetuosa.

### ***Negociación***

Durante esta etapa, las personas con enfermedad terminal pretenden posponer su dolor o bien la muerte, ofreciendo una buena conducta a cambio (Kubler-Ross 1978). “La mayoría de estas negociaciones se hacen con Dios y suelen ser guardadas en secreto o solo mencionadas de forma implícita” (Nolan y Bohner 1983, 484). Desde un punto de vista psicológico, muchas de estas promesas podrían manifestar sentimientos de culpa. Algunas promesas pueden ser: “Si Dios me deja vivir, iré a la iglesia cada día de mi vida” o bien, “solo quiero ver a mis hijos e hijas graduarse en la universidad y

valerse por si mismos o por si mismas” (Nolan y Bohner 1983, 484). En esta etapa se busca a toda costa el milagro que revierta la situación.

Los y las agentes de acompañamiento pastoral respetarán los sentimientos religiosos de la persona y de su familia, así como sus esperanzas. Le acompañarán en el sentido de no vaciar la esperanza de realismo. Esto es, no espiritualizar el sufrimiento. Ayudarán a la persona a construir y mantener una relación con Dios centrada en el amor, la gracia y la obtención del milagro de la paz espiritual para el afrontamiento de la situación.

### ***Sentido de pérdida y depresión***

La persona que padece enfermedad irreversible llega al punto en el que no puede negar más la enfermedad, por el aumento de los síntomas. La negación, evasión, cólera y negociación, son sustituidos por un profundo sentimiento de pérdida y depresión (Kubler-Ross 1978). La depresión que se presenta puede ser reactiva a las pérdidas que va sufriendo. En este caso la persona querrá comunicarse con los demás y verbalizar su tristeza.

También puede tratarse de depresión preparatoria o bien de ambas. La depresión preparatoria se da como antesala de la inminente pérdida. Se trata de una depresión silenciosa, en la que la persona no desea verbalizar sus sentimientos. Este silencio es difícil de aceptar para la familia que desea animar a la persona enferma.

Los y las agentes de soporte espiritual deben respetar este silencio y ayudar a la familia a respetarlo también. “Nada puede ser más contraproducente que los triviales esfuerzos de personas con buena intención por hacer reír a aquellos que están a punto de dejar este mundo. Estos esfuerzos son frágiles disfraces de la ansiedad que les acecha” (Nolan y Bohner 1983, 479).

Los acompañantes pastorales estarán dispuestos y dispuestas, atentos y atentas, a escuchar a la persona cuando desee hablar de sus sentimientos de aflicción. Le brindarán gestos de apoyo, afecto, cariño y respeto. Ofrecerán acompañarle en prácticas de espiritualidad tales como la oración, la lectura de la Biblia, las visitas de otras personas, los sacramentos entre otras, siempre y cuando la persona lo desee.

### ***Aceptar o Asumir***

La aceptación no es una situación feliz como se podría creer. Actualmente se habla de asumir más que de aceptar. Esta es una etapa que pareciera estar vacía de sentimientos (Kubler-Ross 1978). La persona enferma no se siente ni deprimida, ni ansiosa por su destino. “Cuando el paciente en trance de muerte haya paz y aceptación, disminuye su gama de intereses... la comunicación pasa a ser más no verbal que verbal” (Nolan y Bohner 1983, 484). Algunas veces las personas suelen mantener la posibilidad de una curación hasta que llega el final. “Es este rayo de esperanza una forma de negación temporal y parcial, lo que les mantiene a través de largos períodos de sufrimiento” (Nolan y Bohner 1983, 484).

Quienes acompañan el proceso de aceptación lo harán desde el fortalecimiento de la paz espiritual y la confianza en Dios. Mostrarán imágenes constructivas, afirmativas y asertivas de Dios, como amigo, Madre - Padre incondicional, entre otras. Respetarán profundamente las manifestaciones de fe del paciente y de sus familiares y les acompañarán al encuentro con el Dios de gracia.

## EL DUELO EN LA FAMILIA

Ante la comunicación de un diagnóstico de enfermedad terminal en uno de sus miembros, todo el sistema familiar y de allegados se

verá afectado. Cada persona de esos sistemas entrará en procesos de duelo, con reacciones particulares. Es importante conocer cuales reacciones se consideran parte del proceso, y cuales son inadecuadas y requieren la referencia a ayuda psicológica profesional.

### **Reacciones que se consideran parte del duelo**

Las personas en duelo pueden expresar diversas molestias físicas tales como opresión gástrica, torácica y de garganta, hipersensibilidad al ruido, falta de energía y aire, debilidad muscular, resequedad en la boca, pérdida del apetito, falta del deseo sexual, dolores de cabeza entre otras. Estas son las reacciones físicas de un estado de depresión (Berkow y Fletcher 1999).

Los sentimientos que se experimentan en el curso de un estado de duelo son tristeza, ira, culpabilidad, autoreproche, ansiedad, soledad, desesperanza, bloqueo mental, frialdad, depresión, miedo y negación, entre otros. Las fechas significativas tales como navidad y otras similares agudizan los sentimientos de tristeza. La persona doliente también puede autoculparse por acciones realizadas a la persona que falleció o aquellas no realizadas. También se pueden presentar sentimientos de duda frente a la propia vida y frente a la propia muerte, confusión, dificultad para concentrarse, alucinaciones de la presencia de la persona fallecida y temor a perder la razón (Martínez 2000, 79).

Las reacciones referidas a la espiritualidad se reflejan en el percibirse un ser con finitud, en pensar en la inmortalidad y en la importancia que se concede a la relación con Dios en esos momentos. La persona en duelo también puede sentirse «castigada» por Dios, en especial si sostiene la imagen de un Dios severo, cruel, intransigente en contraposición al Dios de amor y gracia que nos develó Jesús.

*Ante la comunicación de un diagnóstico de enfermedad terminal en uno de sus miembros, todo el sistema familiar y de allegados se verá afectado.*

*Los sentimientos que se experimentan en el curso de un estado de duelo son tristeza, ira, culpabilidad, autoreproche, ansiedad, soledad, desesperanza, bloqueo mental, frialdad, depresión, miedo y negación, entre otros.*

Muchas veces las relaciones sociales se ven afectadas cuando una persona está en duelo. El estado depresivo puede hacer que la persona en duelo se aisle de los demás. La persona puede sentirse excluida de la relación con otros y otras.

Se considera que el proceso de duelo comienza a elaborarse naturalmente, es decir, de forma adecuada, cuando la persona toma conciencia de ese aislamiento que se ha auto provocado y comienza a superar su actitud con nuevas energías, retos y tareas de afrontamiento. Cuando se logran estos nuevos retos se puede decir que el duelo se está elaborando. La persona continuará con su vida y reintentará nuevas relaciones o proyectos. Los recuerdos de la persona fallecida serán parte de su patrimonio personal y le acompañarán siempre, pero no le obstaculizarán continuar viviendo.

## **Reacciones que se consideran poco adecuadas en el duelo**

Cuando un duelo sigue un curso que no es el del afrontamiento y la superación del mismo se tiende a volver crónico. Cuando una persona ha pasado más de dos años en duelo y continúa mostrándose con excesiva vulnerabilidad ante las pérdidas, o con hiperactividad (actividad excesiva), o temor desmedido a la muerte, idealización excesiva de la persona fallecida, alcoholismo o drogodependencia con relación al duelo, se considera que se está ante un duelo no resuelto. Estas personas requieren ayuda psicológica profesional. Los y las agentes de acompañamiento pastoral harán las coordinaciones necesarias para derivar a la persona a este tipo de ayuda.

Martínez (2000) consigna los tipos de duelos inadecuados que se presentan con más frecuencia. Veamos,

**Duelo anticipado:** Es el duelo que se da en forma anticipada cuando se conoce el desenlace de una situación, por ejemplo cuando se sabe que el ser querido o uno mismo padece una enfermedad terminal. Permite a las personas involucradas en el duelo expresar sus sentimientos y prepararse frente a la pérdida. Se consigna como duelo anormal porque no es común que el duelo se de anticipado a la pérdida, sino sólo cuando se conoce cuál va a ser el desenlace final. Aunque este tipo de duelo es muy doloroso, tiene la ventaja de que nos permite prepararnos emocional, espiritual y legalmente frente a la pérdida.

**Duelo retardado:** Este se da generalmente en las personas que frente al dolor de una pérdida se meten en la hiperactividad para no detenerse a considerar lo sucedido. Con este tipo de duelo, los demás tienen la impresión de que la persona dolida lo está superando, pero sólo está enmascarando el dolor reprimiendo sus sentimientos. Los mismos tarde o temprano se manifestarán.

**El duelo crónico:** La persona dolida se ve obsesionada por recuerdos y es incapaz de integrarse a las relaciones sociales. La persona dolida se petrifica en el pasado. Vive literalmente de las relaciones con la persona que ya falleció. Refiere que habla con esa persona y viste siempre de luto. La casa se mantiene tal y como era cuando vivía la persona fallecida. Siente mucho miedo de pensar el futuro y renuncia al presente. Una persona en duelo crónico requiere ayuda psicológica profesional.

**El duelo patológico:** Este tipo de duelo se expresa con agotamiento nervioso, con síntomas hipocondríacos, identificación con la persona fallecida, drogodependencia o alcoholismo. Ante esta situación la persona requiere ayuda psicológica profesional y muchas veces ayuda psiquiátrica.

## **Tareas recomendadas para la elaboración del duelo en los familiares**

Se considera que son cuatro los grandes grupos de tareas fundamentales para la elaboración del duelo, que se realizan naturalmente con el fin de no obstaculizar el propio crecimiento como persona. Estas son, a) Aceptar la pérdida, b) Experimentar el dolor, c) Adaptarse al ambiente en donde la persona que falleció o se fue, o lo perdido ya no está presente y d) Reinvertir la energía emocional en otros proyectos o relaciones. Veámoslas brevemente.

**Aceptar la pérdida:** Es importante para aceptar la pérdida que la familia vea el cuerpo de la persona una vez fallecida. “Que se despidan del difunto, que constate que es él y no otra persona” (Fonnegra 1999, 7). Esto ayudará a las personas a aceptar la pérdida y a no caer en la negación de la misma. El proceso de aceptación es personal y nunca puede ser forzado. Poco a poco la persona en duelo va a ir saliendo de la negación frente a la pérdida.

**Experimentar el dolor por la pérdida:** Se debe ayudar a las personas dolidas a permitirse llorar y verbalizar sentimientos frente a la pérdida sufrida. Cuando la persona dolida no experimenta el dolor de la pérdida lo encubre con euforia o deseos de evasión manifiestos muchas veces en el deseo de viajar y en la aparente ausencia de dolor por lo sucedido.

**Adaptarse al nuevo ambiente:** El nuevo ambiente se da por la no-presencia de la persona fallecida. La persona en duelo en esta etapa debe construir nuevas formas de vida. Esto se puede manifestar en el aceptar vivir sola o solo, hacer cambios en la casa y tomar nuevas decisiones para aceptar los nuevos desafíos.

**Reinvertir las energías en otros proyectos:** Sölle (1972), señala que en esta última etapa del afrontamiento del duelo el desafío es

“no preguntarse ¿de donde me viene esta tragedia? sino ¿a dónde me puede guiar? (p. 80). En esta etapa la persona dolida camina hacia la redefinición de su identidad. Los recuerdos de la persona amada fallecida o de la pérdida significativa permanecerán con ella, pero no serán obstáculo para su autocrecimiento y para continuar con su vida.

## CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre los procesos emocionales por los que pasa la persona que padece enfermedad terminal y su familia, frente a las micro-muertes y a la muerte misma, por parte de los y las agentes de soporte espiritual, es de gran importancia en la tarea de brindar acompañamiento pastoral. Esto es, conocer las etapas de elaboración del duelo con el fin de aportar elementos en su resolución, desde la espiritualidad.

Los soportes médico, emocional, social y espiritual a quienes enfrentan la vivencia de la enfermedad irreversible y el proceso de morir, tienen como propósito la búsqueda de la calidad en la vida de la persona y su familia, en esa etapa final y en quienes sobreviven a la persona.

Es importante considerar que la enfermedad terminal de un miembro de la familia implica procesos de duelo no sólo para la persona que la sufre, sino para sus familiares y allegados. Cada persona atravesará este proceso de forma diferente. Desde el soporte espiritual se acompañará pastoralmente a las personas escuchándolas activamente, posibilitando la expresión de sus sentimientos, animándolas a encontrar de nuevo sentido y horizonte, siendo signos de esperanza, fortaleciendo la fe en el Dios de gracia y amor incondicional. Todo ello con el fin de posibilitar niveles de calidad en la vida o dignidad ante la muerte.

## Bibliografía

Berkow, Robert y Andrew Fletcher, editores (1999). *El Manual Merck de Medicina*. Barcelona: Océano.

Fonnegra de Jaramillo, Isa. (1999). *De Cara a la Muerte*. Bogotá: Intermedio Editores.

Haber, Judith, Anita M. Leach, Sylvia M. Schudy y Barbara Flynn Sideleau. (1983). *Psiquiatría: Texto básico*. Traducción del inglés por Jorge Vigil. Barcelona: Salvat.

Kubler-Ross, Elizabeth (1978). *To Live until we say good-by*. New York: Fireside Books.

\_\_\_\_\_ (1997). *On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, and their own families*. New York: Tauschton Books.

Martínez, Juan Diógenes (2000). "Visión antropológica, psicológica, teológica y pastoral del duelo", *Franciscanum, Revista de las ciencias del espíritu*. 124: 71-117.

Mercé, Claros, editor. 1993. *Enciclopedia Mosby de Medicina y Enfermería*. Barcelona: Océano.

Mora, Guevara Edwin José (2002). Pautas para un Soporte Espiritual Asertivo para personas con enfermedad crónica dolorosa, no curable aún y/o terminal. San José: Tesis de posgrado Maestría en Ciencias Teológicas. Universidad Bíblica Latinoamericana.

Nolan, Thomas y Maryann Bohner (1983). "El proceso de la muerte" en Haber, Judith, Anita M. Leach, Sylvia M. Schudy y Barbara Flynn Sideleau.

*Secpal* (2001). "Definición de enfermedad terminal" disponible en:<http://www.secpal.com/guía/definicion.html> Fecha de acceso: 23 de noviembre, 2005

Sobrino, Jon et. al. (1990). *Teología y Liberación, Escritura y Espiritualidad*. Ensayos en torno a la obra de Gustavo Gutiérrez. Lima: CEP- Instituto Bartolomé de las Casas.

Sölle, Dorothee (1972). *Teología Política*. Salamanca: Sígueme.

\_\_\_\_\_ (1978). *Sufrimiento*. Salamanca: Sígueme.

Varone, Francois (1988). *El Dios Sádico. ¿Ama Dios el sufrimiento?* Traducción del francés.