



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**La presencia de la compasión en el acompañamiento al  
final de la vida**

Autor/a: Alba Mora Vázquez

Doctor/a: Mónica Torres Ruiz- Huerta

Madrid

2023/24

## Índice

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Justificación Teórica .....	6
Método .....	8
La Compasión.....	10
El Final De La Vida .....	14
La Muerte.....	14
El Duelo .....	20
Cuidados Paliativos.....	23
Discusión .....	26
Conclusión.....	28
Bibliografía.....	30

## **Resumen**

En esta revisión bibliográfica se ha tratado de explicar el papel de la compasión como factor de protección en el contexto del final de la vida. El acompañamiento al final de la vida constituye una dimensión crucial en el ámbito de la atención médica y psicológica, donde la presencia de la compasión favorece el cuidado humano hacia el otro. A través del análisis de bibliografía previa, se ha examinado la influencia del cuidado compasivo tanto en el que experimenta la muerte de manera directa como en el allegado o profesional sanitario que le acompañan en la transición. Además, se ha profundizado en concebir que la muerte es inevitable pero que no necesariamente debe implicar sufrimiento. Los hallazgos sugieren que la práctica de la compasión es capaz de reducir los niveles de miedo que se perciben ante la aproximación del final de la vida, debido a que esta favorece el crecimiento personal y ayuda a la transición de la muerte.

**Palabras Clave:** compasión, cuidado, muerte, duelo, acompañamiento y cuidados paliativos.

## **Abstract**

This literature review tried to explain the role of compassion as a protective factor at the end of life. Accompaniment at the end of life constitutes a crucial dimension in the field of medical and psychological care, where the presence of compassion promotes human care for others. Through the analysis of previous bibliography, the influence of compassionate care has been examined in those who experience death directly, and in those close to them or sanitary professional who accompany them in the transition. Furthermore, it has studied in more detail that death is inevitable, but it does not necessarily mean suffering. The findings suggest that the practice of compassion can reduce the levels of fear that are perceived at the end of life because it promotes personal growth and helps the transition from death.

**Key Words:** compassion, care, death, grief, accompanying and palliative care.

## Introducción

El acompañamiento al final de la vida constituye una dimensión crucial en el ámbito de la atención médica y psicológica, donde la presencia de la compasión es necesaria (Mesa, 2021). La compasión se define como “la sensibilidad y apertura hacia el sufrimiento propio y de los demás, unido a la motivación de aliviarlo y prevenirlo” (Bedregal et al., 2020). De esta manera, dicho concepto no está orientado a la tristeza o al malestar por el otro, sino que, tal y como relata Bermejo (2012), la compasión implica un sufrimiento que se comparte con el otro. Genera, de esta manera, afecto y aceptación incondicional a quien sufre (Lama, 1998). Por ello, la empatía, un término frecuentemente confundido con la compasión, no implica ir más allá de ponerse en el lugar del otro y, en cambio, la compasión sí. Se defiende que la compasión debe ser considerada como un verbo, es decir, que implique actuar, lo cual genera una disposición a preguntarse cómo se puede ayudar al otro (Mesa, 2021).

La muerte y su proceso están marcados por la soledad que experimenta quien la atraviesa (Waldow, 2014). Por ello, con la realización de este trabajo, se pretende arrojar luz sobre cómo la compasión es la respuesta emocional que conforta no sólo a quien se está enfrentando a la muerte, sino también a aquellos que están siendo testigos del final de la vida del otro y que, con su presencia y sensibilidad, acompañan en estos momentos (Mesa, 2021). Dicho acompañamiento al final de la vida ha sido un tema fundamental de estudio a lo largo de la historia, debido a que la muerte es una experiencia humana inevitable y que compromete a todo ser humano. La concepción de la muerte actualmente se considera amenazante y angustiada (Ariès, 2011). La respuesta compasiva ante la muerte y el sufrimiento es considerar acercarse a aquello que duele de este final de la persona y poder abrirse a la sensibilidad aceptando que la muerte no sólo implica pérdida, sino una oportunidad de trascendencia y madurez, porque la muerte debe formar parte de la vida, aunque se trate de separarla de esta (Fernández, 2019).

Con el paso del tiempo, la compasión ha ido, de manera creciente, formando parte del proceso del acompañamiento al final de la muerte, y de manera predominante en cuidados paliativos. En dichos cuidados, se atiende a enfermos en fase terminal y se les ofrece la mejor calidad de vida en sus últimos momentos de existencia (González, 2005). Por tanto,

la presencia de la compasión ha permitido nombrar y dar espacio a que la muerte forme parte de la vida.

Por ello, en este trabajo se realizará una revisión bibliográfica que buscará confirmar las hipótesis existentes sobre la aportación de la compasión, por parte de las personas que son testigos de cómo la vida de una persona termina. Por tanto, se considerará la compasión no como un complemento, sino como la base de todo ser humano para salir de sí mismo y entrar en relación con el sufrimiento del otro. Además, se buscará profundizar en la aproximación a la muerte desde el cuidado compasivo, reforzando la concepción de la muerte como algo inevitable pero que no necesariamente implica sufrimiento. Además, otro de los objetivos será descubrir la labor de cuidados paliativos en relación con el alivio del dolor para que, así, el paciente pueda obtener una atención plena en el proceso de la muerte.

Asimismo, cabe preguntarse: ¿es la compasión un modo protector de aproximarse a la muerte para quienes se enfrentan a ella de forma directa, como para todos los que acompañan en el tránsito, que favorece el crecimiento personal y la vivencia del final de la vida como un proceso completo de sabiduría?

## Justificación Teórica

La presente investigación, centrada en una revisión bibliográfica sobre el cuidado compasivo como factor de protección ante el final de la vida, presenta investigaciones similares ya realizadas, aunque son pocas las centradas en ligar la muerte con los cuidados paliativos y, esto, con el cuidado y la mirada compasiva.

Se debe comenzar por determinar que el término "compasión", aunque lleve acompañando a la humanidad ya desde los tiempos de Jesús en la Biblia, es un término que es en la actualidad, entre los siglos XX y XXI, cuando más se están llevando a cabo investigaciones acerca de este. Cada vez se le presta mayor atención para ponerlo en relación con conductas y procesos humanos, tal y como se ha realizado en el presente trabajo con la muerte. Por tanto, dicha investigación puede considerarse novedosa y, sobre todo, puede ser una aportación al conocimiento que ya se tiene hoy en día.

Desgraciadamente, existe un gran debate acerca de la definición del término *compasión* por la falta de consenso que se encuentra entre los diferentes profesionales dedicados a la investigación y conocimiento de dicho término y que, como consecuencia, conlleva una escasez de las medidas psicométricas para la evaluación de dicho constructo. Todo ello puede considerarse reflejo de cómo la investigación sobre la compasión se halla en un proceso inicial. Es importante que, a través de la investigación, se ofrezcan datos concretos en los que se reconozca que la mirada centrada en la compasión es una forma de poder vincularse con el otro y con su dolor y poder obtener un cuidado más humano del que en la actualidad se proporciona.

Hoy en día, respecto a la compasión, la gran parte de las investigaciones están centradas en la fatiga por compasión que experimentan los profesionales sanitarios y al cultivo de esta como instrumento para el crecimiento personal. En el caso de la compasión y su relación con la muerte, se descubre que son investigaciones centradas en aproximarse a la muerte desde el ámbito emocional, y, por ello, no se halla especial mención de la compasión. En cuanto a la relación entre esta y los cuidados paliativos, se encuentra en la bibliografía una aproximación al aprendizaje de la compasión y a cómo debe formar parte del cuidado ético y humano que se debe tener con los pacientes en esta especial vulnerabilidad en la que se hallan. Se debe resaltar el gran número de tesis doctorales

recientes centradas en esto último, lo que puede ser sinónimo de cómo la investigación está dando cabida a la compasión en los últimos años.

La elección del tema propuesto para la investigación muestra especial relevancia en la década en la que nos encontramos. Por un lado, la pandemia del COVID-19 tuvo un gran impacto de cara a la muerte. Miles de personas fallecieron solas en los hospitales contagiadas del virus, en presencia de profesionales sanitarios cubiertos de medidas de protección, por lo que no fue sencillo que mostraran al moribundo gestos de consuelo y ternura. Por otro lado, la saturación de los sistemas sanitarios está produciendo una ausencia de atención correcta en la que se conciba al paciente como único y como individuo al que se le debe dar especial atención. Además, la sociedad actual presenta un envejecimiento de la población, lo que repercute en que cada vez se producen mayores fallecimientos en edades tardías. Y, aunque, como sociedad, enfrentarse a la muerte sea un reto por la ansiedad que produce, en los últimos años, en España, la muerte se ha convertido en el centro de numerosos diálogos y debates por la creación de la Ley Orgánica 3/2021, del 24 de marzo, conocida como la Ley de eutanasia.

En definitiva, tanto por el estado en el que se encuentra la investigación de la compasión y su relación con el final de la vida como por cómo en estos momentos, en pleno siglo XXI, se concibe la muerte y la situación sanitaria pasada y actual, se considera que la presente investigación puede ser interesante y significativa.

## Método

La revisión bibliográfica acerca de la presencia de la compasión en el acompañamiento al final de la vida se ha llevado a cabo predominantemente en las siguientes bases de datos: *Google Académico*, *Redalyc uaemex* y *SciELO España*, entre octubre de 2023 y febrero de 2024. Para la búsqueda de la bibliografía necesaria cuyo fin era la elaboración del presente trabajo, se incluyeron palabras claves y sinónimos, entre las que se encuentran: *cuidado compasivo*, *mirada compasiva*, *cuidado y acompañamiento al final de la vida*, *mirada compasiva ante la muerte*, *muerte de un ser querido*, *aprender de la pérdida*, *acompañamiento en el duelo*, *mirada compasiva en cuidados paliativos* y *ayudar a morir bien*.

En Tabla 1, se hallan los apartados del trabajo junto con las palabras claves correspondientes, además del total de artículos escogidos para revisar y los finalmente seleccionados para la elaboración del trabajo.

**Tabla 1**

*Total de artículos según la búsqueda y total de los escogidos.*

	<b>COMPASIÓN</b>	<b>FINAL DE LA VIDA</b>	<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>
	Cuidado compasivo	Cuidado y acompañamiento al final de la vida	Mirada compasiva en cuidados paliativos
	Mirada compasiva	Mirada compasiva ante la muerte	Ayudar a morir bien
		Aprender de la pérdida	Atender en el dolor
		Acompañamiento en el duelo	
Total búsqueda:	20	15	13
Total escogidos:	13	13	8

Respecto a los criterios de exclusión que se han empleado para la selección de la bibliografía se encuentran los siguientes:

- Artículos en otros idiomas que no fueran en inglés o castellano.
- Investigaciones focalizadas en la medicina o enfermería.
- Autores cuyo planteamiento de la muerte implicase sufrimiento.

Y, en cuanto a los criterios de inclusión, se seleccionaron:

- Fechas a partir de 1970, por la diferente concepción de la muerte en anteriores años y la que está ahora presente.
- Cualquier tipo de documento (tesis doctoral, libro o artículo de revista científica) que aporte bibliografía útil y de calidad.
- Investigaciones centradas en lo psicológico para obtener dicha perspectiva.

## La Compasión

La compasión se define como la capacidad que facilita aceptar el sufrimiento del otro como propio, pero sin que llegue a serlo, transmitiendo aceptación incondicional hacia quien lo necesita (Lama, 1998). Gilbert, lo contempla como “una sensibilidad al sufrimiento en uno mismo y en los demás, con un compromiso para tratar de aliviarlo y prevenirlo” (2014, p. 6). La mentalidad de cuidarse y cuidar al otro presente en las distintas definiciones fluye en tres direcciones: generar compasión hacia uno mismo, por los demás o experimentar compasión procedente de los demás hacia uno mismo (Gilbert, 2014).

Además, la Real Academia de la Lengua Española (2023), ofrece dos definiciones ante dicho concepto: 1. “El sentimiento de conmiseración y lástima que se tiene hacia quienes sufren penalidades o desgracia”, 2. “El sentimiento de tristeza o malestar que produce el ver padecer a alguien y que impulsa a aliviar, remediar o evitar su dolor o sufrimiento”. Es esta última definición la que contempla la mirada que más se aproxima al objetivo del presente trabajo. El propósito de ser compasivo con el otro no es el encuentro con la tristeza, tal y como se menciona en la primera definición de la RAE, sino que, el fin del acto compasivo, como mencionan Bedregal et al. (2020), es poder abrirse al otro para poder encontrar el deseo de ayudar al que sufre y aliviar su malestar. Con dicho acto, el ser humano no se posiciona en superioridad respecto del otro, sino, asumiendo que se encuentran en una misma humanidad (Bedregal et al., 2020).

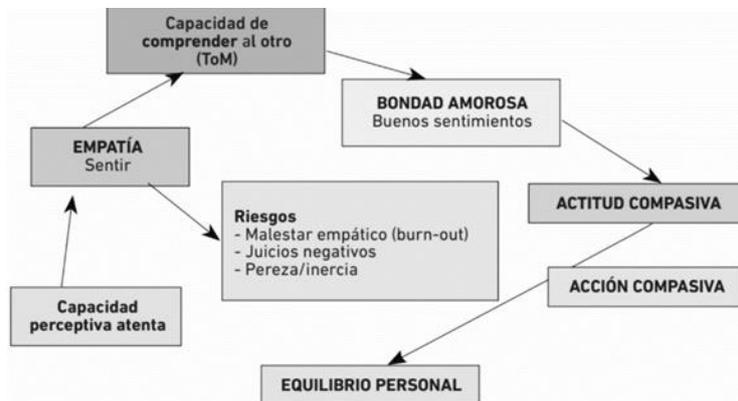
Se comete un error cuando se relaciona de forma directa la compasión con la tristeza. Al expresar tristeza por el otro y por su sufrimiento, no existe el deseo de hallarse en la situación en la que el otro encuentra, comprendiendo así que es una situación irremediable en la que no se percibe alivio ni solución. De lo contrario, cuando se realiza un acto compasivo, este genera fuertes reacciones emocionales positivas, junto con la aceptación del sufrimiento del otro como propio, que mueve a la búsqueda del alivio (San Martín, 2014). Diversos estudios evidencian la relación entre la realización de actos compasivos y la activación de la amígdala, el hipocampo y la corteza cerebral, que contribuyen a vivenciar sensaciones como paz, felicidad y plenitud al sentir que se ha ayudado al otro (Ashar et al., 2009).

La compasión está integrada por una diversidad de procesos (Figura 1). Los afectivos se componen de la capacidad de percibir aquello que el otro siente (Bedregal et al., 2020).

Además, la comprensión de lo que le sucede al otro compone los procesos cognitivos (Bedregal et al., 2020). Los procesos volitivos-actitudinales están compuestos por el deseo profundo de obtener el alivio al sufrimiento del otro (Bedregal et al., 2020). Por último, la actuación conforme a los anteriores procesos engloba el proceso conductual. Por tanto, considerar la compasión como un mecanismo de auto-regulación emocional que favorece las conductas altruistas es la manera de entenderla como una capacidad humana única que permite ponerse en relación con el otro.

### Figura 1

*La compasión es una capacidad de auto-regulación emocional que favorece conductas altruistas.*



El sistema de salud actual implantado en la sociedad se orienta a la enfermedad más que al cuidado y acompañamiento del bienestar de los individuos, debido a que cada vez las vidas son más enfermas y medicalizadas (Mesa, 2021). Como resultado, la atención sanitaria se halla en un proceso de cambio. El aumento de los avances en la medicina y la incorporación de la inteligencia artificial generan una modificación de las prácticas médicas, y, sobre todo, de la tradicional relación médico- paciente. Además, como se ha mencionado con anterioridad, las vidas actualmente están más medicalizadas por el aumento de enfermedades crónicas y problemas en salud mental, lo que suscita, por tanto, en los pacientes el deseo de una atención más humanizada y un mejor sistema de salud (Bedregal et al., 2020). De modo que, para Mesa (2021), tanto los pacientes como profesionales de la salud presentan gran insatisfacción con el sistema de salud y la atención recibida, por ser caracterizado por falta de humanidad, compasión y trato.

No obstante, dichas características guardan escasa concordancia con la necesidad de todo ser humano por ser cuidado desde los inicios de su vida. Según defiende Sancho (2016), la vulnerabilidad que presenta el ser humano es necesaria para poder ayudar al otro cuando su salud lo requiere.

Al entender el cuidado como implicarse en ayudar al otro (Garcés et al., 2022), la compasión se hace presente y necesaria. Esta acaba fomentando los lazos en las relaciones humanas en las cuales los seres humanos se reconocen en los otros, provocando el abandono de la individualidad, para acabar comprendiendo la necesidad del otro (Garcés et al., 2022). Por ello, dicho cuidado compasivo parece ser, por tanto, la solución ante esta insatisfacción y deseo de cambio del sistema de salud presente en la actualidad.

Con el fin de que dicho cuidado se implemente, es necesario generar una sociedad más justa, próspera y equitativa, que presente una mirada central de buscar el bienestar de las personas para acabar obteniendo un sistema basado en el cuidado humanizado de persona a persona (Mesa, 2021).

Es relevante la mirada al otro desde el cuidado compasivo, no sólo para los pacientes, sino también para aquellos que cuidan. Para los pacientes, una atención compasiva genera buenos resultados de salud en enfermedades crónicas y, en los cuidados paliativos, según Mesa (2021), se aprecia una disminución de cómo se percibe el dolor, además de una prolongación en la vida de los pacientes. Estos experimentan que importan al otro, que no están solos y, es por ello por lo que, en numerosas ocasiones, encuentran el propósito de su vida gracias al cuidado compasivo que les están ofreciendo. Dicho trato no es olvidado por los pacientes. En su memoria quedan guardados el recuerdo de la mirada por parte del profesional o familiar y la forma de hablarle, de tocarle o de llamarle por su nombre (Conejos, 2022).

Por otro lado, para los cuidadores, como pueden ser profesionales, familiares o amigos, cuidar compasivamente al otro impulsa en ellos resiliencia y disminuye el agotamiento, porque reconocen en el paciente a un ser humano único y especial al que quieren aceptar incondicionalmente y amar (Mesa, 2021). En el caso del profesional, no descuidará sus labores y responsabilidades por hacer práctica del cuidado compasivo. La diferencia entre realizar esta práctica o no se encuentra en que se reconozca que un ser humano está

acompañando a otro individuo. (Conejos, 2022). Para que este cuidado compasivo se genere, según Bermejo, deben darse tres elementos: “la gratuidad, la proximidad y la hondura” (2012, p. 43). Cuando se trata a la persona con compasión, no se pretende conseguir nada a cambio, solo ayudar, porque la gratuidad está presente. El segundo elemento, la proximidad, consiste en acercarse al otro y poder comunicarle la aceptación incondicional y el cuidado. Por último, la hondura, que consiste en encontrarse con la profundidad del otro (Quinzá, 1998).

Por último, la característica intrínseca de la compasión en la condición humana genera que sea una capacidad que todo ser humano puede hacer germinar. Para que el cambio en el sistema de salud sea posible y el bienestar de las personas mejore, es necesario atender al sufrimiento de manera plena para acabar generando aceptación incondicional y amor hacia el otro (San Martín, 2014).

## **El Final De La Vida**

### **La Muerte**

La muerte es un hecho universal a todo ser vivo y, cuando se aproxima, el ser humano no es capaz de encontrar escapatoria posible. Sin embargo, se caracteriza por ser subjetivo el cómo el ser humano se enfrenta a ella. Este puede escoger querer mirarla de frente, y acabar convirtiéndola en una oportunidad de crecimiento personal (Kübler- Ross, 2008), o decidir negarse ante ella y darle la espalda, sin aceptar que forma parte de la existencia.

Definiciones como la que ofrece la Real Academia de la Lengua Española (2023): “cesación o término de la vida”, consideran la muerte como un hecho contrario a la vida. Sin embargo, Kübler- Ross (2008) la considera como un acontecimiento tan humano como lo puede ser el nacimiento de una persona y, por ello debe ser tratada como algo cercano y natural, y no con temor y angustia ante la vida que acaba. Benito (2019) no concibe que la muerte acabe con la vida, sino que propone que se produce al final de la biografía de la persona, más aún, no hay evidencias de que la vida finaliza cuando la muerte llega.

Desde la perspectiva de la psicología, la muerte debería ser considerada como un proceso y no como un hecho aislado en la vida del sujeto (Kastenbaun & Aisemberg, 1972; Kastenbaum & Costa, 1977). Al entender la muerte como un proceso, se produce la apreciación de la diversidad de aspectos psicológicos, biológicos y sociales que rodean al sujeto de manera progresiva cuando la muerte ha llegado (Limonero, 1994). La muerte, a lo largo de la historia, ha sido elemento central de reflexiones filosóficas, religiosas y científicas con el fin de tratar de dar explicación al mayor reto del ser humano: el final de su vida (Gala, 2002). Ha sido contemplada, además, desde diferentes perspectivas a lo largo de los siglos.

En las primeras etapas de la humanidad, debido a la creencia de la continuación del existir del individuo en otra dimensión, se trataba con sumo respeto el cuerpo. Por ello, en el antiguo Egipto, se realizaba un cuidado y conservación especial del difunto mediante ritos de embalsamamiento. Incluso los celtas conservaban las cenizas del difunto junto con elementos especiales de su vida (Pacheco, 2003). Y, en etapas como la Grecia Clásica o el mundo romano se concebía la muerte como algo natural, lógico y humano, sin generar en los individuos desesperanza por este suceso que termina con la vida (Gala, 1991). En el siglo XXI, la perspectiva de la muerte es dispar a la de nuestros antepasados. La razón

por la que la enfermedad, la vejez y el sufrimiento son considerados actualmente como pérdida (Limonero, 1994) se debe a que la sociedad occidental no permite que esto arranque de las personas la utopía de la felicidad absoluta ni la continua búsqueda del disfrute y del placer inmediato (Pacheco, 2003). Por tanto, se permite que la muerte se silencie y se relegue a un segundo plano del que no se quiere escuchar hablar. Torralba (1998) señala la tendencia actual del ser humano a posicionarse de espaldas a la muerte evitando pensar en ella, es decir, no se permite que haya lugar para la muerte (Hennezel, 1996).

Se puede considerar, por tanto, que el término *muerte* y todo lo que dicho proceso engloba es considerado un tema tabú. De esta manera, es un término que resulta molesto y desagradable (Márquez, 2017). Baudrillard (1980) completa esta idea señalando que, en la sociedad presente, de forma progresiva los muertos dejan de existir porque no se les nombra. La cuestión que surge es cómo se produjo el cambio en cómo se concebía la muerte en épocas anteriores y cómo se hace en pleno siglo XXI. Por un lado, en el pasado, el contacto con la muerte era mucho más habitual, debido a la alta tasa de muertes que se producían en el hogar en presencia de los familiares y allegados, incluidos los menores. Es decir, desde los primeros años de vida, a los más pequeños se les permitía despedirse de la persona en los últimos momentos de su vida. Respecto a los símbolos de la muerte, los velatorios, se realizaban en el hogar del difunto y los entierros eran de carácter público y con constancia de un gran número de asistentes. Hoy, los tanatorios han sustituido a los hogares y solo los más allegados acuden a los entierros. Además, otro factor a tener en cuenta es que la mayoría de la atención sanitaria se realizaba en el hogar, lo que daba mayor contacto directo con la enfermedad, que, en caso de empeoramiento, culminaba con el fallecimiento (Limonero, 2008).

En relación a esto, Gala (2002) propone la hipótesis de que los cambios en la forma de concebir la muerte en el pasado respecto al presente se deben a la institucionalización de los hospitales, dado que se considera que, actualmente, el hospital es el espacio que se reserva para que se produzca la muerte del individuo. El sujeto fallece en un lugar desconocido y sin la presencia de todos sus allegados por las normas hospitalarias que se rigen sobre el número de personas en una habitación. Sin embargo, esto no debe hacer menospreciar los grandes avances médicos que aportan una disminución del sufrimiento

y un aumento del bienestar de los individuos permitiendo una muerte lo más tranquila posible.

No obstante, aunque la sociedad trate de evitar la muerte, lo cierto es que el ser humano se halla en un periodo de constantes guerras y conflictos internacionales, junto con la recién finalizada pandemia mundial del COVID-19, que paralizó a la sociedad en el año 2020. Todo ello está generando una ocupación dominante de la muerte en los medios de comunicación, además del constante desbordamiento de los sistemas de salud (Sallnow et al., 2022). Según el Instituto Nacional de Estadística (2023), el año pasado se produjeron un total de 464.417 fallecimientos. El 27,1 % de las defunciones fueron por enfermedades cardiovasculares, el 25,8 % por tumores y el 11,5 % por enfermedades respiratorias. Por tanto, a pesar de las cifras del último año, que indican las miles de defunciones que se han producido, existe en el ser humano una sensación de inmortalidad y la creencia de que la muerte es para el resto y no para uno mismo (Limonero, 1994).

Sin embargo, cuando una de esas cifras de defunciones es un allegado, familiar o incluso uno mismo, las respuestas más comunes que presenta el ser humano en la cultura occidental son el miedo y la ansiedad (Limonero, 1994). Aunque al comienzo del proceso de asimilación de la llegada de la muerte puede haber presencia de conductas de evitación y negación ante la circunstancia en la que uno se halla (Cassell, 1974), se acaba comprendiendo, una vez advenido este momento, que el ser humano es frágil y que, aunque existan diferencias en creencias y valores, a toda persona, la muerte acaba llegándole y esta debe ser aceptada tras un trabajo interno de toma de conciencia.

Las actitudes de miedo y ansiedad ante la muerte deben ser diferenciadas en función de si es por la muerte de uno mismo o la de otro, aunque, de cualquier modo, desde ambas perspectivas se van a desencadenar emociones difíciles de contener y vivenciar (Colell, 2005). Por un lado, cuando la muerte es una vivencia en primera persona, según Gala et al. (2002), el miedo y la ansiedad se producirán en mayor o menor intensidad en función de la personalidad, la edad, el entorno familiar y social, la enfermedad y la existencia o no de dolor. Dichas actitudes de miedo y ansiedad que presenta el sujeto están relacionadas con la incertidumbre que genera el proceso de agonía instantes antes de fallecer y la presencia de sufrimiento físico o psíquico. Además, el miedo aumenta si en dicho momento el moribundo se encuentra sin compañía. Dado que el sujeto realizará una

revisión de su vida, surge miedo por la posibilidad de valorar que esta ha carecido de sentido. Por último, la incertidumbre de no saber qué sucederá con sus familiares y allegados en el futuro provoca temor.

Por otro lado, cuando la muerte se vivencia en tercera persona, el miedo y la ansiedad aparecen en forma de estrategias defensivas. Por el miedo que genera el proceso de la muerte, surge el planteamiento de que el moribundo pase sus últimos momentos de vida en un centro hospitalario sin afrontar el cuidado de este. Asimismo, el conocido como “pacto de silencio”, es empleado por los demás con el fin de eludir la gravedad de la enfermedad y la muerte, lo cual origina mayor soledad en el paciente.

Estas actitudes de miedo y ansiedad no sólo son reconocidas por familiares y allegados, sino también por los profesionales sanitarios, es decir, el equipo médico presente a lo largo de la enfermedad del paciente, en el caso de padecerla, y ahora cuando la muerte se acerca. El miedo se expresa en los profesionales por la incapacidad que muestran de mirar a la cara (Gala et al. 2002) y establecer, por tanto, contacto directo con el enfermo, como puede ser tocándole la mano para transmitirle su presencia y cariño. Dicho aspecto es incongruente con su profesión y con el amplio trato que mantienen con los pacientes porque, según Colell (2005), son los que más tiempo acompañan a los enfermos y a sus respectivos familiares y allegados.

Es por ello por lo que existe la necesidad prioritaria de que, para que los pacientes puedan ser reconocidos y queridos en los últimos instantes de su vida, haya profesionales sanitarios humanizados y de que sus allegados que estén a su lado, satisfaciendo aquellas necesidades que demanden (Colell, 2005) y, por tanto, ejerciendo un cuidado compasivo basado en la aceptación incondicional y la hospitalidad. Entre las necesidades que más demandan los pacientes en los últimos momentos de vida se encuentran (Singer, 1990; Craven & Wald, 2004):

- Poseer un correcto control del dolor, para que esa sensación física no impida a la persona poder centrarse en vivir el momento presente de despedida.
- Alimentar la autonomía que dispone a la hora de tomar decisiones para que la vulnerabilidad del momento continúe permitiendo su capacidad de tomar decisiones.

- Confortar la carga emocional a través del perdón y el agradecimiento a lo largo de su vida y permitir soltar aquello que le genere sufrimiento.
- Fomentar los vínculos afectivos con sus allegados, para que estos puedan cubrir la necesidad de afecto en este momento de debilidad y fragilidad.
- Promover un entorno basado en la acogida que permita el cuidado de la persona
- Garantizar estar acompañados en todo momento para evitar la sensación de abandono y tener la seguridad de que otro pedirá ayuda cuando ya no pueda hacerlo por sí mismo.

Cuando se cubren estas necesidades y, por tanto, se atiende plena y dignamente a la persona, la concepción de muerte anteriormente mencionada se traslada a un carácter más positivo. La muerte comienza a considerarse como un proceso que tiene sentido y se elimina, de tal manera, la siguiente concepción habitual: “cuanto más rápido sea el proceso de la muerte, menos doloroso se percibirá”.

Debido a este cambio de mirada en la vivencia de la muerte, en lugar de darle la espalda a esta, se comienza a considerar que, al igual que la vida llega, la muerte también (López-Navarro, 1975). De tal manera, esta comienza a ser integrada en la vida y se puede llegar incluso a percibir los últimos instantes de la vida del otro como un privilegio del que ser testigo, debido al momento trascendental que la muerte supone (Hennezel, 1996) y a la sanación a nivel espiritual que se produce en la persona cuando esta acepta la realidad (Benito, 2024). Para Kübler- Ross (2004), vivenciar la muerte como el comienzo y no como el fin desencadena concebirla como una experiencia extraordinaria y bella, en la que el miedo y la angustia no deben tener cabida.

Uno de los primeros pasos para realizar dicho cambio de mirada de la muerte, según Benito (2019), es conocerla desde una perspectiva experiencial. Además, poder concebirla no como una enfermedad que requiera de tratamiento, sino como un proceso biológico y, por tanto, natural. Asimismo, la muerte no implica ser sinónimo de sufrimiento. Para Kübler- Ross (2004) la muerte no debe tener dolor, gracias a los tratamientos que posee la medicina para evitar las molestias físicas que puedan surgir en el proceso. De tal manera, uno puede centrarse en vivir en el presente el momento de morir y dejar de lado el dolor que impida conseguir poner en orden sus últimas voluntades y morir sereno y calmado. Con las últimas palabras y actos del moribundo en forma de

voluntades se reafirma la dignidad que debe presentar la persona en estas circunstancias y, por ello, se le reconoce como dueño de sí mismo (Gómez, 2017). Por tanto, debe poseer el poder de decisión sobre sus actividades y últimos momentos en vida (Olalla, 2005).

Otro aspecto significativo para el cambio de mirada hacia la muerte es que quienes comparten el deseo de acompañar a la persona en su partida, no nieguen el hecho tan evidente como el que tienen delante. Será muy valioso para el moribundo vivenciar que el otro sabe que el momento del fallecimiento está llegando. Ellos son los primeros en saber que su cuerpo comienza a deteriorarse, por tanto, carece de sentido que el resto pretendan encubrir un hecho tan evidente, dado que no se considera beneficioso para ninguna de las partes implicadas (Olalla, 2005).

Para conseguir vivir la mejor muerte posible, Gómez (2017) refiere a la necesidad de afrontar la agonía con sus familiares y allegados y a que haya, incluso, objetos, sonidos y olores habituales que le transmitan la calma que necesita. Estas figuras de referencia que acompañan a la persona, junto con un equipo médico humanizado, permiten que, para el moribundo esta sea una oportunidad de que los otros puedan sumergirse en su intimidad y reconocer la delicadeza del momento (Olalla, 2005). Por tanto, aceptar e incluir la muerte como parte de la vida permite que, como seres humanos, seamos capaces de transmitir delicadeza y ternura en el acompañamiento al final de la vida y podamos encontrar en este momento un mayor significado de la vida y reconocernos capaces de cuidar humanamente del otro.

## **El Duelo**

Tras el fallecimiento de la persona, aquellos que continúan viviendo y experimentando la muerte como parte del ciclo de la vida (Miaja, 2020) se enfrentan a un proceso caracterizado por ser subjetivo, en el que aspectos intrapsíquicos, sociales y, sobre todo, emocionales, por el vínculo afectivo que existía con el fallecido, entran a formar parte de esta reacción humana y natural cuando se produce la pérdida (Aragón et al., 2011). En esta misma línea, emociones como la frustración y el dolor (Tizón, 2004) predominan en el conocido proceso llamado *duelo*.

Tras la pérdida, los sujetos se reconocen implicados en una negociación con ellos mismos respecto a aquellas emociones y pensamientos que experimentan y, en muchas ocasiones, se muestran incapacitados para manejar por ellos mismos un dolor que les domina (Aragón et al., 2011). A su vez, estas emociones y cogniciones mencionadas son variables a la hora de expresarse en los sujetos, lo que implica que no todos los seres humanos experimentan el duelo de la misma manera. Además, tampoco existe una forma correcta de afrontarlo (Miaja, 2020).

Una de las causas de que la población no experimente el duelo de la misma manera se debe al tipo de muerte que haya sufrido la persona. Cuando la muerte es de un hijo, el progenitor se enfrenta a uno de los dolores más profundos en el ser humano. Igualmente, la muerte inesperada de varias personas allegadas por haber estado involucradas en el mismo accidente o catástrofe hace que el sujeto se vea implicado en un duelo muy complejo. De la misma manera, el trabajo del duelo es más elaborado y prolongado en el tiempo para aquellos en los que la despedida no se ha realizado por circunstancias como una muerte impredecible. De lo contrario, surge una mejor elaboración del duelo cuando se ha tenido la oportunidad de despedirse de la persona y esta ha estado en plenas facultades de consciencia (Yoffe, 2002).

Kübler- Ross (1975), ante el proceso de duelo expone cinco fases por las que todo ser humano necesita atravesar para superarlo y rehacer de nuevo su vida, aceptando la pérdida del ser querido. Existe un tiempo estimado de trabajarlo: entre los seis y dieciocho meses, aunque es variable entre los individuos.

La primera fase, que se manifiesta como mecanismo de defensa, se caracteriza por la dominancia de la negación que no permite tomar conciencia del final de la vida de la

persona. Se debe conseguir tomar consciencia de que la persona ha fallecido y se ha marchado para no volver (Neimeyer, 2002). Dicha negación es considerada como un mecanismo empleado de manera provisional que pronto será relevado por una aceptación parcial (Kübler-Ross, 1975). A continuación, en la segunda fase del duelo, la emoción más destacada es la ira, debido a que, progresivamente, el sujeto comienza a ser consciente de la realidad de la pérdida, por lo que surge la incomprensión y el enfado. La persona puede llegar a cuestionarse por qué a ella le ha tenido que suceder esto y comienzan las comparaciones hacia los demás. A veces, esta ira acaba proyectándose a otros familiares o al personal sanitario (Soto et al., 2009). Debido a este enfado, se evoluciona hacia el sentimiento de culpa en la siguiente fase, la tercera. La persona, primero, buscará culpables externos ante el dolor que le implica la pérdida del ser querido. Después, la culpa acaba brotando en el interior de uno mismo porque aparece la creencia de haber podido evitar el fallecimiento de la persona por no haber tomado las acciones correctas. Aunque el duelo al cabo del tiempo acabe siendo elaborado, esta sensación de culpabilidad puede permanecer a lo largo de la vida de la persona (Kübler- Ross, 1975). Posteriormente, en la cuarta fase, la realidad de la pérdida duele y aparece la depresión. En dicha fase, tras un tiempo viviendo la ausencia de la persona, se trata de tener un recuerdo constante del ser querido fallecido para intentar cubrir el vacío que se siente. Asimismo, comienzan a manifestarse aquellos asuntos pendientes que la persona dejó con el fallecido y el deseo de que vuelva a cobrar vida para poder decirle todo lo que no pudo (Kübler- Ross, 1975). Por último, en la quinta fase del proceso, el sujeto ha logrado aceptar la pérdida y, aunque reconoce que el camino no ha sido fácil, comienza a aprender a vivir con la ausencia, concibiendo que su vida debe continuar. No implica que el individuo posea un estado de ánimo muy positivo, pero acepta todo lo que está viviendo y planea de cara al futuro. El dolor ha desaparecido, aunque la tristeza esté presente a lo largo de su vida cada vez que traiga el recuerdo del fallecido, pero la persona posee la capacidad de pensar en el otro sin un llanto intenso o sensación de dolor por presión en el pecho (Neimeyer, 2002).

Estas cinco fases según Kübler-Ross (1975) acompañan a lo largo de un tiempo subjetivo a la persona que ha tenido que despedirse del ahora difunto. Además, Gea (2007) sugiere que el individuo debe permitirse vivir sentimientos como la tristeza, la impotencia, el enfado o la preocupación, donde, además, surgen reacciones físicas como la presión en el pecho, fatiga y sensación de ahogo. También el sueño en ocasiones puede verse influido

por el duelo, en el cual, es habitual las dificultades de poder conciliarlo y la presencia del difunto en sueños. Asimismo, hay una peor percepción del valor del mundo externo, que se acompaña por una disminución de la actividad social. Todas ellas son las conocidas como *manifestaciones normales en el proceso del duelo* y, por su característica de habitualidad, la persona puede llegar a ser capaz de aprender a vivir con el dolor que le acompaña, experimentándolo como una oportunidad de crecimiento y otorgándole sentido a la pérdida. De tal manera, si uno no opone resistencia a los cambios que conlleva la ausencia del ahora difunto, será capaz de cosechar el fruto de la pérdida por la búsqueda de posibilidades de desarrollarse como persona, por la revisión de las prioridades vitales hasta ahora concebidas y por posibles cambios que aplicará en el futuro en su modo de dar sentido a la vida, ahora que ha experimentado la muerte de cerca y, por tanto, concibe que el ser humano no es inmortal (Neimeyer, 2002).

Tomarse tiempo para dar sentido a la pérdida y permitirse sentir dolor en el interior de uno mismo (González & Nevado, 2017) implica dar importancia al autocuidado, (Neimeyer, 2002) el cual genera que la persona pueda respetarse el tiempo necesario para poder atravesar el duelo tal y como nombra Bucay (2002): un camino de lágrimas que debe ser atravesado para continuar con la vida. Más aún, surge la importancia de poder practicar la compasión hacia uno mismo, lo que compromete el identificar, reconocer y aceptar las emociones y reacciones que surgen, permitiéndose no ser juzgado hacia uno mismo. Así, realizar el trabajo necesario para tener esa mirada compasiva hacia su propia persona facilita una mirada sanadora hacia la herida que genera la pérdida del ser querido (Pastor, s.f.). Esta mirada puede incluso desencadenar el perdón a uno mismo cuando surge la culpa y cambiar la percepción del acontecimiento vivido pudiéndose conceder el permiso necesario para avanzar y superar la pérdida, y, por consiguiente, trayendo paz y consuelo (Armero, 2023). Asimismo, en el llamado *duelo anticipatorio o anticipado*, es de gran apoyo esta mirada que indagará el acompañamiento del paciente a través de la aceptación incondicional y el cuidado para que pueda vivir de manera plena los últimos instantes. Además, para quien es testigo de este acontecimiento, favorece la preparación de la pérdida y la aceptación progresiva de la realidad (Aldrich, 1974). Es por esto, por lo que el duelo anticipatorio se expresa antes de la pérdida cuando esta se concibe como inevitable (Hernández et al., 2001), tanto por parte del que muere como por sus familiares y allegados.

## Cuidados Paliativos

Como respuesta a aquellos pacientes que desean morir dignamente, surgen los llamados *cuidados paliativos*. Son definidos por la Organización Mundial de la Salud (1990), como la atención total a aquellos cuya enfermedad no responde al tratamiento indicado, por lo que nace la necesidad de buscar controlar el dolor y otros síntomas que aparecen para que, durante el tiempo que permanezcan, puedan obtener la mayor calidad de vida posible (Colell, 2005). Además, otra de las funciones que presentan estos cuidados según la Sociedad de Cuidados Paliativos (2014), es la búsqueda de una atención holística, en la que se tengan en cuenta los aspectos biológicos, físicos, psicológicos y espirituales de la persona, atendiéndoles, además, de manera individualizada en colaboración con un equipo de profesionales que realizan un trabajo interdisciplinar. Asimismo, se le da importancia a la familia como núcleo de apoyo constante al enfermo, lo que hace que se requiera una especial atención y cuidado sobre ellos. Del mismo modo, a pesar de que la enfermedad no responda al tratamiento, es esencial en estos cuidados, incorporar una actitud de superación de la concepción de no poder hacer más por el paciente ante dicha situación, porque lo determinante es que sí se puede hacer mucho, y es acompañarle a morir (Sociedad de Cuidados Paliativos, 2014). Por ello, es importante establecer un ambiente de apoyo, respeto y comodidad para que los objetivos anteriormente mencionados puedan cumplirse con el fin de cuidar adecuada y dignamente a los pacientes.

Estos pacientes reciben este tipo de cuidados porque presentan lo denominado como *enfermedad terminal*, a lo que Benito (2024) se refiere como “vivir una situación límite”. Para considerar que un paciente se halla ante dicha enfermedad, Espinar (2012); Gómez & Roca (1989) establecen una serie de criterios entre los que se encuentran:

- Padecer una enfermedad que avanza y no presenta una cura garantizada.
- No únicamente se contempla una enfermedad oncológica, sino también aquellas afecciones caracterizadas por ser crónicas, progresivas y de larga duración.
- Inexistencia de tratamientos ni específicos ni alternativos que permitan que la enfermedad responda ante ellos.
- El paciente presenta un pronóstico de vida limitado (menor a medio año).
- Presentar numerosos síntomas intensos y muy cambiantes, cuya causa es producida de manera multifactorial.

- Presencia de un fuerte impacto emocional tanto en el paciente como en sus familiares y allegados ante una enfermedad que no presenta buen diagnóstico ni gran esperanza de vida.
- Demanda de asistencia de diferente índole, como puede ser médica, psicológica o espiritual.

De esta manera, con todo lo citado anteriormente, se observa que el paciente se halla en una situación que no se puede resolver, pero, en cambio, sí trascender, como menciona Benito (2024), lo que implica la apertura y flexibilización a las experiencias de la vida sin establecer un juicio con el fin de ir más allá de lo que se puede controlar, en este caso, el propio proceso de morir.

Hallándose el paciente en dicha situación, deben respetarse derechos que permiten que sea cuidado humana y dignamente. Entre estos derechos, se encuentra el de que se le permita permanecer esperanzado a pesar de su situación. Esto permite que el paciente pueda expresar lo que le genera a nivel emocional y físico la aproximación que está teniendo a la muerte. Para poder expresarse, el paciente cuenta con el derecho de no morir en soledad y, por tanto, que sus familiares o allegados puedan estar presentes. Además, un equipo médico formado y humanizado debe estar presente para que pueda cubrir todas las necesidades que reclame. Dicho equipo médico, deberá velar por el derecho de que toda persona pueda obtener una respuesta sincera ante cualquier pregunta que se formule (Ignorosa-Nava & González-Juárez, 2014).

Una de las principales necesidades que reclaman los pacientes en cuidados paliativos es el alivio del dolor que padecen. Es crucial creer al enfermo y no subestimar el dolor que está sintiendo. Si expresa que le duele, este malestar no debe ser infravalorado (Sociedad de Cuidados Paliativos, 2014). Por ello, el equipo médico tiene la responsabilidad de, en la medida de lo posible, aliviar ese dolor que le está generando sufrimiento. La Sociedad de Cuidados Paliativos (2014) refiere que, a pesar de la ingesta de analgésicos que se realiza con el fin de un correcto control de los síntomas, un buen equipo de Cuidados Paliativos puede ser el mejor psicofármaco para el paciente. Dicho equipo será capaz de basar su presencia en la compañía y el cuidado, y presentar la capacidad de compartir el sufrimiento con el otro, aliviar malestar emocional o aportar tranquilidad (Olalla, 2005).

No se debe olvidar la vulnerabilidad del paciente en esos momentos y, por ello, tanto los familiares como el equipo médico ayudan a hacerle comprender la realidad y el significado del sufrimiento en el que se puede hallar por los síntomas que presenta. Para ello, los profesionales y los familiares, para poder ayudar a morir bien, deben tener una clara comprensión de la muerte (Pérez et al., 2019). La demostración de que no se enfrentan a la muerte con temor y angustia es que valoren que, con su presencia, están transmitiendo la disposición al paciente de que van a estar para él, a su lado, hasta el final, hasta que, por último, cierre los ojos para irse (Kübler- Ross, 1975). Es acabar comprendiendo que, mantenerse al lado de la cama del paciente es la cura que les reconforta en estos momentos (Hennezel, 1996) y que acaba transmitiendo al moribundo que no se olvidan de él a pesar de que a nivel médico no hay más que hacer (Kübler-Ross, 1975). El resultado de esta presencia cercana al paciente es la conexión que se produce entre ambos, por la que cuando uno sufre, y el otro permanece a su lado, se da una transformación humana en ambos que les acaba conectando (Benito, 2024).

## Discusión

El objetivo de este trabajo ha sido responder a la siguiente pregunta: ¿es la compasión un modo protector de aproximarse a la muerte para quienes se enfrentan a ella de forma directa, como para todos los que acompañan en el tránsito, que favorece el crecimiento personal y la vivencia del final de la vida como un proceso completo de sabiduría?

Para ello, se ha buscado acercarse a la compasión como la base de todo ser humano para entrar en contacto con el otro y no ser concebida, por tanto, como un complemento. Además, se ha profundizado en la aproximación a la muerte desde el cuidado compasivo. Otro objetivo, ha sido el estudiar la concepción de la muerte como algo inevitable, pero no necesariamente basado en el sufrimiento. En relación con este, se ha buscado investigar la labor de los Cuidados Paliativos con respecto al alivio del dolor, con el fin de que el paciente pueda obtener la atención plena en el proceso de muerte.

En primer lugar, la compasión implica abrirse al que sufre para que con esa cercanía pueda encontrar el deseo de ayudar (Bedregal et al., 2020) y aceptar incondicionalmente al otro (San Martín, 2014). Como resultado, el individuo escapa de la individualidad en la que la sociedad de hoy en día nos invita a estar (Garcés et al., 2022) y dándose al otro genera una conexión entre ambos que implica poder conmoverse, acercarse y actuar a quien está sufriendo (Benito, 2024). El cuidado compasivo no sólo provoca mejores resultados de salud en enfermedades crónicas y cuidados paliativos, sino que, además, permite que la persona pueda encontrar en numerosas ocasiones el propósito de su vida y una prolongación de esta por la atención compasiva recibida (Mesa, 2021). Esto es debido a que la persona que se encuentra en una enfermedad o se está enfrentando a la muerte de manera directa, percibe que el otro le está acompañando y lo hace con gratitud, proximidad y hondura (Bermejo, 2012).

Además, el sistema de salud que cuida de las personas se caracteriza por ser medicalizado y parcialmente inhumano (Mesa, 2021), lo que implica que, desde los centros hospitalarios, la atención a los pacientes no está siendo contemplada desde una perspectiva compasiva, en la que, los pacientes se puedan concebir cuidados y aceptados incondicionalmente.

Por otra parte, hoy en día no existe una buena aproximación a la muerte. Esta se concibe como algo desagradable a lo que enfrentarse (Márquez, 2017) y se prefiere evitar, hasta el punto de no querer nombrarla. Asimismo, la actitud principal que se tiene ante la muerte es de ansiedad y miedo (Gala et al., 2002). Más aún, gran parte de la ansiedad que presentan los sujetos se percibe en el miedo a la muerte (Yalom, 2021). Como consecuencia, ni los moribundos se enfrentan a su muerte con serenidad ni los allegados ni los profesionales sanitarios son capaces de cubrir aquellas necesidades y últimas voluntades que demanda la persona (Singer, 1990). Asimismo, no se considera al moribundo alguien único y especial (Mesa, 2021) y, por tanto, las personas cercanas a este, no se están mostrando dispuestas a estar en esta situación que, para él, es de vulnerabilidad.

En cambio, para obtener una aproximación humana a la muerte, es primordial concebirla como el comienzo y no el fin (Kübler- Ross, 2004), siendo conscientes de que es un proceso natural e inevitable e incluso, de que puede llegar a ser una oportunidad de crecimiento personal. Más aún, Yalom (2018) refiere que la muerte es el hecho más importante en la vida de las personas porque, con ella, se regresa a la verdadera esencia humana. De la misma manera, a pesar de ser un momento de fuerte impacto a nivel emocional (Espinar, 2012; Gómez & Roca, 1989), tanto en Cuidados Paliativos como en el lecho de muerte del individuo, los acompañantes pueden ofrecer al moribundo la disposición de poder estar con él y cubrir las necesidades que reclame.

Por tanto, es posible confirmar la hipótesis que centra la pregunta de investigación del trabajo. Lo cierto es que muchas investigaciones defienden el acompañamiento al otro, al que lo necesita, como factor de protección para la aproximación del final de la vida. Sin embargo, por las razones anteriormente mencionadas, no sólo se debe dar importancia a la presencia del acompañante o profesional sanitario con quien se está enfrentando a la muerte de manera directa, sino que lo que provoca una conexión íntima con el otro ante el momento de vulnerabilidad que está viviendo, es la presencia de las cualidades que presenta la compasión, que son las siguientes: conmoverse por el otro, poder acercarse, y hallar el deseo de actuar (Benito, 2024). Como resultado, hay presencia de un ser humano que conecta con el otro, y esta es la clave que ayuda al que muere y al que le acompaña a poder crecer personalmente y vivenciar el final de la vida como un proceso completo de sabiduría.

Por ello, este trabajo aporta la novedad a otras investigaciones similares en la perspectiva de que no es sólo la presencia del otro lo que actúa de factor de protección para una correcta aproximación a la muerte, sino contemplar la compasión como la base de todo ser humano que puede hacer posible el cambio en el sistema sanitario. Además, el trabajo ofrece la información de cómo los profesionales sanitarios y familiares, son capaces de acercarse a quien está muriendo y comprender el verdadero significado de la muerte.

### **Conclusión**

Finalmente, en relación con lo investigado y obtenido como resultado de este trabajo, se abren varias líneas posibles de investigación futuras entre las cuales se pueden resaltar las siguientes. Por un lado, podría ser interesante explorar acerca de la percepción del impacto de la calidad de vida de los pacientes al recibir cuidado compasivo. También sería posible profundizar los efectos en el sistema sanitario de un cuidado compasivo por parte de todos los profesionales. Y, por último, sería positivo poder investigar la compasión como factor de protección ante el "burn-out" de los profesionales sanitarios. Desde un punto de vista personal, percibo que queda mucho por investigar y aprender de la compasión. Se desconocen cuáles pueden llegar a ser con exactitud los efectos a largo plazo en la sociedad de hoy en día si comenzamos como personas a cuidar al otro con compasión, pero, esto puede provocar una mejora en las relaciones interpersonales y en la salud mental y emocional de las personas. Además, como sociedad, deseamos crecer personalmente construyendo vínculos con uno mismo y con los demás.

A mi parecer, una propuesta para que la compasión se acabe convirtiendo en una herramienta fundamental en el cuidado de las personas es poder formar a los profesionales de la salud en dicho cuidado, de tal manera que no se normalice la muerte ni el sufrimiento, sino que se les pueda permitir salir de la rutina en la que se encuentran, sobre todo a aquellos que trabajan en espacios donde la muerte está presente diariamente. Con dicha medida, serán capaces, al ser los que más tiempo pasan con los enfermos, de transmitirles tanto a estos mismos como a aquellos que tienen el deseo de acompañar de manera humana y vivencial al paciente, un verdadero significado de la muerte. Asimismo, se obtendría la humanización en la salud y, poder poner al paciente en el centro de su atención y respetar su integralidad como ser humano.

Además, ante las actitudes de miedo y ansiedad frente a la muerte, considero oportuno, desde las primeras etapas de la vida, poder educar en concebir la muerte como algo natural e inevitable y a lo que nos podamos enfrentar con naturalidad y agradecimiento. De esta manera, podrá ser posible eliminar la barrera que existe en la sociedad ante la muerte.

Por último, la realización del presente trabajo me ha aportado mucho a nivel personal. He podido trabajar conmigo misma el significado verdadero de la muerte y cómo poder ofrecer, como futura profesional de la psicología, a través de este trabajo lo investigado. Ha sido un trabajo con el que he podido disfrutar y aprender.

## Bibliografía

- Aldrich, C. (1974). *Some dynamics of anticipatory grief*. Columbia University Press.
- Aragón, R. S., Manríquez, C. G., & Toledano, J. A. V. (2011). La muerte de un ser querido: validez y confiabilidad de una medida de regulación emocional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(1), 72-84.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2011/mip111h.pdf>
- Ariès, P. (2011). *El hombre ante la muerte*. Taurus.
- Armero, M. (2023). *¿Es posible perdonarse a uno mismo?* Mejor con Salud As.  
<https://mejorconsalud.as.com/posible-perdonarse-uno-mismo/>
- Ashar, Y., Andrews, Y., Dimidjian, S & Wager, T. (2009) Hacia una neurociencia de la compasión.[http://wagerlab.colorado.edu/files/papers/Ashar\\_et\\_al\\_Neurosci\\_of\\_Compassion\\_in\\_press.pdf](http://wagerlab.colorado.edu/files/papers/Ashar_et_al_Neurosci_of_Compassion_in_press.pdf)
- Baudrillard, J. (1980), *El intercambio simbólico y la muerte*. Monte Ávila.
- Bedregal, P., Lermenda, V., & Brito-Pons, G. (2020). La compasión: clave en la renovación de la atención en salud. *Revista de Ciencias Médicas*, 45(1), 74-79.  
<https://doi.org/10.11565/arsmed>
- Benito, E. (2019). El acompañamiento en el proceso de morir. *ResearchGate*, 1-15.  
[https://www.researchgate.net/publication/333658420\\_EL\\_ACOMPANAMIENTO\\_EN\\_EL\\_PROCESO\\_DE\\_MORIR\\_1](https://www.researchgate.net/publication/333658420_EL_ACOMPANAMIENTO_EN_EL_PROCESO_DE_MORIR_1)
- Benito, E. (22 de febrero de 2024). Entender y Atender el Final de la Vida. Un camino de humanización. Cáritas Madrid.
- Bermejo, J. C. (2012). Empatía terapéutica: la compasión del sanador herido. Madrid: Desclée de Brouwer. <https://blog.tipshogar.com/pdfs/empatia-terapeutica.pdf>
- Bucay, J. (2002). *El camino de las lágrimas*. Grijalbo.
- Campos, S. F. *La presencia compasiva al final de la vida*. Defensoría del pueblo vasco.  
[https://www.ararteko.eus/sites/default/files/2022-02/0\\_4761\\_3\\_0.pdf](https://www.ararteko.eus/sites/default/files/2022-02/0_4761_3_0.pdf)
- Cassem, N.H. (1974). Muerte y negación. En Autores varios. *Sociología de la muerte*. Sala.
- Cid, V. E. (2012). Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de bioética*, 23(1), 169-176.  
<https://www.redalyc.org/pdf/875/87524465012.pdf>

- Colell Brunet, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://hdl.handle.net/10803/4753>
- Conejos, L. & Nadal, M. (2022). *Mindfulness y compasión en la relación de ayuda*. Nau Libres
- Cuidados Paliativos, S. E. (2014). Guía de cuidados paliativos. <https://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8CANCER%20Y%20CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, (30), 39-50. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062002000400004&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062002000400004&script=sci_arttext)
- Garcés-Cardona, M. I., Cruz- Moná, A., y Isaza- Zapata, G. M. (2022). Cuidado compasivo. *Ciencia y Academia*, (3), 69-74. <https://doi.org/10.21501/2744838X.4485>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gómez - Batiste, X. & Roca, J. (1989). Atenció de malalts terminals oncològics. *Salut Catalunya*, 3 (4), 176-179.
- González, J. & Nevado, M. (2017). *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia*. Desclée De Brouwer.
- González, M. C. (2005). Cuidados Paliativos. Hacia una medicina de la compasión. *Salus*, 9(1), 47-60. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375938974006.pdf>
- Hennezel, M. (1996). *La muerte íntima*. Plaza y Janes.
- Hernández, P. T. S., Solanas, C. C., & Herrero, C. C. (2001). Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. *Hospital General Universitario*. Valencia <https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>

- Ignorosa-Nava, C. A., & González-Juárez, L. (2014). Cuidados paliativos para una muerte digna: Estudio de un caso. *Enfermería universitaria*, 11(3), 110-116. <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n3/v11n3a6.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2023). Defunciones según la causa de muerte. Nota de prensa. Consultada el 27 de diciembre de 2023. [https://www.ine.es/prensa/edcm\\_2022\\_d.pdf](https://www.ine.es/prensa/edcm_2022_d.pdf)
- Kübler- Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo
- Kübler-Ross, E. (2008). *La muerte: un amanecer*. Luciérnaga.
- Lama, D. (2002) *El arte de la compasión*. Grijalbo
- Limonero García, J. T. (2008). *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/1994/tdx-0507108-134157/jtlg1de5.pdf>
- López-Navarro, J. (1975). La prolongación artificial de la vida y los límites de la actuación médica. [https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12180/1/PD\\_II\\_08.pdf](https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/12180/1/PD_II_08.pdf)
- Márquez, I. (2017). “Muerte 2.0”: pensar e imaginar la muerte en la era digital. *Andamios*, 14(33),103-120. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-00632017000100103#:~:text=En%20la%20sociedad%20actual%20la,por%20el%20pensamiento%20cient%C3%ADfico%20moderno](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632017000100103#:~:text=En%20la%20sociedad%20actual%20la,por%20el%20pensamiento%20cient%C3%ADfico%20moderno)
- Mesa, G. (2021). Cuidado compasivo, diez miradas sobre el acto de cuidar. Bienestar <https://cultivarlamente.com/wp-content/uploads/2021/11/CUIDADO-COMPASIVO-Diez-miradas-sobre-el-acto-de-cuidar-3.pdf>
- Miaja, M. (2020). *Vive el proceso de duelo a tu manera*. Tecsalud <https://blog.tecsalud.mx/perdiste-a-un-ser-querido-vive-el-proceso-de-duelo-a-tu-manera#:~:text=No%20hay%20una%20%20C3%BAnica%20forma,amigos%20%20otros%20preferimos%20estar%20solos>
- Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2002). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Olalla, F. M. (2005). Morir en paz, morir con dignidad, más allá de los cuidados paliativos. *Jano*, 68(1.567), 1824- 1829. <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2018/06/mas-alla-de-los-cuidados-paliativos.pdf>

- O.M.S (1990). Technical Report Series 804. *Cancer pain relief and Palliative Care*. World Health Organization.
- Oviedo Soto, S. J., Parra Falcón, F. M., & Marquina Volcanes, M. (2009). La muerte y el duelo. *Enfermería global*, (15),1-9. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/reflexion1.pdf>
- Pacheco Borrella, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados*, (14), 227-43. <http://hdl.handle.net/10045/1040>
- Pastor, P. *Duelo y compasión*. Fundación Mario Losantos del Campo. Consultado el 15 de febrero de 2024. <https://www.fundacionmlc.org/duelo-y-compasion/>
- Pérez Bret, E., Jaman Mewes, P., Altisent Trota, R., & Rocafort Gil, J. (2019). *Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva* <https://zaguan.unizar.es/record/78194>
- Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).
- San Martín, P. (2014). Acompañamiento a una Enferma Paliativa: Mirada desde la Compasión. *Revista El Dolor*, 62, 16-19. [https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/55db8cb83297d\\_original2\\_62.pdf](https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/55db8cb83297d_original2_62.pdf)
- Sancho, M. G. (2017). *Morir en paz: Los últimos días de vida*. El Manual Moderno.
- Sallnow, L., Smith, R., Ahmedzai, S. H., Bhadelia, A., Chamberlain, C., Cong, Y., Doble, B., Dullie, L., Durie, R., Finkelstein, E. A., Guglani, S., Hodson, M., Husebo, B. S., Kellerhear, A., Kitzinger, C., Knaul, F. M., Murray, S. A., Neuberger, J., O'Mahony, S., ... Wyatt, K. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327), 837-884. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02314-X)
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Paidós.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Mapfre medicina.
- Yalom, I. (2018). *El don de la terapia*. Destino.
- Yalom, I. (2021). *Mirar al sol*. Destino.
- Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/389>
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*, 23(4), 234-238. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009LA>