Aportes de la Compasión desde la Ética Budista y de la Autonomía Relacional a los Cuidados Paliativos al Final de la Vida

Santiago Avilés Lee

Universidad El Bosque
Departamento de Bioética
Maestría en Bioética

Bogotá
2024

Aportes de la Compasión desde la Ética Budista y de la Autonomía Relacional a los Cuidados Paliativos al Final de la Vida

Santiago Avilés Lee

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Bioética

Tutora Teórica
Constanza Ovalle

Tutor Metodológico
Hernando Augusto Clavijo

Universidad El Bosque
Departamento de Bioética
Maestría en Bioética
Bogotá, D.C.
2024

Aceptación

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del presidente del jurado

_____

Firma del Jurado

_____

Firma del Jurado

_____

Firma del Jurado

_____

Bogotá

2024

Dedicatoria

A mis ancestros, quienes partieron antes
y me mostraron el sendero de la muerte
para inspirarme a vivir.

A Susana, Lorenzo y Adelaida,
por su paciencia, apoyo y comprensión.
Su amor incondicional y el mío por ellos,
hace posible crear en la esperanza sabia
y morar en la compasión.

A tantos y tantos pacientes y amigos
que he tenido el honor de acompañar
en su momento final y que me han dejado
profundas enseñanzas.

Agradecimientos

Quiero expresar mi profunda gratitud al Dr. Jaime Escobar Triana quien con su mirada silente supo estar presente. A la Dra. Constanza Ovalle Gómez por creer en mí y en mi sueño de una compasión posible, por brindarme cuanta oportunidad viable para persistir en este empeño y fomentar la expresión de mi espíritu libre, por invitarme una y otra vez, a regresar a la bioética. Al Dr. Hernando Clavijo Montoya, por su paciencia, rigurosidad, dedicación y acompañamiento amable, firme y decidido, por afectuosamente atizar en mí, una postura crítica y reflexiva. A la Dra. Elsa Beltrán Luengas por sus aportes oportunos y afables. A mi compañera Laura Cañas, por haber aceptado navegar conmigo esta aventura, gracias; ha sido un honor haber remado juntos. A Susana, Lorenzo y Adelaida, mi amoroso reconocimiento por haber sido soporte en esos momentos complejos de agotamiento, duda e incertidumbre y por haber sido siempre incondicionales compinches. Por supuesto, un insondable agradecimiento a mi maestra Roshi Joan Halifax por haber sido mi inspiración por tantos años, por recordarme el sendero de la compasión en el ámbito clínico y mostrarme el budismo zen como una forma de vida; gracias por sus amorosas palabras que abren el presente trabajo.

Contenido

Agradecimientos 5

Resumen.....9

Abstract.....10

Introducción.....11

Una Mirada desde la Ética Budista 18

El Dharma Budista.....19

Las Cuatro Nobles Verdades y el Óctuple Sendero 19

El Sendero del Bodhisattva 24

Los Preceptos.....27

Las Cuatro Moradas Sublimes 29

¿Estamos en Riesgo de una Falta de Compasión?.....32

Acerca de la Compasión 35

Los Ejes de la Compasión 36

Otras Consideraciones en el Marco de la Compasión 38

La Compasión en otras Tradiciones.....42

Autonomía Relacional, de la Independencia a la Interdependencia 48

Los Ejes de la Autonomía Relacional 53

Autonomía Relacional en la Bioética 56

El Entretejido Compasión / Autonomía Relacional en los Cuidados Paliativos y el Final de Vida 60

El Hilo del Final de Vida.....60

Considerando las Hebras de los Cuidados Paliativos 63

Urdiendo Autonomía Relacional y Ética Budista 67

Tejiendo la Trama Autonomía Relacional y Cuidados Paliativos al Final de Vida 71

Autonomía Relacional, Cuidados Paliativos al Final de Vida y una Aproximación Budista, un Textil Integrador.....79

Una Reflexión sobre el Mandala 90
Hacia la Compasión Relacional como Práctica Bioética 91
Recomendaciones 98
Referencias 99

Preámbulo

Mi maestra Joan Halifax, desde el Upaya Zen Center en Santafé Nuevo México, me ha compartido las siguientes palabras con ocasión de la finalización del presente trabajo de grado:

> Compassion is a radical exploration. Compassion is central to being fully human and a non-negotiable necessity for our time. We are at a crossroads, and swimming upstream to reconnect with our instinctual kindness. Is essential for us to survive as a species. Lived compassion is the ground upon which ethics, empathy, and thoughtful actions unfold. Compassion is essential for personal, social, and environmental health. It is a path to and manifestation of human resilience and robustness in a time of need[1]. (J. Halifax, comunicación personal, 13 de mayo de 2024)

[1] La compasión es una exploración radical. La compasión es central en el ser completamente humanos y es una necesidad innegociable en nuestro tiempo. Nos encontramos en una encrucijada y navegamos contra la corriente para reconectar con nuestra bondad instintiva. Es esencial para nosotros para poder sobrevivir como especie. La compasión vivida es el suelo en el cual se despliegan la ética, la empatía y las acciones consideradas. La compasión es esencial para la salud personal, social y ambiental. Es el sendero hacia y la manifestación de la resiliencia humana y la robustez en tiempos de necesidad. (J. Halifax, comunicación personal, 13 de mayo de 2024)

Resumen

La compasión desde la ética budista entendida como el acto que busca aliviar el sufrimiento y las causas de sufrimiento de los otros, junto con la autonomía relacional, aquella capacidad que manifiestan los individuos en virtud de ser agentes socialmente involucrados, ofrecen un marco conceptual articulado para promover la humanización de los cuidados paliativos al final de la vida. La autonomía relacional y la compasión budista, aunadas y cohesionadas, impulsan la expresión de agencia desde una postura de reconocimiento de sí mismo y del otro, resonando con los demás y el entorno, para generar una respuesta emocionalmente modulada que fomenta una toma de decisiones enmarcada en los vínculos y valores sociales de los pacientes en cuidados paliativos al final de vida. La autonomía relacional, usualmente criticada por la dificultad de ser llevada a cabo, encuentra en la compasión un instrumento para volverla una realidad práctica. Por su parte, la autonomía relacional posibilita la empatía, primer paso del actuar compasivo. La compasión desde la ética budista puede convertir en acción a la autonomía relacional. La compasión es un camino para hacer posible la autonomía relacional. La bioética y las profesiones clínicas podrían hacer de la autonomía relacional, articulada con la compasión, un campo de estudio para auspiciar la aplicación práctica de la autonomía relacional. Una bioética laica, pluri y transdisciplinaria, en conjunto con un budismo secular, podría favorecer esta práctica desde una óptica confluyente de las éticas relacional y budista, una propuesta desde la *compasión relacional como práctica bioética*.

Palabras clave: Compasión, ética budista, autonomía relacional, cuidados paliativos, final de vida, dharma budista

Abstract

Compassion from the Buddhist perspective is understood as the act of pursuing the alleviation of both suffering as well of the causes by which others suffer. Together with relational autonomy, the capability that individuals manifest as socially aware agents, it articulates a conceptual frame to promote the humanizing of health care in palliative care at the end of life. Relational autonomy and Buddhist compassion, when cohesively combined, promote the expression of agency from a place of recognizing oneself and the other, resounding with the rest and the surroundings to generate a responsiveness that encourages decision making upon the social bonds and values of patients in palliative care at the end of life. Relational autonomy is frequently criticized for its difficult to practice, but compassion offers it an avenue towards becoming a practical reality. On the other hand, relational autonomy facilitates empathy, the first step in the compassionate action. Compassion from the Buddhist ethics may convert in action relational autonomy. Bioethics and clinical professions could make of relational autonomy, articulated with compassion, a study field to promote the practical application of relational autonomy. A lay, pluri and transdisciplinary bioethics, in conjunction with secular Buddhism could favor this practice from a confluent optic of relational and Buddhist ethics, a proposal from relational compassion as a bioethical practice.

Keywords: Compassion, Buddhist ethics, relational autonomy, palliative care, end of life, Buddhist dharma.

Introducción

Y ahí estaba yo, en medio de un ensordecedor silencio. Con lágrimas en los ojos, esa noche, me daba cuenta de cuán precaria y escurridiza era la vida, de cuán desgarradora era la muerte. Llevaba semanas sentado a la cabecera del que sería el lecho de muerte del ser más querido. Un cáncer le había consumido, se la llevaba y con ella se iban mis esperanzas e ilusiones. Le acompañé a vivir sus últimas horas, le acompañé a morir su último suspiro en su indescriptible dolor. De alguna forma sentía que me había quedado con su sufrimiento y el mío, sumados. Sentía que lo había perdido todo, y así era, todo estaba perdido. Desolado y solo no había en ese instante, lugar a dónde ir. Quizás no quería ni ir, ni estar. No entendía que ese sentimiento no era más que el reconocimiento de la fragilidad y vulnerabilidad propias de quien a temprana edad afronta la muerte y el morir, no como algo ajeno, sino como una realidad escueta y fría. Con contadas excepciones, no hubo quien estuviese para mí en esa noche oscura. Pasados unos días desperté del letargo, no debía seguir mascullando mi desdicha, era una invitación a continuar. Ahí comenzó este viaje que me trae hasta hoy. Había surgido en mí una necesidad interior de entender el final de vida y de acompañar, como hubiese querido que lo hicieran conmigo, a quienes estaban partiendo y a quienes les sobrevivían. Un viaje que indefectiblemente me lleva a la compasión.

La historia, mi historia, me había enseñado que era fundamental estar pendiente del otro, cuidar del otro, que había que aprender a estar desde la escucha sin juzgar, para los demás. Por ello, hoy me atrevo a proponer la compasión como herramienta en la humanización de la atención en salud, especialmente en los cuidados al final de la vida. Reflexionar sobre la compasión, aprender de la compasión y entrenar en la compasión como estrategia ante el sufrimiento al que nos enfrentamos en el ejercicio de los cuidados paliativos.

Con frecuencia nos encontramos ante la dicotomía entre vivir y morir, la vida y la muerte, cuando en realidad no hay tal separación, simplemente una interpenetración y unidad (Halifax, 2011a), de ahí que reverenciar la vida debería ser un propósito para quienes tenemos el privilegio de estar en los cuidados al final de la vida, pero también reverenciar la muerte y el morir como un momento más de la vida, como parte de la

misma, frecuentemente acompañados por la vulnerabilidad de quien se está desprendiendo, como la de sus familiares y por qué no recalcarlo, la de sus cuidadores y la del personal sanitario a cargo.

Lo anterior se convierte en un llamado para regresar a la persona, a retomar lo humano. En un mundo donde paulatina y drásticamente hemos venido olvidando a la persona, donde el egoísmo y la indiferencia se hacen presentes, donde las redes sociales nos acercan para estar más distantes, donde el individualismo nos torna impasibles y crueles, donde hemos perdido el contacto con el otro, donde se ha olvidado el encuentro en el abrazo y el afecto se traduce en emojis, y al cual el campo de la atención en salud no es ajeno, ahí aflora la necesidad de realizar un cambio de aproximación frente al actuar terapéutico. Hacer de la intervención sanitaria en general, y de los cuidados paliativos en particular, algo más cercano a la persona, rescatar el sentir, volver a lo emocional, volvernos nuevamente sensibles ¿qué tal si nos reconocemos como humanos? ¿qué tal si volvemos al corazón, a las entrañas? ¿y si volvemos a vivir desde la esencia misma?

En una reflexión, *Halifax*[2] (2013) hacía referencia a un encuentro con S.S. el *Dalái Lama* quien afirmaba que “la compasión no es un asunto religioso, es un asunto humano. No es un lujo. Es esencial para nuestra paz y nuestra estabilidad mental. Es esencial para la supervivencia humana” (2013, p. n.d.). Continúa *Halifax* afirmando que “uno de los procesos más curiosos y poderosos de ser totalmente humanos y de tener carácter moral, es nuestra capacidad de compasión” (2013, p. n.d.). Y es que estamos enfrentados a un déficit de compasión y esto quizás porque “no está claro lo que significa *cuidado* y ha disminuido nuestra capacidad de sentir el sufrimiento de los otros en un mundo tecnológicamente creciente” (Halifax, 2013, p. n.d.).

Infortunadamente, la estructura de la formación en las áreas del cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, nos ha convertido en “alexitímicos”[3] (Singer,

---

[2] Copia personal de notas compartidas directamente por la autora.

[3] La *alexitimia* fue descrita por *Sifneos* en 1973, se refiere a la incapacidad o dificultad de identificar y describir las emociones. La *alexitimia* tiene “tres características: a. Dificultad para verbalizar emociones, reconocerlas y utilizarlas, b. Dificultad para localizar las emociones en el propio cuerpo y c. Tendencia a utilizar la acción como estrategia de afrontamiento ante situaciones conflictivas […]”(Fernández-Montalvo, 1994).

2013) sistemáticos, padecemos de la incapacidad de sentir, se nos enseña que sentir al paciente nos compromete en nuestra objetividad e integridad, que nos volvemos vulnerables, que es mejor mantener distancia. Pero es que en verdad somos vulnerables y debemos abrazar tal vulnerabilidad, es importante que nos sepamos vulnerables. Allí aparece una vez más la compasión, esta vez como antídoto a la indiferencia y la apatía de la alexitimia enseñada.

Los profesionales en cuidados paliativos enfrentan, como pocos, una presión singular. Saben que paliar significa mitigar, aliviar, calmar, pero no curar. Sin embargo, esta labor es profundamente sanadora en la medida que logrando sostener una plena atención a la situación de su paciente y familia, estando totalmente presentes, teniendo a la vez una clara intención de lo que su intervención significa para considerar cuál es el curso de acción más apropiado para esa persona en ese preciso momento, logra un vínculo particular que condicionará la calidad de su participación en ese encuentro terapeuta-paciente. Esto implica un cuestionamiento acerca de los valores de su ocupación que, por su misma naturaleza paliativa[4], puede encontrar en la compasión un abono para alimentar este campo de siembra que es la relación terapeuta-paciente.

Vivimos en una era de interdependencia en el que *yo* y *otro*, pueden y deben ser uno solo y donde podamos encontrar un equilibrio emocional que nos lleve al bien estar y el bien hacer. Las éticas narrativas pueden nutrir esa relación dialéctica y facilitar su entendimiento, mientras que la ética del cuidado aportar en un quehacer más sosegado en cuidados paliativos[5].

Para *Halifax* (2011), la compasión se refiere a una emoción que se experimenta al sintonizarnos con el sufrimiento del otro y tenemos la aspiración y el deseo de

---

4 “El término “paliativo” deriva del vocablo latino pallium, cuyo sentido es “manta”, “capa”, o “cobertor”. Era usado para denominar a los mantos ofrecidos a los peregrinos cuando éstos dejaban los hospices. La finalidad de este ropaje era protegerlos de las intemperies durante los viajes. Actualmente, el término “paliativo”, además de portar la idea de acogida y protección, incluye la valorización del cuidado del ser humano en base a un enfoque holístico” (Manchola et al., 2016).

5 “Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual” (WHO, 2020).

mejorar la condición de la otra persona. Estamos a diario de frente al sufrimiento del otro y ser compasivo implica que hagamos algo por ese otro, que tengamos la genuina aspiración de aliviar su sufrimiento y de aliviar las causas de su sufrimiento. Ante este panorama, quisiera a través del presente ensayo, plantear una reflexión epistemológica alrededor de la compasión de la ética budista y de la autonomía relacional como medio humanizador de la atención en salud y propuesta de valor bioético en la práctica de los cuidados paliativos, sensibilizando desde una ética budista con una deontología sustentada en el servicio y la entrega al otro y lo otro, identificando y afrontando el sufrimiento no solo en lo personal, más allá de lo biológico, sino en lo psicológico, lo social, lo espiritual, lo cultural e incluso lo ambiental.

Finalmente, ¿por qué la autonomía relacional?[6] La autonomía[7] es un principio fundamental en la deliberación bioética, nos hace libres y nos invita a tomar nuestras decisiones de manera propia, pero esa libertad puede ser aún más amplia cuando se toma en cuenta la realidad en la que vivimos y nos sabemos parte de un colectivo (Rodríguez, 2012), en últimas la autonomía relacional termina siendo un proceso *enactivo*[8] (Varela, 1997).

La autonomía relacional nos ofrece la idea de autodeterminación y autogobernanza, indispensables en la toma de decisiones (Mackenzie & Stoljar, 2000)

---

[6] Las decisiones autónomas son subordinadas de la identidad biográfica, dentro de los encuadres culturales y enmarcadas en la trama social (Kottow Lang, 2023).

[7] La autonomía se encuentra asociada a los ideales de independencia sustantiva y autodeterminación. “Es la *capacidad* de liderar una vida autodeterminada y el *status* de ser reconocido como un agente autónomo por otros” (Mackenzie et al., 2013).

[8] En este clásico *Embodied mind* de 1991, Francisco Varela y colaboradores describen la aproximación de la cognición incorporada en las ciencias cognitivas. El libro es pionero en mostrar las conexiones entre la fenomenología y la ciencia y las prácticas budistas y las ciencias. Allí proponen una nueva forma de ciencia cognitiva llamada “enacción” en la cual tanto el ambiente como la experiencia en primera persona son aspectos de lo incorporado […] (Varela et al., 2017).

alrededor de los cuidados paliativos, en especial al final de vida, donde además del moribundo, encontramos a parientes y cuidadores.

Los aportes de Mackenzie y demás autoras (Mackenzie, 2019a; Mackenzie et al., 2013; Mackenzie & Stoljar, 2000) que comparten esta visión desde la ética feminista, nutrirán profundamente el presente análisis. Nos invitan a reconceptualizar el concepto de autonomía individual y articular conceptos de escogencia y derechos políticos que pueden ser más adecuados en el apoyo a la toma de decisiones (Mackenzie & Stoljar, 2000). En el contexto de la práctica clínica, y por tanto en los cuidados paliativos, la autonomía personal debe ser entendida en la medida que involucra seres autodeterminados que e encuentran en una posición relacional, tanto con sus parientes, sus compañeros y por supuesto con el personal de salud que cuida de ellos (Donchin, 2000).

Con todo esto me pregunto ¿de qué manera pueden la compasión de la ética budista y la autonomía relacional aportar elementos de sustento conceptual para promover una atención integral en cuidados paliativos?

Pretendo construir el presente tejido, que busca dar forma a una trama comprensible, integrada y a la vez diferenciada. Tomar la compasión desde la ética budista, para ataviarle con las hebras de la autonomía relacional, que espero, le terminen de dar forma a esta urdimbre del final de vida en los cuidados paliativos. Por tanto, en este ensayo abordaré en primer lugar los principios de la ética budista, describiré diferentes enfoques del concepto de compasión, para luego explicar algunas perspectivas de la autonomía relacional. Como paso siguiente, realizar aportes conceptuales de la compasión de la ética budista y de la autonomía relacional a los cuidados paliativos en final de vida y, en últimas, proponer a la compasión desde la ética budista como un acto relacional.

El Entramado que nos Convoca

"[…] Tu partida cruel, dolorosa,
de injusto sufrir, ha dejado en mi
un profundo vacío que ahoga
no solo ilusiones,
sino esperanzas y expresiones".
-Santiago Avilés (2024)

El paciente en cuidados paliativos, y en especial al final de vida, se encuentra en una situación vulnerable. La vulnerabilidad es, por tanto, reconocer la condición de fragilidad[9] del ser humano e incluye la posibilidad de sufrir un daño. Mientras que Mackenzie et al. (2013) resaltan que en bioética la vulnerabilidad es vista como una condición ontológica de toda existencia humana y como un marcador para identificar a aquellos que necesitan un cuidado extra, donde además del concepto de daño también se incluyen los de necesidad, dependencia, cuidado y explotación, la vulnerabilidad llega al núcleo de lo más humano, es corpórea y por tanto tiene un vínculo con la inherente sociabilidad humana; somos pues vulnerables a las acciones de los otros y dependientes a la vez del cuidado y apoyo de los otros.

La fragilidad[10] de la vida y la vulnerabilidad del ser humano se hacen más evidentes en aquellos momentos en los que la vida misma pareciera escurrirse de nuestras manos de forma inexorable. La vida se resquebraja, el ser humano se rompe en pedazos, así como también familiares, amigos y cuidadores se enfrentan a una insoslayable angustia e incertidumbre; usualmente desconocemos qué hacer, ello profundiza la crisis. Crisis que se manifiesta en el dolor y el sufrimiento, en las dificultades, en la pérdida de la autonomía y aumento de la dependencia, en la duda, el temor y el agotamiento, en la desesperanza y la frustración y en las emociones

---

[9] La real academia de la lengua define frágil como "quebradizo, y que con facilidad se hace pedazos. Débil, que puede deteriorarse con facilidad. Dicho de una persona, de escasa fuerza física o moral" (RAE, 2023.).

[10] La UNESCO (UNESCO, 2011) reconoce la existencia de una fragilidad humana universal y enfatiza las características conceptuales que crean o exacerban la vulnerabilidad e identifica grupos específicos que son especialmente vulnerables.

angustiantes (Mackenzie et al., 2013) propias de la impermanencia, tanto de quien está en proceso de muerte cercana o muerte activa, como de quienes le rodean.

¿Y qué tal si se propone un acercamiento humanizado en el cuidado en las etapas alrededor del final de la vida? ¿qué tal si echamos mano de una postura epistemológica sustentada en visiones del mundo de oriente? ¿y si el budismo nos ofrece algunas alternativas? Podríamos hablar de una ética budista y como lo explica la maestra, Joan Halifax en su libro "*Being with Dying*", el Buda enseña lo importante que es practicar el cultivo de la sabiduría y la compasión (2011a), por tanto, una invitación a estar presente en el sufrimiento del otro, aún inmersos en el propio, reconocer que la vida y la muerte son una misma complejidad que alberga múltiples inquietudes.

Aspiro a encontrar en la autonomía relacional y la compasión de la ética budista, los hilos que entretejen la urdimbre de los aportes de la espiritualidad y el alivio del sufrimiento a la humanización en los cuidados compasivos, ante la vulnerabilidad del paciente al final de vida.

Una Mirada desde la Ética Budista

La fragilidad de la vida y la vulnerabilidad del ser humano se hacen más evidentes en aquellos momentos en los que la vida misma pareciera escurrirse de nuestras manos de forma inexorable. La vida se resquebraja, el ser humano se rompe en pedazos, así como también parientes, amigos y cuidadores profesionales o familiares, se enfrentan a una insoslayable angustia e incertidumbre; usualmente desconocemos qué hacer, ello profundiza la crisis. Crisis que se manifiesta en el dolor y el sufrimiento, en la incapacidad o discapacidad, en la pérdida de la autonomía y aumento de la dependencia, en la duda, el temor y el agotamiento, en la desesperanza y la frustración y en las emociones angustiantes propias de la impermanencia tanto de quien está en proceso de muerte cercana o muerte activa, como de quienes le rodean. ¿Qué tal si echamos mano de una postura epistemológica sustentada en visiones del mundo de oriente? ¿y si el budismo nos ofrece algunas alternativas?

Explica mi maestra, Joan Halifax (2008), en su libro "*Being with Dying*" que el "Buddha enseñó que deberíamos practicar ayudar a otros mientras cultivamos una profunda concentración, compasión y sabiduría" (p.4), es por tanto una invitación a estar presente en el sufrimiento del otro, aún inmersos en el propio, reconocer que la vida y la muerte son una misma complejidad que alberga múltiples inquietudes, intrincadas como podrían serlo las intervenciones de diferentes instrumentos musicales en una obra sinfónica. Continúa Halifax diciendo que la "compasión, la alegría y el no apego son cualidades que nos proporcionan resiliencia para enfrentar y posiblemente transformar el sufrimiento" (p. 4).

Quiero enfatizar en el sentido y la existencia del sufrimiento del paciente, al igual que el propio, el mío mismo, el del cuidador o terapeuta, como el de las demás personas cercanas a éste, como eje de reflexión alrededor de la compasión pues ésta es un concepto esencial en la tradición budista, sin embargo, el budismo y la ética budista, no han sido, aún, ampliamente recibidos en la bioética.

La filosofía budista, por su parte, abre entonces una puerta, ofrece una mirada desde la compasión como medio para el alivio del sufrimiento y muestra una justificación sustentada en sus principios de entender al otro y hacer por el otro lo que éste necesita para comprender la causa de su dolor y acompañarle en la

transformación de sus momentos de afugias, angustia y tristeza, visión ésta que estaría acorde con cómo adaptarse a la cotidianidad acostumbrada o a una nueva cotidianidad resultante. La vida es compleja, vivir es complejo y morir como parte esencial de la vida es igualmente complejo.

El budismo es una filosofía de acción y responsabilidad, ofrece un marco de valores ideas y prácticas que nutren la habilidad de crear un sendero para la vida, incluso la vida y las enseñanzas de Gautama[11] son un patrón que puede ser aplicado cada vez más en un mundo crecientemente secular y globalizado (Batchelor, 2011) donde el cuidado, que es equivalente al principio de *ahimsa*[12], reside en el corazón de la ética budista (Batchelor, 2017).

El Dharma Budista

Las enseñanzas budistas se presentan de manera muy sencilla y curiosamente no existe como tal un "libro de escrituras" propio del budismo, así como el Corán o la Biblia. Todo inicia con el primer discurso del Buddha que imparte en el Valle de los Venados donde explica en detalle lo que significó su "despertar". En este discurso plantea lo que se conoce como las "cuatro nobles verdades" y el "óctuple sendero". Además de lo anterior quiero presentar como eje conceptual los "16 preceptos" que el budismo *mahayana* propone como lineamiento y aspiración del practicante, enmarcado en la idea del "camino del *bodhissatva*" que ofrece "una amplia gama de herramientas psicológicas hacia un estilo de vida constructivo y significativo" (Leighton, 2012).

Las Cuatro Nobles Verdades y el Óctuple Sendero

Explica el maestro, poeta y activista, Thich Nhat Hanh (2018) en "el corazón de las enseñanzas de Buda", afirma que el Buda, luego de lograr su iluminación estuvo 49 días disfrutando de la paz producto de su realización. Posteriormente decide compartir el fruto de su comprensión con aquellos con quienes había practicado en el pasado. Menciona a sus amigos que se dio cuenta de que nada puede existir por solo

---

[11] Siddhartha Gautama, conocido como Buda y fundador del budismo. Fue un príncipe que decidió convertirse en asceta para ir en busca del despertar espiritual (Mark, 2020).

[12] *Ahimsa* significa no-herir.

y que cualquier cosa debe *interser* con todo lo demás y que todos los seres tienen intrínsecamente la naturaleza del despertar. El buda comienza en ese momento con la enseñanza de las Cuatro Nobles verdades de la existencia del sufrimiento, las causas del mismo, la posibilidad de hallar nuevamente bienestar y el Noble Óctuple sendero como camino a dicho bienestar.

En el primer discurso del Buda conocido también como el "Sutra de Benarés" o "Dhammacakkappavattana Sutta", se plantea la enseñanza fundamental de las Cuatro Nobles Verdades (Parakranabahu, 2014), así: del sufrimiento, de su origen, de su superación y el camino para su superación.

La primera verdad, del sufrimiento, hace referencia a que en la vida existe *dukkha* o sufrimiento que podría mejor ser entendida como insatisfacción, no sentirse a gusto con lo que nos sucede, es cuestión de darnos cuenta de que el sufrimiento existe, de no darle la espalda, por el contrario, sentirlo, recibirlo y abrazarlo (Nhat Hanh, 2018).

La segunda, el origen del sufrimiento, se conoce como *samudaya*, *tanha* o ansia, traducida también como sed. Se refiere por un lado al apego que tenemos frente a aquello que nos gusta y nos da satisfacción y que quisiéramos a toda costa mantener en nuestras vidas. También el Buddha menciona, de otro lado, el odio o rechazo a aquello que nos desagrada o no quisiéramos mantener. Por último, como causal, encontramos la ignorancia sustentada esencialmente en la creencia errada de que las cosas duran por siempre, el desconocimiento de la impermanencia. Estos tres elementos podemos resumirlos en los "tres venenos" odio, codicia e ignorancia. Enfatiza Thich Nhat Hanh (2018): "Necesitamos observar el sufrimiento para ver cómo se forma, reconocer e identificar qué alimentos espirituales y materiales hemos ingerido que nos están causando sufrimiento" (p.5) .En la vida cotidiana generamos expectativas, aferrarse a ellas puede generar dolor, aferrarse a las opiniones, a las percepciones, es de igual manera causa de dolor y de sufrimiento secundario.

La tercera, *nirodha*, nos habla de que el sufrimiento es evitable, que puede superarse, es la cesación del sufrimiento.

Se refiere a retirar de raíz la causa del sufrimiento, enfatiza que es posible superar la causa y así poder controlar la aparición del sufrimiento. Es igualmente,

“dejar de crear sufrimiento evitando hacer todo aquello que nos lo causa. Con esta verdad Buda nos enseña que es posible la curación” (Nhat Hanh, 2018, p.7). La cesación del sufrimiento es alcanzar el *nirvana* o *nibbana*, que es la extinción de la sed, el desapego, la renuncia, en últimas la emancipación.

La cuarta, *magga*, es lo que se conoce como el “óctuple sendero”, las ocho normas positivas que son “recto entendimiento, recto pensamiento, recto lenguaje, recta acción, recto modo de vida, recto esfuerzo, recta atención y recta concentración” (Parakranabahu, 2014).

Quiero acá resaltar que el budismo no es una religión ni filosofía pesimista o negativa, el Buddha no niega la felicidad, por el contrario, invita a su búsqueda, a su encuentro. Walpola Rahula (1996) lo explica de la siguiente manera:

> El Buddha era realista y objetivo, pues acerca de la vida y del regocijo inherente a los placeres de los sentidos, dijo que uno debe comprender claramente tres cosas; 1) atracción o regocijo (*assada*); 2) mala consecuencia, peligro o insatisfacción (*adivana*), y 3) libertad o liberación (*nissarana*). Cuando veis a una persona agradable, encantadora y bella, esta os agrada, os atrae y sentís regocijo viéndola nueva y frecuentemente; su presencia os brinda placer y satisfacción. Esto es regocijo (*assada*) y un hecho fundado en la experiencia. Mas este regocijo no es permanente, ni tampoco lo son los atractivos de esa persona. Al cambiar la situación, es decir, cuando no podéis verla, cuando estáis privados de tal regocijo os embarga la tristeza, os tornáis desrazonables, desequilibrados y hasta es factible que obréis tontamente. Este es el aspecto malo, insatisfactorio y peligroso (*adivana*), que también está basado en la experiencia. Ahora bien, si no sentís apego por esa persona, si estáis completamente desapegados, esto es libertad, liberación (*nissarana*). En lo atinente a todos los placeres de la vida estas tres cosas son ciertas. (p.17)

De las cuatro nobles verdades se puede decir que no son un dogma, por el contrario, son pragmáticas. Proponen un curso de acción que ha de ser seguido en vez de aceptarlas de manera dogmática. Las cuatro nobles verdades actúan como prescripciones para un comportamiento, en lugar de una descripción de la realidad. De

hecho, el Buda se compara a sí mismo con un médico que propone un tratamiento terapéutico para sanar las dolencias que se tienen.

Adentrarse en la terapia no pretende llevar a la persona más cerca a la verdad, sino favorecer que ella pueda florecer aquí y ahora, con la esperanza de poder dejar un legado que pueda ser benéfico incluso después de la muerte (Batchelor, 2011).

El óctuple sendero. Al óctuple sendero se le llama también el “sendero medio”, pues invita a evitar los extremos. Recordamos acá que el Buda pasó de una vida de lujo y abundancia a una de ascetismo y renuncia, percatándose que ninguno de los dos mundos era la respuesta, la respuesta fue, entonces, el camino del medio, el sendero óctuple. Los ocho elementos de los que el Buda habla, no son para realizarlos en un orden específico, sino para ser practicados en simultánea lo más que sea posible. Rahula dice que “la finalidad de estos ocho factores es desarrollar y perfeccionar los tres principios capitales del adiestramiento y la disciplina buddhistas, a saber: 1) conducta ética (sila); 2) disciplina mental (samadhi); 3) sabiduría (pañña)” (Rahula, 1996, p.36).

El óctuple sendero es una forma de vida. Un sendero medio que es un objetivo en curso de respuesta y riesgo, asentado en un suelo sin asentamiento, cuyas vueltas y giros son tan turbulentos como la vida misma (Batchelor, 2011).

En este óctuple sendero hablemos de la “recta visión” que no es otra cosa que la apropiada comprensión de existencia de la primera verdad. Aprender a entender que las percepciones pueden engañarnos y que este engaño es la causa del sufrimiento (Rahula, 1996).

El recto pensamiento, se desprende de la recta visión. Se trata de un pensamiento sustentado en el amor, el desapego y la no-violencia, superando el odio, la malevolencia y las malas intenciones (Rahula, 1996).

El recto lenguaje o la recta palabra tiene que ver con abstenerse de decir mentiras, difamar, calumniar, evitar conversaciones sin sentido y evitar el chisme. Es encontrar también el momento adecuado para decir las cosas, sin generar destrucción a través de la palabra; más aún, la palabra debe ser constructiva y armónica. Evitar igualmente la crueldad en la palabra o la exageración en nuestras apreciaciones. Este

es uno de los caminos más importantes y decisivos en la manifestación de la compasión (Rahula, 1996).

La recta acción, “tiende al cultivo de la conducta moral, honorable y pacífica, la cual nos exhorta a abstenernos de destruir vidas, de robar, de los tratos deshonestos, de tener relaciones sexuales ilegítimas, y asimismo que debemos ayudar a otros a llevar, en la senda recta, una vida pacífica y honorable” (Rahula, 1996, p.37). Es un permanente hacer conciencia sobre nuestro actuar y una invitación a revisar la manera en que nuestros actos pueden de una u otra manera afectar a los demás. Es tener en cuenta al otro, que no solamente se refiere a una persona, sino que incluye a los animales, la naturaleza y el planeta en general. La generosidad, la búsqueda de la justicia social y el acompañamiento, dar soporte, al que sufre son fundamentales.

La recta forma de ganarse la vida o recto sustento, se refiere a que las personas deberían emplearse en quehaceres o profesiones que beneficien la vida y que no sean nocivas a los demás congéneres ni al planeta. Evitar todo aquello que favorezca la destrucción o el odio. Evitar la producción o el comercio de intoxicantes y de armas o vivir de los juegos de azar.

El recto esfuerzo, consiste en una permanente fuerza de voluntad de mantenerse en las acciones correctas. Una permanente exhortación a mirarnos con detenimiento, evaluarnos y proponernos un recto hacer. Se trata de “encontrar formas de regar las semillas sanas que no han germinado y pedir a nuestros amigos que hagan lo mismo y alimentar las semillas sanas que ya han germinado para que permanezcan en la mente consciente y se vuelvan más vigorosas” (Nhat Hanh, 2018, p.32).

Por su parte, la recta atención, conocida hoy como “atención plena”, es estar pendientes del cuerpo, de las sensaciones, emociones y los pensamientos, y del entorno en dónde se manifiestan. Es volver una y otra vez al momento presente y aceptar las cosas sin juzgar ni reaccionar (Nhat Hanh, 2018).

Por último, la recta concentración hace referencia a la práctica de la meditación que ayuda a adiestrar la mente y procura ecuanimidad y serenidad. Una vez más siguiendo a Thich Nhat Hanh, “no vayas de un lugar a otro tratando de encontrar a Buda. Anda simplemente sereno y feliz y Buda estará en tu interior. Vive cada

momento de tu vida profundamente, y mientras estés andando, comiendo, bebiendo y contemplando el alba, estarás sintiendo la dimensión última" (2018, p.36.).

El Sendero del Bodhisattva[13]

El Ideal del *Bodhisattva*, es "llevar a cabo el trabajo de todos los *Buddhas*, y hace el voto de no entrar en su salvación final o budeidad hasta no asistir a todos los seres, a través de los alcances del tiempo y espacio, a lograr su experiencia liberada", los *Bodhisattvas* dedican su vida a acompañar el despertar o iluminación de los demás seres y a apoyar en el alivio de su sufrimiento. Su actuar se fundamenta en la generosidad, paciencia, conducta ética, equilibrio meditativo en lo que es esencial, y de esta manera beneficiar a los otros (Leighton, 2012).

Son acciones del *Bodhisattva* la palabra amorosa, la generosidad, la acción benéfica, la cooperación y la imparcialidad, pues en el budismo se habla de la unicidad de todo con todo, la identidad y el origen interdependiente de las cosas Los profesionales sanitarios deberíamos ser un ejemplo, una manifestación del camino del *Bodhisattva*, pues nuestro quehacer está orientado al alivio de la enfermedad y a fomentar el regreso a la armonía. Se trata del desarrollo de un corazón amoroso orientado al servicio, construyendo redes de interconexión que favorezcan el vínculo relacional del ser humano con sus congéneres y con los demás seres; una postura altruista que reconozca el sentido del otro, su importancia y su valía en el mundo. Se trata entonces de humanizar nuestro vínculo humano, aunque disuene la afirmación, hacer que el "nosotros" sea más amplio, que vaya más allá de la actitud tribal egoísta y sea más incluyente, más sensibilizado.

¿Qué significa esto?[14] Pues bien..., primero que todo, que el estado o el nivel del *Bodhisattva* es algo a lo que todos podemos llegar e incluso a lo que todos deberíamos aspirar. Lo primero que hace el Bodhisattva es reconocer la existencia del sufrimiento. En el mundo hay sufrimiento; los diferentes seres, las personas, las comunidades, los países, todos, en mayor o menor grado, estamos sufriendo, hemos sufrido o sufriremos. Para donde miremos encontramos dolor y miseria, hay

---

[13] *Bodhisattva* es aquel que dedica su vida al beneficio de los demás.

[14] Tomado de los blogs del autor en su página www.santiagoaviles.com

hambrunas, guerra, destrucción y muerte. Diariamente en nuestras ciudades vemos habitantes de la calle mendigando un pedazo de pan, madres con sus hijos en brazos pidiendo una moneda, o niños y niñas en abandono deambulando en busca de algo para comer. Como ellos, vemos permanentemente personas que no tienen oportunidades, a quienes se les han cerrado las puertas o les hemos cerrado las puertas. Hay tristeza en los ojos de madres de hijos desaparecidos o hechos desaparecer, en los padres y madres de familia que no pueden traer el sustento a casa, o que no tienen cómo llevar a sus hijos a la escuela. Sufrimos por el abandono de nuestras ciudades y nuestras sociedades, por la basura y los escombros materiales y sociales que nos inundan. El maltrato, la intolerancia, la violencia, el egoísmo, la corrupción y la mentira, entre tantas otras cosas, nos hacen doler las entrañas (Avilés, 2019, p. 1)

Aunque por momentos pareciéramos anestesiados por la negación, la autoprotección o la indiferencia, deberíamos evidenciar tanto dolor que hay a nuestro alrededor. Hay aflicción y angustia en quienes están gravemente enfermos y en sus familias. Sufre quien sabe que está muriendo y no conoce como enfrentarse a la muerte y sufre también el que asesina y el asesinado, tampoco saben como enfrentarse a la muerte. Sufrimos porque los demás no hacen las cosas como queremos o porque las hacen como las hacemos nosotros, ya sea porque no nos siguen o porque nos imitan y se "igualan" a nosotros. Nos fastidiamos porque llevamos horas sin comer y nuestras tripas se retuercen de hambre, pero tan solo minutos luego de habernos engolosinado con un manjar, nos afligimos porque nuestro cuerpo se siente tan lleno, que no podemos ni caminar.

Sí, hay mucho dolor y sufrimiento. Nuestro propósito debería ser felices. Felices aliviando nuestro sufrimiento, pero más aún, ser felices ayudando a aliviar el sufrimiento de los otros, y es ese precisamente el sendero del Bodhisattva, el camino de aliviar el sufrimiento de los otros.

Ciertamente, estamos muy distantes de la perfección del Bodhisattva, pero podemos ser cercanos a su mensajes y enseñanzas. Estamos acá en esta existencia para mediar ante el dolor, la amargura, la aflicción y el sufrimiento de las demás personas y de los seres con los que nos encontramos. Es verdad que nos hacen falta

experiencia y habilidad, pero, de la misma manera, es incuestionable que a nuestro propio nivel es mucho lo que podríamos hacer. No serán "todos los seres" a quienes ayudemos, pero pueden ser "todos los seres" con quienes interactuamos, con quienes nos topamos a diario, aquellos que se beneficien de nuestra disposición de ayudar en el alivio del sufrimiento, ojalá sin desfallecer. sí, estas cualidades nos muestran que el sufrimiento puede detenerse y que existe un camino para alcanzarlo constituido por ellas mismas. Por otro lado, lo que esto significa, es que las distintas cualidades que representan los Bodhisattvas, además de la voluntad de buscar calmar las penas, deben ser igualmente tenidas en cuenta y deberíamos buscar desarrollarlas y manifestarlas.

La compasión es quizás la más distintiva pues es precisamente ella la que motiva a hacer cosas para buscar que cese el sufrimiento. Se acompaña de la bondad amorosa que invita a desearle a todos las personas, a todos los seres, cosas buenas; "que lo mejor sea para ti" (Avilés, 2019), resumiría el quehacer de esta cualidad. Es una combinación de aspirar y hacer algo para que alguien deje de padecer y de ansiar que la humanidad y “todos los seres sean felices y vivan en paz” (Avilés, 2019, p. 1). La sabiduría y la búsqueda del conocimiento, de la misma manera, son pilares esenciales de la propuesta del Bodhisattva. Un entendimiento de la realidad como vacuidad comprendida como lo ilimitado y la "nadeidad", de la existencia interdependientes de todas las cosas (nada ni nadie existe aislado de nada ni nadie), además de la trama de interconexión de todo cuanto existe y de la percepción de la impermanencia de los eventos, los momentos y los objetos.

Por otro lado, la imagen del Bodhisattva, menciona Avilés (2019) tiene que ver con el cuidado de la madre tierra, y uno de sus arquetipos está precisamente dedicado a recordar la importancia del cuidado de las entrañas, del cuidado de la tierra como madre y por consiguiente velar de las mujeres como madres actuales o potenciales. Acá, no solo se nos recuerda el valor del respeto por la madre tierra, por la madre naturaleza y por la madre humana, sino también el papel de alimentación y protección propios de la maternidad, al igual que la función maternal del hombre.

Si nos detenemos por unos instantes a mirar hacia adentro, a hacer conciencia de nuestro ser más íntimo, podemos ver frente a nosotros este admirable sendero, que

no es más que una oportunidad magnifica para ser mejores. Un recordatorio permanente de esta misión de aproximarnos al sufrimiento humano, de sensibilizarnos al dolor y la desesperanza, y, desde ahí, hacer algo por el cuidado de los demás y del planeta, por la felicidad en el mundo. Y como lo recordara Joan Halifax Roshi al comienzo de la meditación Tonglen "habiendo reconocido la futilidad de mi egoísmo y el gran beneficio de amar a los demás, pueda yo traer a todos los seres a la alegría; pueda yo dirigir todas mis virtudes y felicidad a los otros, a través de la fortaleza de mi práctica; y pueda yo recibir el sufrimiento, los obstáculos y las dificultades de todos los seres en todos los reinos" (Halifax, 2011a, p. 89).

Con todo esto, podemos ir acercándonos a la idea de que el trabajo del *Bodhisattva* es uno enteramente relacional. Lo que uno hace por el otro termina redundando en un beneficio hacia la otra persona, hacia el ambiente y la sociedad. Por tanto estamos creando, además de una comunciación dialéctica, una trama de interacción al ser nosotros parte de esta dinámica, también se generarán efectos en nosotros e influenciará no solo nuestro estado de ánimo, sino que condicionará nuestras futuras acciones y reacciones en esta existencia interdependiente.

Los Preceptos

En la tradición del budismo Zen, se habla de los “preceptos del *Bodhisattva* que en el linaje al que pertenezco son 16, y “más que prescribir normas de conducta, describen varios aspectos de lo que realmente somos” (Glassman, 2003), no tienen para nada condición de “mandamientos”, son por el contrario “propuestas”, son una aspiración, algo que debería orientar nuestra vida diaria, una exhortación y recordatorio a actuar de la mejor manera posible en la experiencia cotidiana. Estos son como Glassman (2003) los describe, los “tres tesoros”, los “tres preceptos puros” y los “diez preceptos graves”.

De los dieciséis quiero resaltar los “preceptos puros” que son: no hacer el mal, hacer el bien y beneficiar a todos los seres vivos[15]. Éstos últimos, son maneras de

---

[15] *Dogen Zenji* maestro fundador del budismo Zen lo expresaba de la siguiente manera: “1. El precepto de aceptar todos los códigos morales: someterse a las leyes y códigos de todos los budas es la base de leyes y códigos de todos los budas. 2. El precepto de aceptar todos los actos buenos: el *dharma* del despertar último es la manera en que uno debería practicar por sí mismo y cuando guía a otros.3. El precepto de aceptar y beneficiar a todos los seres vivos: uno debería trascender las distinciones entre seres ordinarios y sabios, y salvar a todos, a sí mismo y a otros” (Dōgen, s. f., párr. 1).

expresar la compasión en la medida que son formas de cuidar del otro y representan maneras de aliviar las causas del sufrimiento. Teniendo en cuenta que estos preceptos o votos son un lineamiento de comportamiento del *boddhisattva*, otro factor que es fundamental en su comprensión es el concepto de “arrepentimiento”, Kosho Uchiyama (2009) lo presenta de la siguiente manera como “voto y arrepentimiento”. El arrepentimiento como manera de volver al sendero y procurar compasión al reiterar la convicción de ayuda. Hablar de arrepentirse no significa pedir excusas. El arrepentimiento implica hacer una pausa, detenerse para afrontar la vida y dar paso a que la luz de la realidad absoluta nos ilumine.

“¿Qué significa ser iluminado por la luz de la realidad absoluta? En el Sūtra del Samantabhadra Bodhisattva Dhyāna encontramos: “Si deseáis arrepentiros, sentaos en zazén y contemplad la verdadera naturaleza de todas las cosas». En otras palabras, al hacer zazén[16] el auténtico arrepentimiento se manifiesta” (Uchiyama, 2009, p. 108).

Se dice que quienes practican zazén han de cumplir este voto y hacen de este ejercicio la dirección de la vida, al tiempo que se vuelve una y otra vez al zazén con el arrepentimiento de no poder realizarlo. De esto se trata la vida religiosa del practicante budista,

> vivir el voto y el arrepentimiento, siendo vigilados, protegidos y fortalecidos por el zazén. Al no estar el voto, se pierde de vista el progreso; al no haber arrepentimiento, nos perdemos del camino. El voto es fortaleza, mientras que el arrepentimiento destroza nuestra arrogancia. Así debería ser la postura frente a una vida religiosa armónica, fresca y vital. (Uchiyama, 2009, pp. 108-109)

Continúa Uchiyama (2009) reafirmando el rol del *Bodhisattva*, “un *bodhisattva* es un ser humano ordinario que ha encontrado la dirección de su vida en *Buddha*, en practicar la vía de la vida de un *Buddha*. Usted es un *bodhisattva*, yo soy un *bodhisattva*” (p. 109.). Todos, entonces, somos *bodhisattvas* ya sea en acto o en potencia. Cuando se consigue vivir la vida más allá del egoísmo, con una postura altruista y una vocación de servicio, se está llevando esa experiencia del *Bodhisattva* al hospital, a la cabecera de la cama del moribundo, a la sala de espera, a la habitación

16 N. de A. Significa meditación sedente, simplemente meditar sentado.

del enfermo donde se reúnen familiares, cuidadores y amigos, al salón de clases, a la cafetería, al templo, al simple encuentro con la vida. Y somos los profesionales de la salud los llamados a encarnar esa actitud del *Bodhisattva*, a reconocernos como tales, actuar como tales, a ser las mejores personas posibles. Y así como se abre la mano del pensamiento, se abren también insondables posibilidades que ofrecen trascendentales oportunidades de apoyar, acompañar y compartir en la espaciosidad del encuentro humano. La vida y la muerte, la enfermedad, la discapacidad, la vejez, la tristeza, el duelo, la pérdida, la soledad y tantas otras emociones y condiciones, se hacen humanas, podemos rescatar nuestra humanidad.

Las Cuatro Moradas Sublimes

Se les conoce como *Brahma Viharas*[17],se refieren a los lugares de refugio o protección a los que usualmente acudían los viajeros al llegar los monzones durante el verano de la India. Su significado tiene que ver con el modo de vida de los *Brahmas*, seres celestiales, elevados, se refiere a los nobles modos de vida que llevan ellos y que se proponen a las personas. Estas cuatro características son *metta*, *karuna*, *mudita* y *upekkha*, también llamadas los cuatro estados sublimes, bondad amorosa, compasión, alegría altruista y ecuanimidad (Polo, 2021). La práctica de estas *Brahma Viharas*, nos lleva a desarrollar la gran mente, a abrir la mente-corazón. Las cuatro moradas en sí, son prácticas, meditaciones en esas cualidades, que llevan a realizar acciones benévolas.

Siddhartha[18], considera además a la respiración como una sagrada morada. La respiración “nos arraiga en el ritmo de vida, también nos lleva a sentir el mismo ritmo que alienta a otras criaturas sensibles y darnos cuenta de la relación empática que mantenemos con todo lo que respira” (Batchelor, 2017, p. 367).

Metta es la bondad amorosa[19], es la cualidad del amigo, ya que una persona siempre le desea lo mejor a su amigo. *Metta*, se adhiere, en mención a que las relaciones mediadas por la bondad amorosa hacen que las personas estén juntas y

---

[17] *Brahma Vihara* Significa “morada divina”, el lugar donde habitan los dioses (Silananda, 2020).

[18] Otra manera de referirse a Gautama, el Buddha.

[19] Es brillante, radiante y resplandeciente, libera el corazón de las contaminaciones mentales (Silananda, 2020).

apoyándose, sin asperezas, ni fricción, permitiendo que se disipen la maldad, el odio y la ira. La práctica de *metta* lleva al progreso y al conocimiento (Silananda, 2020).

La segunda es *karuna*[20] o compasión, es el estado mental que conmueve al corazón frente al sufrimiento de los otros seres. Lo que sucede inicialmente es metta, que le permite encontrar el sufrimiento del otro, de donde a continuación ha de surgir la compasión y tiene que ver con un deseo activo de hacer lo que podamos, lo que está en nuestras manos para aliviar el sufrimiento de quienes tienen dolor, angustia y aflicción (Silananda, 2020).

En tercer lugar, nos encontramos con *mudita*[21], es sentirse feliz, alegrarse por los logros de los demás, es la alegría altruista. Regocijarse por el bienestar de los demás, de sus éxitos, de lo que han alcanzado. Una sensación de contento por saber que a los otros les está yendo bien en sus emprendimientos (Silananda, 2020).

Por último, nos encontramos frente a *upekkha*[22], la ecuanimidad. Busca atender a las situaciones con suficiente equilibrio. No se trata de ser indiferentes o de ignorar lo que les sucede a las personas o a los demás seres sintientes, por el contrario, es la habilidad de saber observar, con detenimiento, de manera imparcial, sin caer en el apego, ni la codicia. Trata de que podamos permanecer en el medio y no caer en extremos. La ecuanimidad, además, sirve como un buffer a las tres primeras, para no superar nuestros propios límites, vivir con sensatez, armonía y con los debidos contrapesos (Silananda, 2020).

De esta manera, se acepta que la ecuanimidad es la base para que los otros seres sean felices -expresión de la bondad-, aspirando a que no haya en ellos sufrimiento -compasión- y sintiendo el regocijo por las cosas buenas que les suceden -alegría altruista- (Batchelor, 2017), el anhelo de que dejen de sufrir, implica una

---

[20] Todo los seres están expuestos al sufrimiento, así que todos pueden ser dignos de nuestra compasión (Silananda, 2020).

[21] Es la alegría que pasa por encima de los sentimientos de envidia que en ocasiones se siente cuando al otro le va bien.

[22] *Upekkha*, es imparcial, objetiva y logro que no nos afectemos de manera negativa al involucrarnos con los demás.

definición de lo sublime que excede al pensamiento, allá donde la respiración favorece que estemos libres de posesión y control humano.

¿Estamos en Riesgo de una Falta de Compasión?

Los profesionales sanitarios en cuidados paliativos, se encuentran a diario enfrentados al sufrimiento propio y el de sus pacientes, a la muerte, el dolor, la desesperación y el desasosiego. Un horizonte desolador y agobiante, altamente demandante de cuidado, escucha, atención y presencia. Al estar abocados a esta situación, nos damos cuenta de que la compasión es un "imperativo moral" (Halifax, 2011, p.151), con implicaciones en lo social, psicológico y espiritual, de ahí que reflexionar sobre la compasión, estudiarla y entrenarse en su cultivo, puede ser un punto crucial, transformador, de la relación terapeuta-paciente y de la humanización de los cuidados al final de la vida.

Se ha considerado de vital importancia en los equipos de cuidado paliativo la presencia de incontables virtudes, siendo sin lugar a dudas la compasión una de ellas; de esta forma, la compasión debería ser considerada como cualidad esencial para los estos equipos, incluyendo profesionales de enfermería, medicina, capellanes e incluso voluntarios y personal en hospicios y casas de tercera edad (Kang et al., 2018a). Los equipos de cuidados paliativos, están expuestos a un gran nivel de estrés y posible deterioro, llevando incluso a un debilitamiento de su propia energía, incluso espiritual pues no siempre cuentan con espacios adecuados de descanso personal o contemplación como son la meditación, actividad religiosa o tiempo de calidad con la familia para restaurar su energía compasiva (Kang et al., 2018a) y es que la "compasión ha sido el factor faltante en el cuidado" (Saunders, 2015, p.121).

Nos encontramos en una crisis de compasión, no somos capaces de ver la humanidad en los otros y no hay manera de demostrar compasión si no podemos ver la humanidad en el otro, las personas cada vez más, se enfocan en sí mismas y menos en los otros, hay un cambio en nuestra disposición, que aumenta con el tiempo, alejándonos de la compasión (Trzeciak, 2019). Se ha evidenciado que con el paso de los años ha decrecido el interés por la compasión y la empatía[23], documentado en una revisión entre los años 1979-2009 dentro de la población de estudiantes de pregrado (Konrath et al., 2011).

---

[23] La empatía como lo explican Trzeciak y Mazarelli, hace parte de la compasión, es el componente que tiene que ver con sentir y entender, es un prerrequisito del comportamiento compasivo.

En ejercicios realizados con estudiantes seminaristas en la Universidad de Princeton (Darley & Batson, 1973), luego de haberles instruido en ayudar a otros, tan solo menos de un 40% respondió favorablemente a la necesidad inminente de los demás. Lown et al. (2011a) muestran cómo cerca de la mitad de los estadounidenses considera que el sistema de salud y los agentes sanitarios no son compasivos y, en otra revisión, encontraron que solamente el 53% de los pacientes y el 58% de los médicos considera que el sistema de salud provee un cuidado compasivo (Lown et al., 2011).

Aunque de manera axiomática se asume que la compasión debe hacer parte de la atención en salud, se plantea como urgente profundizar en su estudio y su aplicación en el ámbito clínico (Trzeciak et al., 2017).

En un estudio realizado por Davis (2013) para *Wakefield Research*, para la mayoría de los estadounidenses es importante recibir un tratamiento amable, y que están dispuestos a tomar medidas claves como cambiar de proveedor o de médico, viajar a buscar otros espacios o pagar por una mejor y más compasiva atención. Por ejemplo, en troo estudio realizado en la Universidad de *Umea* en Suecia, cinco años después de un accidente en carretera, los sobrevivientes, en su mayoría, se encontraban satisfechos con el cuidado recibido en términos técnicos, pero no lo estaban con el cuidado compasivo; se habían sentido maltratados al ver cómo los profesionales a cargo de su cuidado entraban y salían de las sala sin tenerles en cuenta en su dolor emocional (Doohan & Saveman, 2015),

Hay de parte de los profesionales de la salud una percepción de falta de compasión en la atención de cuidados paliativos (Brito & Librada, 2018), aunque no hay suficientemente evidencia del efecto de la compasión en cuidados paliativos a pesar de que se considera que la compasión, la autocompasión son emociones positivas asociadas al bienestar (Mills et al., 2017), de forma que dentro de esta percepción de falta de compasión, se ha encontrado en ella una manera de mejorar los resultados terapéuticos y de fortalecer la dignidad del paciente recibiendo cuidados paliativos (Brito & Librada, 2018).

Se ha encontrado también que los resultados de la atención en salud no solo dependen de cuánto sabe el profesional de salud, sino también en cuánto les importa

el paciente; según Brown (2019), el cuidado compasivo centrado en el paciente lleva a pacientes más felices y saludables, con menores costos de cuidado médico.

La *American Medical Association* (AMA, 2001), que en sus principios de ética médica, establece: “I. Un(a) médico(a) debe dedicarse a proveer cuidado médico competente con compasión y respeto por la dignidad y los derechos humanos”. mientras que, según la constitución del *National Health Service* (2023) de Inglaterra, en sus guías de principios y valores, además del respeto y la dignidad del paciente y el compromiso por proporcionar un cuidado de calidad, un valor esencial es, la compasión, buscando en lo posible, sin importar lo pequeño que sea, aquello que dé confort y alivie el sufrimiento; sin embargo, de otro lado, en la página web oficial del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud, 2023), no se encontró una sola mención a las palabras compasión o cuidados compasivos.

Sinclair (2016), invita a que se estudie el término compasión con mayor especificidad conceptual, junto con una apremiante necesidad de realizar investigación en la compasión al interior del escenario clínico, ahí mismo, a la cabecera del paciente donde puede o florecer o flaquear.

Para comprender en mayor detalle esta problemática, revisemos brevemente la idea de vulnerabilidad [24] [25]. En el campo de la bioética, la vulnerabilidad se refiere a un estado de estar en peligro o expuesto a un daño por una característica individual de la fragilidad inherente de los seres humanos; mientras que para el campo de la salud tiene una connotación más amplia y está asociada al reconocimiento de que los seres humanos pueden ser susceptibles de daño o riesgo debido a desventajas sociales (Ferreira et al., 2021a).

---

[24] “El término ‘vulnerabilidad’ encierra una gran complejidad. Hace referencia a la posibilidad del daño, a la finitud y a la condición mortal del ser humano. Sin embargo, tiene diversas dimensiones. Al menos una dimensión antropológica, que afirma la condición de vulnerabilidad del ser humano en cuanto tal, y una dimensión social, que subraya una mayor susceptibilidad generada por el medio o las condiciones de vida, dando lugar a ‘espacios de vulnerabilidad’ y ‘poblaciones vulnerables’ ”. (Feito, 2007, p. 7)

[25] Etimológicamente vulnerabilidad proviene de “vulnerare”, herida y de “bile”, susceptibilidad (Ferreira et al., 2021b), es entonces saberse susceptible a sufrir lesión o herida frente a un suceso externo o propio.

Acerca de la Compasión

Hablar de compasión lleva a revisar conceptos desde diversas orillas, comenzando por visiones profundamente religiosas y lastimeras hasta perspectivas más holísticas y dinámicas; posturas tradicionales de oriente, como acepciones en occidente. Por supuesto, para comenzar una definición hay que recurrir al diccionario. Según la Real Academia Española (2022),, compasión es un "sentimiento de pena, de ternura, y de identificación ante los males de alguien", mientras que para el *Oxford English Dictionary* (2023) se trata de un "fuerte sentimiento de simpatía hacia personas y animales quienes están sufriendo y el deseo de ayudarles". Ya desde ahí se comienzan a observar diferencias, por eso la necesidad de dejar claro cuál de las definiciones será aquella con la que vamos a entender la compasión en el presente ensayo.

La compasión se ha considerado como un valor humano importante y tiene soporte en la comprensión afectiva hacia el otro (Esquivel et al., 2022a) , la otredad; etimológicamente hablando[26], la compasión es una acción dirigida a los otros. Existen, además, distintos términos con los que se ha relacionado la compasión tales como piedad y conmiseración en relación con otra persona con la que no se tiene familiaridad o afecto (Ferrater, 1994). La compasión es una palabra compleja que incluye otras cualidades como simpatía, empatía y respeto y hace profunda conciencia acerca de la realidad de que una persona está sufriendo, junto con el deseo de proveerle alivio (Malliarou, 2023).

De otro lado, desde el budismo se explica la compasión como el acto de ayudar al otro a liberarse del sufrimiento y a eliminar las causas del sufrimiento (Silananda, 2003). La aproximación con la que más me identifico , -similar a la de Halifax (2011b) pues la postura budista es muy semejante-, y la cual será la base de mi entendimiento de compasión es la propuesta por Tania Singer (2014) quien la concibe como "un sentimiento de preocupación por el sufrimiento de otra persona que está acompañado de la motivación de ayudar" (p. 875). En esto quiero recalcar lo importante que es el

---

[26] Compasión deriva del latín "*compassio*" que tiene el prefijo "*cum*" que hace referencia a convergencia, encuentro o estar juntos, de donde se desprende sinónimos como compañía o comunidad; de otro lado, la palabra "*passio*" que sería "*sentir*" y que a la vez se deriva de "*patior*" que significa "*sufrir*", por último el sufijo *"-sion*" que indica acción y efecto (Garcia-Uribe & Pinto-Bustamante, 2023).

tema de motivación, el deseo y la aspiración de hacer algo por el otro, ver cómo la acción, el actuar, hace parte esencial de la compasión.

Sinclair et al. (2016) describen “la compasión como una respuesta virtuosa que busca abordar el sufrimiento” (Sinclair, McClement, et al., 2016, p. 198) y facilitar la sanación a través de la acción y de un entendimiento relacional. La compasión no tiene una definición universal, sin embargo, se entiende que incluye el reconocimiento y la mitigación del sufrimiento (Kay, 1990), es un fenómeno deseable, multifacetado y complejo, que no la va bien con las definiciones taxonómicas y que tiene en su acepción variedad de excepciones y variaciones que impiden un dictamen concreto (Roze des Ordons et al., 2019).

Los Ejes de la Compasión

En budismo se dice que una “cosa” está hecha de elementos “no cosa”. Si tomamos como ejemplo una silla, nos damos cuenta que la *silla* está hecha de constituyentes *no-silla*. Tenemos la madera, que a su vez está hecha de árbol, sol y nutrientes; las puntillas, que son metal; además de la tela y la espuma. Así mismo la compasión está compuesta, según Halifax (2012), por elementos no-compasión, planteando, entonces, los ejes de la compasión, cada uno con sus dominios.

Al primer eje A/A, pertenecen los dominios atencional y afectivo. La atención se refiere a la experiencia de llevar los recursos de procesamiento mental a un objeto seleccionado. Para llevar a cabo un equilibrio *atencional* adecuado, la atención debe ser sostenida, enfocada y selectiva. En budismo, se dice que la atención está mediada por un proceso de “encarnación” o personificación dado por la posibilidad de prestar atención a los procesos fisiológicos o manifestaciones físicas del cuerpo reconocida a través de hacer conciencia corporal. El dominio afectivo, también llamado emocional, se caracteriza por la presencia de la bondad y la ecuanimidad. La bondad trata de una disposición tierna frente a los otros acompañada de una genuina preocupación por su bienestar; mientras que la ecuanimidad es un proceso de estabilidad o equilibrio mental para aceptar el momento presente (Halifax, 2012).

En segundo lugar, tenemos el eje I/I, con sus dominios intencional e *insight*. La intención de aliviar el sufrimiento es fundamental para diferenciar la compasión de la empatía. La intención es una experiencia *prosocial* que contiene la motivación de

trasformar el sufrimiento. De otro lado, *insight*, hacer conciencia, se refiere a la habilidad de desarrollar una perspectiva meta-cognitiva para nutrir la flexibilidad mental y la autonomía. En esta dimensión cognitiva se logra alcanzar una autoconciencia que permite acceder a la memoria para ayudar a hacer un entendimiento o comprensión de la naturaleza de la realidad con lo que la persona puede sintonizarse en su propio estado y percibir mejor el de la otra persona (Halifax, 2012).

Por último, tenemos el eje E/E, al que pertenecen *embodiment* y *engagement*. Este es un eje somático donde se “hace cuerpo” la experiencia, es un proceso de interacción e intersubjetividad. *Embodiment,* se refiere a la sensación sentida del sufrimiento del otro a través de la experiencia de resonancia subjetiva. El dominio *engagement* tiene que ver con la disposición del cuerpo a la acción en el ambiente; en este punto el ser corporal y el ambiente interactúan y dan pie para la generación de la compasión. Existiría una tercera “E”, que sería *end*, refiriéndose a la importancia de terminar conscientemente la interacción con quien sufre, de cortar con ella y no dejarla abierta (Halifax, 2012).

Otras Consideraciones en el Marco de la Compasión

Tomemos en cuenta la compasión como virtud. Según Pellegrino (1993), “la compasión es una virtud debido a su disposición habitual de actuar de cierta forma, una forma que facilita y enriquece el *telos* o propósito de cualquier acto humano que realicemos” (p. 205) así pues la compasión debería ser tenida en cuenta como virtud de la familia, de tener en cuenta al otro y pertenece a las cualidades afectivas de la agencia moral (Saunders, 2015b), la compasión, entonces, afecta nuestra emocionalidad, más que nuestra racionalidad, quizás a diferencia de la visión kantiana que privilegia la razón sobre la emoción como base para la deliberación moral (Garcia-Uribe & Pinto-Bustamante, 2023), mientras que Schopenhauer (1903), de acuerdo con Slatter (2014), afirmaba que Kant había abandonado el corazón de la moralidad al ignorar la compasión.

De esta manera como lo menciona Bagnoli (2018) se encuentran en la ética kantiana dos formas de compasión: la compasión proximal que es una forma de contagio que interfiere con nuestra habilidad de tomar decisiones racionales y la compasión distal, que es activa, basada en la razón y es elemento constitutivo fundamental en la explicación de Kant de los deberes de la virtud. La compasión, por tanto, debería ser tenida en cuenta en la relación entre sujetos morales sin detrimento de ninguno de los dos y donde no se presente la dualidad de uno superior o inferior a otro, pues la condición de vulnerabilidad no nos hace menos (Saunders, 2015b).

La compasión está allí para visibilizar a quienes quizás han sido descuidados, olvidados o mal tratados. Puede ayudar a que quien no lo ha logrado aún, pueda expresarse desde su dolor o sufrimiento, sabiendo que podemos eventualmente conculcar límites personales y profesionales. La compasión nos abre las puertas a la humanidad, a la humanidad del otro, a su individualidad afectada en el padecimiento y la tristeza, en la fatiga o el desconocimiento. En esta dialéctica no solo es cuestión de tener en cuenta al paciente y su familia, también entra en la ecuación terapeutas, los cuidadores y las instituciones prestadoras de servicios de salud, quienes, navegando en las aguas de unos espacios fríos y despersonalizados, afrontan una situación altamente demandante de esfuerzo físico y emocional (Lau, 2023),.

La persona vuelve a ser protagonista, su emocionalidad y ser relacional, claman por atención independientemente si se es el que consulta o el que atiende. Por tanto, la compasión debería ser entendida como virtud moral para atender la vulnerabilidad propia del acto terapéutico, donde de manera recíproca los actores involucrados se verán influenciados por el actuar compasivo, afectando, además, incluso a quienes observan la dinámica de una interacción compasiva, la comunidad médica, la sociedad y el ambiente (Lau, 2023).

Se trata de crear esos momentos en los que la compasión se haga presente, experiencias de la relación médico paciente que no solamente tienen que ver con la experiencia del paciente, ni de cómo la gente se relaciona con los médicos, sino que además se vuelven esenciales en el bienestar de los doctores/as (Lau, 2023), más aún cuando en lugar de enseñarnos a conectarnos de una manera más satisfactoria, se nos propone ser más distantes, incluso fríos, en nuestra relación con el paciente y en la manera que nos comunicamos y compartimos con éstos, lo que nos lleva a considerar algunos clichés de lo que debe ser la práctica médica, o de que la compasión es algo con lo que se cuenta o no, llevando esto a que se nos cierren las puertas, debido a una inapropiada interpretación[27] de la compasión en la práctica clínica.

La compasión nos invita al contacto uno a uno, a transformar el quehacer terapéutico y resignificar la relación médico-paciente conociendo los fenómenos que acompañan el proceso de salud-enfermedad (Esquivel et al., 2022b). De ahí que se considere que la compasión puede aprenderse y por tanto debe ser enseñada (Adams, 2014), por ejemplo, a través de programas de cultivo de la compasión. Educación y compasión deben ir de la mano, por ello la compasión no solo debería estar presente a nivel teórico, sino además en la praxis educativa, acercándonos a nuestros educandos y proponerles una sensibilización mutua, en aquel ejercicio de vivir la vida, se trata de vivir.

---

[27] Interpretación dada por la idea de que la compasión es un poder mágico que se posee, sin necesidad de formarse en ella. La compasión es entrenable.

Esto es crucial pues se despeja un camino muy apropiado para incluso desde un entendimiento científico convencional occidental, ampliar el panorama para entender y explicar la compasión y desde allí enseñarla y proponer modelos de entrenamiento en compasión (Buxarrais, 2006) y es que el budismo con su especial interés en el funcionamiento de la mente, ha apelado a las neurociencias para mostrar de una manera no necesariamente religiosa, sus planteamientos filosóficos (Varela, 1997), siendo un proyecto pionero el del *Mind & Life Institute*[28], donde un grupo de científicos reconocidos y practicantes budistas se unen para la investigación de las prácticas contemplativas budistas desde una visión científica occidental con un enfoque desde la compasión, la integridad, la curiosidad, la inclusión y la excelencia. Nos encontramos ante un momento de cambios retadores. Pero a la vez es un momento en que la manera en que usemos nuestras mentes, y las acciones que tomamos, importan más que nunca, "en la búsqueda de un mundo más justo, pacífico y sostenible" (Bauer-Wu, 2022, párr. 1).

Sin embargo, hay siempre que ser cuidadosos cuando de compasión se trata, la vulnerabilidad desinteresada a la que nos convoca la compasión, exige de nosotros una permanente y atenta percepción[29] [30], para no caer en posturas mesiánicas y narcisistas que puedan incluso afectar nuestra salud mental pues se hará muy difícil poder ver a través de esa inflación mesiánica, sin olvidar que un "corazón compasivo todavía siente ira, deseo, celos y otras emociones. Pero las acepta por lo que son con

---

[28] Fundado en octubre de 1987, el *Mind & Life Institute*, tiene como "misión juntar la ciencia y la sabiduría contemplativa para entender mejor la mente y crear un cambio positivo en este mundo" (2023, párr. 1). […] desde la soledad al aislamiento, el racismo y el tribalismo, nuestra desconexión entre unos y otros está causando tremendo sufrimiento en las personas de nuestro planeta; así que el instituto está empeñado en ayudar a construir y promover conexiones humanas saludables (Mind and Life Insitute, 2023).

[29] "La compasión no carece de discernimiento y arrojo. Del mismo modo que necesitamos valor para responder a la angustia ajena, necesitamos del discernimiento para reconocer nuestras limitaciones y tener la habilidad de decir "no". Una vida compasiva es una en la que nuestros recursos son usados en forma óptima. Del mismo modo que necesitamos saber cuándo y cómo darnos por completo a una tarea, también necesitamos saber cuándo y cómo parar y descansar". (Batchelor, 2008).

[30] "La mayor amenaza a la compasión es la tentación de sucumbir a las fantasías de superioridad moral. Eufóricos por el altruismo hacia los demás, podemos llegar a creernos sus salvadores. Nos encontramos humildemente tomando la identidad de un elegido por el destino para curar el dolor mundial y mostrar el camino a la reconciliación, la paz y la Iluminación". (Batchelor, 2008, p.48.).

ecuanimidad.” (Batchelor, 2008, p. 48), la práctica de la compasión no necesariamente debe ser llevada a cabo desde una postura religiosa, pues un budista secular se encuentra comprometido con las enseñanzas budistas simplemente pensando en el beneficio de este mundo (Batchelor, 2017, p. 497),

Se trata de una visión altruista que va con miras a aportar lo mejor por el otro en una interacción relacional pues el practicante se encuentra en un compromiso con la ética del cuidado desde la empatía, la compasión y el amor hacia los demás seres que habitan el planeta. Un practicante en el dharma propone y fomenta una cultura del despertar, basado tanto en el budismo, como en el no budismo, al igual que en fuentes religiosas, como también en aquellas seculares (Batchelor, 2008). Una de las posibilidades del budismo es que puede ser entendido fuera de su contexto religioso y ser vivido de una manera secular, seguir los principios budistas sin ser necesariamente un practicante budista, ni un monje budista.

La compasión no es ajena, entonces, a otras emociones consideradas no tan elevadas, cultiva la fortaleza mental para permitirles que surjan y pasen sin necesidad de identificarse con ellas o actuar en dependencia de ellas. La compasión no está falta de discernimiento y coraje, una vida compasiva es aquella en la que nuestros recursos son empelados hasta su último efecto (Batchelor, 2008). “Abrazar el sufrimiento, en últimas, termina en una mayor empatía, la capacidad de sentir lo que significa para el otro sufrir, que es el sustento para una compasión y un amor no sentimentales” (Batchelor, 2011, p. 157). Con esta propuesta secular lo que encuentro es que es más fácil llevar la espiritualidad y, dentro de ella, la compasión a la cotidianidad, a la práctica de la “persona de la calle”, que no tiene necesariamente una afiliación con la práctica budista.

La Compasión en otras Tradiciones

Veamos la compasión con otros ojos. Para la tradición judía, la compasión es un sentimiento por el otro, la emoción que tiene se relaciona con cuidar del otro. En las enseñanzas judías es una de las virtudes más elevadas en contraposición de la crueldad que es uno de los peores vicios (Jacobs, n.d.). En este punto llama la atención que, aunque hay coincidencia con el budismo en el sentido de otredad, se diferencia al plantearle un opuesto, la crueldad. En el budismo no se plantea en antagonismo a otro concepto o en sentido de valorar o juzgar las acciones de los demás.

Para el judaísmo la compasión es un rasgo fundamental, condición indispensable para la vivencia plena de su religión. Se dice del judaísmo que es la religión de la justicia y su divinidad es el dios de la justicia. Para alcanzar la justicia verdadera, se debe acompañar de la compasión. En el ejercicio de la justicia se busca distinguir entre el error y la alevosía, entre la coacción y la libertad de acción. Cuando de juzgar se trata, se evalúan los atenuantes de acuerdo con la ley judaica. El *Jésed*, que podía traducirse como compasión es el pilar de la ética judía. Esta palabra, más allá de lo lingüístico, posee varias definiciones. Una palabra que reúne amor, bondad y compasión. La compasión en el judaísmo, es el proceder ético frente al sufrimiento de los otros, un ejercicio de bondad compartida por quienes ofrecen compasión y quienes la reciben. Además, la compasión es uno de los trece atributos divinos y según el *Talmud*, esta es una de las formas de las que se dispone para emular o identificarse con Dios (García, 2020, p. 1).

Por su parte, para el Islam, la compasión se encuentra también en el centro de su espiritualidad (García, 2020), pues el profeta Mahoma enfatizaba en la necesidad de expresar compasión hacia sí mismo y hacia los demás, “una manifestación de misericordia hacia los mundos” (Corán 21: 107). “En el Islam la concepción de misericordia está siempre conectada a la compasión. Y es constantemente mencionada y pronunciada por los musulmanes antes de hacer cualquier cosa” (NasriN Nasir, 2016, p. 103).

Así que, “después de haber confiado a Dios y haber tratado de aclarar el asunto, que el Islam es una religión de tolerancia y compasión, llegó a la humanidad para ser justo y alejarse de los equivocados, eligió la religión de los

valores, que vino por el Mensajero de Dios Muhammad” (Adnan Khmas, 2019, p. 2647).

El Islam es una religión de sentido común, de solidaridad social y libertad, de hermandad e igualdad, de compasión, misericordia y humanidad que se muestra como una religión de moralidad y perfección (Adnan Khmas, 2019). El “término *rahamīn* (compasión) , entre otros, es paralelo de *hesed*: ‘"Acuérdate, Yahvé, de tu ternura (*rahamīn*) / y de tu amor (*hesed*), que son eternos’” (Sal 25,6).

La naturaleza de la gracia cuenta con un sustrato que es el mínimo común denominador y se trata de “la concreción de la benevolencia, la clemencia, la compasión, la misericordia, el perdón o el favor de Dios” (Sánchez, 2012, p. 289). Es por tanto un don saludable y salvífico para la persona en diversos grados y medidas.

Así como en el budismo, en el islam, la compasión es un valor. Para el budismo es una cualidad que puede ser entrenada y es responsabilidad de cada quien, mientras que para el Islam se trata de una virtud que es otorgada por Dios, ese poder salvífico que viene gracias al favor de una entidad externa.

Sigamos explorando. Revisemos el concepto de compasión helénica, planteado por Homero; dice Antolín Sánchez (2012), que la idea más frecuente de moral agonal o de los héroes es que se debe hacer el bien a los demás compañeros de guerra y de paso odiar y terminar con los enemigos, con los contrincantes de batalla. Así pues, simultáneamente, se cultiva el odio a los enemigos entre los guerreros y se fomenta un sentimiento de solidaridad y cercanía con los compañeros. Este es el origen del sentimiento de compasión por aquellos compañeros que han muerto en combate.

> La compasión es una respuesta a esta realidad de guerra y muerte, uno se apiada de los heridos o los que mueren en la batalla y, además, de aquellos dejados atrás por los muertos, es decir, su familia y los amigos. Algo que aparece implícito en el significado de compasión es que aquellos que son dignos de compasión son seres humanos: los guerreros moribundos, los heridos, los muertos y los supervivientes que viven con sufrimientos. (Antolín Sánchez, 2012, p. 495)

La compasión es algo que se limita a los mortales. Los dioses, los inmortales no tienen pesadumbres y por tanto no son objeto de compasión. La compasión ha de dirigirse únicamente a los familiares y amigos. No es de esperar que los dioses o los hombres tengan compasión frente a sus adversarios; más aún, es algo bueno ser despiadado con los contrarios. Por eso la premisa es que se debe tener consideración y ser compasivo con los amigos, pero cruel con los enemigos. Esto para ver que la compasión se enmarcaba en el campo de lo familiar o la amistad como respuesta al sufrimiento de amigos y conocidos (Kim, 2000).

Con lo anterior podemos observar que, para los poetas trágicos, "la compasión es una emoción distintiva humana que los dioses no pueden ofrecer, tal vez el único modo en el que somos superiores a los dioses: no en el poder sino en nuestra capacidad y voluntad de compartir el dolor" (Alford, 1992, pp. 272-273). En cambio, "la novedad cristiana, €|*iooúvr*|, fue significar conjuntamente la piedad y el acto de caridad y este cambio en el vocabulario supuso asimismo un cambio en el significado." (Konstan, 2001, p. 119)

"Del mismo modo que en el español contemporáneo se usa hoy día de una manera más apropiada compasión que piedad, también en el Cristianismo el término misericordia, que significa obra de caridad, va a ir desplazando al de piedad" (Antolín, 2012, p. 495).

> La compasión en Aristóteles no es una virtud, sino una emoción o pasión, pero no se contrapone a la virtud, pues todas las emociones se pueden vivir de manera virtuosa en su justo término. En cambio, la compasión en el sentido cristiano es una virtud, e incluso se puede considerar la actitud o el comportamiento más distintivo del cristiano. La compasión no es una virtud, sino una afección o pasión. Las pasiones o emociones son un fenómeno físico-psicológico, es decir, pertenecen a la psicología humana, unas disposiciones naturales permanentes o pasajeras sin valor moral alguno que son las causantes de que los hombres se hagan volubles y cambien en lo relativo a sus juicios. (Antolín, 2012, p. 502).

Dice Konstan (2001), que de acuerdo con la definición aristotélica de compasión, ser invulnerable frente a las desgracias acaba con la compasión, la cual es ajena a los dioses que viven en la eternidad. Además, entre más se exalte a los dioses, más se alejan éstos de lo simples mortales. De esta manera se observa que, según la visión aristotélica, la compasión era asunto de los hombres y no de los dioses. Los dioses son distantes a los problemas humanos que inspiran compasión en los mortales.

Para Aristóteles la compasión se da entre personas semejantes, y surge porque nos compadecemos por los que sufren una aflicción inmerecida(Antolín, 2012, p. 493), de ahí que se sienta compasión hacia las personas buenas, no hay lugar para compadecerse de los malos o de los extranjeros, de los que no son de los nuestros, En la visión budista, no encontramos esa diferencia entre los buenos y los malos, no se juzga si hay los merecedores y los que no, es universal (Antolín, 2012).

En relación con la visión cristiana, “no hay forma más familiar de la compasión que la invocación: “¡Señor ten misericordia de mí!” que encontramos en el nuevo testamento” (Antolín, 2012, p. 493). La compasión cristiana, va más allá de las fronteras aristotélicas, “no presenta como sujetos de compasión a los buenos, sino a aquellos que no conocemos o no son de los nuestros, por ejemplo, extranjeros, a los de otra religión o cultura, como se ve en el ejemplo del samaritano” (Antolín, 2012, p. 503), se relaciona entonces con el amor al prójimo y está asociada a la solidaridad y la humanidad (Cordner, 1994). En esta descripción si encontramos esa coincidencia con la concepción budista de compasión que está dirigida a todos los seres, incluso haciendo énfasis en el desconocido, el migrante, el ajeno.

La palabra compasión con frecuencia evoca sentimientos positivos, en respuesta natural al sufrimiento humano. La compasión en Jesús no era sentimiento pasajero de pesar o simpatía, era más bien una conmoción del seno de Dios que alojan la ternura y amabilidad divinas (García, 2006). “La primera mirada de Jesús no se dirigía al pecado de los otros, sino a su sufrimiento, para

él, pecado era ante todo negarse a tener compasión ante el sufrimiento de los otros” (Metz, 2002, p. 27).

La compasión va más allá de la bondad en sí misma, una manera de enfrentarse al sufrimiento, de evitar el dolor propio o ajeno y puede, entonces, no ser tan común (García, 2006). La compasión por tanto, nos fuerza allende de nuestros lugares cómodos y pasar hacia donde se sufre, adentrarnos en el dolor, en los espacios oscuros de la humanidad, ser partícipes de los quebrantos, del miedo, de la confusión y de la angustia.

Surge un desafío para que gritemos con los que se encuentran viviendo en la miseria, a sentir la aflicción de quienes están solos y llorar desgarradoramente con aquellos bañados en lágrimas. Es cuestión de ser débiles con los débiles, vulnerables con los vulnerables e impotentes con los impotentes. Es sumergirse por completo en el hecho de ser humanos al lado de los otros seres humanos (García, 2006).

Como lo cita Natucci (2021), “para Schopenhauer y Scheler la compasión es la conducta más encomiable” (p. 99) dentro del desarrollo de la moral humana, no es una experiencia que se presente de manera cotidiana, va más allá de compadecer al prójimo. “Existe una coincidencia de los dos filósofos al ensalzar el lado suprasensible, espiritual de la compasión” (Natucci, 2021, p. 99). “En este sentido, ambos autores ensalzan la vida de los santos como un modelo de vida excelso y encomiable que enraíza con esta emoción, asociándose la vida de estos hombres iluminados con una experiencia extraordinaria, sea metafísica (Schopenhauer), sea religiosa (Scheler), relacionada con la compasión” (pp. 99-100). Según lo menciona Natucci (2021), en el “caso de Schopenhauer, se trata de una experiencia individual, mientras que en Scheler de una experiencia colectiva. Para Scheler en la compasión se comparten emociones, lo que no se ve en Schopenhauer pues para él la compasión anula el principio de individuación” (Natucci, 2021, pp. 99-100).

Existe también otra diferencia fundamental entre ambos filósofos relacionada con la anterior. Según la visión de Schopenhauer, “quien siente compasión ha logrado un estado de desapego emocional y absoluta negatividad

frente a la vida y al individuo. Scheler por su parte, dice que la compasión no se corresponde con un estado de *apatheia* absoluta, sino que se trata de un acto de amor espiritual dirigido a otra persona" (Natucci, 2021, p. 100).

Como lo cita Natucci (2021), en Schopenhauer, " 'el hombre se libera del sufrimiento en la medida en que se identifica con la totalidad de los seres sufrientes'. En esto comprobamos su afán por dirigir su mirada a Oriente, mientras que 'en Scheler, en cambio, el hombre se libera del sufrimiento en la medida en que participa espiritualmente del sufrimiento de otra persona'" (p. 113), para ambos será entonces la compasión una manera de eliminar el egoísmo, donde Schopenhauer propone la represión, la lucha de la vida contra sí misma, objetivar el dolor, para eliminar el yo, en tanto que Scheler propone sublimar la vida mediante actos de ideación[31], una colaboración entre la vida y el espíritu (p.114).

En este punto podemos relacionar lo individual en Schopenhauer donde encontramos un amor engañoso, fuente de sufrimiento, basado en un principio de individuación lo que en el budismo sería *upadana*[32], con la práctica en la tradición Theravada que enfoca su entrenamiento en alcanzar el estado de *Arhat*, o perfeccionamiento individual y el de Scheler, con el del *Boddhisatva*, de alcanzar el despertar buscando aliviar el sufrimiento de todos los seres. "El amor verdadero solo se puede alcanzar en el momento en que desaparece el velo de Maya[33], cuando se produce la unidad de mi voluntad con la totalidad de la vida gracias a la anulación de los motivos del querer haciendo, de alguna, manera referencia al hinduismo donde según los vedas se afirma "eso eres tú" (Schopenhauer, 2005, p. 650), en el egoísmo solo se percibirán cosas singulares mientras que en el conocimiento del conjunto, la esencia de sí aquieta el todo querer.

---

[31] "Aquellos actos intencionales espirituales que permiten acceder a un reino independiente de esencias y valores" (Natucci, 2021, p. 100).

[32] Apego.

[33] Ilusión, engaño.

Autonomía Relacional, de la Independencia a la Interdependencia

Bien es conocido que el respeto a la autonomía[34] ha sido uno de los valores más importantes relacionados con la práctica clínica (Beauchamp & Childress, 2013). Este principio ha sido pivote en la ética de la investigación clínica y en la atención médica y tiene íntima relación con la independencia, el estar ajena, una persona adulta, a influencias controladoras para vivir de manera libre de acuerdo con un plan autoescogido.

La independencia y el ser autónomo dan lugar a la llamada "autonomía individualista" donde todo ser humano adulto y mente sensata tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su cuerpo (Dove et al., 2017, p. 150). La visión individualista de la autonomía ha representado todo un reto teórico ya desde los años 80's y se han venido criticando las concepciones asociadas a ella como son la auto-regulación, la autodeterminación y la racionalidad individual (Thomasa, 1983; Whitbeck, 2008). Comienza a reconsiderarse la visión atomista de la autonomía, hablándose ya no de independencia, sino de interdependencia como corazón de las nociones relacionales de la autonomía (Dove et al., 2017).

En términos sanitarios, ya que el valor supremo es la autonomía personal, comúnmente, se considera la autonomía como "la condición del individuo que no depende de nadie, reconoce el derecho de la persona a participar de las decisiones asistenciales que le competen y está acompañado por su derecho de autodeterminación, donde la autoridad final estaría en el paciente, o de no ser competente, en su representante, la persona es totalmente independiente, sin apego a los otros, libre para confiar en sí misma"(Delgado, 2012, p. 36). Sin embargo, "¿es eso simplemente lo que se busca o sería necesario reformular este principio desde una perspectiva que amplíe la visión tradicional? ¿Que la autonomía deje de ser individualista y asocial?" (Delgado, 2012, pp. 36-42).

El principio de respeto a la autonomía ha sido ampliamente aceptado, aunque no siempre practicado. Respetar la autonomía, es respetar el derecho y la autoridad de una persona de vivir una vida auto-determinada, de tomar decisiones importantes

---

[34] Los otros tres principios mencionados por Beauchamp y Childress son no-maleficencia, beneficencia y justicia.

acerca de su propia vida y actuar con base en los valores profundamente encarnados, estando libre de compromisos y libre de interferencia o dominación de parte de otro. (Mackenzie, 2019b).

> Nuestra dependencia de las otras personas, cuando es recíproca, no es la antítesis de la autonomía, sino una condición previa literal de la autonomía y la interdependencia, un componente constante de esta de manera que considerar la autonomía como independencia lleva a una individualidad aislada y encerrada en sí misma". (Porter, 1999, pp. 83-84)

La dificultad que representa el enfoque liberal del principio de autonomía en la práctica clínica, se encuentra primero que todo en que se termina por comprender al ser humano como si no tuviese un carácter dependiente y vulnerable, ser dependientes y vulnerables son característica propias de la vida (Delgado, 2012), y es que las decisiones individuales se deben tomar también en consideración de también de los múltiples factores relacionales. El paciente no solo es sujeto autónomo, es también sujeto vulnerable; sus vínculos y sus relaciones sociales son determinantes en su toma de acción (Delgado, 2012).

En este sentido, en la visión libertaria máxima se equipara la autonomía con la libertad negativa, o no interferencia, donde las políticas asistenciales del Estado son consideradas como restricciones de la libertad individual (Mackenzie, 2019b).

En contraste, se puede afirmar que existen alternativas al modelo liberal de autonomía (Delgado Rodríguez, 2012), tenemos la autonomía relacional que es una concepción que puede ser entendida, vista, como aquella que coloca al individuo en una red incrustada en lo social y en vínculo con los otros.

Para la autonomía relacional serán atributos claves la responsabilidad, el cuidado, la interdependencia y por supuesto las relaciones tales como familia, comunidad y sociedad (Dove et al., 2017,). De manera que el entorno social y las relaciones son cruciales para desarrollar la autonomía y nos invita a actuar en formas guiadas por la ética de la confianza y el cuidado (Baylis et al., 2008).

Los teóricos de la autonomía relacional no entran en disputa con la importancia de la autonomía personal propia de sociedades liberales ya que se considera que una sociedad justa puede medirse incluso con la capacidad de autonomía de sus

ciudadanos, sin embargo, las visiones relacionales procuran una perspectiva, sustentada por las éticas feministas, en la que se busca combatir formas de opresión asociadas al género o a otras maneras de inequidad u opresión social (Mackenzie, 2019b).

La autonomía relacional como concepto, es una trama de interacciones y vínculos que dan pie a la manifestación de la independencia en la toma de decisiones. La autonomía relacional puede adecuarse más fácilmente y de manera fiel a la realidad social en la que nos hallamos. Además de reflejar la red de "relaciones que hacen parte de una persona, se manifiesta como concepto que muestra la co-responsabilidad que tienen el profesional" (Delgado Rodríguez, 2012, pp. 39-40) en el área de la salud, como el ciudadano, en el momento en que éste sea quien tome las decisiones autónomas (Delgado, 2012, pp. 39-).

Martha Fineman (2010) ha criticado la visión libertaria de autonomía, refiriéndose a ella como el "mito de la autonomía" (p. 263). Para ella, el modelo del sujeto liberal está sustentado en ciudadanos interesados en sí mismos, independientes, como contratistas racionales. Este modelo, frustra el desarrollo de las estructuras sociales que buscan afrontar o controlar la inequidad social y política. Propone Fineman (2010), entonces, el modelo de "sujeto vulnerable" (pp. 255, 266), que busca reconceptualizar la responsabilidad del Estado y lo que nos debemos unos a otros como ciudadanos.

En la autonomía relacional, según Dove et al. (2017) se puede hablar de dos líneas: "la visión causal y la visión constitutiva" (p. 154). La primera afirma que un individuo se enfrenta a restricciones externas que generan alteraciones a libre escogencia y en el ámbito de sus posibles acciones. Para ejercer su autonomía, la persona, debe mantenerse situada en una red de relaciones; en ausencia de relaciones, no hay autonomía. En este caso, la autonomía no tiene que ser determinada por las condiciones sociales y que una persona pueda o no actuar autónomamente dependerá de su estado o capacidad psicológica interna.

Por el otro lado, la segunda, ya no se trata de que las condiciones sociales sean un simple trasfondo de la autonomía, sino que, afirma, las personas están directamente constituidas por sus relaciones y sus preocupaciones por los otros. En

este caso la autonomía está imbricada en las relaciones personales y en las condiciones sociales. Las concepciones de autonomía, deberían, por tanto, prestar atención a algún nivel de condiciones sociales externas. De la misma manera, se han encontrado diferencias de posición en relación con si la autonomía es una capacidad social ya que las relaciones sociales "contribuyen a su desarrollo o si es social más desde una perspectiva constitutiva" (Mackenzie, 2019a, p. 10).

Para Mackenzie (2019a) las aproximaciones relacionales a la autonomía están motivadas por dos afirmaciones. Primero está "el rechazo a las posturas individualistas alrededor del concepto de *agencia* tal como se ve en la bioética, la filosofía política y la piscología moral" (p. 11) .

Las visiones relacionales, para Mackenzie (2019a) surgen de la convicción de una "concepción de agencia socialmente alojada y apoyan la teoría de que la autonomía debe sustentarse en el reconocimiento de las formas en las que, siendo agentes" (p. 11). Al igual que "nuestras identidades prácticas y compromisos axiológicos son constituidos en y por nuestras relaciones interpersonales y nuestros entornos sociales" (Mackenzie, 2019a, p. 11).

En segundo lugar, afirma la autora, la autonomía es en sí misma, una capacidad constituida socialmente, de ahí que sea susceptible en su ejercicio a ser coartada por relaciones abusivas tales como la opresión, la injusticia o la desigualdad (Mackenzie, 2019).

En concordancia con la aproximación relacional, Christman (2004) propone que las condiciones de competencia para la autonomía relacional deberían incluir capacidades esenciales en las interacciones sociales como el cuidado, la empatía, la intimidad y la cooperación, dentro de una autenticidad propia de la persona.

A lo anterior, se suma que la autoridad normativa es profundamente relacional de manera que "la autonomía de un agente está conectada a su situación socio-relacional" (Mackenzie, 2019a, pp. 10-11). Hay un entrelazamiento de las actitudes del agente con sus relaciones interpersonales y las estructuras de mutuo reconocimiento (Mackenzie, 2019a).

La visión de autonomía de Mackenzie muestra por un lado la *capacidad* de liderar una vida auto-determinada y el *status* de ser reconocido por los otros como

agente autónomo. Una “concepción relacional puede reconciliar el valor de la autonomía con las obligaciones sociales para mitigar la vulnerabilidad” (Mackenzie, 2019b, p. 147).

De acuerdo con Dove et al., (2017), la autonomía relacional tiene un rol práctico en el actuar clínico y podría proveer un valor analítico y normativo que la autonomía relacional y puede ofrecer formas diferentes de encuadrar una situación dada, proponiendo soluciones novedosas a problemas reales y prácticos tanto en la investigación como en la atención sanitaria. De ahí que los autores proponen desde su visión de autonomía relacional, reconocer la importancia de las relaciones de una persona con sus otros para desde allí identificar cuáles son sus necesidades, teniendo siempre en consideración que en medicina el cuerpo de una persona que se encuentra en riesgo, debe tener la decisión final en lo que se le va a realizar.

Son características de la autonomía relacional en los cuidados paliativos la inclusividad (Walker & Lovat, 2015) y la diversidad cultural (Gilbar & Miola, 2015), siendo sus valores la compasión (Borgstrom & Walter, 2015a; Gilbar & Miola, 2015; Lolich & Lynch, 2017; Walker & Lovat, 2015), la esperanza (Wilson et al., 2014), la confianza (Grignoli et al., 2018), la empatía (Walker & Lovat, 2015), la solidaridad (Prainsack, 2018), la responsabilidad (Ho, 2008) y el acompañamiento (Gaille & Horn, 2016; Vacas, 2014).

Ya que la autonomía relacional ofrece una aproximación socialmente situada, donde las decisiones de la persona han sido moldeadas por y son consecuencias de su interacción social, de manera que sus intereses rara vez son exclusivamente auto-intereses. La persona es respetada como individuo, pero además debería tenerse en cuenta su situación social para que pueda permitirse su “florecimiento, así como el florecimiento de su ambiente social y natural” (Dove et al., 2017, p. 162).

La autonomía, siempre estará imbuida en lo social, susceptible a inequidades, desigualdades y autoritarismos. De allí, que debamos promulgar una autonomía relacional pues ésta está dirigida a la persona dentro de un ámbito de decisión libre en el sentido que los individuos actúan desde y hacia los demás. Entran en juego temas como la biografía y el entorno social que han de condicionar sus actos, los cuales indefectiblemente influenciarán a otros con los que se está relacionando de manera

cercana, sin decir con ello que no tengan efectos a distancia, influyendo sobre el bien común. Lo relacional resalta cómo la persona al hacerse cargo de sus actos y sus consecuencias, asume responsabilidad sobre los mismo, “haciéndole imputable en caso de provocar daño moral o jurídicamente punible” (Kottow, 2023, p. 15). Debemos invitar a la autonomía relacional a nuestro quehacer humano, favorecer que se exprese especialmente en esas comunidades donde prima el individualismo, ella nos hará más equitativos como sociedad.

Los Ejes de la Autonomía Relacional

Propone Mackenzie (2019b) que la autonomía, como ella la concibe, no es un asunto de todo o nada, tiene conceptualmente tres dimensiones o ejes diferentes, pero a la vez causalmente interdependientes: “la autodeterminación, la autogobernanza y la autoautorización” (p. 147).

Comenzando con el eje de la autodeterminación, éste está relacionado con la noción de libertad y se enfoca en la autonomía como status. En él se identifican las condiciones estructurales externas de la autonomía individual como *libertad* y *oportunidad* y permite identificar inequidades estructurales, injusticias y formas variadas de opresión, especialmente, según ella, en lo relacionado al género (Mackenzie, 2019b).

Es difícil para una persona llevar una vida autodeterminada si existen restricciones políticas o personales que impidan la toma de decisiones importantes en la vida como son la práctica de su religión, la expresión de sus opiniones políticas, escoger una carrera, realizar sus propios proyectos, decidir con quién se quiere tener relaciones íntimas, dónde quiere vivir o si se desea o no tener hijos (Mackenzie, 2019b).

Lo que importa para poder vivir una vida autodeterminada, no es la ausencia de interferencia, sino estar libres de dominación o de vinculación arbitraria a formas de poder e interferencia. En la autodeterminación, las libertades deben ser de igual acceso a todos los miembros de la sociedad y poder ser disfrutadas por todos ellos (Mackenzie, 2019b).

Estas libertades son libertad de pensamiento, de expresión, de asociación, de conciencia, de ejercicio de la religión y de participación política, entre otras. Para lo

anterior, y tener una vida floreciente, se requiere que exista un acceso apropiado a bienes y oportunidades donde se encuentren una adecuada nutrición, seguridad personal, servicios de saneamiento, educación de buena calidad, atención en salud a un costo accesible, vivienda decente, soporte social y oportunidades de vinculación cultural: “la falta de acceso a opciones significativas y competencias cruciales, le impide a las personas tomar escogencias autónomas y llevar una vida autodeterminada” (Mackenzie, 2019b, p. 148).

Antes de pasar al siguiente eje quiero definir gobernanza. Se trata de una nueva manera de gobernar que no se rige por el control jerárquico, sino que propone un modelo más cooperativo en donde los actores estatales y los no estatales interactúan en redes mixtas público-privadas (Cerrillo, 2005).

Se ha partido de la idea genérica de que la gobernanza se refiere a las normas y reglas que definen la interacción entre los actores públicos, los privados y los sociales que se expresan de manera interdependiente en la definición del interés general, en entornos complejos y dinámicos. La gobernanza se asocia a una “mayor implicación de actores no gubernamentales en el diseño e implementación de las políticas públicas y, al fin y al cabo, en la definición del interés general” (Cerrillo, 2005, p. 9).

La gobernanza es una nueva forma de gobernar que se caracteriza por la pluralidad de acorres, las relaciones horizontales y la búsqueda de un equilibrio entre el poder público y la sociedad civil. Encontramos que hay participación del gobierno de la sociedad en general. Son múltiples los actores involucrados incluyendo el sector económico, el social y el cultural. La gobernanza abarca las distintas instituciones y las relaciones que de ellas se desprenden en el ejercicio del gobierno (Cerrillo, 2005).

La gobernanza es vista como aquellas relaciones entre distintos actores que tiene que ver con el proceso de decidir, llevar a cabo y evaluar decisiones sobre asuntos de interés público. Se observa en su ejercicio un juego de poder en donde se encuentran competencia y cooperación existiendo como reglas posibles. Involucra instituciones formales e informales. La manera de interacción entre los diferentes participantes muestra la calidad del sistema e influye a cada una de sus partes y al sistema como un todo (Whittingham, 2010).

En el eje de la auto-gobernanza, se identifican las condiciones agenciales internas de la autonomía como son la *competencia* y la *autenticidad*, se enfoca en la autonomía como *capacidad*. El foco en este punto es encontrar cómo las inequidades, injusticias y formas de opresión restringen la libertad psicológica y frustran la agencia (Mackenzie, 2019b).

La autogobernanza, es tener la posibilidad de tomar y *enactuar* decisiones que expresen o cohesionen la identidad de cada quien, sus compromisos y valores[35], típicamente es entendida como el ejercicio del control agencial interno, por encima de la voluntad y los elementos de la psicología de uno. La autogobernanza es una "capacidad socialmente constituida que solo puede ser desarrollada y ejercida con un extenso andamiaje interpersonal, social e institucional" (Mackenzie, 2019b, p. 149). El entramado de lo social y de las relaciones sigue siendo fundamental en el ejercicio de lo relacional y estas capacidades pueden ser facilitadas o restringidas por el ambiente social. La autogobernanza, finalmente, "no es un asunto de "todo o nada", sino una cuestión de grados y dominio" (2019b, p. 149).

Por último, el eje de la autoautorización muestra cómo la autonomía, como capacidad y status, está ligada a las actitudes auto-evaluativas de auto-respeto, auto-confianza y autoestima con el reconocimiento de las relaciones sociales. Señala cómo algunas prácticas y regímenes de subordinación social basadas en la mirada de género, pueden distorsionar las posturas de auto-evaluación, primordialmente en mujeres (Mackenzie, 2019b).

Uno mismo se permite (se autoriza) determinar la dirección de su vida, adueñarse y responsabilizarse de sus propias decisiones, acciones y valores y ser alguien con quien los otros puedan contar. Uno responde por sí mismo y en ello debe tener ciertas actitudes de autoevaluación, de un debido auto-respeto, autoconfianza, autoestima y autovaloración. La opresión o la marginalización pueden socavar el sentido de sí de una persona, minar su sentido de que tiene voz propia legítima y que

---

[35] Las habilidades que se requieren para *enactuar* los compromisos y valores es lo que se llama *competencia* (Mackenzie, 2019b).

está autorizada, por el contrario, a hablar y responder por sí misma, que le lleven a desarrollar un sentido de auto-respeto[36] (Mackenzie, 2019b).

Por otra parte, para Delgado (2012) los ejes de la autonomía relacional son dos: reconocimiento de la vulnerabilidad y el requisito de una ética de la responsabilidad o una ética de la corresponsabilidad.

En el primero, la noción de vulnerabilidad va asociada a la interdependencia, donde se encuentra que el individuo "nunca es plenamente independiente y racional" (p. 39) donde el problema está en cómo combinar el ser racional con el valor de la autodeterminación. Igualmente, para atender la vulnerabilidad se requiere de la compasión (Mackenzie et al., 2013).

El segundo se refiere a la responsabilidad compartida, que involucra una corresponsabilidad que incluya por un lado la responsabilidad desde la perspectiva del paciente y, por otro, la responsabilidad desde la perspectiva del profesional sanitario. Así, en el ejercicio de la autonomía relacional, hay una adquisición de poder. Pero para esto, se requiere de una acción educativa que lleve precisamente a la adquisición de poder de parte de la ciudadanía (Delgado, 2012).

Autonomía Relacional en la Bioética

Afirma Mackenzie (2019b), desde su visión feminista, que las teorías relacionales de la autonomía tienen campo de investigación y estudio en disciplinas como la bioética, las éticas aplicadas y la filosofía social y política.

La bioética puede profundizar en el concepto de la autonomía relacional, enfatizando el ejercicio de las decisiones autónomas, más allá del consentimiento informado, dependiendo de contextos sociales, apropiación cultural e identidad biográfica (Kottow, 2023).

> Si bien los avatares de la autonomía se insertan en un mundo en crisis, la bioética hará bien en desligarse de perspectivas holísticas para centrarse en la reflexión que le corresponde: la tarea urgente de reavivar la autonomía relacional como fundamento propedéutico de toda ética pertinente al quehacer

[36] Sin el apropiado desarrollo del respeto a sí mismo, como virtud al ser miembro de un grupo social, uno podría ser sistemáticamente tratado como un inferior moral o menos merecedor de un tratamiento igualitario.

> humano. Proclamar una autonomía relacional sin reconocer que está deteriorada para la gran mayoría de los seres humanos, exige un esfuerzo para trazar un trayecto de reconstrucción mediante recurso a las recientemente destacadas éticas relacionales. (p. 7)

Una visión más liberal de la autonomía se plantea como respuesta que hace frente al paternalismo[37] predominante de las relaciones sanitario-paciente. Con el surgimiento de la bioética, "el paternalismo suponía un quebrantamiento de la libertad individual, del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones en el ámbito de la salud" (Delgado, 2012, p. 37): esto lleva a la generación de un modelo de tipo contractual en donde al paciente se le plantean opciones de tratamiento y el paciente acepta o no.

Para hacer un cambio significativo frente a ese paternalismo se debe repensar la autonomía pues las relaciones clínicas no son meramente contractuales, son relaciones de ayuda. Esto nos lleva a la consideración de las éticas del cuidado y de la responsabilidad que permiten que la voz del otro prevalezca (Delgado, 2012). Un modelo de toma de decisiones compartida debe buscarse y no puede ser de naturaleza contractual, debe ser relacional y debe ser de apoyo, una atención y cuidado basado en el paciente (Costa & Almendro, 2009).

La bioética, no debería centrarse tanto en definir los derechos de los pacientes y las obligaciones de los profesionales sanitarios, sino, además, dar suficiente énfasis en la responsabilidad que le corresponde a cada uno de los implicados (Delgado, 2012).

Es un llamado de atención y una propuesta a la acción desde la reflexión bioética pues "la Bioética no puede seguir basándose en una concepción de la autonomía que pretende hacer desaparecer a los otros, sino que es preciso atender al entretejido relacional que hace posible la autonomía, que la sostiene o que, en

---

[37] "Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua *paternalismo* es la tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo; políticas, laborales, etc." (Cañete Villafranca et al., 2013, párr. 16) En ese sentido, la "práctica médica tradicional presupone una relación médico-paciente en la que la dinámica del proceso se centra en el facultativo, quien por demás posee los conocimientos, los medios y la fuerza legal para hacer *lo que sea necesario* para *mejorar* el estado de salud del individuo". (Cañete et al., 2013, párr. 16)

ocasiones, la limita" (Guerra, 2009, p. 71). El ejercicio bioético debería invitarnos a hacer posible una nueva perspectiva de autonomía, pues autonomía no es estar separados de los demás. La autonomía no es algo que se tenga necesariamente de manera espontánea, es una capacidad que hay que desarrollar y requiere la mediación del entorno para que este derecho se haga posible (Delgado, 2012). Los ambientes, las interacciones, las corresponsabilidades, yo y el otro, el otro para mí, las aspiraciones y necesidades, todo un tapiz de ricas complejidades.

La autonomía debe seguir ligada a lo humano, a la fragilidad, a la vulnerabilidad y a la interdependencia; la bioética debería encontrar puentes que posibiliten que la autonomía se de en contextos reales, concretos, donde se comprenda que la autonomía, como relacional, significa empoderar al paciente (Delgado, 2012).

Para dar soporte al modelo relacional en autonomía, Kottow (2023a) plantea unas " 'éticas relacionales': la ética del reconocimiento, la ética de la resonancia y la ética de la *responsividad*" [38] (pp. 7–10).

En la ética del reconocimiento, llama la atención que el individuo debería primero desarrollar la autoconfianza, evitando maltratos físicos y psíquicos. Segundo, tener la capacidad personal de participar en derechos y obligaciones sociales que determinan su autorrespeto. Y tercero, la capacidad de participación solidaria en la sociedad, que se manifestaría en la autoestima. Es desde el reconocimiento, que el individuo puede visibilizarse y fortalecerse en un mundo de hegemonía capitalista y así empoderarse para reducir las inequidades discriminaciones y disautonomías globales (Kottow, 2023a).

En un mundo moderno caracterizado por el afán, la apetencia consumista y una permanente aceleración, donde los individuos viven y trabajan bajo presión, hallamos una celeridad que lleva a un deterioro de las relaciones. En este caso el camino, la salida, es recuperar la resonancia relacional basada en la atenta escucha. "¿Qué debemos aprender en los años por venir? A escuchar y reanudar la relación con los otros y con el mundo. Lo que debemos aclarar en primer lugar es la manera como

---

[38] N. del A. En el texto original aparece la palabra en inglés *responsiveness*, que se refiere por una parte a la capacidad de dar respuesta y por otra, a sensibilidad, lo que denota su implicación solidaria. Al no existir una palabra en español adecuada para la traducción ya que *respuesta* no explica suficientemente el término, he decidido dejar el anglicismo *responsividad*.

deseamos estar en relación con los otros y con el mundo” (Rosa & Wallenhorst, 2022, p. 62).

Por último, responder le da carácter de totalidad a nuestra relación con el mundo. Responsividad se trata de dar una respuesta inesperada, creativa y no ritual (Kottow , 2023a). Responsividad no es lo mismo que mera respuesta; la responsividad se detona por algo inusual, fuera de lo común, extraordinario, que requiere de una respuesta poco habitual, creativa, responsable, relevante y que sea satisfactoria para procurar de esta manera un entendimiento ético que Kottow (2023) ha llamado “genealogía moral” (p. 10).

La ética responsiva enfatiza la diferencia entre ser responsable de lo que se ha dicho o hecho y responder a las pretensiones de los otros. Esta ética va en contra de una ética puramente comunicativa orientada hacia objetos comunes, normas generales o cálculos de utilidad (Waldenfels, 2015).

La ética responsiva termina siendo un diálogo que solo tiene sentido si involucra a un tercero como testigo. La responsividad, por tanto, es una ética pública.

Habiendo revisado someramente lo concerniente a las éticas relacionales, se puede proclamar, entonces, una autonomía relacional cuando en su ejercicio se manifiestan su factibilidad y creatividad:

> El reconocimiento genera las relaciones significativas a nivel personal y social, la resonancia otorga sentido y compromiso a la relación vibrante, y la responsividad desarrolla la responsabilidad de los dialogantes por hacerse cargo de respuestas propias y generalizables que sobrepasen el mero intercambio de normatividades establecidas, para asegurar la creatividad y posibilidad transformadora de la autonomía relacional. (Kottow, 2023a, p. 10)

Desde la autonomía relacional se busca cuidar, proteger y preservar el valor de la persona como individuo social en un ámbito relacional. Es tener en cuenta la propia relación del individuo con su naturaleza interior, con la totalidad de la propia vida y con el mundo social (Honneth, 2009).

El Entretejido Compasión / Autonomía Relacional en los Cuidados Paliativos y el Final de Vida

El Hilo del Final de Vida

Paso ahora a contextualizar *final de vida*. La idea de *final de la vida* un tema que tiene profundas implicaciones, aunque en oportunidades, se puede sospechar médica o clínicamente que una persona se encuentra a pocos días o semanas de su fallecimiento, no hay manera de afirmarlo con certeza, pero ¿también podría considerarse final de la vida, tal como la conocía o vivía, cuando una persona ha perdido su capacidad cognitiva? O ¿su capacidad de movilidad y autonomía? De ahí que la noción de acompañar cobre especial vigencia en los postulados que estoy planteando (Gamarra, 2011).

Acompañar, escuchar, estar presente, sostener el espacio, son maneras de aproximarse a aquel que tiene una necesidad especial de cuidado, más aún cuando se sospecha que sus días “están contados”. En las etapas finales se debe propender porque el paciente, al igual que familiares, amigos y cuidadores se encuentren en las mejores condiciones, se busca, ya en el paciente, como lo planea la ortotanasia proporcionar “todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo; se evita el encarnizamiento terapéutico al retirar todas las medidas desproporcionadas que en nada benefician al enfermo” (Gamarra, 2011, p. 45) pues la ortotanasia ayuda en el morir, no a morir.

El final de la vida debe estar inmerso en la verdad, en la identificación real de lo difícil de la situación por la que está pasando el paciente y su entorno, un abordaje que tenga en cuenta un profundo apoyo emocional y mental a los actores involucrados, incluyendo el soporte en otras tareas que no necesariamente tienen que ver con el cuidado directo del enfermo como pueden ser la preparación de los alimentos, el cuidado del hogar y encontrar espacios de esparcimiento en medio de la adversidad, que harían más llevadero el momento del desprendimiento (Gamarra, 2011).

González (2007) dice que existen algunas evidencias del final de la vida que afectan al modo de vivir en su etapa final, consideraciones que ojalá fueran parte de la visión holística del profesional de la salud. El Hospital de Jarrio, según el autor, los presenta así: “La finitud de la vida humana, la dependencia y los límites de la

autonomía, la soledad y la relación de alteridad, la fragilidad y vulnerabilidad de la vida y la irreversibilidad de la muerte" (p. 1).

En estos términos, se tienen en cuenta temas como el "tiempo vivido que termina de lo que no nos damos cuenta en la plenitud de las fuerzas vitales" (González, 2007, p. 1), donde la finitud es algo que hace parte de cada uno de nosotros. Que el final de la vida equivale a una pérdida progresiva de autonomía e independencia que resulta en una pérdida de la autoestima personal.

Surge, también, la sensación de soledad, más aún cuando la persona se ve reducida a un simple número de historia clínica o de cama de hospital. La vida se presenta quebradiza y caduca, la persona se da cuenta de lo perecedero, la muerte se hace presente en la vida y es una verdad ineludible, toda la persona ha llegado a su fin. Sumado a lo anterior, la muerte es irrepetible, nadie muere la muerte de otro, la muerte es personal e intransferible (González, 2007).

Se debería, por tanto, hablar de la muerte, de la finitud de la existencia, darse permiso de pensar en ella como parte esencial de la vida, un momento que implica una actitud crítica frente a lo que tenemos y hacemos, que busca que aclaremos nuestras ideas para poder reflexionar sobre asuntos trascendentales que afectan lo íntimo y al otro, tener en especial atención el tema de autonomía del paciente ya que con el paso del tiempo las personas mayores, en la medida que envejecen, van viendo limitada su movilidad y son cada vez más dependientes físicamente. Igualmente, junto con ello puede darse una afectación de las esferas afectiva y cognitiva que puede ser esporádica o permanente. De ahí que respetar la autonomía del paciente, ha de depender de cómo viva la enfermedad, de cómo vive su vida. Surge una información subjetiva que solo ha de comprenderse desde la empatía (Bátiz & Loncán, 2006, p. 42).

Por ser inevitable, el final de la vida requiere de nuestra atención y compromiso. En las etapas finales de vida, prima el alivio del sufrimiento pues al estar en riesgo la preservación de la vida y sabiendo que ésta se torna progresivamente imposible e irreal (De Simone, 200), implica el cuidado de la persona, tener en cuenta su calidad de vida, esta última se relaciona con las aspiraciones de una persona, cuando ella logra alcanzarlas y se siente a plenitud al transitar por su situación actual.

Es muy importante encontrar ese punto de convergencia entre lo que se aspira y lo que en realidad es posible alcanzar (Rodrigues, 2010).

De otro lado, resalta "*the hastings center*" que, para la bioética estadounidense contemporánea, la toma de decisiones al final de la vida es esencial y a los bioeticistas se les ha dado un lugar significativo por parte de profesionales médicos y de quienes crean las políticas, con el fin de dar forma a los lineamientos y leyes en torno al final de vida (Cerminara & Meisel, 2015).

Lo que nos lleva a considerar que también en nuestro medio local sería importante dar una mirada alrededor del final de la vida, recordando que también dentro de las circunstancias que rodean este momento, la calidad de vida es sustantiva, al respecto (Escobar, J. 2000) menciona que la vida humana se realiza en la mundaneidad y que "la calidad de vida debe situarse al interior mismo de la existencia cotidiana, considerando la vida humana como un valor en sí misma" (p. 83), y es ahí en esa cotidianidad donde la compasión debería cumplir un rol especial, acompañar la cotidianidad y propender por un día a día que se acerque a las costumbres, deseos, aspiraciones, ilusiones y necesidades del paciente, su familia, cuidadores y demás actores dentro del entorno y, por tanto, recordar que la bioética debería involucrarse en el diseño de políticas y procesos que favorezcan la equidad en el acceso a una buena vida, así esta sea la vida última (Berlinger, 2022).

Demos, entonces, el lugar y la atención que merecen el final de la vida y el cuidado al final de la vida, pues son muchos los cambios que afectan a la persona que se encuentra en esa etapa y a sus familiares y seres queridos. Tengamos en cuenta igualmente al entorno visto como sociedad y comunidad y al otro, comprendido como la familia, cuidadores y amigos, que tiene necesidades también, necesidades que van alrededor de la comunicación, de los servicios en la comunidad, necesidades económicas y de funcionamiento familiar (Barreto, 2013), esta complejidad debería ser propositiva de una atención integral y equilibrada del y desde el individuo enfermo, su familia, la sociedad y las instituciones de salud.

Desde una ética budista, conocemos que un precepto fundamental es el de evitar hacer daño que va de la mano de la virtud de la compasión y del objetivo de una muerte pacífica; en conjunto servirán de guía para la toma de decisiones éticas en

torno a la donación de órganos, la de proveer o retirar procedimientos de sostén de vida, la decisión de suspender voluntariamente la alimentación y/o el proporcionar ayuda médica en el morir, incluso la eutanasia (McCormick, 2013).

Considerando las Hebras de los Cuidados Paliativos

Enmarquemos ahora una mirada a los Cuidados Paliativos. La historia del sufrimiento causado por la enfermedad especialmente aquel derivado de situaciones en las que la condición es de tan difícil manejo, que no es posible ofrecer una solución al problema de origen, lleva a una aproximación de terapéutica y de acompañamiento centrada en los cuidados paliativos (Knaul et al., 2018).

La carga generada por el sufrimiento asociado a situaciones de salud es enorme y pueden de alguna manera ser resueltas por los cuidados paliativos (Knaul et al., 2018), de ahí que el acceso a los cuidados paliativos sea esencial para un cuidado integral de salud y un cubrimiento universal de la atención en salud (WHO, 2018)

Según el *Oxford Dicitionary* (2023), la palabra paliativo se refiere a una medicina o tratamiento médico que reduce el dolor sin curar su causa. Igualmente la define como una acción que está orientada a hacer que una situación difícil se lleve mejor sin realmente solucionar la causa de los problemas.

Mientras que en castellano encontramos que se trata de algún determinado tratamiento o remedio que tiene como finalidad mitigar, suavizar o atenuar el dolor de un enfermo (RAE, 2023, párr. 1).

Etimológicamente hablando, paliativo se desprende de la palabra latina *pallium* que quiere decir manto o cubierta, refiriéndose al acto de aliviar el sufrimiento o los síntomas (Mount et al., 1993) (Pessini & Bertachini, 2006). Para 1980, la OMS incorpora de manera oficial el concepto de cuidados paliativos y propone el Programa de Cuidados Paliativos en Cáncer (De Lima & Bruera, 2000).

Los cuidados paliativos son un cuidado médico especializado dirigido a personas con enfermedades serias. Se enfoca en proveer alivio de los síntomas y el estrés originados por la enfermedad. “El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia” (Warrier et al., 2023, párr. 1) y está fundamentado en las necesidades propias del paciente; es de resaltar en este punto

cómo la OMS, en su definición, hace una aproximación centrada en el paciente y “muestra la múltiple de la condición humana” (Pessini & Bertachini, 2006, p. 234).

Para la OMS, los cuidados paliativos tratan de un cuidado activo e integral a aquellos pacientes que padecen una enfermedad que es resistente a procedimientos terapéuticos curativos. Los cuidados paliativos buscan aliviar el dolor y otros síntomas concomitantes considerando, además, los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. “Se propende por lograr la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia” (WHO, 2002, párr. 1).

Esto nos muestra que es fundamental propender por una visión integral de la atención en salud (Del Río & Palma, 2007) y que, en el cuidado de la salud, pasemos de buscar una prolongación de la vida a toda costa, en lugar de proporcionar o promover una mejor calidad de vida, la OMS (2020) entonces nos dice, que los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares en aquellos momentos cuando se enfrentan a problemas de salud de salud de naturaleza física, psicológica, social o espiritual secundarios a una enfermedad potencialmente mortal. También ayuda a mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Se calcula que anualmente unos 40 millones de personas requieren cuidados paliativos y de éstos un 78% viven en países de ingreso bajo o mediano. A nivel mundial se considera que tan solo un 14% de las personas que lo necesitan, reciben atención paliativa. Y finalmente, al no existir suficiente formación o concienciación acerca de cuidados paliativos de parte de los profesionales de la salud, se evidencia un obstáculo para los programas de mejoramiento del acceso a los cuidados paliativos (OMS, 2020).

Los cuidados paliativos no son lo mismo que los cuidados al final de vida. Ciertamente los cuidados paliativos pueden incluir final de vida, pero no se limitan solamente a ese aspecto. Los cuidados paliativos buscan el tratamiento de personas con padecimientos o enfermedades serias en donde la curación o la posibilidad de reversar completamente la enfermedad ya no es posible (Krau, 2016).

Ayuda con el control de los síntomas, especialmente aquellos de rápida aparición o de rápido progreso (Krau, 2016), los cuidados paliativos deberían ser llevados a cualquier escenario y a cualquier persona, especialmente a poblaciones

vulnerables en donde se deben evaluar sus condiciones singulares de sufrimiento y afectación que implican un acercamiento, igualmente singular, para calmar su dolor (Wholihan & Pace, 2016).

Vinculando los cuidados paliativos con la compasión se dice que la segunda es central en los primeros y que poco a poco se ha ido introduciendo en la unidad de cuidado intensivo (Cook et al., 2015), más aún cuando la compasión no solo se debería circunscribir al final de vida, sino que todos los pacientes deberían beneficiarse de ella, mediante un enfoque holístico (Epstein & Back, 2015).

La compasión en los cuidados paliativos y en escenarios de cuidado crítico se conceptualiza observa y expresa en diferentes formas, siendo multidireccional, permitiendo que se exprese entre dos o más personas, de manera relacional, al interior de la interacción de todos los actores que se ven involucrados en el acto terapéutico y lo que conlleva a su alrededor (Roze des Ordons et al., 2019).

Los retos de la compasión en el cuidado paliativo y en la unidad de cuidado intensivo, incluye el enfoque biomédico reinante, las brechas interprofesionales de comunicación, los conflictos al interior del espacio de trabajo, la discordia entre los pacientes, sus familiares y el personal sanitario, la falta de recursos y el distrés en la vida personal (Jones et al., 2016). La compasión, entonces, debe abrirse paso en ese ambiente, teniendo la posibilidad de enriquecerlo.

Como hemos visto, los cuidados paliativos se enfocan en una aproximación holística, transcultural, abarcante, centrada en el paciente, que de soporte al modelo biopsicosocial-espiritual (Rego & Nunes, 2019), atendiendo diferentes necesidades, siendo la espiritualidad[39] la que se considera como más urgente para el paciente, especialmente si padece de gran sufrimiento o de una enfermedad potencialmente letal, pues puede sentirse desesperanzado o presa del miedo (Evangelista et al., 2016).

De esta manera, nos encontramos con que la atención en salud que tiene su foco principal en aliviar el dolor físico, no necesariamente es la más adecuada para aproximarse a las necesidades de las personas en cuidados paliativos. Se exige

---

[39] “La espiritualidad es siempre estar dispuesto a recibir de su esencia la luz, fuerza y bondad con la que puede llenar al ser humano” (Palacio, 2015, p. 459).

entonces que, inevitablemente, consideremos su dimensión espiritual de cada quien en especial cuando existen la incertidumbre y el dolor asociados a las situaciones que ponen en riesgo la vida. Es un hecho que las personas que presentan enfermedades avanzadas, incapacitantes, manifiestan que sus necesidades espirituales deben tenerse en cuenta y ser atendidas por parte de los profesionales de atención en salud (Quinn & Connolly, 2023).

Esta consideración que los cuidados paliativos dan a la espiritualidad, que va muy ligada a la compasión, propone de cierta manera que los profesionales médicos hagan el intento de entender cómo la enfermedad afecta a los pacientes en razón de ser individuos espirituales y aspirar, de esta forma, “a alcanzar los grandes ideales de la medicina al practicar la medicina y la sanación con humanidad” (Simone, 2017, p. 201).

Dentro de toda esta revisión, debemos diferenciar entre medicina paliativa que se refiere a la actividad *per se* de los especialistas dedicados a esta área del trabajo terapéutico y los cuidados paliativos que se refieren al trabajo de un equipo interdisciplinario de profesionales de diferentes áreas de la salud e incluso personal de acompañamiento pastoral (Doyle et al., 2004).

En la medida que los cuidados paliativos se han ido desarrollando, se hace evidente que, a pesar del avance en medicamentos y terapias que favorecen la comodidad física de los pacientes, éstos siguen sintiéndose solos, con miedos o poca autoestima, además de los cuestionamientos de si, acercándose al final de la vida, su vida ha tenido una finalidad para sí mismos, para los otros o para la comunidad (Pessini & Bertachini, 2006).

Esto se constituye en un desafío para los equipos de salud en cuidados paliativos los cuales se pueden apoyar en la compasión para mejorar su habilidad de escucha, empatizar con sus pacientes y parientes y ser capaces de ser solidarios con la satisfacción del paciente (Saunders, 2001).

Los pacientes en cuidados paliativos no siempre tienen cómo evaluar la calidad técnica y científica del equipo que está a cargo de su cuidado, pero lo que sí pueden hacer es identificar y valorar las cualidades emocionales como la compasión, las reacciones sutiles como la postura del terapeuta y el contacto visual (Kang et al., 2018),

honrando sus tradiciones culturales, mostrando un profundo respeto por su paciente a lo que la compasión les ha servido como puente. Los pacientes, por ejemplo, se sienten más cómodos cuando su médico se sienta a su lado, en lugar de permanecer de pie, pues éste simple acto les hace percibir a su médico como más compasivo (Strasser et al., 2005).

Los pacientes en cuidados paliativos, tienden a extrapolar el profesionalismo terapéutico y la confianza en el terapeuta y el procedimiento realizado, de acuerdo con la cantidad de compasión ofrecida por sus médicos, mientras que la compasión le permite al terapeuta tratar el sufrimiento de sus pacientes sin prejuicios (Kang et al., 2018), así que la autonomía relacional nos ayuda a entender de manera holística los deseos del paciente, en la medida que prestamos atención a sus relaciones y al ambiente que influencian sus decisiones.

Urdiendo Autonomía Relacional y Ética Budista

Un cambio en la comprensión de la autonomía en medicina y cuidados paliativos, podría pavimentar el camino para satisfacer los deseos del paciente y sus aspiraciones (Asagumo, 2022). La autonomía relacional es un “término sombrilla” que plantea una premisa de una convicción compartida y es que las personas se encuentran socialmente insertadas y que “las identidades de las agentes están formadas dentro del contexto de las relaciones sociales y están moldeadas por un complejo de determinantes sociales que se intersecan tales como raza, clase, género y etnicidad” (Mackenzie & Stoljar, 2000, p. 4).

Conectado con esto entraría el término “budismo socialmente comprometido” (Russell Brown, 2004)[40] que describe el activismo social y político budista sustentado en los principios budistas especialmente su enfoque tradicional alrededor del sufrimiento individual llevado al entendimiento, también, del sufrimiento en lo colectivo al interior de estructuras y sistemas sociales (Gleig, 2021).

Esto nos ofrece una visión de que la compasión como principio esencial para el alivio del sufrimiento puede trasladarse a lo social y colectivo, donde cobra relevancia

---

[40] Estrictamente hablando, no se puede afirmar que existen un budismo que es comprometido y otro que no es comprometido. Es simplemente budismo. Y cuando se analiza a profundidad, es parte de la esencia del budismo estar y ser comprometido (Russell Brown, 2004).

en lo relacional. El budismo ha de involucrarse en la sociedad y sus problemas y actualizar los ideales tradicionales de sabiduría y compasión en el mundo de hoy (Russell, 2004).

Infortunadamente, el estado de conciencia dominante es una perspectiva tribal que busca cuidar fundamentalmente “lo mío” incluso si se trata de problemas globales. Debemos despertar colectivamente a una mentalidad compasiva que ponga en el centro de atención la interdependencia y la humanidad compartida, pues de no hacerlo seremos los próximos dinosaurios extintos debido a esta catástrofe ambiental global; “la gran adaptación hoy es la mentalidad compasiva, y nuestra ventaja competitiva como especie es nuestro incomparable potencial para el cuidado, la cooperación y la compasión” (Brito, 2021, p. 8).

Esa humanidad compartida es nada menos que la visión relacional que lleva a una autonomía de la persona en virtud de su vínculo y pertenencia a la especie humana, la calve está en la colaboración en redes comunitarias, requerimos, en palabras de Brito (2021), de “la revolución silenciosa de la compasión en todos los rincones de la sociedad” (p. 10).

Una de las revoluciones que más necesita, es la revolución silenciosa de la compasión en el campo de la salud. Esta revolución nos lleva a una nueva mirada sobre cómo enfrentar la situación de salud y enfermedad, llevando de nuevo al centro de la discusión algo que nunca debió salir de allí: el cuidado y la compasión, cambio al que Colombia le ha venido apuntando en los últimos años (Brito, 2021).

Tal como se explica en el sendero del *bodhisattva* no puede ser característica del budismo la búsqueda tan solo de la iluminación individual, sino que no hay iluminación posible mientras que los otros se encuentren atrapados en el engaño y que una genuina sabiduría se expresa es en la acción compasiva (Kraft et al., 1988).

El abordaje de la bioética del cuidado resalta las muchas formas significativas en las cuales aquellos que están enfrentando decisiones en el contexto del cuidado de la salud, no hacen sus escogencias como átomos racionales aislados. En cuidados paliativos los equipos de la salud están unidos por códigos profesionales de práctica; la práctica médica busca brindar ayuda en el mejor interés del paciente y el grupo de

enfermería busca dar soporte a la autonomía en la medida que el paciente lo solicita (Wilson et al., 2014b).

La compasión vista desde la ética budista en los cuidados paliativos, y especialmente al final de vida, propone ser relacional para abarcar no solo a todos los involucrados, sino también las consideraciones comunitarias que tienen que ver con esos valores compartidos en las relaciones sociales (Woods, 2006), recordando en este punto que siendo el sufrimiento un factor frecuente en cuidados paliativos, las cuatro moradas sublimes del budismo, bondad amorosa, compasión, alegría altruista y ecuanimidad se pueden convertir en los principios para los pacientes en cuidados paliativos (Thongpoo & Mahatthanadull, 2021).

En el budismo es esencial una cuidadosa observación, para lo que es especialmente necesario una aproximación desde la atención plena; como los pacientes en cuidados paliativos se enfrentan a la toma de las grandes decisiones, se puede decir que desde una óptica bioética es deber del personal sanitario estar apropiadamente atentos a éstas, mostrando un entendimiento más holístico de la autonomía dando soporte a la agencia e identidad del paciente en el cuidado cotidiano (Wilson et al., 2014b).

Y es que aquellas intervenciones que entrenan en la atención plena y las habilidades compasivas, surgen como una estrategia prometedora para a atención en cuidados paliativos, como para fortalecer en los profesionales sus habilidades relacionales (Brito & Librada, 2018).

Aprovecho este punto para aclarar que no se requiere ser monje budista, ni practicante budista, para alcanzar la habilidad de una cuidadosa observación. La propuesta está en el entrenamiento en la atención plena o *mindfulness*, un proceso en el cual se practica el poner atención al momento presente con curiosidad, apertura y aceptación a cada experiencia sin realizar juicios (Chmielewski et al., 2021).

Entrenarse en atención plena ofrece a los profesionales en la atención en salud estar de mejor ánimo, menor percepción de estrés y responder a los estímulos más efectivamente, favoreciendo esta observación cuidadosa y la debida presencia frente a los procesos (Chmielewski et al., 2021), con un efecto favorable en el mejoramiento de la inteligencia emocional y balance emocional, de los actores sanitarios (Jiménez

et al., 2021) que se traduce en una mejor habilidad para estar presentes y poder analizar la situación a la que se enfrentan de una manera más equilibrada.

El buen cuidado del paciente, más allá del apropiado tratamiento, implica el derecho del paciente a la escogencia; esa posibilidad de escoger garantiza que sea receptor de un buen cuidado (Borgstrom & Walter, 2015b).

El bien cuidar del otro lo podemos entender como compasión al igual que la posibilidad de expresar agencia y manifestar identidad; dicha agencia se da en virtud del vínculo relacional del paciente, donde más allá de proporcionar una escogencia más informada, lo que se pretende es un cuidado más compasivo (Borgstrom & Walter, 2015b).

Las decisiones tomadas deberían ser consideradas igualmente a la luz del impacto en los derechos y proyectos de los otros, importa el bien común puesto que vivimos vidas conectadas (George & Harlow, 2011). Esas vidas conectadas son precisamente la interdependencia desde los ojos del budismo.

En contraposición con los principios budistas de vacuidad (interdependencia) e impermanencia, encontramos la visión tradicional, atomista e individualista de autonomía que valora más la autonomía subjetiva que otros valores, especialmente aquellos que surgen de la interdependencia como la confianza, la lealtad, la amistad, la responsabilidad y el cuidado (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Al no tomar en cuenta la complejidad y diversidad de los agentes y considerar qué valores como las prácticas sociales, las relaciones y las comunidades basadas en la cooperación y la interdependencia son una amenaza a la autonomía (Mackenzie & Stoljar, 2000), se distancia de la multidimensionalidad de la interacción humana.

Para proporcionar una interacción más holística, aparecen los elementos importantes del sendero espiritual, que, desde la práctica interior, como el servicio social (Goldstein & Kornfield, 1987) hacen, del ejercicio budista, uno enmarcado en lo social y comunitario que puede perfectamente ser llevado al campo de los cuidados paliativos. Encontramos en el servicio una expresión de madurez de la sabiduría de la vida espiritual.

Comprender este espíritu de servicio dentro de la interconexión[41] crece en la medida que nuestra sabiduría se profundiza (Goldstein & Kornfield, 1987, p. 16).
Con esta reconceptualización de la autonomía[42], se reconoce el efecto de las condiciones sociales en las percepciones de mismidad de los/las agentes como son la autoestima y la autoconfianza (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Tejiendo la Trama Autonomía Relacional y Cuidados Paliativos al Final de Vida

En vista de que se requiere una aproximación más contextualizada a la autonomía, una que se acerque a las complejidades encontradas en la práctica clínica, y el final de vida, se propone la autonomía relacional que bien puede ser "una noción fundamental de los cuidados paliativos, la toma de decisiones compartida y la planeación anticipada del cuidado" (Gómez et al., 2020, p.2).

Infortunadamente, esto es más un anhelo, que una realidad: a la autonomía relacional en final de vida todavía le queda camino por recorrer para ser sólidamente "operacionalizada" (Gómez et al., 2020, p. 2).

Se debe diferenciar entre respeto por la autonomía y la promoción de la autonomía, ésta última la encontramos en la propuesta de la autonomía relacional que favorece la adaptación del paciente en cuidados paliativos a las oportunidades y limitaciones que se presentan en su nueva condición. Se requiere de una perspectiva bioética más conceptualizada de la autonomía, más adecuada a los pacientes en final de vida que promueva la calidad de vida y la satisfacción con el cuidado recibido.

El paciente busca disminuir la carga que genera a la familia de manera que suele procurar dejar organizados sus asuntos financieros y los mundanos para poder transitar en paz pues han logrado construir una aceptación de la muerte (Houska & Loučka, 2019).

La autonomía no solo es cuestión de tomar decisiones frente al tratamiento, sino que tiene que ver con el "apoyo a las actividades diarias del paciente, su contribución

---

[41] N. del A. Esta palabra es clave, entendida igualmente como "interdependencia" para comprender desde la compasión la interrelación del individuo con la familia, lo social, lo ambiental y lo comunitario.

[42] Sin repudiar o rechazar por completo la concepción clásica de autonomía, con su independencia, autosuficiencia y separación de los otros (Mackenzie & Stoljar, 2000)

a los otros y su preparación activa para la muerte” (Houska & Loučka, 2019, pp. 842-843).

Más allá del proceso de toma de decisiones la autonomía en cuidados paliativos y final de vida debería estar basada en las actividades diarias del paciente y procurar que el paciente esté lo más activo posible. Esto significa que, si los miembros del equipo sanitario parten de una postura compasiva, de escucha y disposición a aliviar el sufrimiento, pueden propender por la dignidad del paciente en cuidados paliativos desde una mirada compasiva (Houska & Loučka, 2019).

En cuidados paliativos al final de vida, de parte del personal de salud la dignidad está más enfocada en la autonomía del paciente, sin embargo, a través de su acción en la práctica, van paulatinamente haciendo conciencia de las necesidades del paciente y su propia versión de dignidad; a través de esta praxis se da como resultado una reflexión de parte del equipo de salud en final de vida, de cómo ampliar el soporte al paciente considerando su dignidad (Viftrup et al., 2021).

Para facilitar esto, la práctica de la compasión, como es concebida en la ética budista, favorece el reconocimiento no solo del sufrimiento del paciente y su familia y sus efectos en el entorno, sino que favorece la escucha y la habilidad de observación detallada que permitiría identificar las necesidades y deseos de los involucrados. Este ejercicio de compasión puede considerarse como una práctica bioética expresada en ese campo donde la vida y lo vivo, así sea *ad portas* de la muerte, están siendo redimensionados.

Se deberían encontrar caminos para empoderar a los pacientes en cuidados paliativos y sus familias, para ayudarles a restaurar su propia autonomía, además de solo enfocarse en el alivio de los síntomas físicos (McLeod & Serwin, 2000). Para que los equipos de salud respondan de manera efectiva a esa expectativa deben ser cautelosos en identificar qué es lo que le genera angustia o sufrimiento y de manera compasiva, responder y apoyar.

Los profesionales de la salud tienen la importante responsabilidad de no tomar las decisiones por sus pacientes, sino que sus pacientes comprendan, al igual que sus familias, dentro del marco social en el que se encuentran, del que provienen, los límites del conocimiento que pueden afectar la toma conjunta de decisiones. Los trabajadores

de la salud deben reconocer su responsabilidad colectiva en llenar los vacíos de conocimiento que puedan tener los pacientes y sus allegados (McLeod & Serwin, 2000).

Los individuos “tienen “identidades múltiples” que reflejan los múltiples grupos a los que pertenecen” (Mackenzie & Stoljar, 2000, p. 11). Entendido de esta manera, las personas no son siempre las mismas, son cambiantes, ellas en sí mismas son impermanentes, como impermanentes son las expresiones de su ser y su cotidianeidad y es desde un acercamiento compasivo, comprendiendo las dificultades puntuales del momento, que se logra dar respuesta a un acompañamiento que les permita a ellas transformar su sufrimiento.

En este sentido cobra fuerza la aproximación desde el concepto de cuidado. La bioética del cuidado tiene un abordaje especial pues muestra las muchas formas en las cuales quienes están enfrentando decisiones en el campo del cuidado de la salud, no realizan sus escogencias como entes aislados, como átomos relacionales separados. Sus decisiones frecuentemente están afectadas por la preocupación real que se da alrededor de una serie de relaciones que ellos mismos valoran y que tienden a ser desconocidas por la manera en que se entiende la postura de la decisión autónoma de la corriente prinicipialista usualmente tenida en cuenta en bioética (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Al hablar del cuidado, deberíamos hacer conciencia de las relaciones entre las personas y de cómo estas relaciones se afectan por la atención en salud (Dodds, 2000). Ahora bien, según McCormick (2013), para los budistas, la compasión por los enfermos y moribundos es muy importante de ahí que los cuidados paliativos y la atención en hospicio ofrecidos a los pacientes, sería una manera que ésta se expresa. Esta forma de cuidado, provee confort al paciente y permite que éste se reconozca dónde y en qué condición se encuentra, favorece que pueda desde allí hablar y reflexionar sobre lo que está sucediendo con sus allegados, brindando a los cuidadores una singular oportunidad de llevar a cabo buenas acciones que a su vez servirán de preparación para su propia muerte, que en la medida que se realiza una y otra vez tendrá un efecto en la comunicad y por tanto en la sociedad.

Esto da la opción al equipo terapéutico para sintonizarse con esas necesidades de final de vida que el paciente y parientes manifiestan, como pueden ser los vínculos afectivos con sus mascotas, con amigos o compañeros de trabajo; oportunidad para repasar lo vivido, traer los recuerdos, quizás lamentarse por lo no logrado, adentrarse en esas reflexiones que surgen al saberse en el final de vida.

La propuesta de compasión desde la ética budista, en el entorno de los cuidados paliativos, no solo afecta de manera positiva al receptor de la compasión, sino que además beneficia a quien realiza el acto compasivo y el entorno inmediato (que finalmente termina afectando lo social y lo ambiental) mostrando una vez más la naturaleza relacional de la compasión.

Más aún, se puede lograr mayor bien cuando se participa en la práctica de contemplar la muerte del paciente como una manera de comprender la impermanencia desde la perspectiva budista (Stonington, 2011), se trataría de poder ver la muerte como “un intervalo elongado que debe ser experimentado, estudiado y usado para la sabiduría interior” (p. 113).

Continúa Stonington (2011) afirmando que hay dos figuras que emergen en la atención en salud y por tanto en los cuidados paliativos. Por un lado el paciente que se enfrenta a la realidad que le lleva a entender la naturaleza de la existencia y el profesional de la salud que encuentra en el sufrimiento una oportunidad de adquirir sabiduría. En esta interacción media la compasión de la ética budista. Si se logra manifestar de una manera más estructurada y consciente, podría esta interrelación ir más allá del acto dialéctico bidireccional terapeuta-paciente y extenderse a la familia y la sociedad, por un lado, como a la comunidad clínica u hospitalaria, y puntualmente al personal que labora en una unidad de cuidados paliativos. Esto es, expresarse de manera bioética.

Brito y Librada (2018), afirman que los modelos compasivos de cuidados paliativos que integran recursos comunales, sociales y médicos podrían servir como una puerta de entrada natural a una mentalidad más humanizada que cuide mejor de pacientes y cuidadores en la totalidad del sistema de salud.

Cuando se reorientan los cuidados paliativos con una visión que integra el cuidado sanitario, los servicios sociales y la comunidad, hay una mejoría en la calidad

de vida del paciente, mayor satisfacción de la familia y sus redes de cuidado, así como también una mayor eficiencia ya que se reduce el uso de recursos que no pueden responder a ciertas necesidades que son sociales y comunales por naturaleza (Brito & Librada, 2018).

Los autores nos muestran esa condición relacional en la toma de decisiones requerida para una mejor atención en cuidados paliativos en virtud de ayudar a aliviar el sufrimiento generado por la enfermedad en paciente, como en su familia y el mismo equipo médico. Insisten en afirmar que la compasión es reconocida por los pacientes, sus familias y el personal sanitario como un elemento clave para la alta calidad de los cuidados paliativos (Brito & Librada, 2018).

La toma de decisiones alrededor del momento final de vida, incluso contando con guía es muy difícil. Miedos y arrepentimientos se hacen presentes y el budismo ofrece un entendimiento al respecto, pues el budismo tiene menos que ver con “cómo comportarse” y más con “qué cuidar”, explicando que podría ser inmoral actuar con el objetivo de satisfacernos a nosotros mismos y que la correcta acción moral debería ser un actuar desinteresado y no egoísta.

En este punto, el budismo nos ofrece una explicación bioética; la compasión junto con la atención plena pueden llevar a la manifestación de los medios hábiles, especialmente la atención plena frente al no hacer daño al paciente ni a los otros (Barnhart, 2012).

El final de vida podría ser en general un espacio/momento que debe ayudar a manifestar sentido y propósito a todos los involucrados. Veo acá un reto fundamental ya que en la medida que se logre por parte de cada quien (moribundo, familiares, amigos, cuidadores, personal sanitario) encontrar propósito y sentido la dimensión compasiva ha de proveer un ámbito cálido y amoroso de cuidado que propende por la sanación de todos anclado en un contexto de respeto e integridad que dignifica la vida humana, todas las vidas que, allí, alrededor del cuidado paliativo se encuentran y que enriquecen la posibilidad de la autodeterminación en conjunto.

Como la autonomía no se trata de una empresa individual de autodeterminación, sino que continuamente se está rehaciendo en respuesta a las relaciones raramente estáticas. La autonomía no es incompatible con los proyectos

personales del paciente en cuidados paliativos y las necesidades y preferencias de los otros, no afecta negativamente los deseos y necesidades de cada quien (Donchin, 2000).

Esto lleva a que el terapeuta pueda, con respeto y actitud compasiva, escuchar y atender las diferentes posiciones: la de sí mismo, la de los familiares y por supuesto la del paciente al final de vida. No solo se ha de facilitar el proceso de toma de decisiones, sino que además lo enriquece a tal punto que esta experiencia puede igualmente ser tenida en cuenta para futuras intervenciones; se debe contar con la colaboración de los miembros de la familia (Donchin, 2000), para preservar la autonomía.

Involucrar a la familia en el acompañamiento al paciente y en el proceso de toma de decisiones es fundamental ya que la carga emocional y moral puede ser muy elevada, especialmente en cuidados paliativos cuando no se cuenta con las directivas avanzadas y más aún si se trata de decidir en relación con la adopción o retirada de medidas de soporte vital (Kongsuwan & Chaipetch, 2011).

Las decisiones en torno al final de vida pueden ser lacerantes, no solamente por lo complejo que puede resultar entender los procedimientos propuestos, como por los cuestionamientos morales que la historia familiar y la posición individual de quien decide puedan generar en los allegados, frecuentemente enmarcados en una dinámica de varios actores y participantes.

El budismo podría expresar cierto nivel de flexibilidad pues si las intenciones son puras y el corazón compasivo, la decisión sería aceptable, algo así como una “ética intencional” (Schlieter, 2010).

En este sentido el budismo tiene mucho por ofrecer, por ejemplo, como lo menciona MacKormick (2013) en relación a los profesionales de trabajo social, (lo que podría extenderse al personal que labora en cuidados paliativos) afirmando que éstos pueden ser enseñados a ser humildes frente a la muerte y honestos frente a sus propias creencias y especialmente compasivos al encontrarse con los familiares en el evento de la toma de decisiones difíciles. No solo es el paciente y su familia quienes se ven afectados en el proceso de toma de decisión, sino que el personal sanitario y

posiblemente el administrativo, igualmente, se ven impregnados por esta situación en una clara expresión de una trama relacional.

Se requiere una reflexión más profunda, refinada y especialmente bioética del agente autónomo, incluyendo una apropiada atención a los ricos y complejos contextos sociales e históricos en los que la persona se encuentra inmersa; sabiendo que los agentes son emocionales y creativos, tienen deseos y sentimientos, además de ser creaturas racionales (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Los agentes son psíquica e internamente diferenciados al igual que socialmente diferenciados de los otros (Mackenzie & Stoljar, 2000), de ahí que, además, un equipo compasivo en cuidados paliativos procurará de manera natural aliviar el sufrimiento y suplir la necesidades de sus pacientes a través de un entendimiento relacional (Sinclair et al., 2016), por lo que la compasión desde la ética budista se identifica como la cualidad clave para los prestadores de servicios de salud que están involucrados en el cuidado, de forma que el personal de cuidados paliativos debería tratar a sus pacientes con profunda compasión, pero también cuidando de sí mismos para manejar su distrés y evitar el *burnout* (Kang et al., 2018b).

La compasión es claramente esa cualidad clave que facilita el entendimiento del dolor total del paciente y por ende la relación terapeuta-paciente y se convierte en un inmenso reto holístico para los profesionales en salud ya que los cuidados paliativos no se restringen en la práctica al mero campo de su especialización (Trotter, 2021), pues son muchos los factores y personas que afectan esta interacción, la compasión "exige coraje y previsión para evitar en el futuro situaciones más retadoras para la familia del paciente" (p. 423).

En el budismo se hace énfasis en altruismo y la bondad amorosa. Con el primero estamos planteando la superación del egoísmo, dejando de ver las cosas exclusivamente desde nuestra propia perspectiva y con el segundo poniéndonos en el lugar de la otra persona, identificando su sufrimiento.

Neff (2011), usando un modelo budista, nos plantea que se puede favorecer la adquisición de la empatía, elemento sustancial para el desarrollo de la compasión, incluyendo tres dimensiones: la bondad, la humanidad común y la aceptación atenta.

La primera, plantea la propuesta de no ser extremadamente críticos; la segunda, identificar que la experiencia de cada quien hace parte de una condición humana, más que personal y la tercera, la aceptación y hacer conciencia de los pensamientos dolorosos que pueden presentarse en el cuidador o trabajador de la salud para no sobre-identificarse con ellos (Neff, 2011). En este punto podemos ver la integración de lo relacional con lo compasivo y cómo aplicarlo en los cuidados paliativos.

Con frecuencia el paciente en cuidados paliativos está enfrentándose a la inminente finitud de su vida. Del budismo podemos considerar su reflexión acerca de la inevitabilidad de la muerte, de lo que se desprende que un objetivo en la vida sería prepararse psicológicamente para la ineludible muerte, la muerte se entiende como una certeza en nuestras vidas y sobre la muerte no tenemos control y que puede presentarse en cualquier momento, (Upasen & Thanasilp, 2020), por tanto se buscaría, de manera compasiva encontrar medios para alcanzar una muerte pacífica y una vida pacífica antes de la muerte ya que con frecuencia los pacientes manifiestan preocupación por “la reacción de sus familias” (p. 5), por lo que es muy útil propiciar espacios para hablar de la muerte con otras personas, familiares cercanos como son sus conyugues, padres, hermanos o hijos.

Por ejemplo, en Tailandia, se encuentra que los pacientes con cáncer terminal, tienen un familiar que asiste al templo budista para recibir apoyo y educación de parte del personal de cuidados paliativos, acerca del papel de cuidador que ha de tener para proporcionar una mejor atención a su familiar enfermo (Upasen & Thanasilp, 2020).

Las enseñanzas budistas recomiendan que los médicos debe cuidar con amor y compasión enfocándose en el aspecto mental/emocional, aun si la enfermedad es física ya que según el budismo no hay distinción entre cuerpo y mente. Se dice también que todo está interconectado y unido causalmente y las cosas están constantemente cambiando (Masel et al., 2012).

El budismo es considerado como una religión moderada, donde la compasión y el respeto por la vida son fundamentales, además de ser un error considerar que existimos individualmente separados de los demás (Masel et al., 2012).

El budismo y los cuidados paliativos se parecen ya que ambos se enfocan en el presente. la persona no debería rendir su propia autonomía ni seguir ciegamente la voluntad de otros (Masel et al., 2012).

De igual manera existe otro elemento común al budismo y a los cuidados paliativos: “el objetivo de la práctica budista es liberar a todos los seres sintientes del sufrimiento, al igual que es el objetivo médico, aliviar el sufrimiento en cuidados paliativos” (Masel et al., 2012, p. 311).

Ciertamente hay otros aspectos que al final de vida y en las unidades de cuidados intensivos o en los cuidados paliativos deberían ser considerados, Mackenzie et al. (2000) se refieren a ellos y rescatan especialmente la memoria, la imaginación, las disposiciones emocionales y las actitudes que llevan a, en relación con la autonomía, la integración, la identificación, la reflexión crítica y la autorealización.

Se trata de pasar del “respeto por la autonomía” a la “capacidad de autonomía” (p. 22) donde se exploran las relaciones entre autonomía y los sentimientos de autorrespeto, auto-valía y autoconfianza. Lo anterior iría en línea con la aproximación budista para mejorar la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos.

Autonomía Relacional, Cuidados Paliativos al Final de Vida y una Aproximación Budista, un Textil Integrador

Poco a poco se juntan los hilos y se van observando los tejidos. Se va haciendo evidente una trama cada vez más compleja, pero a la vez más rica y colorida en sus interacciones.

En relación con la posibilidad de manifestar agencia, hay que recordar que las agentes deben ser tenidas en cuenta relacionalmente. Por un lado, las agentes están íntimamente relacionadas porque sus identidades y autoconcepciones están constituidas por elementos propios del contexto social que comparten y en el que se encuentran ambientadas (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Por otro lado, las agentes se encuentran causalmente relacionadas porque sus mismas naturalezas están producidas por condiciones históricas y sociales comunes (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Se pueden encontrar dos aproximaciones de la autonomía. Las que se enfocan en la constitución social de la agente o la naturaleza social de la capacidad de

autonomía per se, que se conocen como concepciones constitutivas y las que están enfocadas en las formas en las que se dan la socialización y las relaciones sociales que favorecen la autonomía, llamadas concepciones causales (Mackenzie & Stoljar, 2000, p. 22).

Acá podemos vincularlo con la visión budista de calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos (Thongpoo & Mahatthanadull, 2021), ésta consiste especialmente en hallar las necesidades espirituales del paciente en cuidados paliativos que involucra tanto lo físico, como lo mental. Así pues la calidad de vida es la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valor en los que los pacientes viven y su relación con sus objetivos de vida, expectativas, estándares y preocupaciones" (p. 61).

De acuerdo con el budismo, el sufrimiento es inherente a todos los seres humanos y podría ser de apoyo en ver cómo reducir el sufrimiento en pacientes con enfermedades graves, progresivas o incurables. Así pues los cuidados paliativos pueden beneficiarse de la mirada budista a manera de cuidado compasivo y de relacionar la muerte con la vida (Thongpoo & Mahatthanadull, 2021).

Pero podemos ir más allá apoyándonos en la visión budista de interconexión y entender que la toma de decisiones en asuntos médicos es un asunto político y social y las personas deben ser tenidas en cuenta más allá de únicamente escogedoras atomistas aisladas.

"Las relaciones con los otros, incluyendo las relaciones en la oportunidad más que en la escogencia, son centrales a la existencia humana y pueden ser contribuciones valiosas a las vidas de las personas" (Dodds, 2000, p. 222).

Se debe ser cauteloso en los ambientes clínicos y en especial en los espacios de cuidados paliativos en la información que se proporciona a los pacientes, que suele ser aquella que se considera importante para los profesionales sanitarios que cuentan con una visión quizás más estrecha de aquello que el paciente y sus familias deben o merecen conocer (Sherwin, 1998), principalmente en el marco del reconocimiento de los cambios que cada quien experimenta en una situación de enfermedad limitante. En este punto la compasión permite comprender mejor esos cambios, lo que implican para el paciente y su familia y cómo entenderlos y abordarlos de la mejor manera.

La compasión de la ética budista, considero, debería igualmente ser un factor mediador en aquellos factores que afectan la toma de decisiones y la capacidad en la toma de decisiones para entender y atender otras variables como las limitaciones legales (por ejemplo en eutanasia), disponibilidad de atención en casa, disponibilidad de apoyo comunitario, oferta de cuidado e infraestructura en caso de necesidades especiales y acceso universal a la atención en salud (Dodds, 2000), siendo esto último fundamental en la promoción y la protección de la competencia de la autonomía.

Se asume que, independientemente de sus gustos y deseos propios, una persona autónoma tiene el interés de tener para sí una oferta de atención en salud mínima que sea consistente con sus escogencias y preferencias (Meyers, 1989). Hace parte de la visión compasiva considerar seriamente las preferencias del paciente y de la postura relacional incluir las de su familia y la comunidad.

Estamos hablando de que no solo es atención basada en la enfermedad, ni siquiera basada en el paciente o basada en la familia. Es una atención, un acompañamiento, interrelacional basado en los anteriores, como, también, en dinámicas con las que cada quien tiene interacción invitando a tener una mirada contemplativa de parte del personal sanitario, que implica como lo menciona Halifax[43] un entrenamiento desde la concentración, la indagación y la curiosidad por el otro. Y es que en oportunidades la crudeza de la enfermedad, lo abrumador del momento previo a la muerte que puede incluso superar las posibilidades de respuesta terapéutica efectiva (bajo los estándares biomédicos) representan un reto para las personas que atraviesan la experiencia (Back et al., 2015).

Es una tarea difícil para médicas/os y enfermeras/os estar verdaderamente presentes en circunstancias demandantes para los pacientes y sus familias (Back et al., 2015), pero igualmente es difícil para estos profesionales volver a sus casas, a sus propias familias, a sus entornos sociales, cuando han tenido que presenciar el dolor ajeno e incluso el propio, quizás desesperanzados o sin haber podido “hacer algo”.

---

[43] Copia personal de notas compartidas directamente por la autora.

Es un espacio claramente relacional en donde ya no estamos ante la experiencia de desesperanza de aquel “al final del camino” a un “momento de relación con un paciente” (p. 27).

En esta dinámica relacional se presenta para la autonomía de los pacientes, para el personal de atención en cuidados paliativos y para los familiares y cuidadores una oportunidad singular para dar la bienvenida al momento, para poder reconocer lo que está sucediendo internamente y alrededor, para resonar con los eventos propios y ajenos y dar una respuesta a sí mismos y a los demás.

Recapitulemos: reconocimiento, resonancia y responsividad, que son posibles cuando se abraza al sufrimiento, se le identifica y se responde a él, con la intención de aliviarlo y de aliviar sus causas, es decir cuando se le atiende compasivamente.

Lo anterior se asoma como invitación a un compromiso constructivo de parte de los profesionales en los cuidados paliativos para recomponerse, darse espacio y procurarse autocuidado para mitigar su fatiga y agobio, pero también para apoyar a paliar el dolor de su paciente, el de su familia y su entorno, lo que seguramente tendrá efecto en lo comunitario y social afectando favorablemente lo personal y lo colectivo.

De acuerdo con el budismo, es debido a que estamos apegados a las cosas buenas que nos resistimos a aceptar la enfermedad y la muerte. Por ello, el factor principal en el cuidado espiritual en cuidados paliativos es cultivar en el paciente y en su familia la aceptación de las condiciones y ajustar la mente a un cuerpo cambiante (Zimmermann, 2012).

Antes de enfermar las personas están acostumbradas a controlar su cuerpo libremente, viviendo la vida que quieren; cuando surge un inesperado declinar de la salud, se perturba el proceso de vida, la persona entristece y se siente apesadumbrada por la pérdida de autonomía y lleva a un dolor mental donde no logra reconciliarse con sí misma, es por esto que en final de vida se propone de manera compasiva la aceptación de la muerte y evitar negarla, es una manera de expresar bondad hacia sí misma (Liu et al., 2021).

Al enfrentarse a una enfermedad terminal, las personas se vuelven dependientes, van perdiendo autonomía y cambia la relación con su familia, se ven forzadas a romper los patrones habituales y se modifican los roles familiares, incluso

llegando a tener una sensación de ser una carga o incluso sentir culpa por alterar el funcionamiento usual del hogar (Liu et al., 2021).

El modelo ideal que puede dar luz a este proceso sería la toma compartida de decisiones (Emanuel, 1992), siendo la autonomía relacional el fundamento filosófico para alcanzar este objetivo (Grignoli et al., 2018).

Resistirse a esta situación genera un gran conflicto. De aquí se desprende que la propuesta desde el budismo sería que tanto paciente, como familia puedan entender y aceptar lo inevitable. El paciente podrá, por tanto, llevar con calma sus últimos días, preparar su testamento, despedirse de sus seres queridos y dejar organizados sus asuntos financieros, pedir perdón, expresar agradecimiento, compartir información sensible.

Esta es una postura eminentemente relacional pues involucra el entorno y las personas que le rodean pues el paciente experimenta esa sensación de especial conexión con las otras personas (Liu et al., 2021). Postura relacional pero también bioética, toda vez que se invita a conciliar las directrices previas o testamento vital como anticipo a su muerte, con sus allegados, dentro de esa interacción vital. El paciente sigue estando vivo, incluso llegado el final de vida.

Los familiares, cuidadores y amigos podrán aceptar, en lugar de negar, lo que está sucediendo con un amor genuino, esto facilitará el entendimiento de la interconexión yo-otros que lleva a la armonía con los demás (Dambrun & Ricard, 2011).

La enfermedad, el envejecimiento y la muerte, en el budismo son entendidos como parte del proceso de la vida, lo único que poseemos es el presente. La esencia de la vida es la disolución del yo (Dambrun & Ricard, 2011). Al diluirlo estamos en relación con todo e *intersiendo* con todos. Esto no es ajeno a los cuidados paliativos ni a la bioética. Ese momento/espacio en el que enfermedad, envejecimiento y muerte, pueden fácilmente conjugarse y donde nos enfrentamos a la toma de decisiones que ojalá estén en consonancia con las necesidades del paciente, como con las de la familia, los cuidadores, los profesionales en cuidados paliativos y la sociedad.

El dolor espiritual es significativo en cuidados paliativos y el budismo, interpelando la bioética, nos ofrece un profundo entendimiento y una aproximación

práctica para aliviar el sufrimiento y proporcionar una mejoría en el bienestar espiritual de los pacientes en el final de vida (Liu et al., 2021). El budismo propone la disolución del egoísmo llevando a encontrar “armonía en las relaciones intra, inter y transpersonales” (p. 175). Entre tanto, la bioética permite reflexionar sobre el sufrimiento y las prácticas de cuidado que deben afrontarlo, entenderlo y buscar cómo aliviarlo.

Se busca que podamos colocar el sufrimiento en una perspectiva relacional, unos lentes frescos para observar el cuidado paliativo y el final de vida, a través de la compasión y la sabiduría budistas que favorezcan en el paciente en cuidados paliativos y sus acompañantes, manifestar y beneficiarse de la compasión.

La bioética nos ayuda a comprender esa complejidad relacional suscitada en presencia del sufrimiento humano en los cuidados paliativos debido a las manifestaciones múltiples del mismo en un espacio complicado y demandante, el del final de vida, según se trate de paciente, familiares, personal de salud e incluso comunidad.

Emilio Herrera (2015), Presidente de la Fundación *NewHealth*, nos invita a volver al futuro, “si los sistemas de salud comprenden la manera adecuada de atender el final de la vida, darán con la clave para afrontar la nueva redirección que requieren los programas de atención a los enfermos crónicos complejos” (p. 81), volviendo a la senda que nunca debieron perder los cuidados paliativos, la dignidad en la atención a las personas, “el privilegio de ser escuchado y considerado valorando quién es cada cual y el rol que cumple hasta el último momento, se convertirán en principios innegables de la atención sanitaria” (p. 82).

Vinimos a la vida “para dar, no para tener. Para ser, no para buscar. Para alimentarnos desde el anonimato de hacer el bien. Para trascender como cualquier otro, ayudando a crecer y a cuidar a la humanidad, sin más” (Herrera, 2021, p. 13), el espíritu se alimenta cuando se ayuda por amor, por la simple razón de hacerlo; de ahí que no debería haber un servicio de salud o un acto médico sin vocación de ayudar a quien lo necesita, cualquier gesto por los demás, manifiesta un sentido de trascendencia y eternidad.

En cuidados paliativos hemos de trascender, dejar huella compasiva en el paciente y su familia, más si se encuentra en final de vida y si la muerte se deja ver, nuestro actuar quedará inserto en la eternidad, así sea de manera anónima o no nos vuelvan a recordar. Hicimos lo que nos correspondía, ofrecer consuelo en el dolor y en la ausencia.

Se nos plantea la importancia de pensar en el futuro de los cuidados paliativos y según herrera (2015), lo que ha de marcar la diferencia será la inclusión de los servicios sociales y de la comunidad, es decir una visión de autonomía relacional para los cuidados paliativos desde una perspectiva práctica, pue la "verdadera equidad y efectividad se alcanza con el trabajo de la comunidad que cubre los matices diferenciales de cada realidad social" (p. 82).

Los cuidados paliativos deben ser entonces vistos desde una óptica relacional que incluye una postura compasiva, para Herrera (2015) existen unos elementos que hacen parte del plan y de los retos de los cuidados paliativos:

> Se trata de volver a creer en los objetivos comunes, poder ofrecer una atención integrada, tener la vocación de cuidar, ser eficientes en la gestión, contar con métodos para mantener la calidad de los recursos y la presencia de movimiento sociales que "devuelvan a la persona y a la comunidad la participación en el final de su propia vida". (p. 83)

Los objetivos comunes y la atención integrada, nos hablarían de lo relacional. La vocación de cuidar y la eficiencia en la gestión se referirían a lo compasivo. "Nuestros recursos y movimientos sociales que devuelven a la persona y la comunidad la participación en su propia vida" (Herrera, 2015, p. 83), hablarían de lo compasión en lo relacional.

El verdadero cambio se presenta siempre que haya una comunidad sensibilizada, una sociedad que propende por el cuidado de sus seres queridos pues la verdadera equidad y efectividad se logran con el trabajo de la comunidad que posee los diferentes matices que caracterizan cada realidad social (Herrera et al., 2013), donde una buena muerte puede considerarse como un hecho saludable y la sociedad debe entenderlo.

En el entorno de los cuidados paliativos y la atención en salud al final de vida, podemos identificar el papel de la compasión como elemento relacional y a la autonomía relacional como elemento compasivo.

Son diferentes aspectos que se han de entrelazar, dentro de un permanente cambio propio de cualquier tipo de relación. Las relaciones en cuidados paliativos, por supuesto, se dan en un entorno específico, en ese entorno hallamos al paciente, al otro y al ambiente. Lo que sucede en el entorno afecta a los diferentes actores y lo que suceda con cada uno de éstos a su vez afectará a los demás y al entorno, en este vínculo de interdependencia.

Al actuar desde la compasión, veremos su influencia en cada uno de estos espacios y protagonistas. Encontramos una íntima relación entre los diferentes aspectos y observarnos cómo la expresión de la compasión en uno, afecta necesariamente todos los demás, la relación en cuidados paliativos se encuentra en permanente movimiento, donde se evidencia un constante cambio, la impermanencia.

Es un tema propio del dinamismo, del cambio desde la vacuidad. Buscar y promover a la compasión como pivote alrededor del cual se propone que giren la interacciones humanas. La compasión influye en la mismidad, la otredad y el entorno La intervención en cuidados paliativos al final de vida sería, de este modo, un ejemplo de interacción mediado por la compasión. En esta intimidad que encontramos en los cuidados paliativos al final de vida, el yo, el otro y el entorno se ven impregnados y conectados por la compasión.

Considero que con lo arriba mencionado se han de favorecer las condiciones relacionales que menciona Kottow (2023), reconocimiento, resonancia y *responsividad*: entenderse cada quién a sí mismo, sintonizarse con las necesidades propias y la de los otros en el momento de la toma de decisiones y procurar una respuesta emocionalmente motivada, compasiva, adecuada al momento propio de la interacción.

Logrando esto, mediados por la compasión, se podrán expresar no solo en el paciente, sino también en sus allegados y en el equipo terapéutico los ejes de la autonomía relacional según Mackenzie y Stoljar (2000): autodeterminación, autogobernanza y autoautorización; en el paciente en cuidados paliativos, se

expresará como la toma de decisiones interrelacionadas enmarcada en sus necesidades y en las consideraciones y propuestas del equipo terapéutico. En esta interacción encontramos la sensación de movimiento incesante que muestra lo que hemos planteado desde el budismo.

El movimiento constante nos hace ver que todo está cambiando a cada instante y que dependiendo del momento y de las circunstancias, siempre será distinto. Esto corresponde al concepto de impermanencia. Además la conexión entre todos los aspectos, donde ninguno tiene existencia independiente y están *intersiendo*, corresponde al concepto de vacuidad.

Las cuatro moradas sublimes (compasión, bondad amorosa, alegría altruista y ecuanimidad), son elementos evidentemente necesarios en la interacción relacional en los cuidados paliativos, son en sí condiciones relacionales.

Veámoslo un poco más en detalle, al hablar de *mismidad* se incluyen la esferas somática, emocional y cognitiva de cada persona, su posibilidad de preparación académica, sus condiciones financieras y laborales, su capacidad última de ser la responsable de tomar decisiones, su posibilidad de ser creativo, la reflexividad, las pulsiones, la historia personal, los recuerdos, las frustraciones, los arrepentimientos y todo lo que podría ser y quizás no llegue a ser, por estar al final de vida.

En cuanto a *otredad*, encontraremos la interacción humana, con la familia, los amigos, los colegas y la comunidad y la expresión de lo colectivo. También allí planteo la presencia de lo comunitario, las redes sociales y la convivencia interespecies.
El entorno, en donde se suceden las interacciones, estará caracterizado por la sociedad, el medio ambiente y el sentido de pertenencia al planeta.

En los cuidados paliativos al final de vida, no importa dónde dirijamos la mirada. Al expresar la compasión, todo lo demás (y todos los demás), se verá influenciado. De esta forma se beneficia quien demuestra el acto compasivo, como su receptor, pero también los observadores, los demás miembros del equipo terapéutico, el espacio clínico, la comunidad y la sociedad. Pero no solo eso, sino que igualmente los cambios generados, gracias a la expresión compasiva, a su vez, generarán una transformación en su origen.

Lo anterior facilitará una mirada distinta, bioéticamente orientada, frente al final de vida en el ambiente de los cuidados paliativos. Trascendemos esa lucha en contra de la parca, ya no tenemos que arrancar al paciente de las garras de la muerte, podemos más bien acompañarle en el sendero, escucharle, guiarle, consolarle.

En ese momento se rescatan los recuerdos propios del paciente, como los de sus familiares y acompañantes, al igual del equipo sanitario. Se da un espacio a la reflexión crítica, a la creatividad, a una narrativa diferente y a la integración, lográndose una autorealización. Todo esto redundará en que tanto paciente como los demás actores de la interacción clínica puedan expresar su autodeterminación, su autoautorización y su autogobernanza, validando la condición de agente en cada quien.

De acá se desprende que la compasión desde la perspectiva de la ética budista es un asunto relacional que lleva a la dignificación del paciente, sus allegados y el personal del equipo de salud. Se dignifica la atención de los cuidados paliativos, se dignifica la muerte, así como la vida; y a pesar del dolor, la tristeza y frustración, se puede resignificar la muerte que no es otra cosa que resignificar la vida, incluso haciendo del final de vida en los cuidados paliativos un momento memorable, amoroso, amable, transformador, inspirador y desapegado.

La compasión conduce a un proceso que involucra razón y emoción, proceso que lleva a alcanzar las mejores consecuencias para cada uno (Singer & Chao, 2023) y esa es nuestra aspiración bioética en los cuidados paliativos a final de vida.

Estaríamos pasando del *despropósito* de intervenciones forzadas, abusivas o agresivas, a un *propósito* compasivo/relacional de acompañamiento que esté enmarcado en el *a propósito* de la historia y la vivencia integral del paciente en cuidados paliativos, su familia, su comunidad, llevándonos esto a pasar de la desesperanza, a la esperanza de una interacción humanizada.

Una manera de superar nuestra alienación y alcanzar la libertad que nos proporciona el sabernos parte integral de algo y de mucho, de estar en relación con algo y mucho. Libertad que no es ajena a la otredad y al entorno y que es posible en la integración relacional que proporciona una renovada autonomía en los cuidados

paliativos al final de vida en el marco de lo que llamaría lo relacional de la compasión y lo compasivo de la autonomía relacional

Con esto invito a propender por una perspectiva bioética, más holística, de la atención en cuidados paliativos al final de vida ya sea al interior de una institución sanitaria, por ejemplo en una unidad de cuidados intensivos, o en un hospicio, en un hogar de cuidados o en el domicilio del paciente.

En el caso de los cuidados paliativos al final de vida, podemos desde la compasión de la ética budista, pasar de un dualismo propio de la autonomía individualista prinicipialista, donde hay un yo y un otro, un acá y un allá, un terapeuta que propone y un paciente individual que acepta o no una intervención o procedimiento, a un *nosotros*, a un *todo*, a un *todos*, que es más claramente entendido desde la unicidad de la vacuidad budista donde se integran la mismidad, la otredad y el entorno, siendo, en últimas, los tres, parte de lo mismo, o mejor aún, vienen siendo lo mismo. La bioética nos abre las puertas a esa integración, al entretejerla con la compasión de la ética budista y la autonomía relacional.

Estamos en constante relación entre diferentes participantes en una complejidad propia de las interacciones humanas, complejidad aún más intrincada como lo es la relación terapeuta-paciente en cuidados paliativos en el final de vida.

Esa complejidad puede hacerse menos engorrosa si se entiende que hace parte de lo relacional, dando a la autonomía una perspectiva integral, enriquecida y sostenida en una actitud compasiva de parte de quienes intervienen en las interacciones del ámbito de los cuidados paliativos.

En la vida cotidiana y en los espacios de cuidados paliativos no debería haber diferenciación entre mismidad y otredad pues no existe tal separación. Somos en el momento y somos el momento. En la medida que interactuamos entre todos e *intersomos*, nos alejamos conscientemente de la ilusión de la separatividad y nos identificamos con nuestra verdadera naturaleza.

La autonomía relacional ofrece, en respuesta, ese interactuar multidireccional, integrado y fluido que hace que se puedan tener en cuenta las diferentes influencias que se deben considerar en el momento y el acto de la toma de decisiones.

Pasamos, por ejemplo, de un consentimiento informado dualista, paternalista, bidireccional, de un *si* o un *no*, de aceptar o no un procedimiento, intervención o participación, que visto con ojos budistas clásicos no sería más que algo ilusorio, a una decisión tomada en consenso y deliberación con participación de múltiples protagonistas, mediados por una postura ética compasiva, que en términos budistas podría corresponder a vacuidad o interconexión.

Sin embargo, hay que proceder con precaución para no caer en posturas polarizadas frente al entendimiento de la autonomía relacional, incluso desde la perspectiva tradicional de la autonomía, rechazando la dicotomía de si es lo uno o lo otro (Gómez et al., 2019). El origen de la autonomía relacional tiene múltiples fuentes, que podrían encontrar en la visión de la compasión un hilo conector.

Esta idea más holística, reafirma el concepto budista de impermanencia, donde todo está en proceso permanente de cambio. Nos muestra que esta dinámica no se detiene, casi como una entidad viva. No se frena, siempre cambiante y relacional en esencia, de ahí que la autonomía sea activa y relacional, mientras que la compasión es lo que permea toda esta interacción.

El hilo budista de lo relacional está en la vacuidad. En ella se sucede un budismo aplicado que nos propone ir de la inacción, a la acción y de ahí a la enacción.

Una Reflexión sobre el Mandala

En el budismo, especialmente en el tibetano, hay una práctica muy singular, la de la elaboración de los *mandalas*. Varios monjes se reúnen durante un tiempo considerable, incluso días, para, utilizando arenas de finas de diferentes colores, realizar un dibujo o cuadro con especial amor, dedicación, disciplina, diligencia, precisión y esmero.

La atención en cuidados paliativos al final de vida, considero, se parece a esta práctica. Se está construyendo una relación singular, un mandala. Hay un equipo terapéutico ofreciendo lo mejor de su conocimiento, sus materiales y máquinas, las arenas de colores, proveyendo atención y procurando un cuidado amoroso, dedicado, disciplinado, diligente preciso y esmerado.

El proceso de elaboración del *mandala*, genera en los monjes una reflexión interior. Se va construyendo poco a poco, propiciando una introspección acerca de la

impermanencia y la interconexión; en este espacio se generan aprendizajes; las personas cambian, aprenden y ponderan acerca de la realidad.

Así mismo, los miembros de un equipo de cuidados paliativos, los pacientes y sus allegados se enfrentan a la impermanencia y la interconexión; también ellos cambian, aprenden y se piensan la realidad. La interrelación alimenta a unos y otros en nuestros dos ejemplos.

Una vez terminado el *mandala*, los monjes lo ofrecen a la comunidad y en un hermoso ritual se deshace esta obra permitiendo el devenir, para, desde lo vivido y aprendido, continuar y dar paso a nuevas elaboraciones.

De igual manera, en cuidados paliativos al final de vida, luego de la partida del paciente, quedan enseñanzas, recuerdos, memorias y vivencias, se da la bienvenida a nuevas intervenciones y acompañamientos terapéuticos, a nuevas relaciones, enriquecidas por la experiencia previa. Una nueva realidad relacional, toda una lección de vida (y muerte).

La vida y la muerte no se detienen. El espacio de los cuidados paliativos al final de vida seguirá activo, presente, vivo y la autonomía en su interior, ojalá relacional y compasiva, seguirá vigente.

Hacia la Compasión Relacional como Práctica Bioética

La bioética nos propone cuidar y dignificar la vida, nos invita a pasar de la indiferencia, a la solidaridad y de ahí a la convivencia, mientras que el budismo nos recuerda la talidad, la percepción y vivencia de las cosas tal y como son. Así como el *mandala* es una cosa en su elaboración, otra en su presentación y una distinta en su destrucción, también lo es la interacción clínica en cuidados paliativos al final de la vida.

Se construye en sus relaciones momento a momento, se vivencia en las decisiones de paciente y familia, día a día cambia haciendo del lugar, de los involucrados, del entorno, de la sociedad, un espacio/tiempo completamente nuevo.

Este aprendizaje enriquece la autonomía propia del paciente, enriquece a sus familiares y a los miembros del equipo de cuidados paliativos, será llevado a las futuras intervenciones, nutriendo desde la compasión el vínculo relacional, humanizando el acto terapéutico mostrándole el camino de la *compasión relacional*.

Según Herrera (2015), se debe socializar y rescatar el valor del compromiso con el cuidado de nuestros familiares y vecinos, hasta el final, volviendo a la solidaridad y reconocer la labor de quienes deciden aportar socialmente cuidando de los demás. Es pasar de “hipermedicalizar” a “socializar” (p. 83). Y aunque no lo expresa abiertamente, esta postura es ciertamente similar a la que nos plantea el budismo: una mirada reflexiva desde la compasión y una integración propia de la interconexión. Una invitación a la *compasión relacional*.

El concepto de autonomía en los comienzos de la bioética se perfiló desde una mirada individualista, poniendo el acento en la posibilidad de tomar decisiones razonables con respecto a la salud sin prever cómo las relaciones familiares y profesionales, religión, creencias y cultura podrían estar influenciando su toma de decisión. De ahí que la autonomía relacional, el *dharma* budista y puntualmente su visión de la compasión, son aportes a la bioética.

La autonomía relacional, articulada con la compasión desde la ética budista, ofrece una dimensión amplia y profunda para enriquecer la interacción entre los actores involucrados en los cuidados paliativos al final de la vida: paciente, familiares, acompañantes, cuidadores, los equipos de cuidados paliativos, las instituciones de salud y sus correspondientes entornos. La bioética favorece la valoración de este tejido dotándole de sentido práctico.

En muchas de las menciones a la autonomía relacional en final de vida, no se encuentra una propuesta práctica para hacerla efectiva, con frecuencia suele presentarse como una reacción en contra de la autonomía individualista, en lugar de un concepto positivo en sí mismo (Gómez et al., 2019).

La dificultad para poner en práctica la autonomía relacional, encuentra luces en la compasión de la ética budista. La compasión se asoma como respuesta. Y si además se le ofrece un espacio de expresión real y concreto como lo es el entorno clínico, podrá validarse y ser de gran utilidad en la humanización de las interacciones clínicas. Y, de otra parte, la bioética impulsa a la ética budista, a hacer de su visión espiritual una postura práctica en los cuidados paliativos al final de vida.

Al hacer referencia a la autonomía relacional, se menciona tangencialmente la presencia de la compasión como uno de sus valores (Borgstrom & Walter, 2015b;

Gilbar & Miola, 2015; Gómez et al., 2019; Lolich & Lynch, 2017; Mackenzie et al., 2013; Walker & Lovat, 2015). Este concepto de compasión dista de ser el *enactivo* que hemos propuesto a lo largo del presente ensayo ya que lo esencial en la compasión desde la ética budista es la posibilidad de actuar; no hay compasión si no hay acción.

De forma similar a como lo expresó Toulmin (1982), que se refería a que la eclosión de la bioética, y de otras éticas aplicadas, por su carácter práctico, había proporcionado aire fresco a la ética, salvándola, la compasión desde la ética budista proporciona ese aire que puede refrescar a la autonomía relacional con un carácter práctico.

Aun así, sigue siendo una limitante, y a la vez una oportunidad, la dificultad de llevar a la práctica la autonomía relacional; si bien la compasión desde la ética budista puede rescatar de la falta de practicidad a la autonomía relacional en los cuidados paliativos a final de vida, hay todavía mucho por integrar y estructurar.

Queda pendiente desarrollar una aplicación práctica, siendo esto un desafío para la bioética.

La toma de decisiones es algo que tiene que ver con la vida misma. No se limita a la interacción médica y menos es exclusiva de los cuidados paliativos al final de vida. La toma autónoma de decisiones está tan presente y a la vez es tan determinante e importante en la cotidianidad, que se inserta en el terreno de la bioética.

Conclusiones

Nos encontramos ahora en el tejido final de esta urdimbre, aun por desarrollar más en profundidad. El hilo de la compasión de la ética budista urdido con el hilo de la concepción de la autonomía relacional, ofrecen un marco teórico que nutre la práctica de los cuidados paliativos al final de la vida. La integración entre compasión desde la ética budista y autonomía relacional será crucial en la expresión y mejora de la atención en los cuidados paliativos al final de la vida. Al ir entretejiendo estos hilos, me doy cuenta que aunque la autonomía relacional, distinto a lo que pensaba inicialmente, no es una sola y que son variados los(as) autores(as) que la han contextualizado, se encuentran profundas coincidencias, que casi permiten hablar de una gran mirada de la autonomía desde una óptica común. Hacemos parte de una sociedad, pertenecemos a una comunidad, vivimos en un mundo interactivo e interconectado, tenemos sueños y necesidades propias y compartidas.

La compasión es un camino para convertir en acción a la autonomía relacional. La compasión desde la ética budista saca a la autonomía relacional de ese encuadre predominantemente teórico en el que usualmente se le ubica y le ofrece una herramienta al alcance de la mano para volverla una realidad tangible en la vida cotidiana.

Por su parte, la autonomía relacional posibilita la empatía, desde donde se favorece el actuar compasivo. Tendremos entonces la autonomía relacional en acción. La compasión puede ocupar la oquedad de acción que se le ha indilgado a la autonomía relacional; la compasión hace posible la autonomía relacional.

En este entramado, vemos cómo la autonomía relacional en respuesta y contraposición a la autonomía individualista puede apoyarse en la compasión desde la ética budista para favorecer la autogobernanza y autodeterminación de los agentes envueltos en la dinámica de la atención de los cuidados paliativos al final de vida, más allá de una interacción meramente dialéctica.

Para invitar a que tejidos compasivos puedan seguir siendo urdidos relacionalmente, y podamos aún más juntar tejidos de uno y otro lugar, de uno y otro ambiente, con uno u otros protagonistas, el entrenamiento en el cultivo de la compasión al interior de espacios clínicos y académicos ha de favorecer la

humanización de la atención de los cuidados paliativos al final de vida y por supuesto en otras áreas de la atención en salud.

Esto nos lleva a propender por una atención clínica sustentada en la compasión desde la ética budista, incorporada desde una perspectiva relacional, como una categoría integradora que busca dignificar la atención en cuidados paliativos al final de vida. La bioética podrá reconocer la experiencia de la compasión de la ética budista como expresión dignificadora del cuidado.

El hilo budista de este tejido, al interior de los cuidados paliativos en final de vida lo observamos en el sendero del *Bodhisattva*, el que busca aliviar el sufrimiento en todos los seres, en su manifestación es una expresión de la autonomía relacional. El compromiso decidido del practicante budista por entender el sufrimiento y las causas del sufrimiento y procurar la cesación del mismo, en la variedad de las interacciones que lo han generado, en la perspectiva de vacuidad, confirman su naturaleza relacional.

Esta es una invitación a que los profesionales sanitarios en cuidados paliativos que acompañan el final de vida, puedan desde un entrenamiento holístico en compasión relacional, ser un *Bodhisattva*. Que los familiares y cuidadores sean un *Bodhisattva.* Que el entorno, la otredad y la mismidad sean expresiones del *Bodhisattva*. Inspirados en una reflexión bioética: hacemos parte de un entramado social en el que se debería propiciar la convivencia armónica y colaborativa que honra, respeta y cuida de toda forma de vida; seamos ese Bodhisattva que hace digna la vida y que sea digno vivir.

Los conceptos de vacuidad (interconexión - interser - relacional) y las cuatro moradas sublimes (bondad amorosa, compasión, alegría altruista y ecuanimidad) pueden ser sustento del actuar del personal en cuidados paliativos, permitiendo la manifestación de la autonomía relacional de pacientes y familiares. La autonomía relacional como estrategia integradora de los diferentes actores involucrados en la toma de decisiones en los cuidados paliativos, para favorecer la autogobernanza, la autodeterminación y la autoautorización en el marco del reconocimiento, la resonancia y la *responsividad*, cuidando del enfermo y de la enfermedad (lo que es un ejercicio compasivo), atendiendo sus necesidades y dando soporte ante la vulnerabilidad. En

esta línea del hilado del *dharma* budista, los principios de impermanencia y vacuidad proporcionan un entendimiento del papel relacional de la compasión.

La compasión desde la ética budista es pues un acto relacional y un acto de apropiación. En esta apropiación hacemos de la compasión una cualidad, ojalá usualmente presente, en la miríada de posibilidades de relaciones. Entendida ésta desde una perspectiva bioética deja de ser meramente normativa y trasciende a una actitud de cuidado con lo cual es situado según el entorno familiar, profesionales y todo el contexto, se convierte en una actitud, una tendencia una práctica y emerge espontánea y naturalmente

La ética budista hace un importante aporte a la bioética. En el marco de una sociedad pluralista, multicultural y con diferentes grados de desarrollo, ésta no riñe y puede conciliar el tipo de cuidado que se ofrece en los cuidados paliativos al final de la vida, en razón de la compasión, la interconexión y la impermanencia. Se reafirma cómo el budismo y su comprensión de la compasión en los actos de cuidado, hace su contribución a la bioética.

Desde la bioética se podría proponer un campo de investigación concienzudo de las dinámicas de la autonomía relacional desde una postura compasiva en ámbitos diversos, además de la atención en salud, tales como la política, el cuidado del medio ambiente, la justicia, la convivencia interespecies, las artes, la educación y los desarrollos tecnológicos.

Los bioeticistas y el personal de las profesiones clínicas podrían hacer de la autonomía relacional y compasión de la ética budista, un campo de estudio mutuo para lograr un entendimiento y acercamiento común a la misma, desde allí alcanzar una aplicación práctica de ésta y llegar a un concepto y a una aplicación consensuada de la autonomía relacional que favorezca la toma de decisiones en los cuidados paliativos al final de la vida.

Una bioética laica, pluri y transdisciplinaria, en conjunto con un budismo secular, podría favorecer la investigación desde una óptica confluyente de las éticas relacional y budista, una apuesta desde la *compasión relacional*. Esto es, una práctica bioética que concilie la diversidad cultural, religiosa y quehaceres asistenciales en cuidados paliativos al final de la vida

Dicho esto, propongo en este cierre, plantear como investigación futura de trabajo el desarrollo del concepto de *compasión relacional como práctica bioética*, profundizar en sus aplicaciones e implicaciones.

Recomendaciones

Crear un programa, con perspectiva bioética, de cultivo de la compasión y de entrenamiento en el cultivo de la compasión que sea dirigido a los procesos formativos del personal involucrado en la atención de cuidados paliativos al final de vida con la posibilidad de hacerlo extensivo a estudiantes y profesionales de otras carreras clínicas y a otros protagonistas de la interacción con pacientes como son los trabajadores administrativos y los de servicios generales.

Fomentar la certificación de *unidades de cuidados paliativos compasivas* y de otras instituciones compasivas como *clínicas compasivas* o *universidades compasivas*[44], con el ánimo de procurar poner en práctica la compasión de una forma estandarizada y organizada que mejore las condiciones de vida (y de muerte) de las personas; estas instituciones compasivas pueden desde la articulación e inclusión de experiencias de la autonomía relacional implementar o proponer políticas relacionales (Brito & Librada, 2018).

Construir, desde la perspectiva deliberativa de la bioética una figura colegiada interdisciplinaria al interior de instituciones educativas, que incluya miembros de diferentes departamentos y facultades para consolidar la expansión de la práctica de la compasión desde la ética budista como herramienta activa de la autonomía relacional, creando una red relacional que favorezca su implementación. La bioética tiene toda posibilidad de ser integradora de diversas visiones y posturas, articulando distintas prácticas, disciplinas y oficios.

[44] Podemos poner como ejemplo la propuesta de la organización New Health Foundation (2024).

Referencias

Adams, D. (2014). *https://med.stanford.edu/psychiatry/education/cme/cct.html*. Compassion Cultivation Training for Physicians and Psychologists.

Adnan Khmas, O. (2019). The approach of moderation in Islam. *Opcion*, *19*, 2646-2661.

Alford, F. (1992). *The Psychoanalytic Theory of Greek Tragedy*. Yale University Press.

AMA. (2001, junio). *https://code-medical-ethics.ama-assn.org/principles*.

Antolín Sánchez, J. (2012). La originalidad de la compasión cristiana. *Est Ag*, *47*, 493-534.

Asagumo, A. (2022). Relational Autonomy, the Right to Reject Treatment, and Advance Directives in Japan. *Asian Bioethics Review*, *14*(1), 57-69. https://doi.org/10.1007/s41649-021-00191-1

Avilés, S. (2019). *Sendero del Boddhisattva*. www.santiagoavileslee.com.

Avilés, S. (2024). *Poemas olvidados y un par de cuentos desencajados* (1.ª ed.). Nous Books.

Back, A. L., Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., & Halifax, J. S. (2015). “Why Are We Doing This?”: Clinician Helplessness in the Face of Suffering. *Journal of Palliative Medicine*, *18*(1), 26-30. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0115

Bagnoli, C. (2018). *Compassion and Practical Reason: the Prospective of the Vulnerable* (Rowman and Littlefield International, Ed.). Littlefield Publishers.

Barnhart, M. G. (2012). Theory and Comparison in the Discussion of Buddhist Ethics. *Philosophy East and West*, *62*(1), 16-43. https://doi.org/10.1353/pew.2012.0001

Barreto, P. (2013). Cuidando al cuidador: familiares de pacientes al final de la vida. *Revista de Psicología de la Salud*, *1*(1). https://doi.org/10.21134/pssa.v1i1.888

Batchelor, S. (2008). *Budismo sin creencias. Una guía contemporánea al despertar* . Gaia Ediciones.

Batchelor, S. (2011). *Confession of a Buddhist Atheist*. Random House.

Batchelor, S. (2017). *Después del Budismo. Repensar el dharma para un mundo secular*. Editorial Kairós.

Bátiz, J., & Loncán, P. (2006). Problemas éticos al final de la vida. *Gaceta Médica de Bilbao*, *103*(2), 41-45. https://doi.org/10.1016/S0304-4858(06)74522-X

Bauer-Wu, S. (2022). *https://www.mindandlife.org/media/2022-new-year-message/*.

Baylis, F., Kenny, N. P., & Sherwin, S. (2008). A Relational Account of Public Health Ethics. *Public Health Ethics*, *1*(3), 196-209. https://doi.org/10.1093/phe/phn025

Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7.ª ed.). Oxford University Press.

Berlinger, N. (2022, septiembre 30). *The Place in "Aging in Place": Housing Equity in Late Life*. https://www.thehastingscenter.org/the-place-in-aging-in-place-housing-equity-in-late-life/.

Borgstrom, E., & Walter, T. (2015). Choice and compassion at the end of life: A critical analysis of recent English policy discourse. *Social Science & Medicine*, *136-137*, 99-105. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.013

Brito Pons, G. (2021). Compasión: la revolución silenciosa y necesaria. En *Cuidado compasivo Diez miradas sobre el acto de cuidar* (1.ª ed.). Fundación Keralty Editorial Bienestar .

Brito-Pons, G., & Librada-Flores, S. (2018). Compassion in palliative care: a review. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, *12*(4), 472-479. https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000393

Brown, S. (2019). Compassion and efficiency not mutually exclusive in health care. *Canadian Medical Association Journal*, *191*(27), E775-E776. https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5773

Buxarrais Estrada, M. R. (2006). Por una ética de la compasión en la educación . *Teor. Educ.*, *18*, 201-227.

Cañete Villafranca, R., Guilhem, D., & Brito Pérez, K. (2013). Paternalismo médico. *Rev Méd Electrón*, *35*(2).

Carolyn McLeod, & Susan Serwin. (2000). Relational Autonomy, Self-trust, and Health Care for Patients who are Oppressed. En C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational Autonomy, feminist perspectives on autonomy, agency, and social self* (1.ª ed., pp. 259-279). Oxford University Press.

Cerminara, K., & Alan Meisel. (2015, septiembre 22). *End of Life Care*. https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/end-of-life-care/.

Cerrillo I Martínez, A. (2005). La Gobernanza Hoy: Introducción. En *La Gobernanza Hoy: 10 Textos de Referencia* (1.ª ed.). Instituto Nacional de Administración Pública.

Chmielewski, J., Łoś, K., & Łuczyński, W. (2021). Mindfulness in healthcare professionals and medical education. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *34*(1), 1-14. https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01542

Christman, J. (2004). Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves. *Philosophical Studies*, *117*(1/2), 143-164. https://doi.org/10.1023/B:PHIL.0000014532.56866.5c

Cook, D., Swinton, M., Toledo, F., Clarke, F., Rose, T., Hand-Breckenridge, T., Boyle, A., Woods, A., Zytaruk, N., Heels-Ansdell, D., & Sheppard, R. (2015). Personalizing Death in the Intensive Care Unit: The 3 Wishes Project. *Annals of Internal Medicine*, *163*(4), 271-279. https://doi.org/10.7326/M15-0502

Corán. (s. f.). *Corán*.

Cordner, C. (1994). Aristotelian Virtue and Its Limitations. *Philosophy*, *69*(269), 291-316. https://doi.org/10.1017/S0031819100047057

Costa Alcaraz, A. M., & Almendro Padilla, C. (2009). Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente . *Aten Primaria* , *41*(5), 285-287.

Dambrun, M., & Ricard, M. (2011). Self-Centeredness and Selflessness: A Theory of Self-Based Psychological Functioning and Its Consequences for Happiness. *Review of General Psychology*, *15*(2), 138-157. https://doi.org/10.1037/a0023059

Darley, J. M., & Batson, C. D. (1973). «From Jerusalem to Jericho»: A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *27*(1), 100-108. https://doi.org/10.1037/h0034449

Davis, L. (2013, noviembre 13). *Dignity Health Survey Finds Majority of Americans Rate Kindness as Top Factor in Quality Health Care*. Bussineswire.

De Lima, L., & Bruera, E. (2000). The Pan American Health Organization. *Journal of Pain and Symptom Management*, *20*(6), 440-448. https://doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00216-5

De Simone, G. G. (2000). El Final de la Vida: Situaciones Clínicas y Cuestionamientos Éticos. *Acta bioethica*, *6*(1). https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000100004

Del Río, I., & Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. *Boletín Escuela de medicina de la U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile*, *32*(1).

Delgado Rodríguez, J. (2012). Nuevas Perspectivas Bioéticas: autonomía relacional . *ENE. Revista de Enfermería* , *6*(1), 35-42.

Dodds, S. (2000). Choice and Control in Feminist Bioethics . En C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self* (pp. 213-235). Oxford University Press.

Dōgen, E. (s. f.). *Zen Dogen Recursos de Budismo Zen según Dogen. (s.f.). https://zendogen.es/los-preceptos-del-bodhisattva/. Obtenido de zendogen.es.*

Donchin, A. (2000). Autonomy and Interdependence. En C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational Autonomy, Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (1.ª ed., pp. 236-258). Oxford University Press.

Doohan, I., & Saveman, B.-I. (2015). Need for compassion in prehospital and emergency care: A qualitative study on bus crash survivors' experiences. *International Emergency Nursing*, *23*(2), 115-119. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.08.008

Dove, E. S., Kelly, S. E., Lucivero, F., Machirori, M., Dheensa, S., & Prainsack, B. (2017). Beyond individualism: Is there a place for relational autonomy in clinical practice and research? *Clinical Ethics*, *12*(3), 150-165. https://doi.org/10.1177/1477750917704156

Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N., & Calman, K. (2004). Oxford Textbook of Palliative Medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *97*(7).

Educación y liderazgo en compasión. Universidades y Empresas Compasivs. (2024, marzo). https://www.newhealthfoundation.org/universidades-y-empresas-compasivas/.

Emanuel, E. J. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *267*(16), 2221. https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038

Epstein, R. M., & Back, A. L. (2015). Responding to Suffering. *JAMA*, *314*(24), 2623. https://doi.org/10.1001/jama.2015.13004

Escobar, J. (2000). *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna.* (2.ª ed.). El Bosque.

Esquivel Garzón, N., Olivella, M., & Bastidas, C. V. (2022). Conectarnos con la compasión para preservar el cuidado humanizado. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *22*(2), 39-49. https://doi.org/10.18359/rlbi.5339

Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., Costa, S. F. G. da, Batista, P. S. de S., Batista, J. B. V., & Oliveira, A. M. de M. (2016). Cuidados paliativos e espiritualidade: revisao integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(3), 591-601. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *An. Sist. Sanit. Navar*, *30*(3), 7-22.

Fernández-Montalvo, J. Y. S. (1994). Alexitimia: Concpeto, evaluaci{on y tratamiento. *Psicothema*, *6*(3), 357-366.

Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de filosofía*. Planeta.

Ferreira, J. B. B., Santos, L. L. dos, Ribeiro, L. C., Rodrigues Fracon, B. R., & Wong, S. (2021). Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. *Journal of Primary Care & Community Health*, *12*, 215013272110497. https://doi.org/10.1177/21501327211049705

Fineman, M. (2010). The Vulnerable Subject and the Responsive State . *Emory Law Journal*, *60*(2).

Gaille, M., & Horn, R. (2016). The role of ‘accompagnement’ in the end-of-life debate in France: from solidarity to autonomy. *Theoretical Medicine and Bioethics*, *37*(6), 473-487. https://doi.org/10.1007/s11017-016-9389-1

Gamarra, M. del P. (2011). La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Revista Horizonte Médico*, *11*(1), 40-46.

García Campayo, J. (2020, noviembre 19). *La religión en las tres grandes religiones monoteístas*. https://www.javiergarciacampayo.com/post/la-compasion-en-las-tres-grandes-religiones-monoteistas.

García, J. (2006, noviembre 11). *La Compasión*. /var/folders/7h/rv5bj3cd2h13kxl7fk3ynjj00000gn/T/com.apple.useractivityd/shared-pasteboard/items/CC9BDA99-1A0C-4453-A440-CA7E5A6B5ACD/La-Compasion-18-7-10.pdf.

Garcia-Uribe, J. C., & Pinto-Bustamante, B. J. (2023). Beyond compassion fatigue, compassion as a virtue. *Nursing Ethics*, *0*, 1-10. https://doi.org/10.1177/09697330231196228

George, R., & Harlow, T. (2011). Advance care planning: politically correct, but ethically sound? En K. Thomas & B. Lobo (Eds.), *Advance Care Planning in End of Life Care.* (pp. 55-72). Oxford University Press.

Gilbar, R., & Miola, J. (2015). One Size Fits All? On Patient Autonomy, Medical Decision-Making, and the Impact of Culture. *Medical Law Review*, *23*(3), 375-399. https://doi.org/10.1093/medlaw/fwu032

Glassman, B. (2003). *Infinite Circle, Teachings in Zen*. Shambhala Publications.

Gleig, A. (2021). Engaged Buddhism. *Oxford Research Encyclopedia of Religion*. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199340378.013.755

Goldstein Joseph, & Kornfield Jack. (1987). *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*. Shambhala Classics.

Gómez-Vírseda, C., de Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2019). Relational autonomy: what does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Medical Ethics*, *20*(1), 76. https://doi.org/10.1186/s12910-019-0417-3

Gómez-Vírseda, C., de Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). Relational autonomy in end-of-life care ethics: a contextualized approach to real-life complexities. *BMC Medical Ethics*, *21*(1), 50. https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1

González Quintana, C. (2007, marzo 15). *Aspectos éticos al final de la vida. De la técnica a la humanidad: sugerencias para pensar juntos Curso sobre "Atención a*

enfermos terminales. https://www.bioeticadesdeasturias.com/wp-content/uploads/2020/10/Paliativos-Jarrio-2006.pdf.

Grignoli, N., Di Bernardo, V., & Malacrida, R. (2018). New perspectives on substituted relational autonomy for shared decision-making in critical care. *Critical Care*, *22*(1), 260. https://doi.org/10.1186/s13054-018-2187-6

Guerra Palmero, M. J. (2009). Vivir con los otros y/o vivir para los otros. Autonomía, vínculos y ética feminista . *Dilemata*, *1*, 71-82.

Halifax, J. (s. f.). *A heuristic model of enactive compassion*.

Halifax, J. (2008). *Being with Dying*. Shambhala Publications, Inc.

Halifax, J. (2011a). *Being with Dying, cultivating compassion and fearlessness in the presence of death*. Shambhala.

Halifax, J. (2011b). The Precious Necessity of Compassion. *Journal of Pain and Symptom Management*, *41*(1), 146-153. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.010

Halifax, J. (2012). A heuristic model of enactive compassion. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, *6*(2), 228-235. https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283530fbe

Halifax, J. (2013, mayo). *Being with Dying Class and Retreat*.

Halifax, J. (2024). *Compassion*.

Herrera, E. (2015). Ojos grandes y compasivos, regresemos al futuro. *Medicina Paliativa*, *22*(3), 81-83. https://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.05.001

Herrera, E. (2021). Ayudar por amor. En *Cuidado compasivo Diez miradas sobre el acto de cuidar* (1.ª ed., pp. 13-15). Fundación Keralty Editorial Bienestar.

Herrera, E., Nuño-Solinis, R., Idioaga, G. E., Librada-Flores, S., Hasson, N., & Orueta Medía, J. F. (2013). Impact of a home-based social welfare program on care for palliative patients in the Basque Country (SAIATU Program). *BMC Palliative Care*, *12*(1), 3. https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-3

Ho, A. (2008). Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*(1), 128-135. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00561.x

Honneth, A. (2009). *Crítica de la sociedad contemporánea*. Fondo de Cultura Económica.

Houska, A., & Loučka, M. (2019). Patients' Autonomy at the End of Life: A Critical Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *57*(4), 835-845. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339

https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care. (2020, agosto 20).

Jacobs, L. (s. f.). *Compassion and Tzedakah*. https://www.myjewishlearning.com/article/compassion-tzedakah/.

Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(10), 5491. https://doi.org/10.3390/ijerph18105491

Jones, J., Winch, S., Strube, P., Mitchell, M., & Henderson, A. (2016). Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(12), 3137-3146. https://doi.org/10.1111/jan.13064

Kang, J. H., Go, S. Il, & Bruera, E. (2018). Compassion is a key quality for palliative care teams. *Cancer Medicine*, *7*(11), 5325-5326. https://doi.org/10.1002/cam4.1804

Kay, J. (1990). Traumatic Deidealization and the Future of Medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *263*(4), 572. https://doi.org/10.1001/jama.1990.03440040111039

Kim, J. (2000). *The Pity*. Rowman & Littlefield Publisher, INC.

Knaul, F. M., Bhadelia, A., Rodriguez, N. M., Arreola-Ornelas, H., & Zimmermann, C. (2018, marzo 1). *The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions*. www.thelancet.com/lancetgh.

Kongsuwan, W., & Chaipetch, O. (2011). Thai Buddhists' experiences caring for family members who died a peaceful death in intensive care. *International Journal of Palliative Nursing*, *17*(7), 329-336. https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.7.329

Konrath, S. H., O'Brien, E. H., & Hsing, C. (2011). Changes in Dispositional Empathy in American College Students Over Time: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(2), 180-198. https://doi.org/10.1177/1088868310377395

Konstan, D. (2001). *Pity Transformed*. Bloomsbury Academic.

Kottow Lang, M. (2023). Autonomía relacional en bioética. *Revista Iberoamericana de Bioética*, *22*(22), 1-17. https://doi.org/10.14422/rib.i22.y2023.001

Kraft Kenneth, Ghosananda, M., Gyatso Tenzin, Kornfield Jack, & Feldman Christina. (1988). *The Path of Compassion: Writings on Socially Engaged Buddhism* (F. Eppsteiner, Ed.; 2.ª ed.). Parallax Pr.

Krau, S. D. (2016). The Difference Between Palliative Care and End of Life Care: More than Semantics. *Nursing Clinics of North America*, *51*(3), ix-x. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.07.002

Lau, W. (2023). *Inner Practice of Medicine Guide to Becoming True Stewards of Health*. Walking Mountains Publishing.

Leighton, T. D. (2012). *Faces of Compassion Classic Bodhisattva Archetypes and Their Modern Expression An Introduction to Mahayana Buddhsim*. Wisdom Publications.

Liu, J., Wang, G., Lian, Y., & He, Z. (2021). Spiritual Pain in Palliative Care and Buddhist Enlightenment. *The International Journal of Religion and Spirituality in Society*, *11*(2), 169-179. https://doi.org/10.18848/2154-8633/CGP/v11i02/169-179

Lolich, L., & Lynch, K. (2017). No Choice without Care: Palliative Care as a Relational Matter, the Case of Ireland. *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, *100*(4), 353-374. https://doi.org/10.5325/soundings.100.4.0353

Lown, B. A., Rosen, J., & Marttila, J. (2011, septiembre). *Compassionate Care: A Survey Shows About Half Of Patients Say Such Care Is Missing*. Health Affairs. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539

Mackenzie, C. (2019a). Autonomía relacional, autoridad normativa y perfeccionismo. *Humanitas Hodie*, *2*(1).

Mackenzie, C. (2019b). Feminist innovation in philosophy: Relational autonomy and social justice. *Women's Studies International Forum*, *72*, 144-151. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.05.003

Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, W. (2013). *Vulnerability* (C. Mackenzie, W. Rogers, & S. Dodds, Eds.). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199316649.001.0001

Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self.* (C. Mackenzie & N. Stoljar, Eds.).

Malliarou, M. (2023). Compassionate Health Care. *Healthare*, *11*(109).

Manchola, C., Brazão, E., Pulschen, A., & Santos, M. (2016). Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, *24*(1), 165-175. https://doi.org/10.1590/1983-80422016241118

Mark, J. (2020, septiembre 23). *Siddharta Gautama*. https://www.worldhistory.org/trans/es/1-11767/siddhartha-gautama/.

Masel, E. K., Schur, S., & Watzke, H. H. (2012). Life is Uncertain. Death is Certain. Buddhism and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *44*(2), 307-312. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.018

McCormick, A. J. (2013). Buddhist Ethics and End-of-Life Care Decisions. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, *9*(2-3), 209-225. https://doi.org/10.1080/15524256.2013.794060

Metz, J. B. (2002). La compasión. Un programa universal del cristianismo en la época de pluralismo cultural y religioso. *Revista Latinoamericana de Teología*, *19*(55), 25-32. https://doi.org/10.51378/rlt.v19i55.5149

Meyers, D. T. (1989). *Self, Society, and Personal Choice* (1.ª ed.). Columbua University Press.

Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2017). Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *International Journal of Palliative Nursing*, *23*(5), 219-229. https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.5.219

Mind and Life Institute. (2023). *https://www.mindandlife.org/about/#mission*.

Minsalud. (2023, septiembre 24). *https://www.minsalud.gov.co/Portada2021/index.html*.

Mount, B. M., Scott, J., & Cohen, S. R. (1993). Canada: Status of cancer pain and palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *8*(6), 395-398. https://doi.org/10.1016/0885-3924(93)90061-Y

NasriN Nasir, M. (2016). Reflection on Compassion in Islam and Malay Sufi Identity. *International Journal of the Malay World and Civilisation* , *4*(2), 103-110.

Natucci, J. P. (2021). La idea de la compasión en Schopenhauer y Scheler. *Quién*, *13*, 95-114.

Neff, K. (2011). *Self-compassion: stop beating yourself up and leave insecurity behind* (1.ª ed.). William Morrow.

Nhat Hanh, T. (2018). *El corazón de las enseñanzas de Buda El arte de transformar el sufrimiento en paz, alegría y liberación*. Zentith.

NHS. (2023, agosto). *https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/the-nhs-constitution-for-england*.

Oxford. (2023). *https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/compassion?q=compassion*.

Oxford Dictionary. (2023, octubre 29). *Palliative*. https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/palliative_1.

Palacio Vargas, C. J. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*, *42*(98).

Parakranabahu, A. (2014). *El Sutra de Benarés: El primer discurso del Buddha*. Editorial Kairós S.A.

Pellegrino, E. ; T. D. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.

Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica*, *12*(2).

Polo Santillán, M. A. (2021). Tres concepciones asiáticas de la virtud y del término medio. *Veritas*, *49*, 9-30. https://doi.org/10.4067/S0718-92732021000200009

Porter, E. (1999). *Mujeres y amistades pedagógicas de la atención personal y las relaciones* . Morata.

Prainsack, B. (2018). The “We” in the “Me”. *Science, Technology, & Human Values*, *43*(1), 21-44. https://doi.org/10.1177/0162243917736139

Quinn, B., & Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, *22*(1), 1. https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x

RAE. (s. f.). *https://dle.rae.es/fr%C3%A1gil*.

RAE. (2022). *https://dle.rae.es/compasión?m=form*.

RAE. (2023, octubre 29). *Paliativo* . https://dle.rae.es/paliativo.

Rahula, W. (1996). *Lo que el Buda enseñó*. Kier.

Rego, F., & Nunes, R. (2019). The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of Health Psychology*, *24*(3), 279-287. https://doi.org/10.1177/1359105316664138

Rodrigues Gomes, A. M. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*, *18*. https://doi.org/10.4321/S1695-61412010000100022

Rodríguez, J. D. (2012). Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional. *Revista Ene de Enfermería*, *6*(1), 35-42.

Rosa, H., & Wallenhorst, N. (2022). Accelerons la resonance. *Le Pommier*.

Roze des Ordons, A. L., MacIsaac, L., Everson, J., Hui, J., & Ellaway, R. H. (2019). A pattern language of compassion in intensive care and palliative care contexts. *BMC Palliative Care*, *18*(1), 15. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0402-0

Russell Brown, P. (2004). *Socially Engaged Buddhism. A Buddhist Practice for the West*. BuddhaNet BBS, The Buddhist Bulletin Board.

Sánchez Nogales, J. L. (2012). Fadl allāh. el concepto de “gracia” en el Corán similitud y contraste con la Biblia. *Proyección* , *19*, 277-301.

Saunders, J. (2001). The practice of clinical medicine as an art and as a science. *West J Med*, *174*(2), 137-141.

Saunders, J. (2015). Compassion. *Clinical Medicine*, *15*(2), 121-124. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-2-121

Schlieter, J. U. (2010). Consequences of Compassion: An Interpretation and Defense of Buddhist Ethics. *Religion*, *40*(4), 358-359. https://doi.org/10.1016/j.religion.2010.09.016

Schopenhauer, A. (1903). *The Basis of Morality*. SWAN SONNENSCHEIN & CO., LIMITED.

Schopenhauer, A. (2005). *El Mundo Como Voluntad y Representación*. Akal.

Sherwin, S. (1998). A Relational Approach to Autonomy in Health-Care. En S. Sherwin (Ed.), *The Politics of Woman´s Health: Exploring Agency and Autonomy*. Temple University Press.

Silananda, U. (2003). *The Four Noble Abindings. Fondo Dhamma Dana.* Fondo Dhamma Dana.

Silananda, U. (2020, noviembre 12). *https://www.forobudismo.com/viewtopic.php?t=1996*.

Simone II, C. B. (2017). Healing, spirituality, and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, *6*(3), 200-202. https://doi.org/10.21037/apm.2017.07.04

Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in Health Care: An Empirical Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, *51*(2), 193-203. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009

Sinclair, S., Norris, J. M., McConnell, S. J., Chochinov, H. M., Hack, T. F., Hagen, N. A., McClement, S., & Bouchal, S. R. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, *15*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/s12904-016-0080-0

Singer, P., & Chao-Hwei, S. (2023). *The Buddhist and the ethicist : conversations on effective altruism, engaged Buddhism, and how to build a better world* (1.ª ed.). Shambhala Publications, Inc.

Singer, T. (2013). *Compassion. Bridging Practice and Science* (T. Singer, Ed.).

Singer, T., & K. O. M. (2014). Empathy and Compassion. *Current Biology*, *24*(18), 875-878.

Slatter, M. (2014). New compassion in ethical discourse . *Louv Stud*, *38*(1), 30-54.

Stonington, S. (2011). Facing Death, Gazing Inward: End-of-Life and the Transformation of Clinical Subjectivity in Thailand. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *35*(2), 113-133. https://doi.org/10.1007/s11013-011-9210-6

Strasser, F., Palmer, J. L., Willey, J., Shen, L., Shin, K., Sivesind, D., Beale, E., & Bruera, E. (2005). Impact of Physician Sitting Versus Standing During Inpatient Oncology Consultations: Patients' Preference and Perception of Compassion and

Duration. A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, *29*(5), 489-497. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.08.011

Thomasa, D. C. (1983). Beyond Medical Paternalism and Patient Autonomy: A Model of Physician Conscience for the Physician-Patient Relationship. *Annals of Internal Medicine*, *98*(2), 243. https://doi.org/10.7326/0003-4819-98-2-243

Thongpoo, R., & Mahatthanadull, S. (2021). Buddhist Approach to Improve the Quality of Life go Palliative Patients. *Journal of International Buddhist Studies* , *12*(2), 53-63.

Toulmin, S. (1982). How Medicine Saved the Life of Ethics. *Perspectives in Biology and Medicine*, *25*(4), 736-750. https://doi.org/10.1353/pbm.1982.0064

Trotter, S. A. (2021). Do you need compassion to work in palliative medicine? *BMJ Supportive & Palliative Care*, *11*(4), 422-426. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002535

Trzeciak, S. M. A. (2019). *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference* (1.ª ed.).

Trzeciak, S., Roberts, B. W., & Mazzarelli, A. J. (2017). Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Medical Hypotheses*, *107*, 92-97. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015

Uchiyama, K. (2009). *Abrir la mano del pensamiento Fundamentos de la práctica del budismo Zen*. Editorial Kairos.

UNESCO. (2011). Report of IBC onthe Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity. *UNESCO Biblioteca Digital*, 1-14.

Upasen, R., & Thanasilp, S. (2020). Death acceptance from a Thai Buddhist perspective: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, *49*, 101833. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101833

Vacas Guerrero, M. (2014). Aportando valor al cuidado en la etapa final de la cronicidad. *Enfermería Clínica*, *24*(1), 74-78. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.003

Varela, F. J., Thompson, E., Rosch, E., & Kabat-Zinn, J. (2017). *The Embodied Mind* (2 revised). The MIT Press. https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262529365.001.0001

Varela, F. (1997). *De Cuerpo Presente* (2.ª ed.). Editorial Gedisa S.A.

Viftrup, D. T., Hvidt, N. C., & Prinds, C. (2021). Dignity in end-of-life care at hospice: An Action Research Study. *Scandinavian journal of caring sciences*, *35*(2), 420-429. https://doi.org/10.1111/scs.12872

Waldenfels, B. (2015). La ética responsiva entre la respuesta y la responsabilidad. *Dialnet*, *3*, 205214.

Walker, P., & Lovat, T. (2015). Concepts of personhood and autonomy as they apply to end-of-life decisions in intensive care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *18*(3), 309-315. https://doi.org/10.1007/s11019-014-9604-7

Warrier, G., Gupta, A., & Sedhom, R. (2023). How Can Palliative Care Help Me? *JAMA Internal Medicine*. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.4383

Whitbeck, C. (2008). A different reality: Feminist ontology. *Beyond Domination*, 64-88.

Whittingham Munévar, M. V. (2010). ¿Qué es la gobernanza y para qué sirve? *Revista Análisis Internacional*, *2*.

WHO. (2002). *Cuidados Paliativos*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

WHO. (2018, octubre 25). *Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care*. https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf.

WHO. (2020, agosto 20). *Cuidados Paliativos*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.

Wholihan, D., & Pace, J. C. (2016). Palliative and End-of-Life Care: Compassion, Care, Commitment, Communication, Communion. *Nursing Clinics of North America*, *51*(3), xi-xii. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.07.001

Wilson, F., Ingleton, C., Gott, M., & Gardiner, C. (2014a). Autonomy and choice in palliative care: time for a new model? *Journal of Advanced Nursing*, *70*(5), 1020-1029. https://doi.org/10.1111/jan.12267

Wilson, F., Ingleton, C., Gott, M., & Gardiner, C. (2014b). Autonomy and choice in palliative care: time for a new model? *Journal of Advanced Nursing*, *70*(5), 1020-1029. https://doi.org/10.1111/jan.12267

Woods, S. (2006). *Death'S Dominion: Ethics At The End Of Life: Ethics at the end of life (Facing Death)*. Open University Press.

Zimmermann, C. (2012). Acceptance of dying: A discourse analysis of palliative care literature. *Social Science & Medicine*, *75*(1), 217-224. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.047