

# EMPATÍA Y FINAL DE VIDA: SU MANIFESTACIÓN EN LA PERSONALIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD Y SUS EFECTOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA\*

*EMPATHY AND END OF LIFE: MANIFESTATION IN THE PERSONALITY OF THE HEALTH WORKER AND EFFECTS ON CLINICAL PRACTICE*

*MANIFESTAÇÃO DA EMPATIA NO FIM DE VIDA NA PERSONALIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE E SEUS EFEITOS NA PRÁTICA CLÍNICA*

María de la Victoria Rosales<sup>1</sup>

## RESUMEN

El presente estudio analiza la empatía como habilidad cognitivo-emocional-afectiva del médico que permite vivenciar la situación emocional del paciente y transformar el encuentro clínico en un acto solidario y responsable. Señala la importancia de cuidar abnegadamente al otro atendiendo su vulnerabilidad y dependencia, y subraya el valor de custodiar la vida humana hasta su cumplimiento natural, haciéndose cargo del otro, por medio del acompañamiento y de propiciar la renovación del sentido de la existencia, cuando esta está marcada por el sufrimiento y la enfermedad. Se indica que la empatía interviene en la toma de decisiones de la práctica clínica. El análisis detallado de los niveles de empatía, su manifestación en la personalidad de los entrevistados y cómo esta interviene en la toma de decisiones comprueban los beneficios de un trabajo enfocado en defender la intangibilidad de la vida humana y la dignidad de la persona.

**PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS):** empatía; final de vida; sufrimiento; toma de decisiones; cuidados paliativos; manejo del dolor.

DOI: 10.5294/pebi.2023.27.2.5

## PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Rosales MV. Empatía y final de vida: su manifestación en la personalidad del profesional de la salud y sus efectos en la práctica clínica. *Pers Bioet.* 2023;27(2):e2725. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.2.5>

\* Este artículo es derivado de la tesis de doctorado “Final de vida, cuidados paliativos y empatía: manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida”, presentada en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1l\\_3xGioagmmism9ASYZOj9Ny2\\_84mBK/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1l_3xGioagmmism9ASYZOj9Ny2_84mBK/view?usp=sharing)

1 <https://orcid.org/0000-0002-4248-5080>. Universidad Católica Argentina, Argentina. [mariarosales@uca.edu.ar](mailto:mariarosales@uca.edu.ar)

RECEPCIÓN: 05/09/2023

ENVÍO A PARES: 08/09/2023

APROBACIÓN POR PARES: 17/10/2023

ACEPTACIÓN: 24/10/2023

**ABSTRACT**

The present study analyzes empathy as a cognitive-emotional-affective skill of the physician that allows experiencing the patient's emotional condition and transforms the clinical encounter into a supportive and responsible act. It points out the importance of selflessly caring for others and addressing their vulnerability and dependence. Moreover, the study underlines the value of guarding human life until its natural ending, taking charge of the other through accompaniment, and promoting the renewal of the meaning of existence when marked by suffering and illness. Empathy is indicated to be involved in decision-making in clinical practice. The detailed analysis of the levels of empathy, its manifestation in the interviewees' personalities, and how it plays a part in decision-making proves the benefits of a work focused on defending the intangibility of human life and the person's dignity.

**KEYWORDS (SOURCE: DECS):** empathy; end of life; suffering; decision-making; palliative care; pain management.

**RESUMO**

Neste estudo, analisa-se a empatia como uma competência cognitivo-emocional-afetiva do médico que lhe permite vivenciar a situação emocional do paciente e transformar o encontro clínico num ato solidário e responsável. Assinala-se a importância de cuidar desinteressadamente do outro, atendendo à sua vulnerabilidade e dependência, e sublinha-se o valor da proteção da vida humana até o seu cumprimento natural, responsabilizando-se pelo outro, através do acompanhamento e da promoção da renovação do sentido da existência, quando esta é marcada pelo sofrimento e pela doença. A empatia mostra-se envolvida na tomada de decisões na prática clínica. A análise detalhada dos níveis de empatia, a sua manifestação na personalidade dos entrevistados e a forma como intervém na tomada de decisões comprovam os benefícios de um trabalho centrado na defesa da intangibilidade da vida humana e da dignidade da pessoa.

**PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS):** empatia; assistência terminal; dor; tomada de decisão clínica; medicina paliativa; manejo da dor.

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo forma parte de una investigación cuyo título es *Final de vida, cuidados paliativos y empatía: manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida*, en la que se obtuvieron resultados que responden a un objetivo general: revisar la manifestación de los niveles de empatía en la personalidad del profesional de la salud e identificar cómo intervienen en su práctica, y a los objetivos específicos: determinar niveles de empatía, identificar cómo intervienen los niveles de empatía en la toma de decisiones en cuidados paliativos y detectar posibles cuadros o síndromes referidos a la cuestión de la empatía que denotan un trastorno identitario y obstaculizan el quehacer médico en un equipo de cuidados paliativos. Se presentan en este escrito los resultados correspondientes al objetivo general.

Descrita en su forma más visceral, se afirma que la empatía se siente primeramente en el cuerpo y que es posible sentir físicamente la alegría, el miedo o la tristeza del otro y, así, conocer algo de su mundo (1). Al encontrarse dos personas por primera vez a través de sus cuerpos y de sus sentidos, antes de apelar a su ser racional, se muestra cuán directo y poderoso es el reconocer los sentimientos del otro como sentidos físicamente: en su forma más básica, la empatía es corporal (2). Por lo tanto, se afirma que las sensaciones físicas se pueden experimentar como sentimientos subjetivos y que estos se pueden pensar, tanto los propios como los de otra persona. Así, la empatía puede ser el resultado tanto del pensamiento como del sentimiento, de la cognición como del afecto (3).

La empatía se define como la capacidad de captar lo que el otro piensa y necesita; expresa una conexión sincera

con el sentir del otro como si fuera propio, acompañando este sentir con el deseo de consolar y de ayudar (4). Varias conceptualizaciones delimitan la empatía como el conocimiento del estado cognitivo y afectivo de otra persona (5). Se la define como la imitación de la respuesta motora o neural de otro; la resonancia emocional a través de la cual es posible sentir lo que el otro siente; la proyección intuitiva en la situación de otro; la creación de una representación de los sentimientos de otro con base en el conocimiento que se tiene de esa persona; la imaginación de lo que se podría pensar y sentir en lugar de otro; o la comprensión de las necesidades del otro y el deseo de ayudarlo (6,7).

A la complejidad del fenómeno también deben agregarse los factores concernientes a la interacción entre los individuos (8). Aunque la cercanía afectiva y las características de la persona con quien se empatiza han sido tenidas en cuenta en varias investigaciones, debe recordarse que la respuesta empática implica una relación social compleja entre individuos que va más allá de las características particulares de cada uno de ellos (9). Por ello, se ha considerado que deberían incorporarse de manera transversal, en los distintos niveles, algunos factores concernientes a los sujetos, por ejemplo, el estado emocional en que cada uno se encuentra, las claves culturales, las experiencias tempranas y presentes, las habilidades de regulación emocional, la etapa del ciclo vital y el grado de desarrollo, entre otros elementos que influyen en la generación de respuestas empáticas (6). La empatía puede ser cognitiva y emocional: si comprende las dos capacidades, logra tanto la conexión emocional con otra persona como la evaluación cognitiva que activa la búsqueda de alivio al sufrimiento del otro (10). Mientras la empatía cognitiva permite imaginar qué piensa y siente la otra persona, la empatía emocional conlleva

sentir sus emociones. Un tipo de empatía primigenia, más básica que las mencionadas anteriormente, puede describirse como aquella que contagia la risa, el llanto, etcétera, sincroniza las necesidades comunes de las personas y es anterior a la actividad consciente (11). Si bien la empatía cognitiva permite tener la perspectiva de otro y así comprender sus reacciones y sus sentimientos, cabe aclarar que este sentir no se comparte (12). Con la intención de comprender los sentimientos y emociones, experimentando (en forma objetiva y racional) lo que otra persona siente, un individuo despierta al deseo de ayudar, de aliviar el sufrimiento (13); comprende el comportamiento de otro en determinadas circunstancias y la forma en que ese sujeto toma decisiones (14). La persona empática puede identificarse con el otro, puede establecer relaciones saludables y puede resolver conflictos en pos de convivir armónicamente (15). Por todo lo dicho, ser empático implica comprender el dolor del otro, y reconocer su humanidad y su dignidad. La comprensión surge de prestarle atención, ver los actos y sentimientos del semejante, sin juzgarlo (16). La esencia de la empatía es percibir lo que el otro siente sin decirlo, ya que aquello que un sujeto experimenta puede ser comunicado también por el tono de su voz, los gestos, la mirada, la postura corporal. Ser empático requiere una escucha activa de lo que el otro dice, atendiendo plenamente; implica comprender sin juzgar, ser asertivo, ya que no solo se trata de comprender al igual, sino también a quien es diferente. Ser empático comprometerá la no renuncia de sí mismo, ser asertivo implicará la capacidad de expresarse o de transmitir la propia voluntad, aun cuando hubiera diferencias con las perspectivas de la otra persona (11). La empatía forma parte del desarrollo emocional y social, por lo que es una competencia o habilidad que puede ser desarrollada (17); se considera un factor importante para apreciar

la disposición social de las personas y se ha observado que cumple una función inhibitoria de la agresividad; su importancia ha sido destacada incluso en estudios que versan sobre el desarrollo moral de las personas (18); genera en el sujeto una respuesta emocional que procede de la comprensión del estado o situación de otro y que es similar a lo que la otra persona está sintiendo (19). Se ha dicho que una persona es empática si posee la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, y debe considerarse que, para que esto ocurra, la persona dispone no solo de la observación directa de la situación del otro, sino también de la comunicación verbal con él (20). También dispone de sus propios recursos internos, que le permiten observar con cierta perspectiva su propia posición con respecto a la de su semejante y así también diferenciarse, lo cual le brinda la capacidad de compartir su propio estado emocional (21).

En la investigación<sup>2</sup> a la que se suscribe el presente texto, fueron descritos tres niveles de empatía y se consideró de utilidad mencionarlos brevemente en este artículo: 1) a partir del conocimiento técnico y profesional: los entrevistados afirmaron que la empatía con sus pacientes es posible gracias a su formación profesional y su capacitación como especialistas; identificaron en su formación el factor que provee herramientas para ser empáticos cuando una persona enferma manifiesta dolor y sufrimiento. 2) A partir de los sentimientos y emociones propios: los médicos afirmaron que la empatía con el paciente les permite experimentar en forma individual y personal lo que se siente al asistir al enfermo que sufre, y plantear un tratamiento posible; afirmaron que la em-

2 “Final de vida, cuidados paliativos y empatía: manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida”.

patía les permite reconocer situaciones que involucran sentimientos propios y comprender los ajenos, con base en los cuales plantean las estrategias terapéuticas. 3) A partir de las conductas adoptadas en el tratamiento: la empatía fue señalada como el factor que implica al médico en la toma de decisiones, junto a su paciente y su entorno. Se describió una relación empática que influye en las reacciones, en las indicaciones terapéuticas y en las conductas, entre las que se destacan la cooperación y la convivencia en el escenario del tratamiento médico en situaciones críticas.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Con el propósito de revisar la manifestación de los niveles de empatía en la personalidad del médico y en su práctica, se realizó un estudio cualitativo enmarcado dentro de un esquema de análisis de datos basado en la teoría fundamentada<sup>3</sup>. La metodología cualitativa es entendida como aquella capaz de incorporar la cuestión del significado y la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas consideradas, en su advenimiento y en su transformación, como construcciones humanas significativas (22). Este tipo de abordaje metodológico estudia el universo cotidiano de las relaciones humanas

y las experiencias del sentido común interpretadas y reinterpretadas por los sujetos que las vivencian (23); se aplica al estudio de la historia, de las relaciones, las representaciones, las creencias y las percepciones producto de la interpretación que las personas hacen en relación con cómo viven, cómo sienten y cómo piensan (20). Se considera que los significados que las personas atribuyen a la empatía como recurso clínico que permite comprender la situación que atraviesa la persona enferma solo pueden ser investigados a través de una metodología que sea sensible a estas particularidades, que las contemple y las valide como productoras de conocimiento (24,25). Este modo de trabajo considera los significados y el contexto donde surge la interacción, y propone elaborar una teoría a partir de los datos, una entidad en continuo desarrollo, y no como un producto ya acabado y perfecto (26). Kathy Charmaz presenta una teoría fundamentada constructivista, en la que retoma las ideas originales de la propuesta de Glaser-Strauss e incorpora las explicaciones relativas a los sentimientos de las personas, a medida que experimentan un fenómeno o proceso, junto a las creencias y valores del investigador (27,28). Esta perspectiva sociocognitiva sitúa la teoría fundamentada en un enfoque epistemológico-introspectivo-vivencial. Los aspectos básicos y determinantes para generar una teoría fundamentada en los datos son los sugeridos por Glaser y Strauss, relativos a la codificación y categorización de la información. Los autores citados proponen que un muestreo teórico y, finalmente, la comparación constante entre las categorías son los aspectos con que se genera teoría fundamentada (28).

En este estudio, se realizó la codificación en dos fases: una fase de codificación inicial y otra de codificación focalizada. Habiéndose comparado los datos entre sí durante todo el proceso, se compararon luego con los

3 El diseño metodológico del presente estudio se apoya en investigaciones previas realizadas en el Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, de Florencio Varela, donde elaborar teoría a partir de los datos obtenidos de historias de vida arrojó resultados significativos para avanzar en el conocimiento de la práctica clínica con personas en situación de enfermedad terminal. Para citar un ejemplo, podríamos mencionar la investigación "VIH/sida: comunicación del diagnóstico: efectos de la adecuada comunicación en la adherencia al tratamiento". Disponible en <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/16906>

códigos elegidos y, posteriormente, se establecieron las categorías. Para realizar el análisis e interpretación de los datos se utilizó un *software* específico, el programa ATLAS.ti, versión 23.0.0, considerado dentro del grupo de constructores de teorías basadas en códigos (28,29).

### ÁMBITO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el Servicio de Salud Mental y Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, Argentina. Se evaluaron 22 entrevistas realizadas durante el periodo comprendido entre abril de 2022 y octubre de 2022.

### POBLACIÓN

Se incluyeron en el estudio 22 entrevistas a una población seleccionada entre el listado de profesionales de la salud que trabajan en el mencionado hospital, mayores de 21 años, de ambos sexos. La muestra se realizó por saturación de datos, la cual se saturó en la entrevista número 20, y se tomaron dos entrevistas más, de confirmación. Los entrevistados conforman un grupo de variadas características, de manera que fuese posible observar el comportamiento de las categorías con perfiles muy distintos.

### CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada uno de los participantes para asegurar la privacidad y la confidencialidad. Se enfatizó en que la participación era voluntaria y se solicitó a cada uno de ellos, para asegurar el anonimato, la respectiva autorización para cambiar el nombre en la

identificación de cada entrevista. La información sobre los objetivos y metas del estudio se explicó en detalle y se suministró un contacto telefónico para obtener respuestas a las preguntas de los participantes.

### INSTRUMENTOS

Entrevistas semiestructuradas a las personas involucradas, administradas en forma individual, con frecuencia semanal. Se realizaron en los consultorios pertenecientes al Servicio de Salud Mental del hospital. El estudio no requirió de equipamiento especial. El investigador brindó a las personas entrevistadas una explicación sobre la investigación y respondió a todas las dudas o preguntas que se le realizaron. Una vez que el entrevistado entendió las características del estudio y estuvo de acuerdo en participar, se le solicitó que firmara un formulario de consentimiento en dos originales. Un original le fue entregado para que lo conservara. La participación en este estudio fue estrictamente voluntaria y confidencial. Si el entrevistado tenía alguna duda sobre el proyecto, podía hacer preguntas en cualquier momento. Así mismo, podía retirarse del proyecto en cuanto lo deseara, sin que eso lo perjudicase de ninguna manera. El estudio no contó con financiamiento externo y en él no hay conflicto de intereses; fue aprobado, desde el punto de vista científico, metodológico y ético, por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce NCK. No existieron riesgos relacionados a la participación en el estudio, la información recogida solo se usó para esta investigación y los datos se han codificado usando un número de identificación o letras y, por lo tanto, se han mantenido anónimos.

A cada uno de los sujetos se le administró una entrevista no estructurada. Con los datos obtenidos, se pudo

desarrollar un cuestionario a fin de confeccionar una entrevista semiestructurada que contuviera los datos necesarios para abordar la temática bajo estudio.

Las entrevistas semiestructuradas tomaron como tema principal el *manejo de la empatía como recurso fundamental frente a la toma de decisiones al final de la vida*. Se utilizó un cuestionario con preguntas abiertas para investigar cómo intervienen los tipos o niveles de empatía en el proceder del médico al realizar la evaluación y el tratamiento de pacientes internados en el contexto de enfermedad terminal y cuidados paliativos, y cómo se modifican, a partir de estos niveles de empatía, la alianza terapéutica y la toma de decisiones en el proceso de una enfermedad terminal. En el inicio, se formulaba la pregunta “si tuviera que definir con sus palabras qué es empatía, ¿cómo la definiría? Y, a medida que las entrevistas avanzaban, se realizaron preguntas más específicas y detalladas. Las entrevistas fueron grabadas con el permiso del participante y, más tarde, fueron transcritas. La recolección y el análisis de los datos en el proceso de investigación ocurrieron simultáneamente y la teoría que surgió estuvo basada en dichos datos. El análisis de estos continuó simultáneamente después de la primera entrevista, hasta que se alcanzó la saturación teórica. El texto copiado fue cifrado y se realizó luego el refinamiento de la codificación para cada tema emergente. Los códigos clasificados se categorizaron, compararon e interpretaron dentro del contexto de transcripciones generales. El proceso de codificación y categorización realizado con el *software* ATLAS.ti proporcionó, entre otros, un informe de las citas utilizadas en la codificación inicial y axial, y un informe con la red denominada *comunicación médico paciente-sufrimiento-toma de decisiones*, además de un mapa de árbol con la distribución de los códigos. La validez de los datos se confirmó

mediante la selección del *software* ATLAS.ti, utilizado en el análisis de las entrevistas. Después de la codificación, las transcripciones de las entrevistas fueron devueltas a los participantes para corroborar que estuvieran de acuerdo y que se hubiera captado con precisión lo que se había dicho en las respectivas sesiones. Esto, a su vez, permitió la construcción de códigos certeros en función de haber confirmado lo dicho por los informantes. La consistencia del análisis se revisó durante las reuniones del equipo de salud, las cuales tuvieron como finalidad discutir y analizar los resultados preliminares. El análisis temático y el proceso de codificación fueron revisados y definidos luego del consenso del equipo de salud.

#### CODIFICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

La codificación de los datos fue el proceso a través del cual se definió cuáles fueron los temas comunes y distintivos brindados por los informantes. Codificar significa poner un nombre a los segmentos de datos con una etiqueta que simultáneamente da cuenta y resume cada sección. Esto constituyó el primer paso para ir más allá de las afirmaciones concretas a fin de hacer interpretaciones analíticas. Los primeros códigos mostraron cómo seleccionar, separar y ordenar los datos para comenzar a dar cuenta analíticamente de ellos. Al utilizar códigos cualitativos se tomaron segmentos de datos, se les dio nombre con términos concisos, y se propuso un identificador analítico para desarrollar ideas más abstractas para la interpretación de cada segmento de datos. La codificación, en la teoría fundamentada, fomenta el estudio de las acciones y los procesos, y es el vínculo esencial entre la recopilación de datos y el desarrollo de una teoría emergente para explicarlos. En este caso, a través de la codificación, fue posible definir lo que estaba sucediendo con los testimonios y comenzar a lidiar con

lo que significaban. Los códigos fueron tomando forma como elementos de una teoría naciente que explicaba estos datos y condujeron, además, a recopilar nuevos. Tal como se dijo, los datos se presentaron desarrollando la codificación, en dos fases principales: la primera fase consistió en dar un nombre a cada línea o segmento de datos. Entre los temas que aparecieron pueden mencionarse la empatía y la confianza en la relación médico-paciente; enfrentar el dolor del otro y hacerse cargo; la responsabilidad del médico en los cuidados paliativos; el esquema al cual recurrir en el escenario del final de vida (30); la comunicación con la familia del paciente; el manejo de la calma frente al enfermo terminal que pide la eutanasia; la toma de decisiones en pacientes con enfermedad terminal; el miedo; la muerte; el cuidado de la confidencialidad; y la importancia de trabajar con un equipo que contenga al médico. En la segunda fase, se utilizaron los códigos iniciales más significativos para ordenar, sintetizar, integrar y organizar la cantidad total de datos. La codificación focalizada se utilizó para identificar y desarrollar las categorías sobresalientes que surgían. Las categorías obtenidas fueron las siguientes:

1. Comunicación en la relación médico paciente.
2. Sufrimiento.
3. Toma de decisiones.

## RESULTADOS

Como ya se dijo, en el presente artículo se detallan únicamente los resultados relacionados con el objetivo general del estudio mencionado. Respecto a revisar la manifestación de los niveles de empatía en la personalidad del profesional de la salud e identificar cómo intervienen en su práctica, el análisis de las entrevistas permitió destacar los siguientes aspectos:

1. Se constata la habilidad empática y la sensibilidad de los médicos para ayudar al enfermo que sufre. Entre las cualidades descritas, y en relación con la manifestación de los niveles de empatía en la personalidad de los médicos, estos destacaron que no descuidar su propia conducta afectiva les permite reflejar sentimientos, y mostrar empatía y preocupación por los pacientes.
2. Los profesionales de la salud relacionaron la empatía con la realización de un tratamiento adecuado de la persona enferma, lo que implica no solo explorar en aspectos de elevado contenido afectivo para los pacientes, sino también mostrar apertura a sus necesidades biológicas, incursionar en las dimensiones psicológica y social, y trabajar en equipo con el enfermo.
3. Los entrevistados describieron una posición empática que transformó sus encuentros clínicos con actitudes de solidaridad y responsabilidad. Las entrevistas mostraron cómo interviene la empatía en la comunicación que el médico establece con el paciente y su entorno. En el tipo de comunicación establecida con los enfermos (y en el marco de la categoría “comunicación médico-paciente”<sup>4</sup>), los relatos muestran cómo surge la posibilidad, para los médicos, de acceder a una real

4 Situarse en un mismo nivel emocional permite, en la comunicación no verbal, el desarrollo de la solidaridad humana y la confianza. El médico puede comprender los valores, preferencias y proyectos del paciente, para deliberar y reflexionar en forma compartida. Actuar en apoyo de la situación del otro con cierta conmoción ante su vulnerabilidad exige autopercepción y habilidad para saber gestionar las propias emociones de un modo médicamente eficaz, para hacer que la persona se sienta acompañada y comprendida. Este tipo de comunicación no verbal permite acceder, en un primer momento, a las vivencias y sentimientos del mundo interno del paciente y, así, pasar a su posterior comprobación mediante el diálogo (30).



toma de conciencia de la situación de enfermedad, elaborar las implicancias de un diagnóstico, y revisar y planificar un tratamiento posible que permita afrontar el sufrimiento.

4. Los profesionales de la salud afirmaron que, para establecer una relación empática e interpersonal con el paciente, es preciso considerar los siguientes aspectos:

- a. *Confidencialidad*: preservar la privacidad de la persona y garantizar la confidencialidad con respecto a su enfermedad y a su tratamiento en general. Se subraya la importancia de incluir, en la relación médico-paciente, a otras personas significativas y la responsabilidad que implica esta acción.
- b. *Contención*: ofrecer un espacio de orientación y asesoramiento asertivos; brindar contención y esclarecimiento frente a situaciones de angustia, desesperación y miedo a la muerte; adoptar la posición de acompañar al paciente en su sufrimiento y participar en la búsqueda de su mejoría<sup>5</sup>.
- c. *Comprensión*: priorizar un enfoque centrado en la persona humana desde el cual sea posible comprender, en el proceso de enfermedad, no solo el aspecto físico y psicológico, sino también el espiritual.
- d. *Escucha*: escuchar activamente y atender la interioridad de cada persona, lo cual permitirá que los pacientes expresen sus preocupaciones y se sientan aliviados en sus dudas y temores. Se repara en promover una actitud de escucha y

lectura de las palabras y los gestos utilizados en cada entrevista.

- e. *Tiempo*: ofrecer el tiempo necesario para que se desplieguen los interrogantes de cada sujeto; mostrar paciencia, tolerancia y calma.
- f. *Confianza*: fortalecer el vínculo de confianza, adoptando una actitud de afecto y espíritu de ayuda; brindar datos que se puedan verificar y que sean fiables; informar, así, el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, para responder a las dudas del paciente con honestidad.
- g. *Compromiso*: asumir una actitud de confianza y respeto mutuos; asegurar y ofrecer la ayuda del equipo médico interdisciplinario en los procesos de tratamiento y en el cumplimiento de todos los objetivos terapéuticos que estuvieran a cargo del equipo tratante; reforzar la alianza terapéutica; y mostrar fidelidad a todo lo ofrecido en el proceso de tratamiento.
- h. *Respeto*: cuidar la dignidad de cada una de las personas. Se destaca la importancia de la recuperación de la integridad de los pacientes: respetar la capacidad para tomar decisiones y elegir como encauzar cada tratamiento; respetar el estilo de vida de las personas, sin emitir juicios de valor ni pretender *convertir* al otro bajo los parámetros del modelo propio; considerar la unicidad con que el paciente vive su enfermedad, para manejar y sopesar intervenciones; subrayar la importancia de preservar los valores de cada individuo.
- i. *Información*: proporcionar información adecuada, oportuna y eficaz acerca de lo que significa la situación terminal de una enfermedad, los cuidados paliativos y el final de la vida.

5 Una reflexión más elaborada sobre el sufrimiento y sus diferencias con el dolor fue desarrollada en el artículo “El sufrimiento frente a la etapa final de la vida” (31).

- e. *Cuidados*: orientar respecto a los pasos a seguir durante el tratamiento, respetando la capacidad de reacción de cada persona; acompañar en los momentos de internación clínica; orientar a cada sujeto para que pueda compartir sus preocupaciones con el profesional; atender signos de alarma, como la persistencia del dolor a pesar del aumento de la medicación, el temor a la muerte dolorosa y prolongada, el control de las emociones; subrayar la intención del equipo de cuidar, explicitando cuales serían los cuidados. Atender la vulnerabilidad que caracteriza a los enfermos.
- f. *Gestión clínica*: proporcionar ayuda para realizar trámites y derivaciones a otras instituciones o especialistas cuando sea indicado; explicitar qué significado tienen para el equipo las acciones de ayudar y curar.

Con respecto a los efectos de la empatía en la práctica clínica, se identificaron variaciones en la comunicación del médico con su paciente:

1. *Según el momento de la enfermedad*: se deben contemplar no solo el momento del ciclo vital del individuo, sino también el momento subjetivo y emocional, el modo de enfrentar temores en relación con el futuro, las fallas en la adherencia, el desborde emocional, el miedo a la muerte y la expresión del deseo de morir.
2. *Según el impacto emocional de un diagnóstico*: la comunicación con el médico propició evaluar si la preocupación por el diagnóstico estaba dentro de los niveles esperados para atender una enfermedad o, por el contrario, generaba desborde emocional. También permitió detectar síntomas depresivos, como abulia, tristeza, desesperanza, ideas de muerte o ideación suicida, o síntomas de ansiedad o estrés. Fue posible focalizar los aspectos negativos tanto de los médicos mismos como del entorno, y observar si estaban sobrevalorados los estímulos internos y externos como potenciales amenazas. Así mismo, se permitió revisar las capacidades de afrontamiento del enfermo y de sus familiares.
3. *Según las creencias previas de la persona*: los médicos detectaron creencias y prejuicios que las personas tenían previamente acerca de los cuidados en estadios terminales de enfermedad. Esto los ayudó a trabajar en la comprensión del significado atribuido a la enfermedad y al sufrimiento en cada caso.
4. *Según los propios recursos individuales de afrontamiento*: se exploraron las capacidades individuales para desarrollar competencias que permitieran, aun en condiciones desfavorables, construir y desplegar conductas favorables para sí mismo, para el paciente y para el entorno familiar y social. Se evaluaron los recursos de cada uno para ser sensible al sufrimiento y aprender a manejarlo, despertar el sentido del humor, adoptar actitudes en busca de la resolución de problemas y rescatar la espiritualidad. Las necesidades espirituales del paciente y su familia fueron asistidas infundiéndole la confianza y la esperanza. El apoyo brindado por los médicos contempló no solo un perfil clínico, sino también teológico, en el que se emplearon recursos sanadores como la oración y los sacramentos como actos de caridad. La empatía se reforzó, al momento de cuidar la dimensión espiritual, mediante la compasión y el consuelo.
5. *Según el apoyo familiar y social*: se revisaron los recursos afectivos y de contención en el entorno familiar y social. Mientras que, en algunos casos, los familiares brindaron el soporte material o afectivo,

en otros, esta función la cumplieron los médicos o el equipo de salud. En determinadas circunstancias, el sacerdote se convocó para ofrecer el ministerio de la escucha y del consuelo, y también los sacramentos de la reconciliación y la unción de los enfermos.

6. *Según el tipo de acompañamiento psicológico necesario*: una adecuada comunicación con el equipo médico permitió detectar en qué momento las personas demandaban asistencia psicoterapéutica. Se indicó que, desde un enfoque integral, es posible abordar la enfermedad desde una posición activa de la persona. También se reforzaron los cuidados y se trabajó en la elaboración de un significado atribuido al hecho de estar enfermo.

En el marco de la categoría “sufrimiento”, fue posible constatar que la cercanía de la muerte fue la principal causa de sufrimiento en los pacientes mencionada por los médicos. Estos indicaron motivos de preocupación en los que había coincidencias con las preocupaciones de los enfermos; asociaron el sufrimiento con sentimientos de pérdida de un ser querido o de la propia vida; también con sensación de vacío espiritual y abandono, falta de explicaciones ante la muerte, impotencia ante la imposibilidad de cambiar la realidad e incertidumbre acerca del futuro. Los profesionales de la medicina relataron escenas de ayuda en la organización de aspectos prácticos del tratamiento y en la toma de decisiones difíciles y complejas, en situaciones de gran intensidad emocional. Atender la vulnerabilidad de los pacientes se relacionó con realizar los controles médicos de rutina, respetando la autonomía de la persona y su dignidad. Los médicos identificaron tempranamente el sufrimiento evaluando problemas físicos, psicológicos, espirituales y sociales; enseñaron a transitar el dolor ayudando a su aceptación, al escuchar y ofrecer aquello que el paciente

podría necesitar, con el objetivo de no negar ni reprimir el sufrimiento, sino de otorgarle un sentido.

En el marco de la categoría “toma de decisiones”, los sujetos del estudio relataron su posición empática en diversas situaciones, como la comunicación de malas noticias, la búsqueda de alivio sintomático, la toma de decisiones terapéuticas y en los momentos en los que no era posible intervenir directamente, salvo acompañando, reconfortando y comprendiendo al enfermo; manifestaron y señalaron la importancia que su presencia comportaba para los pacientes, al transmitirles confianza y capacidad para desarrollar su propia fuerza interior para vivir el proceso de enfermedad; distinguieron empatía de compasión; reconocieron una cercanía compasiva con la cual llevaron adelante acciones fuera de lo común: servir una pizza, sacar fotos, poner música, llamar por teléfono, permitir visitas no programadas o simplemente permanecer en silencio junto al paciente; indicaron la utilidad de proponer objetivos a muy corto plazo, de manera que fueran reales para el enfermo; indicaron también que, al trazar propósitos accesibles a la realidad del paciente, fue posible extender sus efectos al grupo familiar, lo cual permitió aceptar los límites en cada situación, además de evitar frustraciones.

Con respecto a revisar cómo afectan estas cuestiones empáticas el tratamiento de los pacientes, los médicos identificaron en su formación profesional uno de los factores que proveen herramientas para ser empáticos cuando una persona enferma manifiesta dolor y sufrimiento.

El componente técnico-científico se presentó como expresión de la adecuación entre la asistencia prestada, los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica destreza en la ejecución de todos

los procedimientos. Los médicos describieron que sus actitudes empáticas mejoraron gracias a sus conocimientos técnicos y a su formación profesional; definieron la empatía como una cualidad en su acción médica que busca mejorar la calidad en la atención y que permite proceder con certeza técnica para brindar confianza y seguridad al paciente y al equipo de salud. El conocimiento y la formación profesional se identificaron como herramientas que facilitan la empatía.

Se describió un vínculo empático que permite un mejor manejo de la información que se tiene del paciente, una percepción personalizada y subjetiva de su enfermedad, y una forma de relacionarla con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones y juicios de valor que mejoran tanto los diagnósticos (situaciones en las que el paciente busca el significado de la causa del sufrimiento, por ejemplo, un diagnóstico de cáncer, enfermedades no diagnosticadas previamente y que lo enfrentan con el temor a la soledad, la pérdida de autonomía o la muerte) como el pronóstico de los tratamientos, de manera que los significados atribuidos al sufrir se buscan en el futuro: evolución de la enfermedad, temores frente a síntomas recurrentes, temor a no saber qué hacer ante el sufrimiento.

Los entrevistados afirmaron que el conocimiento y la formación profesional permiten un mejor establecimiento de la relación médico-paciente y un trato empático, lo que lleva a considerar que, de esta manera, el médico logra trabajar con seguridad y profesionalismo, para brindar mayor confianza al paciente y su entorno; afirmaron que la formación personal permite adquirir competencias que facilitan manejar y direccionar lo emocional hacia sí mismos y hacia los demás, brindar las herramientas para controlar sentimientos y adecuarlos a las situaciones,

lidiar con la ansiedad y sentirse eficientes, de manera que los impulsos pueden retrasarse y la satisfacción racionalizarse.

Los entrevistados registraron que su postura personal técnicamente capacitada proporciona respuestas seguras y que su relación interpersonal con los pacientes no fue afectada al reconocer las emociones en otros, sino que, por el contrario, su capacitación y formación profesional aportaron un nivel adecuado de interrelación; identificaron la posibilidad de construir una representación propia de los estados mentales del otro; identificaron su empatía en la capacidad para reconocer y manejar sentimientos y motivaciones, y en el adecuado manejo del contexto del paciente; describieron habilidades profesionales que los protegen frente a diferentes situaciones que suelen obstaculizar su práctica y la adherencia terapéutica, entre ellas, la comunicación asertiva y empática, la escucha activa, la aceptación y la veracidad, las cuales ayudan a hacer frente a impedimentos provenientes del modelo de atención institucional, o a la falta de conexión entre el equipo de salud y la gestión institucional, a la ausencia del sentido de pertenencia para con el hospital en el que trabajan o a la falta de identificación con el modelo de atención ofrecido. Estas habilidades se indicaron oportunas y necesarias para lograr una comunicación efectiva con los pacientes.

Los médicos afirmaron que la empatía surge con el conocimiento y la formación profesional y es lo que posibilita brindar un contexto adecuado, percibir y comprender los sentimientos de la otra persona, confortarla y darle confianza para que pueda plantear su situación y expresarse libremente sin temor a ser juzgada.

Finalmente, los entrevistados describieron el manejo de la empatía como la habilidad personal que permite

aliviar conflictos comunicacionales y operativos, y como motivación para plantear modelos de tratamiento y abordaje diferenciados. Se destacó la empatía como aptitud cognitiva que permite el razonamiento analítico y la pericia técnica, y se relacionó con tres puntos fundamentales del trabajo de los médicos: responder a la confianza que los pacientes depositan en ellos; ser consecuentes con el compromiso científico inherente a la práctica de la medicina; y la responsabilidad de mejorar la seguridad del paciente e innovar en las competencias profesionales propias.

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

### *Acerca de los médicos entrevistados*

Las entrevistas realizadas permiten identificar que existe una relación entre las habilidades profesionales requeridas en la práctica y la empatía del médico frente al padecimiento del enfermo. Los modos de brindar asistencia a las personas con enfermedades progresivas e irreversibles se mostraron variables, aunque la finalidad enunciada siempre fue la misma, atender con calidad a los pacientes. Conseguir el alivio del enfermo y su entorno supone atender el sufrimiento, incluyendo los síntomas clínicos y las cuestiones psicológicas, sociales y espirituales. Se describe una práctica que vuelve objeto de intervención profesional el contexto íntimo y privado de los pacientes, la historia de vida de cada persona, sus emociones, los vínculos familiares, y su relación con la enfermedad y la muerte. Se desprende de las entrevistas que las propias experiencias subjetivas y emocionales intervienen en la efectividad del especialista ocupado en que el paciente reciba la mejor atención requerida en cada momento. El humanismo médico y el arte de cuidar son revalorizados en los relatos que describen cómo

los profesionales de la salud comparten con la familia y el contexto social del paciente un papel central en el acompañamiento de la enfermedad.

En el Hospital Zonal General, los médicos realizan un trabajo coordinado con los diferentes niveles de atención, lo que incluye los centros de atención primaria del partido de Florencio Varela (en la provincia de Buenos Aires, Argentina) y el hospital de alta complejidad El Cruce; desempeñan sus funciones dentro del ámbito hospitalario, pero incluyen el trabajo en red, lo cual extiende el alcance de sus intervenciones. El trabajo se realiza con un equipo básico integrado por el médico y la enfermera, y se completa con el apoyo de la atención integral realizada en el marco de la interdisciplina, en el que intervienen, además, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales y acompañantes terapéuticos, entre otros. Se destaca la mención de procesos de trabajo que proporcionan continuidad asistencial y que inician con la recepción del paciente en los consultorios externos y continúan con revisiones periódicas que llegan hasta el desenlace de los cuadros más críticos. Se trata de un trabajo que exige especialización y que supone de antemano la formación y capacitación del profesional a cargo, así como la realización de interconsultas e internaciones específicas y prolongadas, cuya adecuación ofrezca al paciente un contexto que resguarde su intimidad, un mínimo de confort y la presencia constante de su entorno familiar como compañía.

### *Acerca de cómo se describe la empatía*

La empatía fue definida como la capacidad para ponerse en el lugar del otro y comprenderlo. A partir de lo que acontece en el establecimiento de la relación médico-

paciente, en la cual también fue incluido el entorno familiar, los médicos comparten el estado emocional de los enfermos y mantienen un contacto directo y continuo, sin embargo, afirman que esto no ha afectado su rendimiento y buen desempeño profesional. La empatía fue reconocida como la reacción emocional y el estado afectivo que les permite compartir las emociones con el otro y diferenciarlas mínimamente de los propios sentimientos. Cabría preguntarse si esta forma de entender la empatía no reduce el concepto a una dimensión estrictamente emocional, que se limita y se confunde con la simpatía, la cual, precisamente, consiste en compartir las emociones de los demás, percibir y sentir directamente, de manera que sea posible experimentar cómo siente las emociones la otra persona. La simpatía implica afinidad, inclinación mutua y amabilidad. La empatía, en cambio, permite entender las conductas del otro a partir del conocimiento de la forma como este piensa; implica un modo de acceder a los pensamientos de la otra persona. Un sujeto empático puede identificarse a sí mismo, ubicarse espacialmente y tener conciencia del lugar desde el cual percibe la realidad, y posee la capacidad de descentrarse mentalmente y sentir con alguien más. La conciencia de *estar fuera de la otra persona y tener que alcanzarla* es el requisito previo para la empatía.

En consecuencia, podría pensarse la empatía (o el ser empático) como un proceso que abarca tres componentes: la percepción de uno mismo *desencarnado* (lo que permite ponerse en el lugar del otro); la perspectiva visual y espacial (para codificar la perspectiva visual y espacial del otro); y la codificación paralela de la posición del propio cuerpo en el espacio. Este proceso empático permite sentir, pensar y comprender lo que el otro es (*es otro distinto a mí, el otro no soy yo*); es sentir y pensar desde su punto de vista y experiencia de vida. La

importancia de no perder la focalización en el propio yo fue señalada con especial cuidado en una práctica clínica asistencial que busca captar las necesidades de los enfermos, conectarse con su sufrimiento y manifestar la intención de ayudar y consolar.

## CONCLUSIONES

Adaptar los conocimientos técnicos a la condición única del enfermo precisa de la empatía, que fue definida en términos de interrelación dinámica entre dos personas.

El trabajo realizado muestra la relevancia del concepto en la práctica médica, relevancia señalada por los propios entrevistados; acentúa que, en tanto habilidad cognitivo-emocional-afectiva, la empatía permite al médico imaginarse a sí mismo como semejante al otro y proyectar su personalidad en la vida del enfermo, para sentir y comprender sus sentimientos. Con empatía, el profesional de la salud puede entrar en el mundo emocional del paciente y centrarse en su sufrimiento, para ponderar lo singular de cada situación de enfermedad. La empatía debe ser considerada como atributo necesario y eficaz al momento de utilizar los conocimientos en interés del paciente, ya que no es posible comprometerse con el acto médico sin conocer la situación que atraviesa el enfermo, si no se respetan sus valores, si no preocupa su evolución, si se es indiferente o se está desconectado respecto al modo en que la persona percibe su enfermedad.

Es posible concluir que la empatía interviene en la práctica clínica tanto a nivel de la formación y capacitación profesional del especialista como al nivel que muestra la forma en que gestiona sus emociones y en el cual se revisan las conductas adoptadas junto al paciente y su entorno.

El análisis de su manifestación en la personalidad de los entrevistados comprueba los beneficios de un trabajo enfocado en intervenciones existenciales que enriquecen el campo, cada vez más amplio y especializado, del final de la vida.

Incluir la persona del médico en la investigación y el seguimiento de los datos relativos a la empatía proporciona un detalle sobre los modos de brindar medidas de cuidado y apoyo biológico, psíquico y espiritual; señala la necesidad de formarse en habilidades de comunicación que desarrollen y perfeccionen este atributo; y convoca a continuar evaluando y desarrollando formas de abordar el sufrimiento, al cuidar la belleza y la dignidad de la vida humana.

## REFERENCIAS

1. Svenaeus F. Morir bien: la fenomenología del sufrimiento y la ética del final de la vida. *Med Health Care Philos.* 2020;23(3):335-42.
2. Howe D. *Empathy, what it is and why it matters.* Palgrave Macmillan; 2013. 248 p. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-1-137-27643-8>
3. McSherry M, Rissman L, Mitchell R, Ali-Thompson S, Madrigal V, Lobner K, et al. Prognostic and goals of care communication in the PICU: a systematic review. *Pediatr Crit Care Med.* 2023;1(24):28-43. DOI: <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003062>
4. Rivero M. Research Gate [Internet]; 2019 [Acceso 21 dic 2022]. Disponible en: <https://www.researchgate.net/>
5. Mowat R, Cocinera C, Chapman M, Roskrug M. Buena muerte interrumpida: las emociones morales de las enfermeras que navegan por la ética clínica y de salud pública durante la primera ola de la pandemia de Covid 19. *Clin Nurs.* 2023;32(19-20):6765-767.
6. Arrieta A, Carballo M, Bidegain M, Ferreira A. Hacia un enfoque multinivel en los estudios empíricos de la empatía: autopercepción, comportamiento y mecanismos neurobiológicos. *Rev Psiquiatr Urug.* 2021;85(1):43-62. DOI: <https://doi.org/10.46706/PSI/85.1.3>
7. Batson C. These things called empathy: eight related but distinct phenomena. En: Decety J, Ickes W, editors. *The social neuroscience of empathy.* Cambridge: MIT Press; 2009. p. 3-15. DOI: <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
8. Iam F, Menezes R, Rego G. Empatía: guía para comunicar el diagnóstico de enfermedades neuromusculares. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;9(19):2-15.
9. Nuñez C, Deza Santos F, Taypichahuana Juarez C; Chirinos Lazo M, Gutiérrez Adriazola S, Delgado Bolton R, Vivanco L. Empatía y soledad en el contexto de las profesiones sanitarias: artículo de revisión. *Cuad Bioet.* 2022;33(109):303-16.
10. Avci E. Los objetivos de la medicina y la compasión en la evaluación ética de la eutanasia y el suicidio asistido por un médico: aliviar el dolor y el sufrimiento mediante la protección, promoción y mantenimiento del bienestar de la persona. *J Palliat Care.* 2022;37(3):366-71.
11. Goleman D. *La inteligencia emocional en la empresa.* Barcelona: Conecta; 2018. 152 p.
12. Stroumpouki T, Perret S, Kasdovasilis P, Papatheodorou P, Papanizos V, Stavropoulou A. Un viaje hacia la aceptación: el proceso de adaptación a la vida con VIH en Grecia: un estudio cualitativo. *Appl Nurs Res.* 2020;53:151-249.
13. Revello R. Bioética global. *Vida y Ética.* 2019;20(1):67-74. DOI: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8983/1/vidayetica2019-1.pdf>
14. Revello R. Relación entre personalismo ontológico y corpus doctrinal. En: Bochatay A. *Bioética y persona.* Buenos Aires: Educa; 2008. p. 361-73.
15. Spijkers A, Akkermans A, Smets E, Schultz M, Cherpanath T, Woensel J van, et al. How doctors manage conflicts with families of critically ill patients during conversations about end of

- life decisions in neonatal, pediatric, and adult intensive care. *Intensive Care Med.* 2022;48(7):910-22. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06771-5>
16. Eggenberger T, Howard H, Prescott D, Luck G. Exploring quality of life in end of life discussions. *Am J Hosp Palliat Care.* 2020;37(6):465-73. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909119890606>
  17. Yuguero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-González J. Ética y empatía: la relación entre el razonamiento moral, la sensibilidad ética y la empatía en estudiantes de medicina. *Rev Clínica Esp.* 2019;219(2):73-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>
  18. Eisenberg N. Distinctions among various modes of empathy related reactions: a matter of importance in humans. *Behav Brain Sciences.* 2002;25(1):33-4. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0140525X02350015>
  19. Moore B. Killing in the name of: a merciful death? *Bioet.* 2022;36(6):613-20. DOI: <https://doi.org/10.1111/bioe.13017>
  20. Rosales MdV. VIH/SIDA: comunicación del diagnóstico. Efectos de la adecuada comunicación en la adherencia al tratamiento. [Tesis doctoral]. [Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina, Instituto de Bioética]. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/16906>
  21. Zaal-Schuller I, Geurtzen R, Willems D, Vos M de, Hogeveen M. Lo que dificulta y ayuda en el proceso de toma de decisiones al final de la vida de los niños: puntos de vista de los padres y los médicos. *Acta Pediatr.* 2022;111(4):873-87. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.16250>
  22. Zhou YC, Tan SR, Tan CGH, Ng MSP, Lim KH, Tan LHE et al. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):292. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02697-6>
  23. Ordóñez Cruz FD. Estudio de los efectos psicológicos provocados por la situación de refugio en niños/as de nacionalidad colombiana que se encuentran en edad escolar [tesis]. [Quito]: Universidad Politécnica Salesiana; 2012.
  24. Novoa I. Significados sobre la jubilación y componentes de un programa de preparación para la misma desde la perspectiva de los trabajadores y jubilados de una institución de educación superior [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia, Enfermería; 2017.
  25. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad Deusto; 2003. 33 p.
  26. Souza Minayo MC de. La artesanía de la investigación cualitativa. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009. 334 p.
  27. Charmaz K. Constructing grounded theory. Thousand Oaks: Sage; 2006. 224 p.
  28. Glasser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Chicago, Illinois: Aldine; 1967. 254 p.
  29. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata, Fundación Paideia Galiza; 2004. 18 p.
  30. Pérez Bret E, Altisent Trota R, Rocafort Gil J, Jaman Mewes P. Cuidados y atención al paciente y su familia al final de la vida: planificación de cuidados anticipados compasivos. *Cuad Bioet.* 2019;30(98):35-42.
  31. Revello R, Rosales M. El sufrimiento frente a la etapa final de la vida. *Persona y Bioética.* 2023; 27(2). DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2023.27.1.6>