

## *Ética del Buen Cuidado en el Contexto Hospitalario: Un Enfoque Relacional y Humanista*

*Dres. Freddy Antonio Bello Rodríguez<sup>1</sup>, Jeiv Vicente Gómez Marín<sup>2</sup>,  
Carlos Ramón Cabrera Lozada<sup>3</sup>*

### RESUMEN

La ética del buen cuidado representa un paradigma fundamental en la transformación de la práctica médica. El paciente, dentro de este modelo, deja de ser visto como un objeto pasivo de intervención clínica para convertirse en un sujeto integral, cuyas emociones, historia y necesidades deben ser contempladas en la toma de decisiones. Debe integrarse en la formación médica y en la estructura organizativa de los hospitales. La capacitación en habilidades comunicativas y sensibilidad clínica, el desarrollo de protocolos de acompañamiento humanizado y la creación de comités de bioética relacional son medidas indispensables para garantizar que la atención en salud incorpore una visión profundamente ética y normativa. La ética del buen cuidado debe consolidarse como pilar esencial en la educación médica y en la gestión hospitalaria, La medicina no puede limitarse a la curación de enfermedades; debe garantizar una práctica donde el cuidado sea real, efectivo y profundamente humano.

**Palabras clave:** Ética del buen cuidado, Práctica médica, Hospital

- 
1. *Médico especialista en obstetricia y ginecología, bioestadística y bioética. Presidente Comité Bioética en Hospital Universitario "Dr. Jesús María Casal Ramos". ORCID: 0000-0001-8196-7579.*
  2. *MSc. en bioética, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-4833-5160.*
  3. *PhD en Ciencias de la Salud, especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. Sillón VII. ORCID: 0000-0002-3133-5183.*

## **ABSTRACT**

The ethics of good care represents a fundamental paradigm in the transformation of medical practice. Within this model, the patient is no longer viewed as a passive object of clinical intervention but rather as an integral subject, whose emotions, history, and needs must be considered in decision-making. Must be integrated into medical training and the organizational structure of hospitals. Training in communication skills and clinical sensitivity, the development of humanized support protocols, and the creation of relational bioethics committees are essential measures to ensure that healthcare incorporates a deeply ethical and normative vision. Ultimately, the ethics of good care must be consolidated as an essential pillar in medical education and hospital management. Medicine cannot be limited to the cure of diseases; it must guarantee a practice where care is real, effective, and deeply human.

**Keywords:** Ethics of good care, Medical practice, Hospital

## **INTRODUCCIÓN**

La atención médica ha estado históricamente influenciada por principios éticos fundamentales como la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia, los cuales guían la práctica clínica y la toma de decisiones (1-4). Sin embargo, en las últimas décadas, la ética del buen cuidado, dentro del contexto de la bioética latinoamericana en salud pública en la sociedad del conocimiento y la información, ha emergido como un enfoque que reivindica la importancia de las relaciones humanas, la empatía y el compromiso moral en la prestación de servicios de salud (1-5). Esta perspectiva, basada en los trabajos de Gilligan (5) y Tronto (6), destaca que la práctica médica no debe reducirse a una aplicación técnica de normas, sino que debe integrar la vulnerabilidad compartida entre médicos, pacientes y familiares dentro de un marco relacional.

Además de beneficiar a los pacientes, la ética del cuidado también involucra el bienestar y la responsabilidad moral del personal de salud. La medicina, como disciplina, implica no solo conocimientos científicos, sino un compromiso ético profundo, en el que los profesionales deben equilibrar competencia técnica con sensibilidad humana. Estudios como los de Ruddick (7), han señalado que el agotamiento profesional y la deshumanización del trabajo médico pueden afectar la calidad de atención, resaltando la necesidad de reforzar valores morales en los equipos clínicos. Asimismo, Pellegrino y Thomasma (8), han enfatizado que la virtud en la práctica médica debe ir más allá de la mera aplicación de conocimientos, promoviendo una ética basada en la compasión y el respeto por la dignidad del paciente.

Este escrito explorará los fundamentos filosóficos de la ética del buen cuidado, su impacto en la relación médico-paciente-familia y las estrategias de implementación en hospitales, considerando aspectos bioéticos y sus aplicaciones en la formación del personal de salud.

### **Fundamentos filosóficos de la ética del buen cuidado**

La ética del cuidado surge en respuesta a enfoques normativos tradicionales, como el utilitarismo y la ética deontológica kantiana, los cuales han predominado en la filosofía moral y la bioética médica. Estos enfoques, aunque fundamentales para la toma de decisiones en salud, tienden a enfatizar principios universales y reglas abstractas, dejando poco margen para la complejidad de las relaciones humanas. ¿Es suficiente basar la ética médica solo en el cumplimiento de normas sin considerar la interdependencia humana? Es aquí donde la ética del cuidado cobra relevancia, pues plantea una moralidad que no solo busca la corrección de acciones, sino que integra la empatía, la vulnerabilidad y la atención personalizada dentro de los procesos de decisión médica.

Carol Gilligan (5), en *In a Different Voice*, en 1982, expone una crítica a las teorías clásicas de la justicia moral, argumentando que estos enfoques omiten la importancia del compromiso afectivo y relacional en la ética. En el ámbito hospitalario, esta visión desafía la idea de que los médicos deben actuar desde un enfoque meramente normativo, proponiendo que la protección, el acompañamiento y la sensibilidad hacia el sufrimiento sean valores centrales en la interacción con los pacientes. Un médico no solo debe diagnosticar y tratar enfermedades, sino también comprender el miedo, la incertidumbre y la fragilidad que el paciente experimenta en cada fase de su atención.

Por otro lado, Joan Tronto (6), en *Moral Boundaries*, en 1993, expande la ética del cuidado hacia el plano político y social, argumentando que el cuidado es un acto profundamente ético y político. En un hospital, esto implica que las decisiones médicas no pueden tomarse al margen de la realidad de cada paciente: su historia, su entorno social y su familia son elementos que deben considerarse en la práctica médica. ¿Qué sucede cuando la medicina se vuelve exclusivamente técnica y pierde de vista el vínculo humano con el paciente? En muchos casos, la distancia entre el profesional de salud y el paciente crea un ambiente frío e impersonal, generando desconfianza y afectando la adherencia terapéutica.

Un ejemplo que ilustra este dilema es el trato hacia pacientes con enfermedades terminales. Mientras que algunos modelos médicos priorizan criterios de eficiencia y costo, la ética del cuidado enfatiza la importancia de la dignidad y la calidad

de vida en el proceso de atención. La pregunta que surge es: ¿es moralmente aceptable valorar exclusivamente el beneficio médico sin considerar el sufrimiento emocional del paciente y su familia? La respuesta desde la ética del buen cuidado es clara: el bienestar del paciente debe entenderse más allá de su cuadro clínico, abarcando su historia, emociones y relaciones.

Esta perspectiva también es relevante para el personal médico. Pellegrino y Thomasma (8), argumentan que la virtud en la práctica médica no se limita a la pericia técnica, sino que debe incluir valores como la compasión y la responsabilidad moral en el ejercicio clínico. Un médico agotado y deshumanizado difícilmente podrá ofrecer un cuidado genuino, lo que refuerza la necesidad de una ética que también proteja la integridad emocional de los profesionales de salud.

## **DESARROLLO**

### **APLICACIÓN EN EL CONTEXTO MÉDICO: RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE-FAMILIA**

#### *Paciente como sujeto de cuidado y no objeto de intervención*

La relación médico-paciente ha sido tradicionalmente concebida desde un paradigma biomédico, donde el paciente es visto como un receptor de intervenciones clínicas más que como un sujeto integral con historia, emociones y vulnerabilidad. ¿Es posible ofrecer una atención genuinamente ética sin considerar la dimensión humana del paciente en cada decisión? La ética del buen cuidado propone una alternativa a esta visión reduccionista, estableciendo un modelo en el que el paciente es un participante activo en su proceso de atención, en lugar de un objeto de tratamiento (1-5).

Desde esta perspectiva, la medicina no debe limitarse a la aplicación de protocolos técnicos, sino que debe integrar el acompañamiento y el compromiso afectivo, reconociendo que cada paciente enfrenta su enfermedad desde un contexto personal y social único. Como señala Gilligan (5), la moralidad basada en la responsabilidad relacional es esencial para la construcción de una atención médica centrada en la persona. Esto se traduce en tres principios fundamentales:

#### *Escucha activa más allá del diagnóstico:*

Comprender al paciente no es solo conocer su historial clínico, sino también atender sus inquietudes, temores y expectativas. En estudios sobre la adherencia terapéutica, se ha demostrado que la calidad de la comunicación médico-paciente influye directamente en los resultados clínicos y en la percepción de bienestar durante la hospitalización (7).

### ***Validación de emociones en momentos críticos:***

En situaciones de diagnóstico grave o procedimientos invasivos, el paciente atraviesa un proceso de adaptación psicológica que no puede ser ignorado. Tronto (6), enfatiza que el cuidado implica reconocer la fragilidad humana no como un obstáculo, sino como una base para la construcción de relaciones éticas.

### ***Transparencia en la comunicación sobre opciones de tratamiento:***

La información médica debe presentarse con un lenguaje claro y accesible, evitando la despersonalización que a menudo ocurre en entornos hospitalarios. Pellegrino y Thomasma (8), subrayan que el principio de autonomía del paciente debe incluir la capacidad real de entender y participar en decisiones médicas, y no solo el consentimiento formal.

El impacto de la ética del cuidado no solo se limita al bienestar del paciente, sino que también transforma la labor del profesional de salud, permitiéndole ejercer la medicina con mayor sentido de propósito. En última instancia, esta perspectiva plantea una pregunta clave para la práctica clínica: ¿Es suficiente conocer la enfermedad sin entender la experiencia de quien la padece? Si el objetivo es humanizar la medicina, el cuidado relacional debe convertirse en un principio central del ejercicio profesional.

## **Rol de la familia en el cuidado hospitalario**

La familia desempeña un papel fundamental en el proceso de atención médica, no solo como acompañante del paciente, sino como un actor clave en la toma de decisiones y en la estabilidad emocional durante la enfermedad. Sin embargo, en muchos modelos de atención, su rol es limitado, visto únicamente como un soporte secundario o un facilitador de procesos administrativos. ¿Es realmente posible concebir un cuidado integral sin la presencia activa de la familia en momentos críticos?

Desde la perspectiva de la ética del buen cuidado, la relación entre el equipo médico, el paciente y su familia debe construirse desde la colaboración y el respeto mutuo, reconociendo que los vínculos afectivos juegan un papel determinante en la recuperación y calidad de vida del paciente (6). En este sentido, se pueden distinguir tres dimensiones esenciales de la participación familiar:

### ***Toma de decisiones médicas respetando la autonomía del paciente:***

Aunque el principio de autonomía es fundamental en bioética, la ética del cuidado reconoce que las decisiones médicas no ocurren en un vacío individual.

El paciente, especialmente en situaciones de alta complejidad, puede necesitar el apoyo de su entorno afectivo para evaluar opciones terapéuticas y tomar decisiones informadas (1-5). En este contexto, el respeto por la voluntad del paciente debe coexistir con la posibilidad de diálogos éticos entre médicos y familiares, buscando siempre un equilibrio entre autonomía y acompañamiento moral (9).

### ***Contención emocional en enfermedades crónicas o terminales:***

Cuando un paciente enfrenta un diagnóstico grave, la presencia familiar no solo impacta su estado emocional, sino también su respuesta al tratamiento. Epstein y Street (10), en 2007, reportaron que pacientes con redes familiares activas presentan mayor estabilidad psicológica y adherencia terapéutica. La pregunta clave aquí es: ¿cómo puede el sistema hospitalario facilitar este acompañamiento sin que interfiera con la autonomía del paciente ni con la eficiencia médica? Una posible respuesta es promover espacios más flexibles para el contacto familiar, permitiendo que los hospitales sean entornos menos rígidos y más humanizados.

### ***Mediación de conflictos entre el equipo médico y el paciente:***

La incertidumbre, el estrés y la carga emocional de una enfermedad pueden generar tensiones en la comunicación entre médicos y pacientes. En muchos casos, los familiares actúan como mediadores al facilitar la comprensión del diagnóstico o al suavizar diferencias en la percepción del tratamiento (8). La ética del cuidado insta a que los hospitales integren mecanismos de comunicación más efectivos, donde la familia no sea vista como un obstáculo, sino como un recurso para mejorar la calidad del proceso médico (1-5, 9).

## **Estrategias de implementación en el ámbito hospitalario**

La ética del buen cuidado no puede quedar en el plano teórico; su verdadero impacto se encuentra en la capacidad de transformar la práctica médica cotidiana. En un entorno hospitalario, donde las decisiones clínicas a menudo se ven presionadas por tiempos reducidos y protocolos estrictos, ¿cómo puede la ética del cuidado convertirse en una realidad tangible? La respuesta radica en una reconfiguración estructural y cultural de la medicina, integrando el compromiso humano en cada interacción clínica (1-5).

La ética del buen cuidado debe traducirse en medidas concretas dentro de los hospitales, reforzando la formación moral del personal médico, la humanización de la atención y el fortalecimiento de la relación médico-paciente-familia. Morales Matute y col. (11), en 2021, reportaron Diversos estudios han demostrado que la ética del cuidado no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino también la

satisfacción laboral del equipo médico (Morales-Matute y col, en 2021, (11). Para garantizar su implementación efectiva.

Las siguientes estrategias no son solo recomendaciones, sino imperativos morales que deben guiar la evolución del sistema de salud hacia una práctica más ética, humana y normativa.

### **Capacitación en comunicación y empatía**

La comunicación empática es una herramienta esencial en el ejercicio médico, ya que influye directamente en la percepción del paciente sobre la calidad del cuidado. Se ha demostrado que médicos con entrenamiento en comunicación centrada en el paciente generan niveles más altos de confianza y adherencia al tratamiento (1-7, 10).

La comunicación es el puente entre el conocimiento técnico y la comprensión emocional del paciente. Un médico puede tener un diagnóstico impecable, pero si su comunicación es fría o distante, la efectividad del tratamiento y la confianza del paciente se ven comprometidas (4). La formación en escucha activa, empatía y lenguaje accesible debe convertirse en un pilar obligatorio en la educación médica.

Las estrategias clave y los programas de formación médica y asistencial, deben incluir:

- a. Talleres de habilidades comunicativas para el personal de salud, enfatizando la escucha activa, lenguaje comprensible y manejo de emociones.
- b. Simulaciones clínicas que permitan a los médicos desarrollar respuestas empáticas con capacitación en comunicación efectiva de noticias difíciles, asegurando que el proceso sea sensitivo, transparente y respetuoso, especialmente ejemplificando situaciones de crisis, mejorando la interacción con pacientes y familiares. Simulaciones clínicas centradas en la relación médico-paciente bajo programas de humanización médica que incluyan el estudio de narrativas de pacientes, permitiendo que los médicos comprendan la experiencia del enfermo más allá de su diagnóstico clínico, donde los profesionales entrenen no solo respuestas técnicas, sino también emocionales. (Pellegrino & Thomasma, 1993) (8, 9).
- c. Estudios de casos sobre ética del cuidado, integrando situaciones reales donde la humanización de la práctica médica ha resultado en una mejora significativa en la recuperación del paciente (10).

Un ejemplo exitoso es el modelo de atención de Cleveland Clinic, donde la formación en empatía ha demostrado mejoras en la adherencia al tratamiento y satisfacción del paciente, otra institución pionera en este enfoque es el Hospital John Hopkins, donde la formación en empatía ha demostrado un impacto positivo en la reducción de estrés hospitalario y en la percepción de calidad de atención (10).

### **Protocolos de acompañamiento humanizado**

El cuidado médico no puede ser concebido como un proceso exclusivamente clínico; debe integrar una dimensión afectiva que permita al paciente sentirse acompañado. De hecho, la percepción de soporte emocional por parte del personal médico y la familia influye directamente en la evolución de los tratamientos (10-13). La presencia de familiares no debe ser considerada una interferencia, sino un recurso terapéutico. Estudios publicados décadas atrás, han demostrado que la participación activa de la familia en el proceso de hospitalización reduce la ansiedad del paciente, mejora su respuesta inmunológica y fortalece la adherencia terapéutica (6).

Para garantizar que el entorno hospitalario refleje una ética del cuidado integral, se deben establecer:

1. Horarios flexibles de visita que permitan a los pacientes mantener el contacto cercano con sus seres queridos en momentos críticos, esta flexibilización de los protocolos de visita, asegura no solo que la familia pueda mantener contacto con el paciente en momentos difíciles, sino que se establezca una relación de consenso e integración entre el personal y los familiares.
2. Espacios de acompañamiento emocional, donde pacientes y familiares puedan expresar inquietudes sin barreras burocráticas y donde el paciente pueda expresar sus inquietudes con médicos y familiares.
3. Protocolos de intervención familiar en cuidados paliativos, asegurando que el paciente tenga derecho a vivir sus últimos días con apoyo afectivo.

El hospital Mount Sinai ha integrado estos principios en su programa de atención humanizada, generando una reducción del estrés hospitalario en un 32%, según informes clínicos recientes igualmente el Instituto Karolinska (14), en Suecia, ha implementado un modelo de atención basado en la ética del buen cuidado, logrando una mejora del 35 % en la calidad de vida percibida por los pacientes hospitalizados dado que equipos de investigación combinan herramientas de la psicología experimental, la neurobiología, la farmacología y la medicina clínica, produciendo conocimiento aplicado de alta calidad, así como, conciliar el modelo biomédico con una comprensión más amplia del sufrimiento psíquico, que

incorpore variables sociales, culturales y existenciales, en palabras simples, es un faro en el cruce entre la medicina, la psicología y la salud pública.

#### 4.- Creación de comités de bioética relacional:

Los dilemas éticos en medicina no pueden resolverse desde un enfoque aislado, sino que requieren una perspectiva multidisciplinaria donde se evalúe cada caso con sensibilidad y profundidad. Los comités de bioética relacional no deben limitarse a análisis normativos, sino que deben incluir la voz de los pacientes y sus familiares. Los dilemas éticos en medicina no pueden ser resueltos únicamente desde la normativa tradicional, sino que requieren un enfoque relacional y participativo que incluya la perspectiva del paciente y su familia (5).

#### **Las estrategias para fortalecer estos espacios incluyen:**

- A. Integración de pacientes y familiares en deliberaciones bioéticas, asegurando que las decisiones sean transparentes, participativas y sus preocupaciones sean consideradas en decisiones críticas.
- B. Desarrollo de protocolos éticos en situaciones de alta complejidad médica, garantizando que la atención no se reduzca a criterios técnicos, sino que sea equilibrada, inclusiva y considerada con la dignidad humana.
- C. Capacitación ética del personal médico y asistencial, enfatizando la responsabilidad relacional y el compromiso moral, promoviendo así una visión más humanística en el ejercicio médico.

#### **LA ÉTICA DEL BUEN CUIDADO COMO PILAR DE LA INTEGRIDAD MÉDICA**

La medicina no es solo una ciencia, sino una vocación moral, un compromiso inquebrantable con el bienestar del ser humano. Un médico no solo cura enfermedades, no es solo un técnico en enfermedades, sino un guardián de la dignidad humana, un profesional que debe ejercer la medicina con compromiso moral, sensibilidad ética y profunda empatía., sino que restaura esa dignidad, alivia el sufrimiento y acompaña la fragilidad de la vida misma. La ética del buen cuidado no es un concepto abstracto, sino la esencia que define la labor médica como un acto de respeto, empatía y entrega total, es el principio que debe impregnar cada decisión médica, no como una opción, sino como una obligación moral y normativa (1-6, 10-14).

Cada decisión en el ámbito hospitalario debe estar guiada por principios de justicia y humanidad, reconociendo que la verdadera excelencia en la práctica médica no reside únicamente en la destreza técnica, sino en la capacidad de ver

y tratar al paciente como un ser humano completo, con emociones, angustias y esperanzas. Un hospital no es solo un lugar de tratamiento, sino un espacio de confianza y restauración, donde el paciente debe sentir que está siendo atendido con compromiso genuino. La formación médica y la estructura hospitalaria deben adaptarse a esta visión, permitiendo que los profesionales de salud actúen desde un lugar de compasión y ética genuina (1-6).

La responsabilidad del profesional de la salud trasciende el cumplimiento normativo; implica una ética basada en la presencia real en cada interacción con el paciente. Cada palabra, cada gesto y cada decisión médica construyen la historia de cuidado que define el ejercicio profesional. En este sentido, la educación médica debe ser reformulada, no solo para formar expertos en diagnósticos, sino para cultivar médicos con una visión ética arraigada en la compasión y el respeto por la vida (8).

Las instituciones de salud tienen el deber de asegurar que sus estructuras operativas reflejen estos valores. La rigidez administrativa, la burocratización del cuidado y la deshumanización del trato deben ser reemplazadas por protocolos de atención centrados en la persona. No es suficiente que un médico sea técnicamente competente; su verdadera grandeza radica en su capacidad de cuidar con profundidad y autenticidad (6).

Un paciente no recuerda únicamente los procedimientos que recibe, sino la manera en que fue tratado durante su enfermedad. La medicina debe recuperar el alma del cuidado, el principio fundamental que hace que cada consulta, cada tratamiento y cada acompañamiento hospitalario sea un acto profundamente humano.

## **CONCLUSIONES**

La integridad en el campo de la medicina no se define solo por habilidades técnicas, sino también por el compromiso con la humanidad, el respeto a la dignidad y la capacidad para identificar en cada paciente un ser humano completo. Principalmente, la medicina es una expresión de amor que uno siente hacia el ser humano como un reflejo de su propia esencia.

La ética del buen cuidado es el principio rector que debe impregnar cada rincón del ejercicio médico. No como una opción, sino como la obligación moral de quienes dedican su vida a sanar y acompañar. No se trata solo de salvar vidas, sino de hacer que cada paciente se sienta valioso, escuchado y respetado hasta el último instante de su existencia.

El médico es más que un especialista en enfermedades. Es un custodio de la dignidad humana, un defensor del bienestar y un actor clave en la construcción de una sociedad más justa y compasiva. La medicina es, ante todo, un acto de amor al ser humano.

## REFERENCIAS

1. Gómez-Marín J, Robayo-Rodríguez Y, Cabrera-Lozada C. Aspectos bioéticos del uso de redes sociales en obstetricia y ginecología. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2023; 83 (4): 485-500. DOI: 10.51288/00830415.
2. Gómez J, Cabrera-Lozada C. Bioética en salud pública: propuesta de la digievolución. *Digievolución. Gac Méd Caracas* 2023;131(2): 434-48. DOI: 10.47307/GMC.2023.131.2.21.
3. Gómez J, Cabrera-Lozada C, Cabrera-Figallo C, Robayo Y, Faneite P. Bioética latinoamericana en salud pública. En: Nézer de Landaeta I, Sorgi Venturoni M, editores. *Colección Razetti. Volumen XXVII*. Caracas: Editorial Ateproca; 2023.p.139-77. DOI:10.59542/CRANM.2023.XXVII.9.
4. Gómez J, Cabrera C; Grupo de Especialistas “Red Covid-19 y Gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2020; 80 (Sup1): S56 - S69.
5. Gilligan C. In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development. Cambridge: Harvard University Press [Internet]; 1982 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/275714106\\_In\\_A\\_Different\\_Voice\\_Psychological\\_Theory\\_and\\_Women’s\\_Development/citation/download](https://www.researchgate.net/publication/275714106_In_A_Different_Voice_Psychological_Theory_and_Women’s_Development/citation/download).
6. Tronto J. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. London, United Kingdom: Routledge [Internet]; 1993 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/moralboundariesp0000tron>.
7. Ruddick S. *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press [Internet]; 1989 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://archive.org/details/maternalthinking0000rudd>.
8. Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. New York (NY): Oxford University Press; 1993.
9. Noddings N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley (CA): University of California Press; 1984.

10. Epstein RM, Street RL. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. *PsycEXTRA Dataset*. 2007; DOI: 10.1037/E481972008-001.
11. Morales-Matute MG, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA. Conducta ética del profesional de enfermería en el cuidado directo al paciente hospitalizado: Revisión sistemática. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2021; 40(3): 264-73. DOI: 10.5281/zenodo.5039424.
12. Yáñez-Flores K, Rivas-Riveros E, Campillay-Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montevideo)* [Internet]. 2021; 10(1): 3-17. DOI:10.22235/ech.v10i1.2124.
13. Rodríguez-Abrahantes TN, Rodríguez-Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2018 [consultado 10 de julio de 2025]; 34(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192018000300017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192018000300017&lng=es). Epub 01-Sep-2018.
14. Psiconetwork.com [Internet]. Instituto Karolinska: neurociencia, salud mental y psicología médica desde Suecia. Santiago de Chile, Chile: Psiconetwork [Internet]; 2025 [consultado 10 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.psiconetwork.com/instituto-karolinska-neurociencia-salud-mental-y-psicologia-medica-desde-suecia/>.