

Elementos éticos del cuidado en enfermería como medio para lograr prácticas de excelencia

Claudia del Socorro Villanueva-Sáenz¹
Luz Ma. Guadalupe Pichardo-García²

¹ Escuela de Medicina.

² Centro Interdisciplinario de Bioética.

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Panamericana.

RESUMEN

Antecedentes: el cuidado en enfermería tiene una fuerte connotación ética reflejada en los atributos que implica su ejercicio profesional y que no siempre son tomados en cuenta. Gilligan y Noddings afirman que este cuidado es más propio de la mujer (aunque los hombres también lo practican). Alvarado habla del cuidado como la actitud solícita ante las necesidades de nuestros semejantes. Tronto establece cuatro dimensiones del cuidado y sus elementos éticos correspondientes. González aporta el fundamento antropológico de estas dimensiones.

Objetivo: conocer si en la práctica los profesionales de enfermería utilizan los “elementos éticos del cuidado” de Tronto y González: atención, responsabilidad, competencia y respuesta como un medio cierto para aspirar a la excelencia.

Materiales y método: diseño cualitativo, descriptivo, transversal, con grupos focales de enfermeros de instituciones de salud en la Ciudad de México, mediante muestreo intencional y análisis situacional.

Resultados: las encuestas arrojaron que existe una experiencia, principalmente implícita, en los profesionales de enfermería encuestados, acerca de la presencia e integración de los cuatro elementos éticos del cuidado en su práctica diaria. Muchos de ellos los incorporan de hecho, como fundamento de su actuar, sin ser conscientes de ello.

Conclusiones: este es el primer intento en México de diagnosticar las áreas en las que debe reforzarse el elemento ético en la práctica de la enfermería. No se trata de aspectos administrativos o técnicos sino de que las dimensiones éticas del cuidado en salud estén implicadas en el ejercicio de la profesión.

Palabras clave: enfermería, ética del cuidado, excelencia, profesionalización.

Ethical elements of care in nursing to achieve practice excellence

ABSTRACT

Background: Nursing care has a strong ethical connotation reflected in the attributes living within its professional practice, which are not always taken in account. Gilligan and Noddings say that the taking care is more of women endeavor (although men also practice it). Alvarado refers to

Recibido: 5 de febrero 2015

Aceptado: 23 junio 2015

Correspondencia: Claudia del Socorro Villanueva Sáenz
Donatello 59
CP 03920, México, Distrito Federal
cvillanuevas@up.edu.mx

Este artículo debe citarse como

Villanueva-Sáenz CS, Pichardo-García LMG. Elementos éticos del cuidado en enfermería como medio para lograr prácticas de excelencia. Rev Esp Med Quir 2015;20:284-293.

care as caring attitude towards the needs of others. Tronto establishes four care dimensions as well as their corresponding ethical elements. Gonzalez provides the philosophical foundation for those dimensions.

Objective: To know if in practice nursing professionals use Tronto and Gonzalez' care ethical elements: attentiveness, responsibility, competence and responsiveness, as the means to accomplish excellence.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive qualitative design. Focus groups formed by nurses from health institutions in Mexico City, through purposeful sampling and situational analysis.

Results: Surveys showed that nursing professionals implicitly follow Tronto and Gonzalez' ethical elements, even though they are not consciously aware of doing so. Many of them even practice them as a fundament in their everyday labor.

Conclusions: The present study is a first intent to diagnose the areas which need to be reinforced in Mexico's nursing professionals. It is not intended to address technical or administrative issues. Its goal is to make sure ethical dimensions in health care are part of the everyday related work.

Keywords: Nursing, Care Ethics, Excellence, Professionalism.

INTRODUCCIÓN

Un profesional de enfermería necesariamente ha de orientarse hacia un cuidado ético personalizado y profesional.¹ La ética es una dimensión intrínseca a toda actividad humana, cuya importancia es fundamentalmente práctica: como señala Heidegger "es un saber para la vida".^{2,3} También se entiende el comportamiento ético como "el esfuerzo por optimizar nuestra conducta y esa optimización la logramos o la malogramos en los campos del equilibrio personal y del equilibrio social".⁴ En las profesiones de la salud, de modo particular en la enfermería, dada la cercanía al paciente, es indispensable tener un referente ético cierto y claro que oriente e impulse "los complejos resortes de la conducta humana: el placer, el deber, la libertad de la inteligencia",⁵ la parte afectiva, la interrelación social, entre otros. Es conveniente señalar que existen diferencias relevantes entre ética y moral,

tal como se entienden en la actualidad y que inciden especialmente en el ambiente médico. La palabra moral viene de *moris*: costumbre y se asocia principalmente con un conjunto de hábitos aprendidos y vividos dentro de un contexto cultural y social. La ética, en cambio, es una ciencia filosófica práctica, que encuentra de manera reflexiva "las soluciones a los grandes problemas del vivir y por eso es el modo más inteligente de ser inteligente".⁶ Su contenido no se considera relativo sino efectivo y aplicable de manera universal (en muchas ocasiones se utilizan indistintamente los conceptos de ética y moral). El deontologismo toma como base las orientaciones del actuar ético y moral haciendo énfasis en el valor de la norma. Pellegrino y Thomasma⁷ no han dejado de insistir en que puede vivirse una ética basada en los derechos o en los deberes. Sin embargo, el mero deber no es suficiente para garantizar la eficacia ética del actuar del hombre. Es imprescindible, además

de las disposiciones expresadas en códigos y normatividades, lograr que el profesional asuma la actitud éticamente correcta.

En la actualidad se relaciona la profesionalidad con las aptitudes y la competencia científica y técnica, pero no se toma en cuenta el compromiso y la responsabilidad ética en el desempeño de la actividad que se realiza; se piensa más en los resultados. Es necesario recuperar el complemento ético.⁸ Siempre lo ha sido y es todavía más apremiante hoy por hoy, con el abanico de posibilidades que ofrece el avance tecnocientífico. Se precisa la ética como un saber que oriente y ayude a distinguir lo correcto. “La esencia de la técnica no es algo ‘técnico’ si no que hunde sus raíces en la antropología y en última instancia en la metafísica”.⁹ No se trata de simple intuición, ni de emotividad, tampoco de seguir una serie de reglas o principios. Se ha de contar con el elemento racional y, a la vez, el discernimiento moral.¹⁰ Bernard lo definió: “un problema ético-clínico como una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a los valores o principios que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace”.¹¹ Sin embargo, en el momento de aplicar los principios no siempre son tan obvios. Una doble moral ha caracterizado los últimos tres siglos de pensamiento, un rompimiento del mundo en hechos y deberes, lo cual se encuentra en la base del moderno aislamiento de “lo moral” como un hecho privado de conciencia:¹² lo que sucede como profesional es independiente de mi vida personal. Esto afecta ciertamente las profesiones de salud. La enfermería trata a individuos concretos, por lo que no es suficiente la aplicación universal de unas normas o procedimientos preestablecidos, sino que requiere de una atención especial de acuerdo con cada biografía personal y con el entorno de cada paciente.¹³ La ciencia ética puede apreciar cómo el bien hu-

mano está en juego en cada acto médico.¹⁴ Esto se manifiesta en el quehacer diario del enfermero¹⁵ y constituye las dimensiones de su labor de cuidado. Cuando es ejercido en plenitud supone la excelencia profesional. La palabra *excelencia* procede del vocablo latino *excelsus*, *ex* (fuera de) *celsus* (elevado o superior): aquello que esta fuera, o por encima de, lo más elevado.¹⁶ Pero la excelencia no es sinónimo de perfección, la excelencia es dinamismo, es búsqueda de lo mejor, de lo óptimo. Aristóteles afirmaba que al concepto excelencia no se le puede añadir ni quitar nada, porque tanto el defecto como el exceso destruyen la perfección.¹⁷ La excelencia es la práctica continua e inacabable de las virtudes intelectuales y morales. “La virtud es un hábito electivo que consiste en un término medio relativo a nosotros, determinado por la razón tal como decidiría el hombre prudente”,¹⁸ siendo la prudencia, de acuerdo con Aristóteles: “una virtud que permite descubrir el bien presente en una acción a realizar”.¹⁹ Es la virtud intelectual del obrar humano, no sólo en el sentido de obrar bien sino de llegar a ser bueno por medio del obrar, pues ayudará a encontrar los mejores bienes humanos en relación con la acción.

Excelencia en enfermería

En cualquier contexto, pero especialmente en el médico o de la salud, la excelencia no depende exclusivamente de la pericia (lo correcto), ni de la delicadeza (lo bueno). Ambas acciones son necesarias, para ser virtuosas; sin embargo han de estar ligadas a la ejemplaridad, a la perfección moral, es decir a la excelencia.²⁰ De ahí la importancia de determinar cuáles dimensiones éticas tienen mayor peso en esta profesión. A finales del siglo XX se han presentado diferentes posturas alrededor de la actitud ante el enfermo de parte del profesional de enfermería. Primero entendido como servicio, prácticamente desinteresado y humanitario, y exclusivo del sexo femenino. Entre quienes han aportado al tema

se encuentran Gilligan²¹ (quien encontró que el papel de la mujer estaba más orientado al cuidado y a la atención); Noddings;²² quien afirma que la capacidad de discernir y remediar los problemas de otros es propia de la mujer; Alvarado²³ establece como esencial en el cuidado, independientemente del sexo, la actitud solícita hacia las necesidades de nuestros semejantes; Tronto,²⁴⁻²⁶ después de años de estudio y análisis sociológico, resume en cuatro dimensiones la esencia del cuidado y las relaciona con unos elementos éticos correlativos que equivaldrían a las virtudes: percepción (*care about*); responsabilidad (*care for*); competencia (*care giving*) y respuesta (*care receiving*) Figura 1. González²⁷ es quien aporta la información más actualizada (en su libro sobre las profesiones del cuidado, 2014)²⁸ acerca del fundamento antropológico-filosófico de lo propuesto por Tronto:²⁹ percibir necesidades y asumirlas (*care for*) y enseguida resolverlas con competencia (*care about*).

El profesional de enfermería, partiendo de la condición de desigualdad enfermero-paciente,³⁰ percibe la vulnerabilidad de manera concreta y

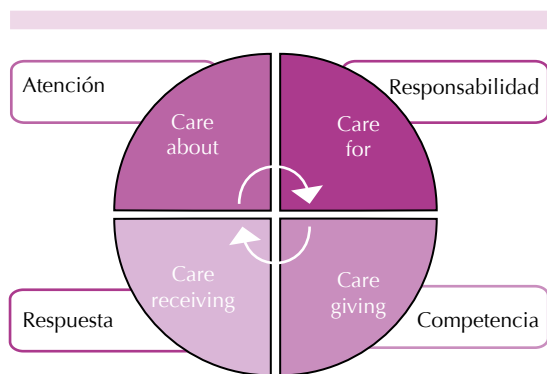


Figura 1. Dimensiones y elementos del cuidado según Tronto. Las unidades centrales son las dimensiones: *care about* significa percibir la necesidad; *care for*: asumirla; *care giving*: proporcionar la atención; *care receiving*: la respuesta tanto del paciente como del profesional. Los elementos periféricos son las virtudes correspondientes.

procura remediarla. El cuidado en enfermería ha de realizarse a través del ejercicio de virtudes. La virtud actúa buscando en todo momento la excelencia tanto en lo intelectual como en lo moral. Aristóteles³¹ asocia el término *virtud* con el término *excelencia*.

Hay una carencia lamentable de profesionales competentes, dedicados al cuidado. “El cuidado es actualmente un bien escaso, precioso y mal distribuido”.³² El cuidado ha de ser, tal como indica Heidegger, lo que define al ser humano. La crisis actual en la ética del cuidado requiere una toma de conciencia profunda y una reflexión seria. El cuidado es mucho más que la ejecución de determinadas técnicas y procedimientos. Precisa “un método adecuado y una racionalización profunda”.³³

El objetivo de este estudio es conocer si, en la práctica, los profesionales de enfermería que trabajan en instituciones de salud de la Ciudad de México integran los elementos éticos del cuidado (virtudes) de Tronto y González: atención, responsabilidad, competencia y respuesta, como un medio cierto para aspirar a la excelencia.

METODOLOGÍA

Diseño cualitativo, descriptivo, transversal.³⁴ Se realizaron siete grupos focales³⁵ a partir de febrero y hasta mayo del 2014. Estuvieron integrados por enfermeros que trabajan en instituciones de tercer nivel de los sectores público y privado de la Ciudad de México. El diseño se presenta en el Cuadro 1. El muestreo fue intencional.³⁶ Los participantes fueron elegidos por conveniencia (instituciones cercanas y sin problemas de acceso). Se convocó a los participantes a través de invitaciones personales, fuera de sus instituciones.

Criterios de inclusión: enfermeros trabajando actualmente. En su mayoría con estudios de licenciatura terminados, aunque se aceptaron

también algunos de nivel técnico; con al menos dos años de experiencia y que desearan participar voluntariamente.

Criterios de exclusión: enfermeros que no estuvieran trabajando; con menos de dos años de experiencia o que no desearan participar.

La información obtenida se trabajó por medio de análisis situacional y teoría fundamentada.³⁷ El total de los participantes fue 47. No se establecieron criterios de eliminación.

Diseño del estudio

En el Cuadro 1 se muestra el diseño de los grupos focales conforme a las variables utilizadas: tipo de institución, edad promedio, experiencia promedio. Se les explicaron los objetivos y la importancia de su colaboración para el desarrollo del estudio. Se les hizo saber que su participación era anónima y que podían retirarse cuando quisieran. Enseguida se solicitó permiso a los asistentes para grabar la sesión y así garantizar la fidelidad en el análisis de los temas tratados. Las grabaciones fueron transcritas y después analizadas rigurosamente mediante la teoría fundamentada.³⁸

RESULTADOS

La muestra se integró con siete grupos focales. Su conformación se muestra en el Cuadro 2. La mayoría de los participantes fueron del sexo

femenino (87.5%). La edad promedio fue 34 años. El promedio de años de experiencia fue 11.7 (Figuras 2 y 3, Cuadro 3). Los hallazgos más relevantes fueron: diferencias de perspectiva en casi todos los tópicos entre los enfermeros jóvenes y con menor experiencia y los de mayor experiencia; en especial los jóvenes hicieron hincapié en relación a cuestiones más teóricas como el cuidado “integral” del paciente y la relación de confianza con él; los mayores se centraron en problemas generados por la estructura del Sistema de Salud: en específico el alto número de pacientes que atienden por turno. Todos coinciden en la importancia de comportarse con ética y desarrollar habilidades para acercarse de manera individual a las necesidades de la persona y no de cualquier manera, sino con sentido de responsabilidad, tratándole de manera positiva, amable, identificándose con el enfermo. Los mejores argumentos y los más realistas fueron de los que tienen mayor experiencia. En especial valoran la retroalimentación por parte del hospital y del paciente.

El primer elemento: la percepción o atención, requiere un *don*; lo detectamos, porque uno se da cuenta, a veces (de lo que necesita), sólo con la mirada del paciente” (GF2). Advertir las necesidades es el primer paso.

El segundo elemento es la responsabilidad de resolverlas. En sus propias palabras: “la vida del paciente está en mis manos” (GF1). Asumir el compromiso ético de responder a las necesidades particulares del enfermo requiere un arduo aprendizaje. “...sé que hice todo con base en los procedimientos correctos y los principios científicos porque lo veo reflejado en la recuperación de mis pacientes” (GF3).

El tercer elemento: la competencia asumida de manera personal mejora considerablemente el ánimo del enfermo y favorece en alguna medida su convalecencia física. La clave, de acuerdo con

Cuadro 1. Diseño experimental de los grupos focales

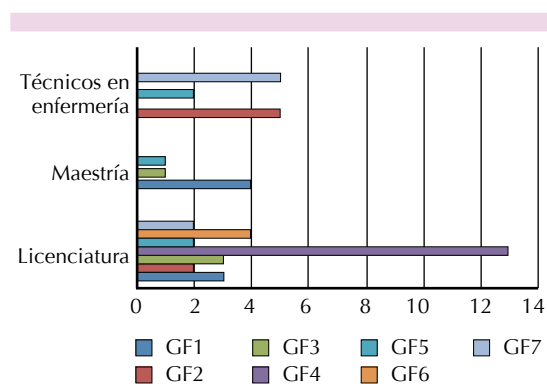
Variables utilizadas	Grupos 1-3	Grupo 4	Grupos 5-7
Tipo de institución	Pública	Mixto*	Privada
Edad promedio (años)	42	26.7	27.3
Experiencia promedio (años)	19	6.5	6.3
Rango de edad (años)	25-55	25-40	22-40

* Participantes de instituciones públicas y privadas.

Cuadro 2. Características demográficas de los asistentes de acuerdo con el diseño de los grupos focales

Grupo focal	Sector	Número de asistentes	Duración	Mujeres	Hombres	Edad promedio (años)	Experiencia promedio (años)
1	Público	7	1 h 10'	7	0	46.14	22.4
2	Público	7	1 h 11'	6	1	38	16.14
3	Público	4	51'	3	1	42.25	18.15
4	Mixto*	13	1 h 30'	12	1	29.69	6.53
5	Privado	5	1 h 6'	5	0	28.25	4.75
6	Privado	4	54'	4	0	24.75	2.5
7	Privado	7	1 h 52'	7	0	28.85	11.57
Totales		47		44	3	34	11.7

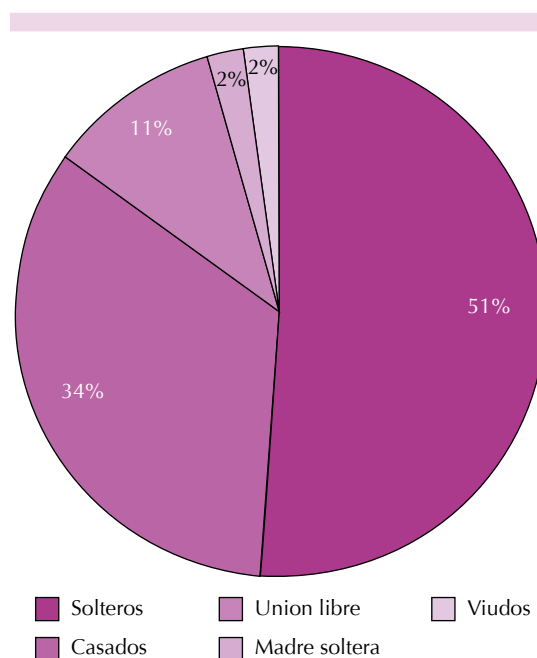
* Mixto: públicos y privados.

**Figura 2A.** Nivel de estudios de los participantes en los grupos focales.

la experiencia, es que el enfermo no perciba un ambiente hostil ni amenazante, sino de ayuda y confianza similar al que tendría en su hogar, con sus seres queridos.

El cuarto elemento: la respuesta es el resultado final de la atención. Es ahí donde se manifiesta si el acto de cuidado ha sido bien realizado, completo, coordinado, excelente. Se manifiesta corporal, psicológica, afectiva, familiar y socialmente.

El profesional de enfermería habitualmente se da cuenta de que su tarea es proporcionar un "bien" de manera excelente a la persona do-

**Figura 2B.** Estado civil de los participantes en los grupos focales.

liente, con lo que obtiene satisfacción y crece como ser humano.

Es importante recordar que en investigación cualitativa la visión y perspectiva de los investigadores y su participación como moderadores

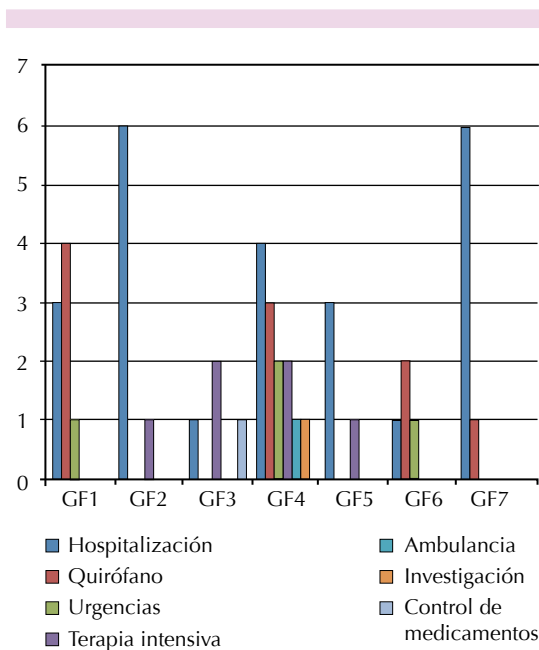


Figura 3. Especialidades a las que están adscritos los enfermeros participantes de los grupos focales.

son parte del estudio. Tienen relevancia en el momento de interpretar los resultados.

DISCUSIÓN

Se encontró que existe una experiencia, principalmente implícita, en los profesionales de enfermería encuestados, acerca de la presencia e integración de los cuatro elementos éticos del cuidado en su práctica diaria. Muchos de ellos los utilizan como fundamento de su actuar sin ser conscientes de ello. Otros carecen de conocimientos suficientes (teóricos y prácticos) de los elementos *atención, responsabilidad, competencia y respuesta* propuestos en el estudio, independientemente, por Tronto³⁹ y González.⁴⁰ Esto se refleja en carencias patentes que conviene dirigir y resolver a la brevedad. Implica trabajar seriamente en un modelo que genere una capacitación de experticia en estos elementos. Este es el primer estudio en México que explora estas dimensiones directamente en

Cuadro 3. Tópicos más mencionados en los grupos focales

Tópicos	GF1	GF2	GF3	GF4	GF5	GF6	GF7
Empatía*	12	7	6	13	10	12	6
Sentido de humanidad	5	15	5	10	9	8	11
Experiencia	10	4	0	0	3	3	2
Preparación profesional	12	5	0	4	6	0	0
Problemas del sistema de salud pública	10	9	4	0	0	0	0
Escuchar	8	5	3	6	3	6	8
Confianza del enfermero al paciente	0	0	4	16	2	12	8
Explicar al paciente	6	0	0	4	4	5	3
Atención/percepción de necesidades	7	4	0	4	9	6	9
Agradecimiento/respuesta	4	8	10	0	3	0	3
Trabajo en equipo	0	7	4	7	13	4	3
Conocimiento del padecimiento	0	4	3	7	15	2	0
Demanda por parte del paciente	3	0	5	8	4	2	8
Responsabilidad	4	4	7	0	3	7	8
Cuidado integral del paciente	0	0	4	0	7	6	8
Actitud positiva/amabilidad	12	17	6	7	0	0	0
Servicio	0	0	0	0	5	3	2
Vocación	1	4	0	0	6	5	0

* Identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.¹⁷

los enfermeros. Cubre no sólo aspectos técnicos clínicos sino, esencialmente, la ética de su desempeño, considerando al paciente con base en su biografía personal,⁴¹ conduciendo también al enfermero a superar el dualismo alarmante que señala González⁴² y que separa su actuar profesional de su vida personal. El vivir los elementos del cuidado favorece no sólo al paciente, sino principalmente al enfermero haciéndole crecer en todos los aspectos.

Por otro lado, la relación que tienen los elementos éticos del cuidado con la excelencia en los enfermeros mostró ser, en cierto modo, evidente. La empatía, el sentido humano, la experiencia, la preparación profesional, la capacidad de escuchar, la identificación moral y afectiva entre el enfermero y el paciente constituyen rasgos significativos de un proceso que conduce a tender a la perfección, a la plenitud; es decir a la excelencia profesional. En este sentido la excelencia es dinamismo, es búsqueda de lo mejor, de lo óptimo en cada caso particular. Implica siempre un aprendizaje.

El profesional de enfermería no debe contentarse sólo con no hacer daño, con evitar siempre la ignorancia, la impericia, la imprudencia o la negligencia, sino que debe esmerarse en tener conocimiento, pericia, prudencia, diligencia, competencia técnica e intelectual, empatía, compasión, cercanía, receptividad, delicadeza, que implican en su conjunto la excelencia.

Las diferencias encontradas entre los enfermeros con mayor y menor experiencia (que coinciden en instituciones públicas y privadas) reflejan que enfrentan distintos retos debido a las diversas condiciones y demanda de atención.

El estudio tiene algunas fortalezas, ya que el diseño de estudio fue el adecuado y se partió de la experiencia directa de los enfermeros. La consideración de los elementos éticos del cuidado plantea importantes pautas a seguir para invo-

lucrar directamente la ética en los modelos de enfermería, además de la parte administrativa y de calidad, habitualmente incluida. Sin embargo, no se pueden hacer comparaciones ya que no se han evaluado las dimensiones éticas del cuidado propuestas en México. No se tuvo la perspectiva del paciente, que brindaría una visión complementaria. Sería más preciso enfocarse primero a la población de nivel licenciatura y posgrado debido a que existen diferencias muy importantes en el nivel de conocimientos, competencias intelectuales y visión de conjunto.

CONCLUSIONES

Este estudio es un primer intento en México de diagnosticar las áreas en las que debe reforzarse la parte ética en el actuar del enfermero. No se trata de aspectos administrativos o de calidad, desde el punto de vista técnico, sino de las dimensiones éticas del cuidado en salud basadas en la idea de excelencia. Algunas recomendaciones finales para coleccionar datos que configuren un modelo adecuado incluirían:

1. El enfermero debe ser consciente de la condición de desigualdad con el enfermo: asumir y aportar lo que el paciente necesita. Una vez que comprende esas necesidades concretas (bienes a adquirir o males a solucionar) pasa a hacerse responsable de resolverlos. Es muy conveniente reforzar esta capacidad de compromiso a través de los años, ya que no es una tendencia natural o emocional sino que demanda la atención, la escucha, el conocimiento, la experiencia.
2. La calidad en las técnicas y procedimientos terapéuticos y paliativos que utiliza el enfermero "se caracterizan por no ser, en principio, más que medios al servicio de la consecución de determinados fines",⁴³ el fin es el bienestar integral del paciente. Se requiere la práctica habitual de los

actos de cuidado que integran la competencia profesional excelente.⁴⁴

3. El cuidado competente implica siempre una relación interpersonal cercana en la que se crean lazos emocionales y afectivos, naturales o intencionales.⁴⁵ Éstos no se deben evitar, por el contrario, enriquecen enormemente la actitud de cuidado.
4. La respuesta es el resultado final del cuidado. Por un lado es la mejoría y respuesta clínica del enfermo, sea positiva o no. Por otro lado las muestras de agradecimiento, tanto del paciente como de los familiares, constituyen una parte relevante de la respuesta: saber que están haciendo su trabajo de manera correcta.

Finalmente, en el Anexo 1 se ofrece un ejemplo de encuesta que abarca las dimensiones éticas esenciales del cuidado.

REFERENCIAS

1. González AM. En busca de la naturaleza perdida, estudios de bioética fundamental. España: EUNSA; 2000
2. Heidegger M. La questione della tecnica. En id. Saggi e discorsi, a cargo de Vattimo G. Murcia: Milán; 1991
3. Heidegger, Martin. El Ser y el tiempo. México: FCE, 1962.
4. Ayllón JR. Desfile de modelos. 5ª ed. Madrid: RIALP; 2002.
5. Ayllón JR. Desfile de modelos. 5ª ed. Madrid: RIALP; 2002.
6. Ayllón JR. Desfile de modelos. 5ª ed. Madrid: RIALP; 2002.
7. González AM. En busca de la naturaleza perdida, estudios de bioética fundamental. España: EUNSA; 2000
8. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Chile: LOM Ediciones; 2000. p. 35-52
9. Heidegger M. La questione della tecnica. En id. Saggi e discorsi, a cargo de Vattimo G. Murcia: Milán; 1991
10. González AM. En busca de la naturaleza perdida, estudios de bioética fundamental. España: EUNSA; 2000
11. Taboada P, R López, Flavio Nervi, Manual de medicina Paliativa. Ed. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2006
12. González AM. Ética y Moral. Origen de una diferencia conceptual y su trascendencia en el debate ético contemporáneo. An Fil 2000;(33):797-832.
13. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Chile: LOM Ediciones; 2000. p. 35-52
14. González AM. Claves éticas para la bioética. Cuad. de Bioética. 2001;XII(46):305-320.
15. Con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por utilizar el clásico masculino genérico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a todos/as, hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos. Organización Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009. Disponible en URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_111376.pdf
16. RAE.
17. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: GREDOS; 1985.
18. Rhonheimer M. La perspectiva de la moral. 2ª edición. Madrid: RIALP. 1999
19. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Gredos; 1985.
20. Camps V. la excelencia en las profesiones sanitarias. Humanitas Humanidades Médicas, tema del mes on line. Barcelona. 2007; No.21. Disponible en URL: <http://www.fundacionmhm.org/tema0721/articulo>
21. Gilligan C. In a different voice. USA: Harvard University Press; 1982.
22. Noddings N. Caring a feminine approach to morality ad moral education. Berkeley: University of California Press; 1984.
23. Alvarado A. La ética del Cuidado. Aquichan: 2004, 4(4) p. 30-34.
24. Tronto J. The Challenges of Medical Care in a Caring Democracy. Virtual Conference. 2008. Disponible en URL: <http://www.youtube.com/watch?v=91g5ivWDhqq>
25. Tronto J. Moral Boundaries. A political Argument for an ethics of care. London: 1994.
26. Kohlen H. Conflicts of care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany. Alemania: Campus Verlag; 2009.
27. González AM. Claves éticas para la bioética. Cuad. de Bioética. 2001;XII(46):305-320.
28. González AM, Craig Iffland. The challenges of "Care". In Care professions and globalization. Theretical and practical perspectives. United Kingdom: Palgrave and MacMillan: 2014.
29. Tronto J. Moral Boundaries. A political Argument for an ethics of care. London: 1994.
30. González AM. Ética y Moral. Origen de una diferencia conceptual y su trascendencia en el debate ético contemporáneo. An Fil 2000;(33):797-832.
31. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Gredos; 1985.
32. González AM. Claves éticas para la bioética. Cuad. de Bioética. 2001;XII(46):305-320.

33. Fernández E. Crítica filosófica del posthumanismo: Gabriel Marcel. En: Ballesteros J, Fernández E. Bioetnología y posthumanismo. Navarra: Aranzadi; 2007. p. 81-108.
34. Creswell JW, Plano VL. Designing and conducting mixed methods research. USA: SAGE Publications; 2007.
35. Krueger R, Casey M. Focus Groups. A practical guide for applied research. USA: SAGE Publications, Inc; 2009.
36. Kerlinger F, Lee HB. Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. 4ª ed. México: McGraw Hill Interamericana. 2002. p. 541-543.
37. Clarke A. Situational Analysis. Grounded theory after the postmodern turn. USA: SAGE Publications; 2005.
38. Clarke A. Situational Analysis. Grounded theory after the postmodern turn. USA: SAGE Publications; 2005.
39. Tronto J. Does managing professionals affect professional ethic? Competence, Autonomy and Care. In DesAutels. P, J. Waugh, ed. Feminists Doing Ethics. Canada: Lanham; 2001. p. 187-202.
40. González AM, Craig Iffland. The challenges of "Care". In Care professions and globalization. Theretical and practical perspectives. United Kingdom: Palgrave and MacMillan; 2014.
41. Gracia D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Chile: LOM Ediciones; 2000. p. 35-52.
42. González AM. Ética y Moral. Origen de una diferencia conceptual y su trascendencia en el debate ético contemporáneo. An Fil 2000;(33):797-832.
43. Viola F. La defensa de la persona humana en la era tecnológica. En: Ballesteros J, Fernández E. Bioetnología y posthumanismo. Navarra: Aranzadi; 2007. p. 47-62.
44. González AM. Ética y Moral. Origen de una diferencia conceptual y su trascendencia en el debate ético contemporáneo. An. Fil. 2000;(33):797-832.
45. González AM. Ética y Moral. Origen de una diferencia conceptual y su trascendencia en el debate ético contemporáneo. An. Fil. 2000;(33):797-832.

ANEXO

ANEXO 1

Señala cuál respuesta refleja mejor tu situación en el trabajo como enfermero:

1. ¿Eres consciente de que el enfermo está en una condición de desigualdad en relación a ti?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
2. ¿Te es fácil asumir la tarea de resolver las necesidades que detectas?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
3. ¿Tienes la necesidad del esfuerzo personal constante para descubrir lo que el enfermo necesita?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
4. ¿Procuras crear un ambiente de confianza en el que el paciente se sienta como en su casa?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
5. ¿Te das cuenta que debes adoptar una actitud humana de respeto y cercanía con el enfermo?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
6. ¿Realizas tus procedimientos con el conocimiento técnico y científico más conveniente?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
7. ¿Tomas tus decisiones en el trabajo considerando primero el bien objetivo del paciente?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()
8. ¿Es motivo de satisfacción en tu trabajo detectar la mejoría de tu paciente o en su caso saber que, si no hay curación, está teniendo los cuidados paliativos oportunos?
Siempre () Habitualmente () A veces () Casi nunca () Nunca ()