



CUIDAR DE OTROS: RETORNO A UNA NOCIÓN BÁSICA PARA LA MEDICINA ACTUAL

CARING FOR OTHERS: A RETURN TO A BASIC NOTION FOR THE CURRENT MEDICINE

PATRICIA OLIVARES OSORIO

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Dirección: Walker Martínez 505, La Florida, Santiago-Chile. Teléfono: +56934682398

E-mail: pcolivar@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:

Cuidado, cuidado centrado en el paciente, ética del cuidado, cuidado integral de la persona.

Recibido: 18/07/2021

Aceptado: 27/09/2021

La medicina actual es un campo de tensiones permanentes: entre las estructuras y los individuos, entre las políticas públicas y la atención individualizada de los pacientes, y entre estos y sus terapeutas. En el presente artículo se reflexiona acerca de la noción de *cuidado* como una forma de regresar la problemática de las profesiones relacionadas con la salud a uno de sus conceptos fundamentales. Con esta finalidad, se investigó en la literatura médica para recuperar los términos en los que se discute acerca del cuidado en la medicina actual. A partir de los hallazgos realizados, se detallan tres paradigmas o constructos referidos a la noción de cuidado: a) *Patient Centered Care*, b) la ética del cuidado, y c) la idea del *Whole Person Care*. Aun con las notables diferencias entre estos constructos es posible rescatar el marco del cuidado: el bien objetivo del paciente. Así, se desarrolla una propuesta de reflexión sobre el cuidar de otros sustentada en el concepto de *bien objetivo para la persona* proveniente del pensamiento del filósofo Dietrich von Hildebrand.

ABSTRACT:

Keywords:

Care, Patient Centered Care, ethics of care, Whole Person Care.

Medicine today is a field of permanent tensions: between structures and individuals, between public policies and individualised patient care, and between patients and their therapists. This article reflects on the notion of care as a way of resolving the problems encountered by health professions by considering one of their fundamental concepts. For this purpose, research was carried out in the medical literature in order to understand the definitions in which care is discussed in current medicine. Based on the findings, three paradigms or constructs related to the notion of care are detailed: a) Patient Centered Care, b) the ethics of care, and c) the idea of Whole Person Care. Even with the notable differences between these constructs, it is possible to rescue the framework of care: the objective being for the good of the patient. Thus, a proposal for the reflection on caring for others is developed, based on what is the concept of "objective good for the person" in accordance with the thinking of the philosopher Dietrich von Hildebrand.

1. Introducción

En 1926, el profesor Francis W. Peabody leyó en la Facultad de Medicina de Harvard un ensayo publicado en 1927 por la revista JAMA. Se trata de uno de los artículos más referenciados de dicha revista y lleva por título "The Care of the Patient". El texto desarrolla una reflexión acerca del futuro de la docencia médica y de la medicina como una disciplina que pretende cuidar profesionalmente de los pacientes. Peabody destaca la gran dificultad que entraña practicar la medicina en un medio hospitalario que funciona como una máquina, de modo contrario a la dinámica interpersonal entre el médico y su paciente, condición esencial para el cuidado eficaz de los enfermos. Para Peabody, el cuidado debe ser cálido y personal. De acuerdo con él:

"One of the essential qualities of the clinicians is interest in humanity, for the secret of the care of the patient is in caring for the patient."¹

Es decir:

"Una de las cualidades esenciales de los clínicos es el interés por la humanidad, pero el secreto del cuidado del paciente es el cariño por el paciente."

Estas palabras pueden aplicarse hoy a la práctica médica,² más aún en tiempos de pandemia. Hasta diciembre 2019 la medicina seguía un curso dominado por la tecnificación y una creciente deshumanización. Con la llegada de la pandemia muchas cosas parecen haber cambiado. La dificultad para ofrecer cuidados que se consideraban mínimos, como la asistencia al moribundo, el recibir visitas, o el ver el rostro del profesional

que atiende, nos ha hecho valorar todo ello. De hecho, mucho del desgaste en profesionales de la salud tiene relación con la falta del cuidado humanizado.³ Ya antes de la pandemia, los profesionales exhibían altas tasas de *burnout* o fatiga por compasión,⁴ independiente del país,⁵ de la especialidad médica⁶ o del tipo de profesión médica,⁷ mientras que, desde la perspectiva de los pacientes, se hablaba de una "deshumanización de la medicina"⁸ para expresar el descontento con un trato que se percibe como "falta de calidez". La pandemia ha ido despertando en los profesionales una conciencia más aguda de cómo proveer un cuidado más cálido, especialmente a los moribundos, con lo cual el foco de atención se ha desplazado fuertemente hacia la relación terapeuta-paciente.

Los estudios acerca de esta relación son numerosos. La ingente investigación especializada lo acredita claramente. Enfoques de la más diversa índole han puesto de relieve su importancia y particular actualidad. En este trabajo abordaré dicha problemática desde una noción más básica y, a mi juicio, "previa" al establecimiento de cualquier modelo de relación entre ambas partes: el *cuidado* o el *cuidar de otros*.

2. Metodología

En torno a tres paradigmas relevantes construidos con base en la noción de cuidado, se realiza una re-

3 De la Rica Escuin, M., García-Navarro, B., García, I., de la Ossa, M. J., & Chisbert, E. "Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19". *Med Paliat*. 2020; 27(3): 181-191. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1162/2020>

4 Rotenstein, S. et al. "Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review". *JAMA*. 2018; 320(11):1131-1150.

5 Kansoun, Z. et al. "Burnout in French Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Journal of Affective Disorders*. 2019; 246: 132-147. Salem, R. et al. "Burnout among Lebanese Oncologists: Prevalence and Risk Factors". *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018; 19(8): 2135-2139.

6 O'Connor, K. et al. "Burnout in Mental Health Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence and Determinants". *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2018; 53f: 74-99.

7 McCormack, H.M. et al. "The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review". *Frontiers in Psychology*. 2018; 9: 1-19.

8 Haque, O., Waytz, A. "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions". *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*. 2012; 7(2): 176-186.

1 Peabody, F.W. "The Care of the Patient". *JAMA*. 1927; 88(12):877-882. Disponible en: <https://depts.washington.edu/med-hmc/wordpress/wp-content/uploads/Peabody.html> [Consulta: 27-11-2020].

2 Con la expresión "práctica médica" nos referimos a los actos que realiza cualquier profesional de la salud, no solo los médicos.

flexión filosófica considerando al menos tres conceptos provenientes de la fenomenología: fenómeno, intencionalidad y objeto del conocimiento. En cuanto a los autores ligados a esta corriente filosófica, el análisis se apoya en las contribuciones dedicadas a la ética elaboradas por Dietrich von Hildebrand y Josef Seifert. Por último, se desarrolla una propuesta enfocada en el aspecto comprensivo del cuidar profesional.

3. Desarrollo

Alcances etimológicos y generalidades

Al leer los textos en inglés que se refieren a la noción de cuidado es posible toparse con alguna que otra mención de la “carga” que implica el cuidado y de los aspectos “negativos” del mismo, como la angustia o la tristeza,⁹ connotación que no se encuentra tan presente en nuestra lengua. Por otro lado, hay que tener en cuenta que el término inglés *caring* quiere decir “cuidar”, pero también significa “querer”, “sentir cariño” por alguien o prestar atención de modo intenso a algo o a alguien, sentido que, a mi entender, no posee en castellano el término “cuidado”. Esta diferencia se aprecia claramente en la cita de Francis Peabody mencionada más arriba. Así también, en PubMed es posible constatar que, dentro de los términos MeSH de esta base de datos, el término *care*¹⁰ no existe como tal y el término *caring* está indexado bajo el término *empathy*, que se define como:

“Conciencia individual objetiva e interna de los sentimientos y conducta de otra persona. Debe ser distinguida de la simpatía que usualmente es no-objetiva y acrítica. Incluye el cuidar que es la demostración de dicha conciencia y preocupación por el bien de otro.”¹¹

9 Reich, W. T. (ed.). *Encyclopedia of bioethics*. Simon and Schuster, New York, 1995, p. 362.

10 Los términos “MeSH” que aparecen son, por ejemplo: “intensive Care” o “Dental Care for Disabled”. Cfr.: National Center for Biotechnology Information. “care - MeSH - NCBI”. *NCBI*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=care> [Consulta: 20-06-2019].

11 *empathy* - PubMed - NCBI. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consulta: 05-02-2019].

Por otra parte, en la lengua alemana el término *Sorge*¹² (“preocupación”, “cuidado”) también parece revelar algunas características “negativas” que en español no tiene. Por ejemplo, en el ámbito filosófico, Martín Heidegger se vale justamente, en *Ser y Tiempo*, del término *Sorge* (“cura” o “cuidado”), pero, aunque él lo vincula con el término latino *cura*,¹³ hay que señalar que *care* proviene del alemán antiguo *kar*, que significa “grito” o “lamento”. Se relaciona con *grief* y con *cry*, lo que acentúa fuertemente el estar preocupado “negativa” y sentimentalmente por algo o alguien.¹⁴ En cambio, en nuestra lengua, la palabra “cuidar” proviene del latín *cogitare*¹⁵ y subraya el estar concentrado cognitivamente en algo o en alguien. Quizá esto explique que su “carga” emocional sea menos marcada que la que describe la noción inglesa y la alemana. Con todo, algunos investigadores, como Marie-Françoise Collière, distinguen entre los términos *care* y *cure*: el primero se refiere a los cuidados habituales o “de costumbre” que dan cuenta de las funciones de conservación generales de la vida física; el segundo, en cambio, alude a las acciones que se requieren para curar.¹⁶

Asimismo, es en la enfermería donde la noción de cuidado ha jugado un papel central, probablemente, desde los inicios de la profesión. La afirmación de la centralidad del cuidado para las ciencias de la salud, que podría interpretarse como la expresión de un sentir general, alcanza en la enfermería la más alta concreción: la historia de la profesión es la historia de la profesionalización del cuidado.¹⁷ De hecho, para Florence Nightingale, el cuidado

12 Kluge, F. *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. De Gruyter, Berlin-New York, 1989, p. 680.

13 Heidegger, M. *Ser y Tiempo*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1997, : 218-219. Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera. *Sein und Zeit*, Max Niemeyer, Tübingen, 2001, p. 197.

14 Onions, C. et al. (eds.). *The Oxford dictionary of English etymology*, Clarendon Press, Oxford, 1967, p. 146.

15 Rosal, F., Gómez, E. *Diccionario etimológico: alfabeto primero de origen y etimología de todos los vocablos originales de la lengua castellana*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1992, p. 184.

16 Collière, M.F. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Interamericana, McGraw-Hill, Nueva York, 1993, p. 235. Trad. de Loreto Rodríguez Méndez.

17 Martínez Marín, M.L., Chamorro Rebollo, E. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*, Elsevier, Barcelona, 2011, “Prólogo”, p. XII.

es la figura clave que marca dicha profesionalización y la que ha permitido que la teoría de la enfermería perdure hasta hoy.¹⁸ Sin embargo, dado el contexto histórico y la urgencia por posicionar a la enfermería como una profesión distinta a la medicina, pero al mismo nivel que ésta en el ámbito del cuidado corporal, la noción que puede extraerse de los escritos de Nightingale está orientada a una comprensión del cuidado como satisfacción de las necesidades físicas del paciente.¹⁹

Tres paradigmas de cuidado

No es fácil encontrar en la literatura especializada enunciados que expliquen con precisión en qué consiste el cuidado. En algunos casos, las referencias que se encuentran cubren aspectos muy diversos y son en cierto modo de carácter más bien general, donde la centralidad no recae en el cuidado como tal. Así, por ejemplo, Stephen Buetow lo define como:

“Benevolencia sincera, una virtud que es necesaria para ser una persona de buen carácter pero que además promueve acciones positivas y resultados favorables como el sanar.”²⁰

Por otro lado, Tove Pettersen y Marit H. Hem afirman que se trata de “un acto desinteresado y compasivo en el cual los intereses del que cuida pasan a segundo plano.”²¹ Sin embargo, esta definición, considerando el punto de vista de este trabajo, tiene una clara connotación negativa, ya que manifiesta una suerte de desviación de lo que se considera un cuidado “maduro”, en el que los intereses tanto del que cuida como del que es cuidado están al mismo nivel. Por su parte, Dorene F. Balmer y otros au-

tores se refieren al cuidado como “un valor central en la práctica médica cuyas características son la reciprocidad y la dimensión relacional”,²² mientras que la noción de cuidado de Roxie M. Black pone el acento en aquellas acciones que permiten el empoderamiento del paciente. Para ilustrar esta idea, Black se vale de la siguiente “fórmula”:

Habilidades y conocimiento del proveedor de salud + respeto = empoderamiento del cliente.²³

Por último, Linus Vanlaere y Chris Gastmans refiriéndose al cuidar consideran que se trata de una “actitud de sensibilidad contextual y relacional.”²⁴ Como se aprecia, aunque estas declaraciones abordan algunos aspectos importantes del cuidado, ninguna ofrece una definición clara, precisa y acotada, cuyo sentido responda de modo más específico al contexto de reflexión que aquí planteamos. Es posible que la falta de una definición se deba al supuesto de que esta categoría proviene principalmente de tres fuentes, a saber: a) lo que últimamente se ha denominado *Patient/Person/Client centered care*; b) la ética del cuidado; y, por último, c) un constructo vagamente definido, el así llamado *Whole Person Care*. A continuación, me ocuparé brevemente de estos tres paradigmas:

a) “*Patient/Person/Client centered care*”

La idea de *Patient/Person/Client centered care* tiene su prehistoria en el trabajo del psicólogo estadounidense Carl Rogers, quien, en 1951, publicó un libro titulado *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*. Como ya se indica en el título de su obra, el cambio de perspectiva de Rogers respecto a la relación terapéutica es manifiesto por el uso de la palabra “cliente” en lugar de “paciente”. Este cambio terminológico revela un significativo y particular enfoque: por medio de él, Rogers se propuso liberar a

18 Nightingale, F. *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*, Elsevier Masson, Barcelona, 2011, : 1-139. Trad. de Virginia M. Dunbar y Margaret B. Dolan.

19 Amaro Cano, M. del C. “Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería”. *Revista Cubana de Enfermería*. 2004; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&nrm=iso [Consulta: 17-06-2019].

20 Buetow, S. “Caring about the Clinician Who Seems Uncaring: The ‘as If’ Approach”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2014; 20(6): 957-960.

21 Pettersen, T., Hem, M.H. “Mature Care and Reciprocity: Two Cases from Acute Psychiatry”. *Nursing Ethics*. 2011; 18(2): 217-231.

22 Balmer, D.F. et al. “Caring to Care: Applying Noddings’ Philosophy to Medical Education. [Miscellaneous Article]”. *Academic Medicine*. 2016; 91(12): 1618-1621.

23 Black, RM. “Intersections of care: an analysis of culturally competent care, client centered care, and the feminist ethic of care”. *Work*. 2005; 24(4): 409-422.

24 Vanlaere, L., Gastmans, C. “A Personalist Approach to Care Ethics”. *Nursing Ethics*. 2011; 18(2): 161-173.

sus pacientes del estigma de la enfermedad para que de ese modo pudieran avanzar hacia la salud. El desarrollo histórico de esta idea pasa por la fundación, en 1986, del *Picker-Commonwealth Program for Patient Centered Care*,²⁵ programa que promueve una suerte de movimiento dentro de los sistemas de salud. La idea fue paulatinamente permeando sobre todo en la medicina anglosajona hasta que, en el año 2001, el *Institute of Medicine* define el término del siguiente modo:

“Un cuidado respetuoso que responde a preferencias individuales del paciente, a sus necesidades y valores, que es personalizado y que da la oportunidad al paciente de ejercer el nivel de control que él desee sobre sus decisiones de salud.”²⁶

Sin embargo, esta definición no ha sido unánimemente aceptada, pues, para muchos su punto débil reside justamente en su construcción. Más aún, hay quienes critican no tanto el enunciado de la definición, sino el hecho de que, en la práctica, termina asociándose solo con efectividad, funcionalidad²⁷ y seguridad, características que acaban conformando el contenido del *centered patient* en una lógica de elección de consumo.²⁸ Otros proponen definir (mejor) el término, en lo que respecta a dignidad, reconocimiento y transparencia. Desde esta perspectiva, hay que decir, pues, que la idea de una atención centrada en el paciente se opone a otras visiones en las que la atención sanitaria, o bien se centra en la enfermedad, o bien en el personal de salud, acentuándose con ello el empoderamiento y la autonomía del paciente. Esta autonomía parece ser la meta final del esfuerzo por poner

en el centro de la atención sanitaria al paciente como persona.^{29,30} Sin embargo, cabe destacar que casi todos los estudios que se refieren a la autonomía del paciente no escatiman en criticarla.³¹ Entre las críticas destaca la de Vikki Entwistle e Ian Watt, quienes arguyen que la autonomía “deja solo al paciente con su decisión y el médico se sitúa al margen de modo imparcial”.³²

b) La ética del cuidado

En segundo lugar, la noción de cuidado que, desde la perspectiva de la ética del cuidado, se introdujo en la discusión biomédica tiene su origen principalmente en el trabajo de Carol Gilligan, *In a different voice: Psychological theory and women's development*³³ y, en menor medida, en el de Milton Mayeroff, *On caring*;³⁴ también, aunque es mucho más reciente, en el de Nel Noddings, *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education*.³⁵ El trabajo de Gilligan es lo que actualmente nosotros llamaríamos un estudio cualitativo. La obra de Noddings, inspirada, por cierto, en la de Gilligan, desarrolla una sistematización propiamente filosófica de la ética del cuidado. Más concretamente, su estudio se circunscribe al ámbito de la filosofía de la educación. Posteriormente, investigadores como Joan Tronto aplican la ética del cuidado al ámbito de la filosofía política,³⁶

25 History & Impact of Picker in Europe & the USA. (s. f.). Disponible en: <https://www.picker.org/about-us/our-history-impact/> [Consulta: 15-01-2019].

26 Institute of Medicine (US) *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US), 2001. PubMed. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/> [Consulta: 20-01-2019].

27 Håkansson E. et al. “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(1): 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

28 McClimans, L. et al. “Health Policy, Patient-Centred Care and Clinical Ethics”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011; 17(5): 913-919.

29 Ibíd. Véase también: Árnason, V., Hjörleifsson S. “The Person in a State of Sickness: The Doctor-Patient Relationship Reconsidered”. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2016; 25(2): 209-218; Morgan, S., Yoder, L.H. “A Concept Analysis of Person-Centered Care”. *Journal of Holistic Nursing*, 2012; 30(1), : 6-15.

30 Mapes, M. V. et al. “Patient-Centered Care and Autonomy: Shared Decision-Making in Practice and a Suggestion for Practical Application in the Critically Ill.” *Journal of Intensive Care Medicine*. 2020;35(11): 1352-1355. <https://doi.org/10.1177/0885066619870458>

31 Walker, P. “Has the autonomy pendulum swung too far?” *ANZ Journal of Surgery*. 2018; 88(6): 536-539. <https://doi.org/10.1111/ans.14053>

32 Entwistle, V.A., Watt, I.S. “Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care”. *The American Journal of Bioethics: AJOB*. 2013; 13(8): 29-39.

33 Gilligan, C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1982.

34 Mayerhoff, M. *On caring*, Harper Perennial, New York, 1990.

35 Noddings, N. *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley-California, 2013. Segunda edición actualizada.

36 Tronto, J.C. *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*, NYU Press, Nueva York, 2013

mientras que Margaret Little³⁷ y Chris Gastmans³⁸ lo hacen al *ámbito de la enfermería*.

A diferencia del *Patient centered Care*, la ética del cuidado se declara como lo que es: un sistema ético, en el cual los sentimientos de cuidado cumplen un rol fundamental. Tal énfasis cristaliza en la centralidad de la empatía, entendida como un “sentir con el otro” y como una capacidad que permite un “desplazamiento motivacional”, es decir, un movimiento en el foco de atención de los intereses del terapeuta a los intereses del paciente. Este emotivismo ético,³⁹ donde lo central recae en las emociones, de modo que los juicios éticos, desde esta perspectiva, carecen de toda validez objetiva⁴⁰ –de hecho, la ética del cuidado nunca ha intentado dar una respuesta a la pregunta por el bien–⁴¹ también ha sido objeto de críticas por quienes piensan que nunca, ningún sentimiento puede fundamentar ética alguna.⁴² Al respecto, los críticos tienen primariamente en vista los sentimientos o las emociones que surgen en el personal de salud, ya que pueden amenazar la reciprocidad de la relación al generar actitudes de sobreprotección o de autosacrificio por parte de los profesionales, que no solo podrían dañar la relación en sí, sino también a la persona a la que se cuida.^{43,44} Así, los que critican proponen complementar la ética del cuidado –para que de ese modo se convierta en una ética “universal”– con la integración de principios universales.

Lo cierto es que el énfasis en lo relacional es otro de los aspectos más conocidos y sobresalientes de la ética

del cuidado.^{45,46,47,48,49,50,51} En efecto, el cuidado es una relación entre terapeuta y paciente que se establece en virtud de dicho encuentro y constituye el marco dentro del cual se desarrolla el cuidar de otros.^{52,53} Además de este vínculo entre personas, el carácter relacional del cuidado incluye también un nuevo componente, a saber: la idea de lo contextual, es decir, aquello que comporta lo que podría denominarse el aspecto social y que, en atención de la salud, debe ser adecuadamente considerado.

c) *Whole Person Care*

Por último, un tercer paradigma tiene que ver con el concepto del *Whole Person Care*. Este concepto habría surgido como una crítica al modelo biomédico y estaría “emparentado” con el modelo biopsicosocial (*biopsychosocial*) descrito por George Engel en 1977. A pesar de que Hayley Thomas y otros autores reconocen que la idea de una aproximación holística o integral a la persona corresponde a la autodefinición de los médicos generales en el ámbito de lengua inglesa, las definiciones son más bien ambiguas y no está claro lo que puede significar *holistic*, o (*w*)*holistic*, o la expresión *whole person*. Además, estos términos y el concepto *biopsychosocial* parecen utilizarse indistintamente. A ello se añade, por otra parte, la falta de estudios que intenten establecer distinciones terminológicas precisas relativas a tales conceptos; no obstante, es posible apreciar diferentes acentos entre ellos.⁵⁴ En la propuesta del modelo biopsicosocial de Engel,⁵⁵ que, como se sabe, ofrece una crítica al enfoque biomédico, incorpora factores psicológicos y sociales. Junto con esto, el paradigma *whole person* añade de manera prominente

37 Little, M.O. “Care: From Theory to Orientation and Back”. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1998; 23(2): 190-209.

38 Gastmans, C. “Care as A Moral Attitude in Nursing”. *Nursing Ethics*, 1999; 6(3): 214-223.

39 Dall’Agnol, D. “Knowing-How to Care”. *Journal of Medical Ethics*, 2016; 42(7): 474-479. Delmar, C. “The Excesses of Care: A Matter of Understanding the Asymmetry of Power”. *Nursing Philosophy*, 2012; 13(4): 236-243.

40 Cfr. Ayer, A.J. *Lenguaje, verdad y lógica*. Ediciones Orbis, Barcelona, 1984, p. 132. Trad. de Marcial Suárez. Ayer aclara expresamente que “los términos éticos no sirven sólo para expresar sentimientos. Están calculados también para provocar sentimientos, y para estimular así a la acción”, *ibíd.* p. 131.

41 Cfr. Mol, A., Moser, I., Pols, J. (eds.). *Care in Practice On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Transcript Verlag, Bielefeld, 2010, p. 13.

42 Vanlaere, L., & Gastmans, C. *op.cit.* 24

43 Pettersen, T., & Hem, *op.cit.* 21

44 van Nistelrooij, I., Leget, C. “Against Dichotomies: On Mature Care and Self-Sacrifice in Care Ethics”. *Nursing Ethics*, 2017; 24(6): 694-703.

45 Vanlaere, L., Gastmans, C. *op.cit.* 24

46 Balmer, D.F. *et al.* *op.cit.* 22

47 Edwards, S.D. “Is There a Distinctive Care Ethics?” *Nursing Ethics*, 2011; 18(2), : 184-191.

48 van Nistelrooij, I., Leget, C., *op. cit.* 44

49 Pettersen, T., & Hem, M. *op.cit.* 21

50 Paulsen, J.E. “Ethics of Caring and Professional Roles”. *Nursing Ethics*, 2011; 18(2): 201-208.

51 Nortvedt, P. “The Ethics of Care: Role Obligations and Moderate Partiality in Health Care”. *Nursing Ethics*, 2011; 18(2): 192-200.

52 *Ibid*

53 Paulsen, J.E. *op.cit.* 50

54 Thomas, H. *et al.* “Definition of Whole Person Care in General Practice in the English Language Literature: A Systematic Review”. *BMJ Open*, 2018; 8(12), p. e023758.

55 Engel, G.L. “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”. *Science*, 1977; 196 (4286): 129-136.

la dimensión espiritual, algo que se encuentra completamente ausente del modelo original de Engel. A pesar de la heterogeneidad, se pueden identificar grandes temas como, por ejemplo, la relevancia y puesta en práctica de una aproximación multidimensional, la importancia de la relación terapéutica, el reconocimiento de la “humanidad” del médico, el énfasis en la individualidad personal del paciente, la idea de salud entendida como algo más que la mera ausencia de enfermedad y el empleo de una amplia gama de modalidades de tratamiento.⁵⁶ Quizá un intento más acabado por hacer confluír las distintas perspectivas en lo que se refiere a la construcción de un concepto unitario del llamado *Whole Person Care* es la obra homónima del Dr. y profesor Tom A. Hutchinson. En esta obra Hutchinson expone en detalle su concepción de lo que debe ser el cuidado integral de la persona, llamando expresamente la atención sobre la importancia decisiva que reviste proporcionar una debida atención a la integridad de la persona, esto es, a las múltiples esferas y realidades que le atañen, pero, al mismo tiempo, respetando y preservando su privacidad. Esta es la cuestión que preside su trabajo y que, de acuerdo con él, nunca se debería perder de vista. Así, el médico que practica el cuidado integral tiene dos tareas simultáneas: por un lado, curar, como una actividad que se lleva a cabo para erradicar la enfermedad o solucionar (reparar) un problema, y, por el otro, ayudar a sanar, que no es otra cosa que:

“[...] la habilidad de las personas para transitar desde el sufrimiento a un sentido de integridad y plenitud, a menudo independiente del logro del objetivo (de la curación) y que puede ser facilitado por el profesional sanitario.”⁵⁷

4. Discusión

A la luz de los tres paradigmas esbozados más arriba se comprende mejor cuáles son algunas de las ideas que actualmente dominan en la literatura médica en

el ámbito del cuidar de otros. Para el *Patient Centered Care*, cuidar es capacitar a los pacientes para su empoderamiento respecto de las decisiones que tienen que ver con su salud. Para la ética del cuidado, cuidar de otro es relacionarse con el paciente con el propósito de ayudarlo a alcanzar sus fines, y cuya motivación descansa, justamente, en el sentimiento del cuidado. Por último, para los que defienden el paradigma del *Whole Person Care*, cuidar es preocuparse de la persona entera, de su cuidado integral, de su carácter relacional y sus numerosos aspectos que, sin duda, dan cuenta de su vida personal y social.

Ciertamente, las diferencias en la conceptualización del cuidado son evidentes y una lectura simplificada podría llevarnos a pensar que el cuidar de otros, en última instancia, depende simplemente del paradigma que resulta más convincente para alguna de las partes involucradas. Pero, por otra parte, no es menos cierto que entre los tres paradigmas existe, en efecto, una similitud evidente que no deja de ser ilustrativa: la convicción de fondo de que lo importante y lo central de la relación terapéutica es el paciente en sí y todas sus circunstancias. Pero no solo eso, el terapeuta es alguien que debe reconocer de buena gana la importancia que supone asumir una mirada como esta –que, como ya se ha dicho, enfatiza fuertemente la figura del paciente– y como tal debe actuar en consecuencia. Sin duda, este reconocer de “buena gana” implica una motivación auténtica por parte del terapeuta, que aquí no se desconoce. No obstante, a mi juicio, tal motivación no se perfila con la suficiente nitidez y precisión en ninguno de los tres paradigmas: para el *Patient Centered Care*, esta motivación se da por descontada; para la ética del cuidado, de Nel Noddings, la motivación es el sentimiento del cuidado; y, finalmente, para el *Whole Person Care*, lo fundamental reside en el reconocimiento de la humanidad del terapeuta.

Llegados a este punto, la pregunta decisiva que sigue pendiendo sobre nuestras cabezas, dice: ¿por qué, como profesionales de la salud, cuidamos de otros (extraños)? Es verdad que una vez que se ha iniciado la vida profesional, el cuidar de otros se convierte, por así decir, en una obligación, no obstante, libremente asumida, a sabiendas de que en muchos casos las exigencias que

⁵⁶ Thomas, H. et al., op.cit. 54

⁵⁷ Hutchinson, T.A. *Whole Person Care: Transforming Healthcare*, Springer International Publishing, Cham, 2017, p. 150.

impone tal actividad sobrepasan con creces lo estipulado en un contrato de trabajo. Lo hemos visto una y otra vez en este tiempo de pandemia: los profesionales de la salud no se limitan simplemente a cumplir con lo que se les “exige”, arriesgan su propia integridad. Si esto es así, entonces: ¿qué es lo que nos atrae del cuidar de otros? Para responder a esta peculiar y en apariencia sencilla pregunta intentaré delinear en lo fundamental las características que me parecen más relevantes del cuidado, para posteriormente ahondar en su objeto.

En primer lugar, creo que hay buenas razones para admitir que el cuidar de otros es un concepto del que se puede predicar cierta objetividad. Es decir, no depende del consenso social o de las circunstancias en las cuales se desarrolla. Evidentemente, la forma material, el modo concreto en que se realiza, ha cambiado a lo largo de la historia, pero a pesar de ello somos capaces de reconocer un acto de cuidado. Esto implica que el cuidar tiene una esencia que reconocemos aun cuando cambie su forma externa, lo cual significa también que es una realidad determinada, cuyo sentido y significado no resulta del mero acuerdo acerca de una palabra. Si esto no fuera así, si lo que entendemos por cuidar no tuviera una esencia que es alcanzada directamente por el intelecto,⁵⁸ no podríamos hablar de “buen o mal cuidado” incluso en sentido normativo, ni podríamos reconocer actos de cuidado sin tener que remitirnos a descripciones consensuadas por las ciencias de la salud. Además, el cuidado es una vivencia intencional, es decir, una vivencia que se dirige o remite hacia algo distinto de la conciencia misma. Tal carácter intencional implica que ese dirigirse “fuera” tiene un objeto real, fuera de la conciencia, hacia el cual apunta. Por otro lado, parece claro que el fenómeno del cuidado ocurre siempre en el contexto de una relación interpersonal. Incluso el “cuidado maduro”, que implica un cierto tipo de autocuidado –habría que determinar si esta noción designa efectivamente una forma de “cuidar”– no puede darse fuera de dicha relación.

⁵⁸ La intelección directa no implica un captar completamente, tampoco afirmar una suerte de innatismo.

Así como captamos que el cuidar de otros es algo real y determinado, que no depende de opiniones ni puntos de vista subjetivos, de la misma manera aprehendemos, a la vez, que cuidar nunca podría identificarse con dañar a la persona a la que se cuida. Más aún: ni siquiera infligir un mal inintencionadamente podría concordar con nuestra apreciación del cuidado. Asimismo, rechazar o ignorar a la persona a la que se pretende cuidar parece ir en contra de la esencia de cuidar; de hecho, esta práctica es contraria a la idea misma de preocupación por otro. Para comprender mejor el alcance de esta idea, piénsese, por ejemplo, en la siguiente situación que, además, pone al descubierto una disyuntiva fundamental para la discusión crítica relativa a los intereses terapeuta-paciente: si caminamos por la calle y vemos a una persona pidiendo dinero, podemos, eventualmente, ignorarla y seguir centrados en nuestros propios asuntos. Sin embargo, si esta persona es alguien que se encuentra a nuestro cuidado, bajo nuestra responsabilidad, ya no nos es lícito desentendernos de ella. Como señalé recién, esto plantea una tensión entre los intereses del terapeuta y los de la persona a la que se pretende cuidar: ¿deben los intereses de mi paciente estar por encima de mis propios intereses? ¿Es el autosacrificio – por ejemplo, el que se realiza con riesgo de contagiarse con SARS-CoV-2 – un tipo de cuidado inmaduro? Por otra parte, y en conexión con esto último: ¿es el cuidar un acto que se manifiesta externamente y, por tanto, es claramente visible o es quizá una actitud o un sentimiento?

Por consiguiente, el cuidado siempre incluye actos que alguien realiza en relación con otra persona. Estos actos no pueden corresponder a los ya mencionados, como dañar, rechazar o ignorar. Además, el cuidado es un tipo de acto que reclama un cierto estatuto de visibilidad, dado que expresa la correspondiente decisión de actuar en favor del bien de otro. Así, por ejemplo, si A dijera que cuida de B pero jamás realiza un acto que pueda ser visibilizado por otro, es decir si no hay nadie que sea capaz de dar testimonio de ese cuidado, parece imposible afirmar que en esa relación existe verdaderamente cuidado.

Ahora bien, ¿qué implica actuar de modo humano? Por lo pronto, lo siguiente: 1) un querer (libremente)

algo; y, 2) emplear los medios para alcanzar aquello que quiero. Si ambos aspectos son separados ya no existe un acto propiamente humano. Un acto humano en propiedad es aquel acto en el que convergen la voluntad y los medios conducentes al fin. Un acto humano siempre debe tener una finalidad o un sentido. Sin duda, alguien podría argumentar que un tic nervioso es un acto humano; sin embargo, esta objeción puede ser rápidamente contrarrestada apelando a la conocida distinción tomista entre actos voluntarios e involuntarios: los actos voluntarios son aquellos que tienen su principio de movimiento al interior del hombre y cuyo fin éste conoce (*Suma Teológica*, I-IIae, q. 6, art. 1),⁵⁹ y como tales tienden hacia un fin o un bien. Los actos involuntarios, en cambio, se identifican con fenómenos más bien físicos, y no tienen finalidad ni dependen de la voluntad. En este sentido, el acto de cuidar sería un acto voluntario, en el cual el fin del acto –aquello que el cuidador desea– es un fin que se encuentra en la esfera de intereses de otra persona y que el cuidador no desea para sí mismo, sino para ponerlo al alcance de esa otra persona.

Por otra parte, ¿se puede hablar, tal como lo hace la ética del cuidado, de una actitud de cuidado? Dada la característica de permanencia que tanto Nel Noddings, Milton Mayeroff⁶⁰ y otros autores le atribuyen, los actos que configuran el cuidado hacia una persona deben estar sustentados, por así decir, en algo igualmente estable o consistente en el tiempo. Piénsese, sin ir más lejos, en el cuidado que tiene una madre hacia sus hijos, un cuidado que se caracteriza justamente por su solidez. No se podría decir que ella cuida de sus hijos si sus actos de cuidado fuesen ambiguos o caprichosos, si, por ejemplo, los alimentara únicamente cuando está de humor. Esto parece revelar que la vulnerabilidad y la necesidad del otro exigen de por sí que el cuidado sea duradero, por lo menos, mientras dure la necesidad. Podríamos llamar “hábito” a aquella estructura humana que soporta actos humanos de modo permanente en el tiempo.

59 Tomás de Aquino. *Suma Teológica*, Cuestión VI. De lo voluntario y lo involuntario, (vol. 2, : I-II, art. I), Moya y Plaza, Editores, Madrid, 1880-1883. Trad. de Hilario Abad de Aparicio.

60 Mayerhoff, M. *On caring*, Harper Perennial, New York, 1990.

Pues bien, retomando lo que ya se dijo acerca del carácter intencional del cuidar, entendido en propiedad como un acto intencional que se dirige a un objeto que está fuera de la conciencia, corresponde ahora indagar precisamente en este objeto. Concretamente, ¿cuál es ese objeto?, ¿la vulnerabilidad, el daño o el dolor físico, el bien del otro que debe ser restablecido?

Tomado desde el punto de vista de la intención, cuando hablamos de “objeto”⁶¹ nos estamos refiriendo a la “motivación” que fundamenta el acto, y ese objeto, como tal, siempre debe ser un estado de cosas; es decir, si quiero un automóvil, lo que quiero realmente es poseer un automóvil. Pero alguien podría preguntarme, ¿para qué quieres un automóvil? Con lo cual se desvela un fin mayor y más amplio. Del mismo modo, cuando deseo cuidar, lo que deseo realmente es cuidar de otro, y si alguien me pregunta, ¿para qué quieres cuidar de otro? pienso que la respuesta más evidente y sencilla es, a su vez, sorprendentemente simple: “porque quiero que esté bien”. Dicho de otro modo: en el cuidado sanitario profesional nos encontramos, sin más, poniendo en práctica una regla general, la regla de oro, según la cual “El bien ha de hacerse, el mal ha de evitarse.”⁶² Aflora aquí claramente la dimensión ética de cada uno de sus actos.

Cuando decimos: “quiero que esté bien”, apuntamos a un bien global. Y esto es así, porque lo que queremos es que la persona íntegra esté bien –no solo los aspectos relacionados con la patología que se está tratando–; lo

61 Se advierte, pues, que sobre este asunto hay que distinguir dos niveles de análisis, a saber: 1) el que concierne al “objeto” del acto del cuidado; 2) el que concierne a la “motivación” o “intención” del mismo. Respecto de este último, la noción de “objeto” hay que entenderla en un sentido epistemológico, es decir, como aquello en lo cual debe indagar la razón –más allá del simple fenómeno que se da en una realidad espacio temporal– para aproximarse a la esencia del acto de cuidar. Así, el “objeto” es el fundamento de la motivación, la razón por la cual se realiza el acto como tal. En cuanto al primer nivel de análisis, no hace falta señalar que lo que sigue apunta a esclarecer cuál es ese objeto.

62 Tomás de Aquino, *Suma Teológica*, I-IIae, q. 94, art. 2. Indudablemente la regla de oro no es una regla de la ética médica, es una regla general. La ética profesional no tiene un conjunto de principios específicos distintos de los principios generales de la ética. La práctica médica presupone en su ejercicio reglas éticas. Sin embargo, en razón de su campo de actuación, la práctica médica está confrontada con cierto tipo de situaciones de grave riesgo que demanda unas determinadas responsabilidades. Tiene por objeto un bien específico fundamental: la salud del paciente; si bien la salud es algo que también repercute en otros campos o actividades humanas, como, por ejemplo, el deporte, la meditación, etcétera.

que deseamos es el bien objetivo de la persona que se nos ha confiado como paciente. Pero ¿qué aspecto tiene ese bien objetivo?

Para el filósofo Dietrich von Hildebrand existen cuatro tipos fundamentales de bienes objetivos para la persona:

“Un primer tipo fundamental de bien objetivo para la persona es estar dotado de valores [...]. El segundo tipo se refiere a la posesión de aquellos bienes que pueden proporcionarnos una felicidad auténtica a causa de su valor [...]. La tercera categoría contiene aquellas cosas que son imprescindibles para nuestra vida: alimento, techo que nos cobije, etcétera, por consiguiente las necesidades elementales e imprescindibles de nuestra vida, y, en segundo lugar, los bienes útiles [...]. En cuarto lugar, las cosas meramente agradables, en cuanto que apelan a un centro legítimo en nosotros.”⁶³

Si se observa bien, lo dicho hasta aquí implica afirmar que el cuidado que recibe una persona es un don que se halla vinculado con sus propios y verdaderos intereses y como tal tiene en sí mismo un valor moral.

Con esta propuesta es posible también responder a la pregunta planteada más arriba acerca de la contraposición entre los intereses del terapeuta y los del paciente. El mejor interés de la persona es, a la vez, un bien valioso por sí mismo. Es decir: el bien objetivo de la persona a la que se cuida representa un bien que proporciona felicidad al terapeuta, a causa de su valor y no de la posesión de ese bien. Pero también, siguiendo a von Hildebrand, se puede afirmar que el cuidar mismo es una respuesta a un valor objetivo, el valor objetivo que la persona y su bien representan para mí.⁶⁴ Por otro lado, esta sería una forma de interpretar una de las afirmaciones que hace Nel Noddings acerca del cuidar, en el sentido de que “el otro es una posibilidad para mí”⁶⁵. El mejor interés de la persona es un bien para el terapeuta y cuidar de ella es una actividad que constituye un valor moral. Por tanto,

no hay, al menos, desde esta perspectiva, una verdadera oposición entre los intereses del paciente y los del terapeuta. Con lo cual, es posible responder, por lo menos teóricamente, a las críticas respecto a un tipo de cuidado que “le hace mal” al terapeuta. El concepto de cuidado que he esbozado hasta aquí debe representar siempre un bien para el terapeuta, y si esto no ocurre, no se cumple que sea un verdadero cuidado. Así vistas las cosas, pienso que esta propuesta soluciona en gran medida la tensión entre la autonomía del paciente y el deber de beneficencia por parte del médico y, con ello, el temor de que la ética del cuidado conduzca al paternalismo o a una falta de respeto por tal autonomía. El bien que se busca alcanzar, evidentemente, es el del paciente, pero este bien no le viene dado desde fuera, no le es dictado por un conjunto de reglas o normas de “cuidado estándar”, sino que es el bien conformado por lo valioso que posee en sí misma la vida del paciente y, que, en ocasiones, lamentablemente, solo descubre en el momento de la enfermedad.

Para que esto se cumpla es necesario que se trate de un determinado tipo de bien: un bien legítimo con características individuales y originales de la persona que, sin embargo, es a la vez, objetivo.

5. Conclusión

No hace falta decir que el análisis del cuidado abordado a partir de estos tres paradigmas no agota, en ningún caso, su significado; obviamente hay otros enfoques que también se ocupan con gran vehemencia del cuidado profesional. Dentro de estos está el movimiento *Hospice*, inaugurado por Cicely Saunders,⁶⁶ y que ha originado una nueva especialidad médica: los Cuidados Paliativos. También hay que considerar que el cuidado mismo como expresión de *caritas*, se encuentra en el inicio y centro mismo de la doctrina cristiana. Con todo, el objetivo general de este trabajo estuvo centrado en llamar la atención sobre un concepto que sin duda puede ayudar a iluminar una práctica médica que en los últimos decenios se ha vuelto

63 von Hildebrand, D. *Ética*, Encuentro, Madrid, 1997, p. 383. Trad. de Juan José García Norro.

64 *Ibid.*, p. 54.

65 Noddings, N., op. cit. 25

66 Du Boulay, S. *Cicely Saunders: Fundadora del movimiento «Hospice» de cuidados paliativos*. Palabra, Madrid 2011. Traducción de G. Esteban Villar

cada vez más intrincada y compleja. Una complejidad que parece haber obnubilado algunas de las verdades básicas sobre las cuales se funda la medicina, entre las cuales el cuidar de otros es extremadamente relevante. En efecto, la noción de cuidado es una idea fundamental de la atención de enfermos, no solo en la medicina actual, sino desde el mismo momento en que ésta se inicia.

De acuerdo con los argumentos aquí expuestos, el cuidar profesional sería todo acto que, realizado por un profesional de la salud, tiene como objeto el bien objetivo de la persona. Asimismo, el bien de cualquier persona presupone siempre ya una adecuada ordenación o jerarquía de los cuatro niveles de bienes objetivos. Este orden o jerarquía armónica está constituido por ciertos elementos que podríamos llamar generales. Tales elementos pueden ser aplicables a cualquier persona y deben dirigirse hacia objetos legítimos que conduzcan a una verdadera felicidad, cuyo sello de garantía reside en su capacidad de sostener a la persona en el sufrimiento que trae consigo la enfermedad.

El cuidado sanitario es un tipo de cuidado con unas peculiares obligaciones éticas. Dada su competencia específica, el profesional de la salud está facultado para llevar a cabo acciones que únicamente a él le competen. Esta responsabilidad suya –las mayores competencias generan mayores obligaciones– implica atender las reales necesidades del paciente, sin que por ello, dejen de considerarse simultáneamente, el conjunto de su vida y sus particulares aspectos biográficos. Solamente cuando el terapeuta sea capaz de reconocer al paciente en su situación individual, cuando su asistencia o práctica médica no se reduzca solo a lo estrictamente específico de su competencia profesional, no quedará sumido en una perspectiva especializada que le impida apreciarlo como la persona que es. El reconocimiento de esta amplia y renovada mirada sobre la situación vital del paciente tiene, a mi juicio, implicaciones de gran calado no únicamente para la recuperación misma del paciente sino también para la historia de las prácticas médicas, para su mejoramiento y efectividad.

Pues bien, a partir de todo el análisis anterior, podemos afirmar que se abre un campo de reflexión e

investigación en torno una variedad de temas que vuelven a poner en el centro de atención el concepto de *cuidado*, un concepto que apela a lo que aquí hemos denominado el bien objetivo del paciente. En relación con este bien, cabe preguntar: ¿cómo puede el terapeuta llegar a conocer ese bien objetivo del paciente?, ¿es el bien objetivo algo que el mismo paciente es capaz de conocer? En los paradigmas que aquí hemos estudiado la empatía juega un rol preponderante, motivo por el cual se imponen los siguientes interrogantes: ¿a qué nos referimos cuando hablamos de empatía?, ¿es realmente posible “sentir con el otro”?, ¿es necesario y exigible que el terapeuta empatice con el paciente para poder cuidarlo?, ¿no es ese “sentir con el otro” un despeñadero hacia el *burnout* y hacia lo que algunos han llamado “usurpación de la agencia del paciente”?

Problematizar un concepto tan fundamental como *el cuidar de otros* expresa, entre otras cosas, hasta qué punto el reconocimiento del bien objetivo del paciente abre nuevas posibilidades para una praxis sanitaria marcadamente individualizada y personal; en pocas palabras, marcadamente humana. El paciente, si bien es paciente, es ante todo una persona con una historia vital. De manera que podemos añadir aquí una ulterior pregunta que atañe directamente a la ciencia médica: ¿qué tipo de medicina personalizada se cultiva actualmente?

Si queremos “humanizar” la medicina y superar cierta imagen estandarizada de su praxis debemos, ante todo, reflexionar seriamente en torno a estas y otras preguntas que tengan como punto de partida aquellos elementos básicos de las profesiones médicas.

Referencias

- Amaro Cano, M. del C. “Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería”. *Revista Cubana de Enfermería*, 2004; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&nrm=iso [Consulta: 17-06-2019].
- Árnason, V., Hjörleifsson S. “The Person in a State of Sickness: The Doctor-Patient Relationship Reconsi-

- dered". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2016; 25(2), pp. 209-218.
- Ayer, A.J. *Lenguaje, verdad y lógica*. Ediciones Orbis, Barcelona, 1984. Trad. de Marcial Suárez.
- Balmer, D.F. et al. "Caring to Care: Applying Noddings' Philosophy to Medical Education. [Miscellaneous Article]". *Academic Medicine*, 2016; 91(12), pp. 1618-1621.
- Black, RM. "Intersections of care: an analysis of culturally competent care, client centered care, and the feminist ethic of care". *Work*, 2005; 24(4), pp. 409-422.
- Buetow, S. "Caring about the Clinician Who Seems Uncaring: The 'as If' Approach". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014; 20(6), pp. 957-960.
- Collière, M.F. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*, Interamericana, McGraw-Hill, Nueva York, 1993. Trad. de Loreto Rodríguez Méndez.
- Dall'Agnol, D. "Knowing-How to Care". *Journal of Medical Ethics*, 2016; 42(7), pp. 474-479.
- De la Rica Escuin, M., García-Navarro, B., García, I., de la Ossa, M. J., & Chisbert, E. "Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19". *Med Paliat*. 2020; 27(3): 181-191. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1162/2020>
- Delmar, C. "The Excesses of Care: A Matter of Understanding the Asymmetry of Power". *Nursing Philosophy*, 2012; 13(4), pp. 236-243.
- Du Boulay, S. *Cicely Saunders: Fundadora del movimiento «Hospice» de cuidados paliativos*. Palabra, Madrid 2011. Trad. de G. Esteban Villar
- Edwards, S.D. "Is There a Distinctive Care Ethics?" *Nursing Ethics*, 2011; 18(2), pp. 184-191.
- Engel, G.L. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". *Science*, 1977; 196 (4286), pp. 129-136.
- Entwistle, V.A., Watt, I.S. "Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care". *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 2013; 13(8), pp. 29-39.
- Gastmans, C. "Care as A Moral Attitude in Nursing". *Nursing Ethics*, 1999; 6(3), pp. 214-223.
- Gilligan, C. *In a different voice: Psychological theory and women's development*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts), 1982.
- Håkansson E. et al. "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, 2019;102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Haque, O., Waytz, A. "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions". *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2012; 7(2), pp. 176-186.
- Heidegger, M. *Ser y Tiempo*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1997, pp. 218-219. Traducción, prólogo y notas de Jorge Eduardo Rivera. [*Sein und Zeit*, Max Niemeyer, Tübingen, 2001].
- Hutchinson, T.A. *Whole Person Care: Transforming Healthcare*, Springer International Publishing, Cham, 2017.
- Kansoun, Z. et al. "Burnout in French Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Journal of Affective Disorders*, 2019, 246, pp. 132-147.
- Kluge, F. *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*, Elmar Seebold (comp.), De Gruyter, Berlin-New York, 221989.
- Little, M.O. "Care: From Theory to Orientation and Back". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1998; 23(2), pp. 190-209.
- Mapes, M. V. et al. "Patient-Centered Care and Autonomy: Shared Decision-Making in Practice and a Suggestion for Practical Application in the Critically Ill." *Journal of Intensive Care Medicine*. 2020;35(11): 1352-1355. <https://doi.org/10.1177/0885066619870458>
- Martínez Marín, M.L., Chamorro Rebollo, E. *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*, Elsevier, Barcelona, 2011.
- Mayerhoff, M. *On caring*, Harper Perennial, New York, 1990.
- McClimans, L. et al. "Health Policy, Patient-Centred Care and Clinical Ethics". *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2011; 17(5), pp. 913-919.

- McCormack, H.M. et al. "The Prevalence and Cause(s) of Burnout Among Applied Psychologists: A Systematic Review". *Frontiers in Psychology*, 2018; 9, pp. 1-19.
- Mol, A., Moser, I., Pols, J. (eds.). *Care in Practice On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Transcript Verlag, Bielefeld, 2010.
- Morgan, S., Yoder, L.H. "A Concept Analysis of Person-Centered Care". *Journal of Holistic Nursing*, 2012; 30(1), pp. 6-15.
- Nightingale, F. *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*, Elsevier Masson, Barcelona, 2011, pp. 1-139. Trad. de Virginia M. Dunbar y Margaret B. Dolan.
- Noddings, N. *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley-California, 2013. Segunda edición actualizada.
- Nortvedt, P. "The Ethics of Care: Role Obligations and Moderate Partiality in Health Care". *Nursing Ethics*, 2011; 18(2), pp. 192-200.
- O'Connor, K. et al. "Burnout in Mental Health Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence and Determinants". *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2018; 53, pp. 74-99.
- Onions, C. et al. (eds.). *The Oxford dictionary of English etymology*, Clarendon Press, Oxford, 1967.
- Paulsen, J.E. "Ethics of Caring and Professional Roles". *Nursing Ethics*, 2011; 18(2), pp. 201-208.
- Peabody, F.W. "The Care of the Patient". *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 88 (12), pp. 877-882, Mar. 19, 1927. Disponible en: <https://depts.washington.edu/medhmc/wordpress/wp-content/uploads/Peabody.html> [Consulta: 27-11-2020].
- Petterson, T., Hem, M.H. "Mature Care and Reciprocity: Two Cases from Acute Psychiatry". *Nursing Ethics*, 2011; 18(2), pp. 217-231.
- Reich, W.T. (ed.). *Encyclopedia of bioethics*. Simon and Schuster, New York, 1995.
- Rosal, F., Gómez, E. *Diccionario etimológico: alfabeto primero de origen y etimología de todos los vocablos originales de la lengua castellana*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1992.
- Rotenstein, S. et al. "Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review". (*JAMA*), 2018; 320(11), pp. 1131-1150.
- Salem, R. et al. "Burnout among Lebanese Oncologists: Prevalence and Risk Factors". *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention (APJCP)*, 2018; 19(8), pp. 2135-2139.
- Tomás de Aquino. *Suma Teológica*, Cuestión VI. De lo voluntario y lo involuntario, (vol. 2, pp. I-II, art. I), Moya y Plaza, Editores, Madrid, 1880-1883. Trad. de Hilario Abad de Aparicio.
- Thomas, H. et al. "Definition of Whole Person Care in General Practice in the English Language Literature: A Systematic Review". *BMJ Open*, 2018; 8(12), p. e023758.
- Tronto, J.C. *Caring Democracy: Markets, Equality and Justice*, NYU Press, Nueva York, 2013.
- Vanlaere, L., Gastmans, C. "A Personalist Approach to Care Ethics". *Nursing Ethics*, 2011; 18(2), pp. 161-173.
- van Nistelrooij, I., Leget, C. "Against Dichotomies: On Mature Care and Self-Sacrifice in Care Ethics". *Nursing Ethics*, 2017; 24(6), pp. 694-703.
- von Hildebrand, D. *Ética*, Encuentro, Madrid, 1997. Trad. de Juan José García Norro.
- Walker, P. "Has the autonomy pendulum swung too far?" *ANZ Journal of Surgery*, 2018; 88(6), 536-539. <https://doi.org/10.1111/ans.14053>

Otras referencias

- History & Impact of Picker in Europe & the USA. (s. f.). Disponible en: <https://www.picker.org/about-us/our-history-impact/> [Consulta: 15-01-2019].
- Institute of Medicine (US) *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US), 2001. PubMed. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/> [Consulta: 20-01-2019].
- National Center for Biotechnology Information. "care - MeSH - NCBI". *NCBI*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=care> [Consulta: 20-06-2019].
- PubMed - NCBI. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> [Consulta: 05-02-2019].