

# Humanización, sensibilidad ética y toma de decisión del personal de salud en UCI\*

DOI: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n1.111206>

1 Luis Alberto Sánchez-Alfaro      4 Jeniffer Carolina Ramírez Ortiz  
2 Yolima de Jesús Carmona González      5 Rita del Carmen Boscán Barrera  
3 Liced Yurany Corredor Silva

## Resumen

**Objetivo:** interpretar la relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones del personal de la salud que labora en unidades de cuidado intensivo (UCI) en Bogotá y Cartagena, Colombia.

**Materiales y método:** estudio cualitativo de tipo comprensivo. Se emplearon tres herramientas de recolección de información: entrevista semiestructurada en línea, análisis de caso y la diada observación participante-diario de campo. Inicialmente, se realizó codificación, categorización, disposición y agrupamiento de datos (análisis categorial deductivo); luego, análisis del discurso y hermenéutica de ideas, identificando dos categorías emergentes (análisis categorial inductivo): *Rostros en la UCI* y *Cultivo del profesionalismo*.

**Resultados:** *Rostros en la UCI* evidencia que, como territorio, en estas unidades interactúan subjetividades, roles y expectativas encarnadas por quienes las habitan. *Cultivo del profesionalismo*, como rasgo de carácter, se expresa mediante la práctica de virtudes y se perfecciona a partir de experiencias profesionales y personales.

**Conclusiones:** la relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones en UCI está mediada por varios factores entre el personal de salud que trabaja en estas unidades, como el rol, la jerarquía, el sexo, el cansancio y la angustia moral. El cultivo del profesionalismo ocurre a partir de las experiencias personales y profesionales en UCI que permiten objetivar la experiencia de atención y generan alguna reflexión que impulsa el cultivo de virtudes como la compasión. La humanización, la sensibilidad ética y la toma de decisiones se expresan de manera desigual entre los profesionales de la salud, lo cual se explica principalmente por la jerarquía dentro del equipo de UCI, la proximidad con el paciente y los vínculos establecidos.

**Descriptores:** Cuidados Críticos; Humanización de la Atención; Virtudes; Toma de Decisiones; Personal de Salud (fuente: DECS, BIREME).

\* Artículo derivado del proyecto de investigación "Humanización y sensibilidad ética de profesionales y auxiliares ante la toma de decisiones durante la atención en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena", realizado durante 2022 en el marco del programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia.

1 Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá, Colombia).

Universidad Nacional de Colombia (Bogotá, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5219-2639>

Correo electrónico: [luis.sanchez@ibero.edu.co](mailto:luis.sanchez@ibero.edu.co) / [lasancheza@unal.edu.co](mailto:lasancheza@unal.edu.co)

Contribución: diseño y desarrollo del marco de referencia, metodológico y análisis de resultados.

2 Universidad de Cartagena (Cartagena, Bolívar, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8639-2214>

Correo electrónico: [ycarmonag1@unicartagena.edu.co](mailto:ycarmonag1@unicartagena.edu.co)

Contribución: diseño del estudio, recolección y análisis de la información.

3 Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá, Colombia)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8543-8161>

Correo electrónico: [lcorre12@ibero.edu.co](mailto:lcorre12@ibero.edu.co)

Contribución: recolección y análisis de la información.

4 Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6642-5261>

Correo electrónico: [jramirez@ibero.edu.co](mailto:jramirez@ibero.edu.co)

Contribución: desarrollo del marco de referencia, metodológico y análisis de resultados.

5 Corporación Universitaria Iberoamericana (Bogotá, Colombia).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6299-6865>

Correo electrónico: [rboscamb@ibero.edu.co](mailto:rboscamb@ibero.edu.co)

Contribución: desarrollo del marco de referencia, metodológico y análisis de resultados.

Cómo citar: Sánchez-Alfaro LA; Carmona González YJ; Corredor Silva LY; Ramírez Ortiz JC; Boscán Barrera RC. Humanización, sensibilidad ética y toma de decisión del personal de salud en UCI. Av. enferm. 2024;42(1):111206. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v42n1.111206>

Recibido: 19/09/2023

Aceptado: 24/02/2024

Publicado: 27/02/2024



ISSN (impreso): 0121-4500  
ISSN (en línea): 2346-0261

# Humanization, ethical sensitivity, and decision making by health personnel in the ICU

## Abstract

**Objective:** To interpret the relationship between humanization and ethical sensibility with decision making by the health personnel working at Intensive Care Units (ICU) in Bogotá and Cartagena, Colombia.

**Materials and method:** Comprehensive and qualitative study. This work employed 3 data collection tools: semi-structured online interview, case analysis, and the participant observation-field diary dyad. Initially, coding, categorization, arrangement, and grouping of data were conducted (deductive categorical analysis); subsequently, discourse analysis and hermeneutics of ideas identified 2 emerging categories (inductive categorical analysis), namely: *Faces in the ICU* and *Cultivation of professionalism*.

**Results:** *Faces in the ICU* revealed that, as a territory, ICUs are shaped by the interactions of subjectivities, roles, and expectations embodied by those who inhabit these places. *Cultivation of professionalism*, integral to individual's character, is expressed through virtuous practices and perfected by means of professional and personal experiences.

**Conclusions:** The relationship between humanization and ethical sensibility and decision making in the ICU is influenced by the person's role, hierarchy, sex, tiredness, and moral distress experienced within the Unit. The development of professionalism is nurtured through the personal and professional experiences of healthcare workers in the intensive care setting, enabling them to understand and objectify the patient care experience and fostering the emergence of virtues such as compassion. Disparities in the expression of humanization, ethical sensitivity, and decision-making among healthcare personnel are primarily attributed to team hierarchy within the ICU, the level of proximity to the patient, and pre-established relationships.

**Descriptors:** Critical Care; Humanization of Assistance; Virtues; Decision Making; Health Personnel (source: DeCS, BIREME).

# Humanização, sensibilidade ética e tomada de decisões da equipe de saúde na UTI

## Resumo

**Objetivo:** interpretar a relação entre humanização e sensibilidade ética com a tomada de decisões dos profissionais de saúde em unidades de terapia intensiva (UTI) em Bogotá e em Cartagena, Colômbia.

**Materiais e método:** estudo qualitativo compreensivo. Foram utilizadas três ferramentas de coleta de dados: entrevista on-line semiestruturada, análise de caso e diáde

observação participante-diário de campo. Inicialmente, a codificação, a categorização, a organização e o agrupamento dos dados (análise categórica dedutiva) foram realizados; em seguida, a análise do discurso e a hermenêutica das ideias identificaram duas categorias emergentes (análise categórica indutiva): “rostos na UTI” e “cultivo do profissionalismo”.

**Resultados:** “rostos na UTI” mostra que, como território, nessas unidades interagem subjetividades, papéis e expectativas incorporados por aqueles que as habitam. “Cultivo do profissionalismo”, como traço de caráter, é expresso por meio da prática de virtudes e aperfeiçoado a partir de experiências profissionais e pessoais.

**Conclusões:** a relação entre humanização e sensibilidade ética com a tomada de decisão em UTI é mediada por vários fatores (o papel, a hierarquia, o sexo do profissional de saúde, a fadiga e a angústia moral) entre a equipe de saúde que trabalha nessas unidades. O cultivo do profissionalismo ocorre a partir de experiências pessoais e profissionais na UTI, que permitem que a experiência do cuidado seja objetivada e gere alguma reflexão que impulse o cultivo de virtudes como a compaixão. A humanização, a sensibilidade ética e a tomada de decisões são expressas de forma desigual entre os profissionais de saúde, o que é explicado principalmente pela hierarquia dentro da equipe da UTI, pela proximidade com o paciente e pelos vínculos estabelecidos.

**Descritores:** Cuidados Intensivos; Humanização da Assistência; Virtudes; Tomada de Decisões; Equipe de Saúde (fonte: DeCS, BIREME).

## Introducción

La humanización en los procesos de atención en salud se ha planteado como un imperativo ético que exige, entre otras cosas, el respeto por la dignidad humana, de la mano con el reconocimiento de la condición y el contexto del paciente. Esta también se ha asociado a la promoción de bienestar y calidad de vida durante el proceso de atención. Para que la humanización en la prestación de servicios de salud sea una realidad, se hace necesario que los profesionales sanitarios encarnen una sensibilidad ética que les posibilite una actitud de apertura mental, de autorreflexión permanente y empático-afectiva que redunde en comportamientos (*ethos*) mediados por principios y virtudes éticas durante la ejecución de tratamientos, intervenciones o cuidados implementados en los pacientes (1-5).

En las unidades de cuidado intensivo (UCI) se ha reportado la posibilidad de ocurrencia de atención despersonalizada y deshumanizada, dado que el personal está supeditado a los aparatos tecnológicos y la atención del paciente se subordina a las cifras y datos que indican estos dispositivos. Además, se han reportado falencias o pérdida de cualidades axiológicas (empatía, compasión, comprensión, comunicación y justicia) en el personal de la salud que labora en UCI, así como tensiones relacionadas con la humanización y la sensibilidad ética (4, 6-8).

En cierta medida, diversos estudios han permitido evidenciar que la humanización en las UCI es una necesidad sentida, y que su implementación contribuye al encuentro entre pacientes, familiares y profesionales. En esto es crucial la praxis de cualidades axiológicas, entre ellas la sensibilidad ética, de la cual existen pocos estudios en UCI (5, 7).

Una propuesta sobre humanización en UCI es el proyecto de investigación internacional “Humanización de los cuidados intensivos” (HU-CI) (7), que plantea ocho componentes fundamentales: UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, presencia y participación de familiares en UCI, cuidados al personal, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI, infraestructura humanizada y cuidados al final de la vida.

Al analizar los componentes del proyecto HU-CI a la luz de la realidad colombiana (con un estudio descriptivo exploratorio en personal de UCI en la ciudad de Bogotá), Jiménez *et al.* (9) indican que este modelo “está principalmente fundamentado en elementos de corte técnico-científico basados en procesos, protocolos o procedimientos empleados como métodos para orientar acciones terapéuticas o institucionales objetivas, siendo los cuidados alrededor del paciente en estadio de fin de vida el mejor cimentado” (p. 64); que contempla algunos elementos relacionados con el “profesionalismo” (aunque deberá incorporar otros), así como aspectos bioéticos. Sin embargo, el modelo en sí favorece la toma de decisiones en la UCI. Es de resaltar que tomar decisiones en un escenario tan complejo implica considerar aspectos administrativos, técnicos, biomédicos y humanos; estos últimos, al parecer, son los menos considerados, dada la supremacía otorgada a los otros tres aspectos mencionados. Por ello, he aquí un asunto de importancia: ¿es posible poner en el mismo nivel los aspectos administrativos, técnicos, biomédicos y humanos durante el proceso de toma de decisiones en las UCI?

De acuerdo con Sánchez-Alfaro *et al.* (10), el trato humanizado a pacientes que han requerido ser ingresados a UCI ha tomado relevancia y depende tanto de las instituciones como del personal asistencial, así como de factores externos como el apoyo familiar o un entorno de confort intra y extrahospitalario. La humanización en UCI contempla aspectos deontológicos y de profesionalismo, y está relacionada con: i) brindar buen trato y cordialidad al ejecutar intervenciones en los pacientes; ii) ponerse en el lugar del paciente, reconociendo su sufrimiento y contexto, sin olvidar que tiene familia; iii) cuidados que garanticen bienestar al paciente mediante acciones sobre su cuerpo; iv) cumplir con objetivos terapéuticos evitando sufrimiento o daño, siempre en beneficio de la recuperación y el mejoramiento de la calidad de vida; v) reconocer la dignidad del paciente, siempre salvaguardando su intimidad y privacidad; vi) prestar atención a la vulnerabilidad del paciente, especialmente los pacientes oncológicos, pues se encuentran en un franco sufrimiento y deterioro vital.

Dado este hallazgo frente a la práctica de la humanización tanto en sentido deontológico como de profesionalismo y su relación con el buen trato, surgen inquietudes respecto a la sensibilidad ética de quienes realizan su quehacer asistencial y toma de decisiones en las UCI. Los pacientes de las UCI son vulnerables y frágiles, por lo cual la atención humanizada debería ser un compromiso fundamental del personal que allí labora y de quienes asumen la responsabilidad de tomar decisiones para afrontar y dar respuesta a las necesidades de estos pacientes.

Profesionales con alto grado de sensibilidad ética pueden brindar atención en salud centrada en la persona y reconocer su vulnerabilidad, pero sobre todo ser conscientes de las implicaciones morales en la toma de decisiones. Por el contrario, una baja sensibilidad ética no permite percibir, intuir o comprometerse con las necesidades humanas, mucho menos una adecuada toma de decisiones que protejan la dignidad de la persona. Profesionales éticamente insensibles se caracterizan por ser desatentos, despectivos, groseros, irreflexivos, impacientes, no empáticos, poco observadores y por centrarse en las obligaciones técnicas; todo lo opuesto a la humanización en las UCI, que busca mitigar el dolor, el sufrimiento y la desesperanza en pacientes y familiares (11, 12). La alta

demanda del quehacer diario asistencial en UCI podría ser una limitante para lograr la humanización y la sensibilidad ética.

Yuguero *et al.* (13) plantean que el razonamiento moral, la sensibilidad ética y la empatía favorecen la adquisición de actitudes, valores y comportamientos que previenen la erosión ética y promueven una alta calidad en la atención en salud, categorías claves en los procesos que ocurren en las UCI. Así lo evidencian Carmona González y Montalvo Prieto (5), quienes aseguran que durante las prácticas de cuidado en las UCI y con los pacientes en fase terminal o crónicos, la sensibilidad ética ha de ser objeto de investigación y socialización, especialmente en el personal de enfermería, aunque no solamente circunscrito a ellos.

Las UCI centran sus procesos de atención en favor del confort de los pacientes, y la atención a este confort tiene énfasis en las cuestiones biológicas y los cuidados en perspectiva biomédica. Quienes realizan procesos de atención y cuidado de pacientes en las UCI deben tomar decisiones y realizar un trabajo de calidad y excelencia, virtuoso y compasivo. Esto demanda el ejercicio de prácticas humanizadas y sensibilidad ética, en medio de altas cargas laborales y emocionales en los profesionales de la salud. Teniendo en cuenta lo planteado, el objetivo del presente estudio fue interpretar la relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones del personal de la salud en UCI en las ciudades de Bogotá y Cartagena.

## Metodología

Con base en el objetivo planteado, se diseñó un estudio cualitativo de tipo comprensivo bajo el enfoque de la etnografía, siguiendo los planteamientos de Galeano y Vasilachis (14, 15). La inmersión al campo estuvo a cargo de tres miembros del equipo de investigación, quienes, como estudiantes del postgrado de fisioterapia en cuidado crítico, se encontraban realizando prácticas formativas en UCI. Así, el estudio logró su carácter etnográfico, pues quienes estuvieron en campo participaron de la cotidianidad de la UCI, sin llegar a ser intrusivos ni propiciar cambios en el comportamiento de las personas durante los ejercicios de observación llevados a cabo. La estancia durante la cual se realizó el proceso de inmersión al campo tuvo una duración de 480 horas. Atendiendo a los elementos estructurantes de la investigación cualitativa, al carácter comprensivo de este estudio y siguiendo los planteamientos de Minayo (16), se indagó por elementos sustantivos, tales como los descritos a continuación:

1. La vivencia en las UCI, entendida como objetivación de la experiencia constituida por lo aprendido y lo vivido, que permite la producción de sentido común en cuanto a cómo la humanización y su sensibilidad ética contribuyen en la toma de decisiones durante la atención realizada en UCI de Bogotá y Cartagena. Aquí, la objetivación hace referencia a aquello aprendido por quienes interactúan en la UCI, como una forma de realidad pensada sobre su quehacer y el entorno del lugar (16);
2. La acción social, comprendida como el comportamiento humano por medio del cual los individuos se relacionan en sociedad y en las instituciones, y la acción práctica, que permite al personal de la salud la posibilidad de elegir y de actuar (toma de decisiones) dentro de las condiciones en las que se desenvuelven en las UCI (16).

Lo anterior permitió acercarse a la vida cotidiana del quehacer en las UCI y con ello a la comprensión de la relación entre humanización y sensibilidad ética de profesionales y auxiliares con la

toma de decisiones durante la atención. Esta investigación, dada su naturaleza cualitativa, procuró comprender e interpretar las experiencias, subjetividades e intersubjetividades del personal de la salud involucrado en los procesos de atención y cuidado en UCI, así como a la objetivación de su sensibilidad ética en la toma de decisiones.

La población participante, a quienes les fue realizada la entrevista a profundidad, estuvo conformada por catorce profesionales y auxiliares de la salud que trabajaban en once UCI públicas (seis en Bogotá y cinco en Cartagena) y tres privadas (una en Bogotá, dos en Cartagena). Se trata de dos médicos hombres, cinco profesionales de enfermería (tres hombres, dos mujeres), cuatro fisioterapeutas (dos hombres, dos mujeres) y tres auxiliares de enfermería (un hombre, dos mujeres). Al momento del estudio, los participantes contaban con experiencia de trabajo en UCI de entre 2 y 16 años. Teniendo en cuenta el interés por las vivencias y las acciones que concurren en las UCI, el principal criterio para incluir a los participantes en el estudio fue tener experiencia laboral en este escenario mayor a 1 año, siempre ejerciendo funciones asistenciales, no administrativas.

Para la recolección de información se utilizaron tres herramientas de carácter etnográfico: la entrevista semiestructurada en línea, el análisis de caso y la diada observación participante-diario de campo. Previo al trabajo de campo se realizó diseño y prueba piloto a la guía de entrevista y a la narrativa del caso utilizado. También se diseñó el instrumento para registro de observación participante. La realización de la observación participante y su consecuente diario de campo permitió estar, vivir e intentar comprender de primera mano las vivencias en la UCI, las acciones realizadas y las significaciones otorgadas a estas. La observación participante permitió interacciones y diálogos con los diferentes actores que concurren en las UCI, no se trató de un ejercicio de mirar, sino de un proceso vivencial que permitió habitar el lugar y al tiempo observarlo en su conjunto.

Las entrevistas realizadas tuvieron una duración promedio de 1 hora, todas fueron grabadas (en voz o video, según lo permitió el participante) y posteriormente transcritas en su totalidad. El análisis de caso se realizó al finalizar la entrevista en línea. Para ello, se presentó a los participantes un caso hipotético (guardando respeto por los derechos de autor) y se les solicitó responder a dos preguntas: ¿Qué decisión tomarías en el siguiente caso? ¿Cuáles son los parámetros para tomar esa decisión? Finalmente, se llevaron a cabo 20 observaciones participantes (durante dos meses) que permitieron registrar en el diario de campo aspectos clave relacionados con las vivencias y las acciones ejecutadas por los profesionales sanitarios que laboran en las UCI. Estos registros fueron realizados por dos fisioterapeutas que se encontraban haciendo sus prácticas de postgrado en fisioterapia en cuidado crítico.

Para el análisis de la información se comenzó con la codificación y el establecimiento de categorías iniciales (17). La información recolectada, tanto en la entrevista semiestructurada como en el análisis de caso y en el diario de campo, fue analizada bajo el prisma de las tres categorías de base: humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones, es decir, se realizó proceso de triangulación de la información recolectada con las herramientas empleadas (entrevista semiestructurada, análisis de caso y la diada observación participante-diario de campo). Lo anterior permitió el proceso de codificación y categorización (análisis categorial de tipo deductivo, siguiendo las categorías teóricas preestablecidas dentro de los objetivos de este trabajo) mediante una matriz diseñada con base en el objetivo de la investigación. Luego se realizó disposición y agrupamiento de datos para llevar a cabo el análisis del discurso (el uso del lenguaje, la comunicación de creencias o conocimientos y la interacción en las situaciones de atención y cuidado en UCI). A partir del análisis del discurso y la

interpretación correspondiente (análisis categorial inductivo), se hallaron dos categorías emergentes: Rostros en la UCI y Cultivo del profesionalismo. Estas categorías permitieron articular los hallazgos y facilitaron el proceso de análisis hermenéutico final.

Rostros en la UCI evidencia que estas unidades son un territorio, un escenario, donde se encuentran distintas subjetividades, roles, necesidades y expectativas, entre otras cosas, encarnadas en los cuerpos y rostros de sujetos que habitan allí (profesionales sanitarios, pacientes y familiares). Por su parte, Cultivo del profesionalismo muestra que en los profesionales sanitarios que habitan las UCI cobra gran importancia lo ético y lo humano, pero objetivar y hacer presente esto en el quehacer profesional está relacionado con experiencias personales y profesionales, la proximidad con el paciente y un ejercicio clínico-asistencial competente, pero al tiempo empático y virtuoso. El Cuadro 1 muestra las categorías y subcategorías que orientaron el proceso de análisis y establecimiento de resultados.

**Cuadro 1.** Categorías y subcategorías en la relación humanización-sensibilidad ética-toma de decisiones

Categoría		Subcategoría
Interpretar la relación humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones del personal de salud en unidades de cuidados intensivos públicas y privadas de Bogotá y Cartagena	Rostros en la UCI	Rol profesional (jerarquía)
		Sexo del profesional
		Cansancio laboral y angustia moral
		Estado del paciente
		Observancia de las necesidades del paciente
		Particularidades de la institución o contexto técnico-científico
	Cultivo del profesionalismo	Transitar experiencias (experiencias personales y profesionales)
		Competencia profesional
		Emociones y proximidad con el paciente
		Empatía
		Virtudes

Fuente: datos del estudio.

En cuanto a aspectos éticos, el estudio se clasificó como una “investigación sin riesgo”, puesto que no indagó sobre fenómenos o sucesos de la vida privada o íntima, ni por información sensible de los participantes. El proceso de consentimiento informado verbal garantizó voluntariedad, privacidad y confidencialidad a cada participante (18). Se cumplió con criterios de integridad científica. La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Investigación de la Corporación Universitaria Iberoamericana, Facultad de Ciencias de la Salud.

## Resultados

La relación entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones del personal de la salud en UCI de Bogotá y Cartagena se explica mediante dos categorías y once subcategorías: Rostros en la UCI (rol profesional [jerarquía], sexo del profesional, cansancio laboral y angustia moral, estado del paciente, observancia de las necesidades del paciente, y particularidades de la institución o contexto técnico-científico) y Cultivo del profesionalismo (transitar experiencias [personales

y profesionales], competencia profesional, emociones y proximidad con el paciente, empatía y virtudes). La descripción de resultados se realiza teniendo en cuenta las dos categorías emergentes del proceso de triangulación y análisis realizado. En su presentación, se resalta la voz de los participantes en las entrevistas y en el análisis de caso, mientras que la información relacionada con la diada observación participante-diario de campo se muestra como eje articulador de dicha descripción e interpretación.

## Rostros en la UCI

“Digamos que todos somos un equipo, pero no todos tenemos esa facilidad de escucha hacia el otro, de ponernos, digamos, en el pantalón de ese paciente, en los zapatos de esa familia, en la piel del cuidador” (Hombre enfermero, UCI privada, 16 años de experiencia en Cartagena).

Esta categoría está mediada en el personal de la salud, de un lado, por el rol, la jerarquía y el sexo y, por otra parte, por el cansancio y la angustia moral que genera laborar en la UCI. Se encontró que en las UCI la humanización, la sensibilidad ética y la toma de decisiones se expresan de manera desigual entre los profesionales de la salud. La diferencia se explica principalmente por la profesión, la jerarquía entre el equipo, la proximidad con el paciente y los vínculos profesional-paciente.

Mientras mayor sea el rango en la jerarquía (médicos), la actitud hacia la humanización y la sensibilidad ética se relaciona con la toma de decisiones enfatizadas en acciones técnico-científicas orientadas hacia la mejoría de las alteraciones fisiopatológicas del paciente. A menor jerarquía (auxiliares de enfermería) mayor manifestación de humanización y sensibilidad ética en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado y el bienestar físico y emocional del paciente. Por ello, se halló que las expresiones de humanización y sensibilidad ética en las UCI son inversamente proporcionales al nivel ocupado en la jerarquía dentro del equipo de atención. Sin embargo, en esto juegan un papel importante los rasgos internos del personal:

“yo pienso que todos somos diferentes, tanto físico como mentalmente. No todos tenemos esa parte humana, de poder acercarnos a esa persona, escucharla, entenderla, no todos tenemos esa capacidad” (Hombre enfermero, UCI privada, 16 años de experiencia en Cartagena).

Se logró evidenciar que el sexo de las personas influye en la relación entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones en la UCI. Así, las mujeres expresan acciones de humanización y sensibilidad ética sin restricciones, como un proceso que se asume y expresa de manera natural. Por su parte, los hombres plantean la idea de modular las emociones, de practicar la temperancia y asumir acciones con base en aspectos técnico-científicos:

“yo creo que, por ejemplo, en mi caso, yo soy una persona muy emocional. Tal vez tengo un aspecto plano, me veo como si todo me diera igual, pero realmente soy muy sensible por dentro” (Hombre fisioterapeuta, UCI privada, 2,5 años de experiencia en Bogotá).

En las UCI es común que el personal de la salud experimente cansancio e incertidumbre. Esto les genera estrés laboral y angustia moral, que se expresan en conflictos o dilemas en la toma de decisiones. El estrés/cansancio laboral puede constituirse en una barrera para tomar decisiones clínicas bajo una perspectiva de humanización y sensibilidad ética. Los participantes informaron

que el ritmo de trabajo en la UCI, la tensión que generan los problemas de salud (físicos y emocionales) de los pacientes y su familia, la eminente muerte de algunos pacientes y tomar decisiones en medio de conflictos éticos, les ocasiona agotamiento físico y mental, junto con experiencias de angustia moral. De esta manera, se evidenció que la angustia moral está presente en todo el personal de la UCI:

“Yo le echo la culpa también a la carga laboral en salud, es dura, entonces llega un punto en el que todo el mundo se satura; se satura el médico, se satura el jefe, se satura el auxiliar, eso también hace que la gente se desespere, que la gente se aburra de la profesión y deje de quererla” (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 14 años de experiencia en Bogotá).

El estado del paciente (edad, pronóstico, diagnóstico) y la observancia de sus necesidades genera que en el personal de la salud emerjan emociones, situación que estaría relacionada con cierto grado de sensibilidad ética, prácticas humanizadas e influir en la toma de decisiones. Estar atentos a las necesidades de los pacientes —no solo las biomédicas, también las espirituales y psicosociales— facilita identificarse con el sufrimiento, la vulnerabilidad y la fragilidad del paciente y de la vida humana; es decir, la objetivación de la experiencia con el paciente redundaría en sensibilidad ética.

Con relación a las particularidades de la institución o el contexto técnico-científico, se encontró que en las instituciones donde se realizan prácticas educativas (docencia-servicio) la atención tiende a centrarse en el proceso de enseñanza-aprendizaje, disminuyendo en cierta medida la preocupación por las particularidades contextuales del paciente:

“Uno pasa la ronda y está el paciente A con tales patologías y, con residentes, uno no simplemente busca la solución del problema, sino que entonces surgen todos los temas alrededor de la patología del paciente [...] entonces siento que se despersonaliza un poco la atención con el paciente y se centra más en la academia” (Hombre médico, UCI privada, 2 años de experiencia en Cartagena).

## Cultivo del profesionalismo

“Desafortunadamente, la gente es muy poco empática con el tema [...] eso que yo pienso lo aprendí porque yo ya pasé por ser una paciente de cuidados intensivos, yo estuve ventilada veinte días por un coma” (Mujer auxiliar de enfermería, UCI pública, 14 años de experiencia en Bogotá).

El cultivo del profesionalismo emerge a partir de transitar por experiencias personales (haber estado en la UCI como paciente o acompañando a algún familiar, amigo o compañero) y profesionales (haber experimentado angustia moral, cansancio laboral, incertidumbre) que generan la toma de conciencia frente a la humanización y la sensibilidad ética, especialmente si el tránsito por estas experiencias ha permitido vivir e identificar falencias en la atención, que una vez objetivadas generan alguna reflexión que impulsa al cultivo de virtudes como compasión, benevolencia, cuidado, integridad y amabilidad.

Además, el cultivo del profesionalismo está mediado por las emociones, la proximidad con el paciente, las virtudes profesionales, la competencia profesional y la empatía. Según los participantes, las emociones y los sentimientos que emergen en el personal de la salud durante su quehacer en las UCI influyen en la capacidad de entablar vínculos con el paciente y en su disposición de

afectividad. Objetivar las emociones facilita reconocer en el otro su dignidad y realizar un proceso de proximidad y empatía que se expresa en interés por el paciente y su familia, esto parece estar relacionado con la vocación:

“Yo con mis pacientes siempre he tratado de ser muy empático. Nosotros en la unidad siempre hemos tratado que el paciente se sienta bien, que no simplemente es un profesional que llega a ver la patología y se va. ¡No! Sino un profesional que está presto a que le escuche sus necesidades, a levantarle un poco el ánimo” (Hombre médico, UCI privada, 2 años de experiencia en Cartagena).

“Ser sensible es cuando me pongo en los zapatos del paciente. Me pongo en los zapatos como queriendo decir, cómo me gustaría que me atendieran [...] y realizo mi trabajo de la manera como me gustaría que me trataran si yo estuviera en la UCI” (Hombre fisioterapeuta, UCI pública, 2 años de experiencia en Cartagena).

A partir de lo evidenciado, las competencias técnico-científicas que fundamentan el quehacer profesional en la UCI y la labor como profesional sanitario son un motor para el cultivo del profesionalismo y la toma de decisiones con humanización y sensibilidad ética. El personal de la salud expresa que los conocimientos y las capacidades que poseen, más allá de la *lex artis*, son el arte que les permite preocuparse por tomar acciones en pro del mayor beneficio posible para los pacientes y responder ante las situaciones de incertidumbre o dilemáticas del diario vivir en UCI.

## Discusión

Los hallazgos de este estudio permitieron interpretar que la relación entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones del personal de la salud en UCI de Bogotá y Cartagena ocurre gracias a procesos de objetivación de las experiencias relacionadas con el rol profesional y su rango dentro de la jerarquía de dichas unidades, el sexo de la persona, el cansancio laboral, la angustia moral experimentada, el estado del paciente, la observancia de las necesidades del paciente y las particularidades de la institución. De igual forma, la relación entre estos tres elementos está mediada por el cultivo del profesionalismo, que implica objetivar las experiencias personales y profesionales en la UCI, así como las emociones, permitirse la proximidad con el paciente, la práctica de virtudes y mantener la competencia profesional con el mayor estándar.

Un primer elemento —relacionado con los Rostros en la UCI— que al parecer influye en la relación entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones en la UCI, es el sexo. De acuerdo con Gilligan (19), esto se explica porque en las mujeres la acción moral ocurre desde la particularidad y la protección de la fragilidad humana por naturaleza y convicción, como se observó en este estudio, mientras que en los hombres está sujeta al criterio de la justicia y la obligatoriedad, en este caso, asumir acciones con base en aspectos técnico-científicos. Sin embargo, como se planteó en este estudio, el sexo no es el único factor relacionado con la humanización y la sensibilidad ética en la toma de decisiones en la UCI, pues a esto subyacen aspectos como la experiencia profesional, el rol dentro del equipo de atención, la proximidad con el paciente, experimentar angustia moral o haber estado en UCI como paciente. Esto coincide con lo planteado por Spekkink y Jacobs (20) y Nora *et al.* (11), quienes afirman que el desarrollo de la sensibilidad ética no es una cuestión individual y no se refiere a procesos cognitivo-rationales, sino a la experiencia de ser tocado y encarnar una

respuesta ante ello, donde la vivencia personal juega un papel importante para dotar de significado moral las situaciones observadas. En este sentido, serán necesarios nuevos abordajes desde una perspectiva más amplia como el género o la interseccionalidad.

Un hallazgo controversial de esta investigación fue que las expresiones de humanización y sensibilidad ética en las UCI son inversamente proporcionales al nivel ocupado en la jerarquía dentro del equipo de atención. Aunque en esto juegan un papel importante los rasgos internos del personal de salud, es necesario superar la asimetría de poder entre roles en la UCI, trabajar como equipos consolidados y comprender la humanización como un proceso entre iguales de trabajo conjunto, tanto en sentido deontológico como de profesionalismo. Nora *et al.* (11) han planteado que cuando se tiene mayor sensibilidad ética, la atención se centra en la persona y la toma de decisiones atiende a las necesidades del paciente; para estos autores, el personal de enfermería tiene una sensibilidad ética moderada que está relacionada con orientación interpersonal, conocimiento profesional y experiencias de conflictos morales. Por su parte, Beltrán (21) considera que humanizar el cuidado de los pacientes no se asocia exclusivamente con la voluntad personal, sino también con el compromiso colectivo (contexto social e institucional) para desplazar los cuidados impersonales y el lucro como fin último de la atención.

De la mano con lo anterior, el cansancio laboral puede constituirse en una barrera para tomar decisiones clínicas bajo una perspectiva de humanización y sensibilidad ética; este hallazgo coincide con lo planteado por Alonso-Castillo *et al.* (22), quienes identificaron que cuando el personal de la salud trabaja en instituciones con un clima ético negativo, la presencia de estrés y fatiga aumenta, se limita o se pone en riesgo la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Es de resaltar que el trabajo propio de la UCI es ingente pero, como afirman los participantes, durante y luego de la pandemia por COVID-19 se intensificó, coincidiendo así con los hallazgos de Kherbache *et al.* (23) en su investigación con médicos. Es de aclarar que la sobrecarga laboral no justifica una *praxis* con marcada ausencia de sensibilidad ética o una atención deshumanizada en el campo de la salud. Sin embargo, es claro que dicha situación influye negativamente sobre ambos aspectos y en la toma de decisiones y, en consecuencia, en la calidad de la atención y cuidado en la UCI. Por ello, es importante realizar análisis éticos tanto en relación con el dolor y la vulnerabilidad del paciente que está en la UCI, como sobre las repercusiones que trae consigo el síndrome de *burnout* en los profesionales sanitarios que concurren en este escenario.

El presente estudio evidenció que la angustia moral está presente en el personal de salud de la UCI, pero se intensifica en el de enfermería. En concordancia con esto, diversos autores afirman que la distribución de la angustia moral entre grupos de profesionales de la salud es desigual; en personal de enfermería aparece fundamentalmente al tener limitación en la toma de decisiones con respecto al tratamiento, mientras que en los médicos se asocia con incertidumbre frente a admitir pacientes en la UCI, limitar tratamientos y la toma de decisiones relacionadas con el final de la vida, entre otros aspectos (12, 24). Incluso los más experimentados sufren de angustia moral, lo cual acarrea consecuencias perjudiciales para la vida personal y profesional, las relaciones interpersonales y repercute en la atención a los pacientes (12). Se hace necesario entonces que en las instituciones sanitarias se instauren estrategias encaminadas a disminuir la angustia moral y desarrollar investigaciones sobre las experiencias de personal de la salud ante dicho evento.

Reconocer el estado del paciente y la observancia de sus necesidades genera emociones en el personal de la salud de la UCI que, mediante un proceso de objetivación, facilita consolidar la relación

entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones. Esto le permite al personal sanitario responder con mayor compromiso, posibilitar la participación de familiares en el cuidado y mejorar la comunicación, especialmente en pacientes en etapa de final de la vida. En este mismo sentido se expresan hallazgos de otras investigaciones (5, 21).

Esta investigación encontró que las características de la institución en ciertos casos disminuyen la preocupación por las particularidades contextuales del paciente, enfatizando la atención netamente en aspectos académicos cuando, por ejemplo, se trata de instituciones que mantienen la relación docencia-servicio. Lo anterior se asocia con lo planteado por Rueda *et al.* (2), quienes consideran como una causa de deshumanización en las profesiones médicas la atención fraccionada en especialidades, lo cual impide involucrarse o comprometerse con el paciente. Pero además, es clave que tanto las instituciones como el personal de salud en UCI, incluyendo estudiantes en procesos formativos, realicen esfuerzos que permitan cambios actitudinales y el tránsito de un trato impersonal a uno con sensibilidad ética y humanización, una mirada al otro como sujeto de tal forma que se atiendan sus necesidades con empatía y calidad (21, 25).

También es importante resaltar que tanto en las instituciones de formación de profesionales sanitarios (universidades e institutos) como en las que se opera bajo el modelo docencia-servicio, históricamente se mantiene una hegemonía del modelo biomédico, donde priman los enfoques biologicistas y técnico-instrumentales, donde lo científico se asocia a la cantidad y no a la cualidad y las discusiones éticas giran en torno a cuestiones legales, la llamada medicina defensiva. Esto implica un cambio actitudinal y el fortalecimiento de posturas bioéticas donde las acciones empático-afectivas, la sensibilidad ética y la humanización sean tan importantes como los saberes y las pericias técnico-instrumentales. En este sentido, resaltando aspectos positivos de la educación en ética, tales como la generación de actitudes y comportamientos que demuestran un abordaje humanizado a los pacientes, se han pronunciado Tural y Ünalı (26) en su investigación con estudiantes de enfermería.

El cultivo del profesionalismo, mediado por las emociones, la proximidad con el paciente, las virtudes profesionales, la competencia profesional y la empatía, se traduce en la disposición al buen desempeño profesional (ser un buen profesional y también un profesional bueno) y la búsqueda de la excelencia. La disposición al buen desempeño profesional y el interés por el bien del paciente, encontrado en este estudio, descrito como cultivo del profesionalismo, se revela gracias a la práctica de virtudes (rasgos de carácter manifestados mediante acciones) y la objetivación de las experiencias que realizan quienes trabajan en UCI.

Algunos teóricos han planteado que las virtudes son fundamentales en el encuentro clínico, que su objetivo es lograr la excelencia y que su observancia contribuye significativamente a la humanización en los procesos de atención en salud (27,28), ideas con las cuales este estudio coincide. Sin embargo, de acuerdo con nuestros hallazgos, perseguir la excelencia y practicar virtudes está precedido de la objetivación de las experiencias emanadas del propio entorno clínico. Algunas virtudes para resaltar en favor de la sensibilidad ética y la humanización ante la toma de decisiones en UCI son: compasión, benevolencia, cuidado, integridad y amabilidad.

En este contexto, se comprende que la relación entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones es posible en la *praxis* encaminada a la excelencia profesional y viceversa; no solo asumiendo el cuidado del paciente desde la perspectiva deontológica o legal. Virtudes planteadas en otras investigaciones son compasión, justicia, prudencia, valentía, moderación, integridad, altruismo,

todas ellas con el propósito de llevar al personal de la salud —más allá de la exigencia normativa— a la excelencia y a ser sensibles ante injusticias, maltrato, inequidades o negligencias (27-29). La compasión es resaltada dado que tiene potencial relevante para cimentar una reflexión ética de forma permanente, propiciando apertura al conocimiento y al comportamiento humanizados. Como virtud, la compasión procede del reconocimiento de la fragilidad humana (29-31) y despierta acciones con sensibilidad ética, por lo cual es clave en el personal de la salud de UCI.

Esta investigación tuvo ciertas limitaciones, algunas de ellas propias de su naturaleza cualitativa y otras relacionadas con las dificultades en la recolección de la información debido a la poca disponibilidad de tiempo del personal de la salud que trabaja en UCI. El tiempo de realización de la observación participante, si bien es algo innovador, también puede considerarse una limitación, en tanto fue un periodo corto. Es importante mencionar que, pese a estas limitaciones, siempre se obró a favor de la calidad y la profundidad de la información recolectada y analizada.

## Conclusiones

Este estudio permite inferir que la relación entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones está presente en el personal de la salud de la UCI de Bogotá y Cartagena, pero esta se revela de manera desigual entre los diferentes roles propios del proceso de atención y cuidado de los pacientes en cuidado crítico. Además, la mencionada relación está mediada por la jerarquía, el sexo de la persona, el cansancio laboral, la proximidad con el paciente, los vínculos profesional-paciente y la angustia moral que genera la UCI. La relación entre sensibilidad ética, humanización y toma de decisiones es posible en la praxis profesional encaminada hacia la excelencia profesional y viceversa.

En las UCI se genera conciencia sobre humanización y sensibilidad ética a partir de experiencias personales y profesionales, que al ser objetivadas impulsan al personal de la salud al cultivo de la compasión hacia el paciente y su familia. En este escenario se requiere del cultivo del profesionalismo y la praxis de virtudes como rasgos de carácter que fortalecen la humanización y la sensibilidad ética en los procesos de atención y cuidado. Es necesario mitigar el cansancio laboral y la angustia moral, pues son barreras para lograr la sinergia entre humanización, sensibilidad ética y toma de decisiones.

Finalmente, se puede afirmar que para lograr sinergia entre humanización y sensibilidad ética con la toma de decisiones del personal sanitario en UCI se hace necesario reconocer que estas unidades de cuidado son un territorio habitado por sujetos (profesionales sanitarios, pacientes y familiares) que, por lo tanto, conlleva interacciones y encuentros de subjetividades, sexos, géneros, roles, necesidades y expectativas encarnadas en los cuerpos, que en muchos casos son los que interpelan al otro. Debido a esto, en los profesionales sanitarios que habitan las UCI, como acto de responsabilidad ante la alteridad que exige atención y cuidado (el paciente y sus necesidades encarnadas), es de suma importancia cultivar el profesionalismo como rasgo de carácter que se expresa mediante la práctica de virtudes y promueve el fortalecimiento de posturas donde las acciones empático-afectivas, la sensibilidad ética y la humanización sean tan importantes como los saberes y las pericias técnico-instrumentales en los procesos de toma de decisiones.

## Apoyo financiero

Esta investigación contó con el financiamiento del Programa de Fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran estar libres de conflictos de interés en todo lo concerniente a la investigación realizada.

## Referencias

- (1) Andino Acosta CA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Rev. colomb. bioét.* 2015;10(1):38-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189242405005>
- (2) Rueda Castro L; Gubert IC; Duro EA; Cudeiro P; Sotomayor MA; Benites Estupiñán EM et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Rev. iberoam. bioét.* 2018;(8):1-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.002>
- (3) Bermejo JC; Villaciers Durban M. Humanización y acción. *Rev. iberoam. bioét.* 2018;(8):1-16. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.005>
- (4) Wilson ME; Beesley S; Grow A; Rubin E; Hopkins RO; Hajizadeh N et al. Humanizing the intensive care unit. *Crit Care.* 2019;23(32):1-3. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7>
- (5) Carmona González Y; Montalvo Prieto A. Nurses' moral sensitivity regarding the terminally ill. *Invest Educ Enferm.* 2019;37(3):e07. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e07>
- (6) Ávila-Morales J. La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia.* 2017;30(2):216-229. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.v30n2a11>
- (7) Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev. méd. Clín. Las Condes.* 2019;30(2):120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
- (8) Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Pers Bioét.* 2014;18(2):184-193. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8>
- (9) Jiménez Rodríguez MD; Forero Sarmiento V; Sánchez-Alfaro LA. Atención humanizada en cuidado crítico: fundamentos técnico-científicos, de profesionalismo y bioéticos. *Mov. Cient.* 2023;17(1):55-65. <https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.17106>
- (10) Sánchez-Alfaro LA; Carmona González Y; Silva Pinilla YV; Garzón Ortiz LF; Medina Carrión MA. Significados de la humanización en cuidado crítico. Vivencias y acciones de profesionales sanitarios en Unidades de Cuidado Intensivo en Bogotá y Cartagena (Colombia). *Rev. bioét. derecho.* 2022;(56):185-207. <https://revistas.ub.edu/index.php/RBD/article/view/38077>
- (11) Nora CRD; Zoboli ELCP; Vieira MM. Moral sensitivity in Primary Health Care nurses. *Rev. Bras. Enferm.* 2017;70(2):308-316. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>
- (12) Ledger US; Reid J; Begley A; Dodek P, McAuley DF; Prior L et al. Moral distress in end-of-life decisions: A qualitative study of intensive care physicians. *J crit care.* 2021;62:185-189. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.12.019>
- (13) Yuguero O; Esquerda M; Viñas J; Soler-Gonzalez J; Pifarré J. Ethics and empathy: The relationship between moral reasoning, ethical sensitivity and empathy in medical students. *Rev Clin Esp.* 2019;219(2):73-78. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.09.002>
- (14) Galeano Marín ME. Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Segunda edición. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2018. 278 p.
- (15) Vasilachis de Gialdino I. La investigación cualitativa. En: Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Editorial Gedisa; 2006. p. 23-64.
- (16) Souza Minayo M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva.* 2010;6(3):251-261. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>
- (17) Urrea E; Muñoz A; Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enferm. univ.* 2013;10(2):50-57. <https://bit.ly/48XpNPK>
- (18) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. Octubre 4 de 1993. <https://bit.ly/46KxusT>
- (19) Gilligan C. La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino. Primera edición, primera reimpression. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1985.
- (20) Spekkink A; Jacobs G. The development of moral sensitivity of nursing students: A scoping review. *Nurs Ethics.* 2021;28(5):791-808. <https://doi.org/10.1177/0969733020972450>
- (21) Beltrán Salazar OA. Impersonal care or humanized care: A decision made by nurses? Hourglass Model. *Investig Educ Enferm.* 2016;34(3):444-455. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a03>
- (22) Alonso-Castillo MM; Armendariz-García NA; Alonso-Castillo MTJ; Alonso-Castillo BA; López-García KS. Clima ético, estrés de conciencia y laboral de enfermeras y médicos que laboran en cuidados intensivos neonatal. *Rev. latinoam. bioét.* 2019;19(37-32):63-74. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4177>

(23) Kherbache A, Mertens E, Denier Y. Moral distress in medicine: An ethical analysis. *J Health Psychol.* 2022;27(8):1971-1990. <https://doi.org/10.1177/13591053211014586>

(24) Fourie C. Who is experiencing what kind of moral distress? Distinctions for moving from a narrow to a broad definition of moral distress. *AMA J Ethics.* 2017;19(6):578-584. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.6.nlit1-1706>

(25) dos Santos RS; Amorim LP; dos Santos LL; Monteiro LV; Dourado GKS; Cardoso RSS. Humanização no cuidado na UTI adulto. *Enferm. Bras.* 2022;21(3):318-332. <https://doi.org/10.33233/eb.v21i3.4709>

(26) Tural Büyük E; Ünalı Baydin N. The effect of ethics education on the ethical sensitivity of nursing students. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist.* 2021;29(2):158-165. <https://doi.org/10.5336/mdethic.2020-77477>

(27) Beato JM. O Cuidado Como Virtude: um Diálogo Entre a Ética das Virtudes e a Ética do Cuidado. *Rev. port. filos.* 2020;76(1):285-318. <https://www.jstor.org/stable/26915604>

(28) Cruz JS. Ética das virtudes: em busca da excelência. *Rev Med.* 2020;99(6):591-600. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i6p591-600>

(29) Pinedo Cantillo I; Yáñez Canal J. Las emociones y la vida moral: una lectura desde la teoría cognitivo-evaluadora de Martha Nussbaum. *Veritas.* 2017;(36):47-72. <http://doi.org/10.4067/S0718-92732017000100003>

(30) Sánchez-Alfaro LA; Gómez Henao J. Principios bioéticos y virtudes éticas en la toma de decisiones fisioterapéuticas en una unidad de cuidado intensivo (uci) de Bogotá. *Rev. latinoam. bioet.* 2022;22(2):99-111. <https://doi.org/10.18359/rlbi.5920>

(31) Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ. méd.* 2015;16(1):3-8. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.001>