

COMENTARIOS A ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Primer estudio cuantitativo en España sobre desasosiego moral y clima ético en profesionales sanitarios de UCI

First quantitative study in Spain on moral distress and ethical climate in ICU healthcare professionals

Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Veiras PB, Rodríguez MM, Estany-Gestal A, Hortas AB, et al. Moral distress among healthcare professionals working in intensive care units in Spain. *Med Intensiva*. 2021;Jul28:S0210-5691(21)00170-4. doi: 10.1016/j.medin.2021.06.004

Resumen

Objetivo: Evaluar el desasosiego moral (DM) entre los profesionales sanitarios que trabajan en unidades de cuidados intensivos (UCI) en España.

Diseño: Estudio prospectivo transversal.

Ámbito: UCI en España.

Participantes: Profesionales sanitarios que actualmente trabajan en UCI españolas.

Intervenciones: Se distribuyó electrónicamente un cuestionario de 55 ítems.

Variables principales: El cuestionario incluía las características sociodemográficas y laborales, la versión en español de la Medida de desasosiego moral para profesionales sanitarios (MMD-HP-SPA) y la Encuesta de clima ético hospitalario (HECS).

Resultados: En total 1.065 profesionales sanitarios de cuidados intensivos completaron el cuestionario. Tres de cuatro hipótesis de validez fueron apoyadas. El DM fue significativamente mayor entre los médicos (80, IQR 40-135) que entre las enfermeras (61, IQR 35-133, $p = 0,026$). El DM fue significativamente más alto para aquellos médicos que estaban considerando dejar su puesto de trabajo (78, IQR 46-163 vs. 61, IQR 32-117; $p < 0,001$). El MMD-HP-SPA se correlacionó inversamente con el HECS ($r = -0,277$, $p < 0,001$). Un análisis factorial exploratorio reveló una estructura de cuatro factores, evidenciando los niveles de paciente, equipo y sistema del DM.

Conclusiones: En este estudio los intensivistas refirieron niveles de DM más altos que las enfermeras. Se deben implementar estrategias para mejorar el clima ético en las UCI y corregir otros factores relacionados, con el fin de mitigar el DM en lo que atañe al paciente, al equipo y al sistema. Ambos grupos de profesionales manifestaron una intención relevante de abandonar su puesto de trabajo debido al DM. Se necesitan más estudios para determinar en qué medida el DM influye sobre su deseo de abandonar su puesto de trabajo.

Comentario

El concepto de desasosiego moral (DM) fue acuñado por primera vez en los años 80 en la profesión enfermera para describir el proceso de dolor o angustia que ocurre cuando, en el contexto asistencial, se conoce la acción éticamente correcta a realizar, pero existen limitaciones, reales o percibidas, que le impiden al profesional llevarla a cabo¹. A partir de su definición y posterior estudio incluyendo otras profesiones sanitarias, se han determinado componentes del DM como la complicidad en la irregularidad (presiones externas), la falta de voz en la toma de decisiones, irregularidades asociadas a valores profesionales (no personales), experiencias repetidas que generan un «residuo moral», y tres niveles de causas principales: paciente, unidad y sistema². Si bien el constructo es antiguo, es a partir de los años 2000 cuando se desarrolla gran parte del estudio empírico sobre el mismo, así como sus aspectos longitudinales y acumulativos gracias al desarrollo de un instrumento de evaluación cuya versión más actualizada es *The Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals (MMD-HP)*².

La literatura en español aporta diferentes traducciones de *moral distress* tales como «distrés moral», «estrés moral», «sufrimiento moral» o «angustia moral», pero en España no ha existido hasta hace poco un instrumento adaptado y adecuadamente validado que permitiera la medición y desarrollo empírico del concepto. Por ese motivo, las publicaciones sobre el tema en profesionales sanitarios españoles son prioritariamente revisiones teóricas, guías o documentos técnicos y docentes, así como trabajos de investigación cualitativa. No ha sido hasta el 2021 cuando se ha traducido, validado y publicado la versión en español del

MMD-HP por parte del mismo equipo firmante del artículo que comentamos en estas líneas: la Medida de Desasosiego Moral para Profesionales Sanitarios (MMD-HP-SPA)³. En ese instrumento, los autores traducen por primera vez el concepto como «desasosiego moral». Esta traducción permite no utilizar el anglicismo y ofrecer un término en nuestro idioma muy descriptivo del constructo. Por otro lado, la existencia de terminología previa requerirá difusión de la nueva nomenclatura, investigación y publicación científica en nuestro idioma, para que se conozca y generalice su uso sin considerarlo un problema nuevo o diferente. La posibilidad de tener un instrumento de medida validado, sin duda, ayudará a ello.

Como continuidad a ese trabajo de validación, en este estudio, Rodríguez-Ruiz et al. abordan por primera vez un análisis cuantitativo, prospectivo y transversal del desasosiego moral en unidades de cuidados intensivos españolas, siendo esto de gran valor, pues ofrece la primera fotografía cuantificada del problema en España. Los autores incluyen en anexos del artículo los ítems y el análisis factorial exploratorio del instrumento, lo que permite, en esta segunda publicación, comprobar la validez de constructo del MMD-HP-SPA, su fidelidad a la estructura del cuestionario original y los muy adecuados indicadores de fiabilidad, tanto en su aplicación en enfermeras como en médicos.

La muestra de estudio supera los 1.000 profesionales de UCI (n = 1.065). En ellos, además del DM, los autores evalúan características sociodemográficas y laborales, el deseo de abandono del puesto, así como el clima ético hospitalario. Esta última es una interesante variable que la literatura recoge como estrecha e inversamente ligada al DM, y que describe prácticas organizacionales que (si están presentes) facilitan las decisiones con contenido ético, la participación en reflexiones y decisiones compartidas, condiciones de poder, confianza, inclusión, flexibilidad de roles e investigación en la organización. El *Hospital Ethical Climate Survey-Short Version* (HECS) es el instrumento habitual de medida de dicha variable⁴. Los autores indican que utilizan una versión española de esta escala, construida siguiendo los mismos pasos y criterios científicos empleados para la traducción y adaptación del MMD-HP-SPA, y cuyos ítems se muestran en anexo del artículo, si bien no indican publicación previa de su validación ni se aportan datos de fiabilidad de la escala en la muestra de estudio.

Esta primera evaluación cuantitativa del DM en UCI españolas muestra la presencia del problema en sus profesionales. Concretamente los autores obtienen un DM superior en médicos que en enfermeras y en aquellos profesionales que han considerado abandonar su puesto de trabajo. El peso significativo del primer resultado deberá seguir estudiándose en un futuro, ya que contradice otros resultados internacionales donde con mayor frecuencia son las enfermeras las que obtienen superiores índices de DM^{5,6}. Como bien señalan los autores, este resultado puede estar ligado a características específicas de la organización sanitaria española, formas de trabajo en las UCI y distribución de funciones en los profesionales. Respecto al deseo de abandono del puesto, este trabajo arroja importantes datos que debemos tener muy en cuenta, ya que aparece presente tanto en médicos como enfermeras asociado al DM, pero además sabemos que en estas unidades se relaciona con

otros síndromes que se solapan entre sí como el *burnout*, la fatiga por compasión o el estrés traumático secundario^{7,8}. Investigaciones futuras deberán analizar esta situación de los profesionales españoles de cuidados críticos, ya que pone en riesgo la estructura interprofesional de estas unidades, su calidad asistencial y la salud laboral de sus profesionales.

Merece especial mención el trabajo de análisis que la publicación incluye sobre las principales causas del DM en las UCI. Estos datos abren las puertas a líneas de prevención e intervención basadas en la evidencia atendiendo a las especificidades de cada grupo profesional. En este sentido, los autores obtienen un relevante peso en las causas organizacionales relacionadas con el número de pacientes a atender de forma segura y la falta de continuidad del personal, así como con aspectos relativos al cuidado del paciente que pueden implicar obstinación terapéutica. A esos principales factores compartidos, se añaden otros diferenciales como una mayor incidencia en los médicos del efecto de la falta de recursos, equipos, camas, etc. que comprometen la correcta atención al paciente. Es oportuno señalar en este punto que el periodo de recogida de datos de la presente investigación fue previo a la pandemia por COVID-19 (de octubre a diciembre de 2019). Conociendo la importancia del *ranking* de causas del DM que aportan, el efecto acumulativo del mismo, y su relación con la salud emocional de los profesionales, será esencial la investigación que evalúe estos aspectos durante y después de dicha pandemia en los profesionales de UCI.

La puntuación media en el clima ético hospitalario percibido varía poco entre grupos profesionales y se ratifica su correlación negativa con el DM. A su vez, el análisis de regresión realizado por los autores señala la capacidad predictiva de esta variable frente al DM, confirmándose como un aspecto organizacional protector ante el mismo. Este resultado deberá ser analizado en profundidad con posteriores estudios prospectivos y longitudinales, pero aporta datos de gran utilidad práctica ya que subraya la importancia y necesidad de la promoción de dicho clima ético como medida de protección frente al DM. Serán necesarias tanto medidas individuales que fomenten la formación en bioética en los profesionales y la resiliencia moral, como acciones a nivel de grupo y equipo de trabajo, facilitando una cultura de práctica ética, humanización de los cuidados y espacios interprofesionales de reflexión y deliberación compartida.

Estudios como este son totalmente necesarios y responden a una llamada a la acción realizada por las propias sociedades médicas y de enfermería de cuidados críticos sobre síndromes y aspectos psicosociales de las UCI que se solapan entre sí y afectan en gran medida a los profesionales⁸. Como todo trabajo de investigación, el aquí comentado presenta algunas limitaciones que son adecuadamente señaladas en el texto por los autores, y en trabajos posteriores deberán aportar mayor información sobre la versión española de la Escala de Clima Ético. Más allá de esas cuestiones, la publicación es de gran relevancia teórica, metodológica y aplicada: por primera vez a través de datos cuantitativos, se describe y explica el DM en profesionales sanitarios de UCI en España aportando claves sobre su especificidad según grupos profesionales; se abre puertas a futuras investigaciones (en UCI y en otros servicios asistenciales) con la aportación dos nuevos instrumentos de

evaluación sobre DM y clima ético hospitalario y se ofrece el apoyo empírico necesario sobre líneas concretas de prevención e intervención frente al DM.

En definitiva, esta investigación contribuye a subrayar la importancia de la dimensión ética del trabajo como parte esencial de la calidad y humanización de los cuidados a pacientes y familiares, así como variable estrechamente relacionada con el bienestar del profesional.

Bibliografía

1. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs; 1984.
2. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for healthcare professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019;10:113–24, <http://dx.doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>.
3. Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Estany-Gestal A, Blanco Hortas A, Rodríguez-Calvo MS, Rodríguez-Núñez A. Validation and psychometric properties of the Spanish version of the measure of moral distress for health-care professionals (MMD-HP-SPA). *Med Intensiva*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2021.03.002>.
4. Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image J Nurs Sch*. 1998;30:345–9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>.
5. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016;31:178–82, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>.
6. Neumann JL, Davis L, Jernigan C. Methods to address moral distress experienced by stem cell transplantation nurses and build resiliency. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2018;24:S117–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.12.690>.
7. Khan N, Jackson D, Stayt L, Walthall H. Factors influencing nurses' intentions to leave adult critical care settings. *Nurs Crit Care*. 2019;24:24–32, <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12348>.
8. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement - Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016;150:17–26, <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201604-0708ST>.

Macarena Gálvez-Herrer (MSc, PsyD)*

Área de Psicología y Cuidado Emocional del Proyecto de Investigación Internacional para la Humanización de la Salud, Proyecto HU-CI, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: macarena.galvez@proyectohuci.com