



Análisis de la Conflictividad Ética en los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos

Anna Marta Falcó Pegueroles

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Análisis de la Conflictividad Ética en los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos

Anna Marta Falcó Pegueroles

Tesis Doctoral
2012

Análisis de la Conflictividad Ética en los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos

Tesis doctoral presentada por Anna Marta Falcó Pegueroles para optar al título de Doctor/a por la Universidad de Barcelona

dirigida por la Dra. María Teresa Lluch Canut

Programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras
Escuela Universitaria de Enfermería

Universidad de Barcelona

Barcelona, febrero 2012

“La Enfermería es, sin duda, una tarea moral. Su práctica nunca ocurre en el vacío moral y nunca está fuera de riesgo moral”.

Mega-Jane Johnstone

Johnstone, M.J., (2009). *Bioethics. A nursing perspective (2nd ed.)*. Chatswood, NSW: Churchill Livingstone – Elsevier (p. 5).

Dedicatòria

Als meus fills, l'Abril i el Biel, de 8 i 6 anys: "Em sap greu haver destinat una part de temps nostre a la tesi, encara que sé que calia fer aquesta inversió. Tan petits i ja heu entès que necessitava fer-la, que era important per mi professionalment i pel nostre futur. Probablement sense ser-ne conscients, sapigheu que m'heu ajudat molt. Us estimo molt, moltíssim".

Als meus pares, la Francesca i en Pere.

Al meu marit, en Toni.

Reconeixements i agraïments

Moltes persones de l'àmbit familiar i del professional heu estat testimonis directa o indirectament del procés d'elaboració d'aquesta tesi que m'ha exigut estudi, treball i molt temps personal. M'heu animat, encoratjat i preguntat quan ens hem trobat "Com va la tesi?". A tots vosaltres us vull agrair profundament el vostre suport.

La tesi m'ha donat la oportunitat de conèixer i establir, en alguns casos, noves relacions amb professionals del meu voltant, fet que per mi ha estat molt valuós. Per tot això, vull mostrar el meu reconeixement i agraïment a:

Al Toni, per tot. Ha estat un recolzament fonamental, m'ha resolt dubtes, m'ha orientat en algunes decisions i ha estat còmplice de tots els esdeveniments que s'han succeït al voltant de la tesi. Ha entès el cansament físic i psíquic que a vegades he mostrat i també la necessitat d'aïllar-me durant temps per poder llegir i escriure. Ha compartit l'alegria i la satisfacció d'haver culminat el treball.

Als meus pares, la Francesca i en Pere; i als meus sogres, la Rosario i l'Antonio, pel suport i l'estima incondicional de sempre però que ha estat important per la cura de nosaltres quatre durant aquest període que la tesi em dedicava molt temps. Li estic molt agraïda al meu pare, el Dr. Pere Falcó, per la revisió acurada que ha fet del text i les seves encertades esmenes.

A la Dra. Teresa Lluch, per la seva expertesa i saber fer, per les hores que hem passat juntes i per les que m'ha dedicat en el seu temps lliure llegint, corregint i millorant el treball. Li estic molt agraïda també per la llibertat que m'ha donat, pels bons consells i la sinceritat de les seves crítiques, sempre transmetent "energia positiva".

Al Dr. Joan Guàrdia, pel seu saber, pels seus consells i sobretot per dedicar-me una part del seu temps tan amablement.

A la Dra. Josefina Goberna i la Sra. Montse Busquets, companyes que van accedit encantades a llegir el capítol sobre les Bases ètiques del cuidar i dir-me el seu parer, dedicant una part del seu temps personal, fent-me valuoses esmenes i platejant-me qüestions per la reflexió. Doblement agraïda també a la Montse Busquets per la seva participació en el Comitè d'Experts en ètica.

A les Sres. Ester Busquets i Núria Terribas, de l'Institut Borja de Bioètica, per donar-me gratuïtament centenars d'exemplars de la col·lecció "Fem Bioètica" per poder-los distribuir entre els professionals participants en aquesta investigació com a part de l'obsequi. També li agraïxo a l'Ester Busquets la seva participació al Comitè d'Experts en ètica.

Al Dr. Norbert Bilbeny i la Dra. Begoña Roman, per la seva participació en el Comitè d'Experts en Ètica, pel seu temps, per les seves esmenes i per atendre'm tan amablement.

A les Sres. Gemma Martínez i Neus Guasch, de l'Hospital Universitari de Bellvitge i de l'Hospital Clínic Universitari respectivament, per la seva participació en el Comitè d'Experts en infermeria intensiva però també per la seva ajuda a l'hora de facilitar-me els noms i adreces de correu electrònic de les infermeres supervisoras de cada servei participant. Molt agraïda a la Gemma Martínez, per la seva disponibilitat.

Especialment agraïda a les 220 infermeres i infermers participants en aquesta investigació, dels Hospitals Bellvitge i Clínic; i els participants en la prova pilot, de l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau.

A la Sra. Pilar Rodríguez, infermera de l'Hospital Universitari de Bellvitge, per la seva participació en el Comitè d'Experts i per "perseguir" per l'Hospital als pocs professionals que havien contestat el qüestionari però encara no l'havien tornat quan necessitava recollir-los.

A la Dra. Pilar Delgado, per la seva participació en el Comitè d'Experts en infermeria intensiva i per ajudar-me distribuint i recollint els qüestionaris a la mostra pilot.

A les Sres. Montserrat Ferrer, Rosa Gasull, Ángeles Balluerca, Rosa Gallardo i el Sr. Aníbal Fernández, de l'Hospital de Bellvitge i al Sr. Miquel Sanz i les Sres. Anna Cirera, Carme Farreres, Rosa M^a Bertral, Anna Alicarte, de l'Hospital Clínic; tots ells supervisors d'infermeria i caps d'àrea dels serveis participants dels respectius centres, per haver-me ajudat a fer arribar els qüestionaris als professionals participants, custodiar i distribuir els obsequis que vaig preparar.

A les Directores d'Infermeria de l'Hospital de Bellvitge i de l'Hospital Clínic, les Sres. Marisa Ridaó i Dra. Adelaida Zabalegui, per atendre'm personalment i autoritzar la investigació; i als membres dels Comitès Ètics d'Investigació Clínica dels Hospitals de Bellvitge i del Clínic, representats pels Drs. Enric Suspedra i Antoni Trilla, per autoritzar la investigació.

A la Sra. Rosa Blasco, per apostar per mi fa uns anys per formar part de l'equip de professores del Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica.

A la Sra. M^a Teresa Luis, pel seu saber de la disciplina infermera, per la seva confiança i bons consells, especialment mentre hem estat treballant juntes, paral·lelament a aquesta tesi, en un altre projecte nou com ha estat el disseny de la matèria d'Infermeria Clínica del Grau d'Infermeria.

A les companyes d'*english*, la majoria ja doctores, per interessar-se per com anava la tesi, pels ànims i per l'alegria que sé que comparteixen.

A la Sra. Eva Garrido, per resoldre'm alguns dubtes "exprés" en relació a la utilització del programa PASW i per compartir amb ella la meva passió incipient per l'estadística.

A la Sra. Andrea Pardo, per les converses espontànies sobre Virginia Henderson i Jean Watson.

A la Dra. Imma Úbeda, per resoldre'm alguns dubtes en relació a com exposar les dades en el capítol de resultats.

Un agraïment també a totes les companyes i els companys d'ambdós Departaments que s'han interessat per aquest projecte i a les moltes persones que sé que comparteixen amb nosaltres l'alegria d'haver-lo finalitzat.

Moltes gràcies a tots!!!

Índice

	<i>Página</i>
Resumen / <i>Abstract</i>	1
Listado de acrónimos	5
Introducción	7
MARCO TEÓRICO	
<hr/>	
1. BASES ÉTICAS DE LA ENFERMERÍA	11
1.1 Referentes éticos de los cuidados	13
1.1.1 Ética prescriptiva	15
Ética teleológica	16
Ética deontológica	16
1.1.2 Ética de la virtud	17
1.1.3 Bioética	19
Escuela norteamericana	20
Escuela europea	21
1.1.4 Ética del cuidado	23
1.1.5 Límites de las éticas en la práctica enfermera	25
1.2 Escuela del <i>Caring</i> : un apunte desde la perspectiva de Jean Watson	29
1.3 Valores y principios éticos en Enfermería: de la vocación a la competencia	33
1.3.1 Etapa vocacional	34
1.3.2 Etapa técnica	35
1.3.3 Etapa profesional	36
1.3.4 Paradigma de la <i>nurse advocacy</i>	37
1.4 Responsabilidad ética de la Enfermería actual	40
2. CONFLICTIVIDAD ÉTICA	43
2.1 Concepto de conflicto. Conflicto ético y conflicto moral	45
2.2 Tipos de conflictos éticos en Enfermería	49
2.2.1 Incertidumbre moral	53
2.2.2 Dilema moral	54
2.2.3 Angustia moral	56
2.2.4 Indignación moral	59
2.2.5 Términos utilizados para describir <i>moral distress</i> y algunas cuestiones sobre el diagnóstico enfermero "Sufrimiento moral"	60
2.3 Situaciones generadoras de conflicto ético	63
2.4 Consecuencias personales, profesionales e institucionales de la conflictividad ética	68
2.5 Estrategias frente a los conflictos éticos	70
2.6 Conflictos éticos y Unidades de Cuidados Intensivos	72

3. MEDIDA DEL CONFLICTO ÉTICO EN ENFERMERÍA	79
3.1 Medida del conflicto ético en enfermería	81
3.2 <i>Moral Distress Scale</i> (MDS) de Corley	83
3.2.1 Adaptaciones de la MDS de Corley	87
3.3 <i>Moral Distress Questionnaire</i> (MDQ) de Källemark	88
3.3.1 Adaptaciones del MDQ de Källemark	89
3.4 <i>Stress of Conscience Questionnaire</i> (SCQ) de Glasberg	91

MARCO EMPÍRICO

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO	95
4.1 Problema objeto de estudio	97
4.2 Propuesta de un modelo para analizar la conflictividad ética	99
4.2.1 Ausencia de conflicto ético	103
4.2.2 Presencia de conflicto ético	105
5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	109
6. HIPÓTESIS	113
7. METODOLOGÍA	117
7.1 Tipo de estudio	119
7.2 Participantes	119
7.3 Variables a analizar y categorías	120
7.4 Instrumentos	124
7.4.1 Cuestionario sobre las características descriptivas de la muestra y del entorno	124
7.4.2 Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE)	125
Génesis del CuCEE	126
Validez de contenido	129
CuCEE definitivo	136
7.5 Procedimiento	138
7.5.1 Prueba piloto	138
7.5.2 Administración de los cuestionarios a la muestra	139
7.5.3 Aspectos éticos	140
7.6 Análisis estadístico de los datos	141
7.6.1 Análisis estadístico descriptivo	141
7.6.2 Análisis métrico del instrumento	142
7.6.3 Análisis estadístico bivalente	143
8. RESULTADOS	145
8.1 Resultados referentes a las características descriptivas de la muestra y el entorno clínico	147
8.1.1 Datos socio demográficos	147
8.1.2 Datos académicos	149
8.1.3 Datos profesionales	150
8.1.4 Comité Ético y protocolos	152
8.1.5 Dinámicas de trabajo en el servicio	153
8.1.6 Circunstancias para el afrontamiento positivo de los conflictos éticos	154

8.2 Resultados referentes al análisis métrico del CuCEE	155
8.2.1 Fiabilidad	155
8.2.2 Validez	156
8.3 Resultados referentes al fenómeno de la conflictividad ética	158
8.3.1 Frecuencia temporal y grado de conflicto según las situaciones de cuidados	159
8.3.2 Exposición a la conflictividad ética	161
8.3.3 Exposiciones extremas a la conflictividad ética: características de los sujetos y de los cuidados	164
8.3.4 Tipología de conflicto ético y estructura organizativa	166
8.3.5 Relación entre el IE _{CE} y las características descriptivas de la muestra y del entorno	175
IE _{CE} y características de la muestra	175
IE _{CE} y características del entorno clínico	178
9. DISCUSIÓN	181
9.1 Discusión de los resultados obtenidos	183
9.2 Limitación del estudio	198
9.3 Propuestas y recomendaciones para la práctica asistencial, la gestión sanitaria, la formación universitaria y la investigación	199
10. CONCLUSIONES	203
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	209
12. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	227
12.1 Financiación	229
12.2 Difusión de la investigación	229
13. ÍNDICE DE TABLAS	231
14. ÍNDICE DE FIGURAS	235
ANEXOS	239
Anexo 1. Cartas presentación estudio al Comité de Expertos, prueba piloto y muestra de estudio	241
Anexo 2. Cuestionario sobre las características descriptivas de la muestra y el entorno clínico	249
Anexo 3. Cuestionario de Conflictividad ética para Enfermeras/os (CuCEE)	255
Anexo 4. Tabla frecuencias y porcentajes respecto a la <i>variable periodicidad temporal</i>	267
Anexo 5. Tabla frecuencias y porcentajes respecto a la <i>variable grado de conflicto ético</i>	271
GLOSARIO DE TÉRMINOS	275

Resumen

El conflicto ético es un problema que se produce al percibir que los valores y principios éticos asumidos por uno mismo están comprometidos por otros, siendo incapaz de tomar decisiones de carácter ético. Los profesionales de Enfermería son especialmente vulnerables a experimentar conflictos de carácter ético debido, fundamentalmente, a las responsabilidades propias asociadas al cuidado de las personas, cuestión que atribuye carácter ético a la profesión, y al hecho de trabajar en un contexto cada vez más tecnificado y complejo como es el ámbito sanitario actual.

Las situaciones conflictivas se encuentran asociadas a las relaciones que se establecen con el paciente y su entorno familiar; con el equipo sanitario y la institución; y con determinados tratamientos y procedimientos. Aunque los conflictos éticos son intrínsecos de la profesión enfermera, algunos entornos clínicos se revelan especialmente sensibles a este fenómeno, como es el caso de la enfermería intensiva de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs).

Con frecuencia, la investigación se ha centrado en el análisis del malestar ético o de la angustia moral experimentada por los profesionales, sin considerar otros tipos de conflicto definidos en la literatura sobre el tema. En este sentido, la exploración del fenómeno de la conflictividad ética debe considerar el conjunto de variables que intervienen en la génesis del conflicto. Partiendo de esta necesidad, con la idea de explorar el fenómeno en los profesionales de enfermería, la presente investigación tuvo por objetivos validar un modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética; elaborar un instrumento para explorar este fenómeno en profesionales enfermeros de las UCIs; y analizar la relación entre éste y variables socio demográficas, profesionales y del entorno clínico, con el fin de conocer el fenómeno y poder diseñar estrategias para prevenirlo y tratarlo.

A partir del modelo conceptual formulado, se elaboró un cuestionario, nombrado Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE), y se administró a una muestra de 203 enfermeras/os de las UCIs de dos hospitales de tercer nivel de la provincia de Barcelona, durante los meses de octubre a diciembre de 2009.

Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos, métricos y bivariantes. Los resultados obtenidos fueron acordes con el modelo teórico, evidenciando que los tipos de conflicto ético seguían una estructura organizada según niveles de menor a mayor grado de exposición al conflicto. Se observó también que la indignación y la angustia morales fueron los tipos de conflictos éticos experimentados con mayor frecuencia por los profesionales enfermeros de las UCIs. Por otra parte, el CuCEE demostró ser un instrumento fiable ($\alpha = .882$) para medir el fenómeno; con una varianza explicada del 33.414%.

También se observó que los profesionales de las UCIs presentaban niveles moderados de exposición al conflicto y que las dos situaciones de cuidados que generaban grados elevados de conflictividad ética eran el hecho de “comprobar que el paciente sufría” y el de “administrar tratamientos asociados a la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV)”.

Entre otros resultados destacables, se observó que había una relación negativa estadísticamente significativa entre el grado de exposición al conflicto ético y a) la “percepción de los profesionales de estar en un entorno favorable para tratar las cuestiones de carácter ético” ($F= 7.710$; $p= .001$; $\varepsilon^2 = .227$); y b) el hecho de “participar en las decisiones” ($F= 3.851$; $p= .023$; $\varepsilon^2 = .161$). Y una relación positiva estadísticamente significativa entre el grado de exposición al conflicto ético y el pensamiento de los profesionales de “querer cambiar de servicio por cuestiones de sobrecarga o estrés” ($F=7.892$; $p= .001$; $\varepsilon^2 = .123$).

Los resultados permitieron concluir que el modelo planteado para el análisis de la conflictividad ética en enfermería era válido, mostrándose como un nuevo marco teórico al considerar diferentes tipos de conflictos éticos y el estado de bienestar moral como manifestaciones del fenómeno, así como su relación con el grado de exposición a las situaciones conflictivas desde una perspectiva ética. También se concluyó que el fenómeno estaba relacionado con las dinámicas de trabajo del equipo y las características del entorno de las UCIs.

Palabras clave:

Conflictos éticos en enfermería, angustia moral, dilema moral, indignación moral, incertidumbre moral, bienestar moral, toma de decisiones éticas, enfermería de cuidados críticos.

Abstract

Ethical conflict is a problem that occurs when you perceive that the values and ethical principles assumed by oneself are compromised by others, isn't able to make ethical decisions. Nursing professionals are particularly vulnerable to experiencing ethical conflicts, mainly due to the responsibilities associated with caring for people and the fact that they work in an increasingly technological and complex field, as health care is today. Conflict situations are associated with establishing relationships with patients and their families, with the healthcare team and the institution, and certain treatments and clinical procedures. Although ethical issues are inherent in the nursing profession, some clinical settings appear to be particularly sensitive to this phenomenon, such as nursing in intensive care units (ICUs). Often, research has focused on the analysis of ethical discomfort or moral distress experienced by professionals, without considering other types of conflict identified in the literature on the subject. In this sense, the exploration of the phenomenon of ethical conflict should consider all the variables involved in the genesis of the conflict. Based on this need, with the idea of exploring the phenomenon in nursing, the objectives of this research were to validate a theoretical model for analyzing ethical conflict, develop an instrument to explore the ethical conflicts in nurses that work in ICUs, and analyze the relationship between ethical conflict and variables in socio-demographic as well as professional and clinical settings, to explore the phenomenon and to design strategies to prevent and treat it. Along this theoretical model, we developed the Conflict Ethics Questionnaire for Nurses (CEQN) and administered it to a sample of 203 nurses working in the ICU of two tertiary hospitals in the province Barcelona, from October to December 2009.

Subsequently, we made statistical analysis (descriptive, metrical and bivariate). The results showed that the theoretical model proposed for the analysis of ethical conflict is revealed as a valid model, showing that the types of ethical conflict followed a structure organized according to levels of low to high degree of exposure to conflict. It was also noted that moral outrage and anguish were the types of ethical conflicts experienced more often by nurses of the ICUs. Moreover, the CEQN proved a reliable to measure ($\alpha = .882$) of the phenomenon.

It was also noted that practitioners in the ICUs had moderate levels of exposure to conflict and that the two care situations that generated a high degree of ethical conflict were the fact to check the patient suffered and manage treatments associated with the withholding and withdrawal life-sustaining treatments.

Among other noteworthy results, it was observed that there was a significant negative relationship between the degree of exposure to ethical conflict and the professional perception of being in an environment for addressing ethical issues ($F = 7.710$, $p = .001$; $\epsilon^2 = .227$) and the act of participating in decisions ($F = 3.851$, $p = .023$, $\epsilon^2 = .161$). And a significant positive relationship between the degree of exposure to ethical conflict and the professionals thinking that they want to change department for reasons of overload or stress ($F = 7.892$, $p = .001$, $\epsilon^2 = .123$).

The results concluded that the proposed model was valid, showing it to be a new theoretical framework that can be used to consider different types of ethical conflicts as manifestations of the phenomenon of ethical conflicts in nursing and its relationship to a feeling of moral well-being. It was also concluded that the phenomenon was related to the dynamics of team work and the environmental characteristics of ICUs.

Key words:

Ethical conflicts in nursing, moral distress, moral dilemma, moral outrage, moral uncertainty, moral well-being, decision making, critical care nursing.

Listado de acrónimos

Se detallan a continuación el listado de acrónimos utilizados en el texto y su significado:

CEIC	Comité Ético de Investigación Clínica
CEx	Comité de Expertos
CuCEE	Cuestionario/s de Conflictividad Ética para Enfermeras/os
DM	Moral Distress
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
EEQ	Ethical Environment Questionnaire
ESS	Ethics Stress Scale
EIS	Ethics Issues Survey
IE _{CE}	Índice de exposición a la conflictividad ética
MBI	Maslach Burnout Inventory
MDS	Moral Distress Scale
MDQ	Moral Distress Questionnaire
PCQ	Perceptions of Conscience Questionnaire
PWD	Personal and work demographics
QWC	Quality Work Competence
RCP	Reanimación cardiopulmonar
SCQ	Stress of Conscience Questionnaire
SMI	Servicio/s de Medicina Intensiva
SRCQ	Suffering Related to Care Questionnaire
UCIs	Unidad/es de Cuidados Intensivos

Introducción

Mi interés por la bioética y la ética enfermera se remonta a mediados de los años 90, cuando terminé la carrera de enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Vall d'Hebron, centro adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona. Al acabar los estudios, quise profundizar en el ámbito de la bioética y la legislación sanitaria, primero como becaria del Servicio de Medicina Legal del Hospital de la Vall d'Hebron, mientras trabajaba en el mismo hospital y, más tarde, como estudiante de la formación postgraduada, primero en el Instituto Borja de Bioética el año 1999 y, poco después, en el Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Compaginé esta formación más especializada con el estudio autónomo derivado de mi tarea docente en la Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, centro adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona, como profesora durante once años de las asignaturas de Enfermería Medicoquirúrgica; Legislación y Ética profesional y Bioética, hasta el 2007, año en el que me incorporé al Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

En relación al tema objeto de estudio en esta investigación, recuerdo que en el año 2001, me encontraba un día hojeando unos ejemplares de la revista *Journal of Advanced Nursing* cuando encontré el artículo *Development and evaluation of a moral distress scale* de Corley y recuerdo que cuando leí *moral distress* me enamoré enseguida del término y pensé, en aquel momento, que era un tema suficientemente complejo y poco explorado en nuestro entorno para desarrollar una tesis doctoral en el futuro.

Interesada por este y otros temas de la bioética y la ética profesional, continuaba estudiando y no dudé en aquel tiempo, en incorporar en el temario que impartía la tipología de los conflictos éticos para poder explicarlos a mis alumnos de segundo y tercer curso de enfermería. No fue hasta finales del año 2008 que, una vez acabado el máster oficial y tras obtener la suficiencia investigadora, podía plantearme la temática a trabajar en mi tesis doctoral y pensé entonces en analizar los conflictos éticos en enfermería.

Partía en aquel momento de la reflexión de que, en bioética, los conflictos éticos en el ámbito sanitario habían sido analizados con frecuencia desde la perspectiva del paciente,

explorando los principios bioéticos de autonomía, dignidad humana, beneficencia y no maleficencia, y justicia. También eran analizados desde la perspectiva del tipo de tratamiento o procedimiento y su efectividad terapéutica, considerando cuestiones como eran la futilidad, la limitación del tratamiento del soporte vital y las consecuencias de la negativa del paciente y la familia a determinadas terapéuticas. Y, también, aunque en una proporción comparativamente menor, los conflictos éticos habían sido estudiados desde la perspectiva de los profesionales implicados, explorando la vivencia particular del conflicto experimentado en una situación éticamente problemática y estudiando las consecuencias que de éste se derivaban. Este último enfoque era especialmente interesante para mí, motivo por el cual decidí adoptarlo en esta investigación.

Una vez centrado el tema de la investigación, se constató que el análisis de los conflictos éticos y la búsqueda de estrategias para prevenirlos requería comprender la raíz ética que definía los conflictos, conocer el motivo por el que la enfermera experimentaba el conflicto así como el hecho de identificar las barreras percibidas por ésta para poder desarrollar el cuidado en coherencia con su responsabilidad ética. De la misma manera, el análisis del fenómeno debía considerar también el estado de bienestar moral y sus características, con el objetivo de potenciarlo entre los profesionales, en los servicios y en las instituciones.

En esta línea, se evidenció que desde sus inicios, la enfermería había asumido las responsabilidades propias del cuidar profesional, como eran la prevención de la enfermedad, la promoción y el restablecimiento de la salud, y el alivio del sufrimiento de las personas a las que los profesionales cuidaban. Partiendo de estas responsabilidades éticas, las enfermeras¹ se encontraban en ocasiones con situaciones de salud-enfermedad donde los valores y principios éticos del paciente colisionaban con los principios de la bioética, los valores éticos personales y los profesionales. Atender, decidir, explicar, administrar, participar,... cuidar, en definitiva, demostraba que las tareas que desarrollaba la enfermera diariamente no estaban exentas de riesgos éticos, motivo por el cual devenían profesionales especialmente sensibles a los conflictos éticos.

¹ En este manuscrito, en la misma línea que otros trabajos sobre la profesión de enfermería, el término enfermera designa tanto a profesionales femeninos como masculinos. En el texto, si se quiere hacer referencia sólo a los profesionales femeninos se utilizará el término “enfermeras mujeres” para diferenciarlo del término general “enfermeras” que agrupa a ambos sexos.

En la literatura científica se constataba que estas circunstancias potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética, lejos de disminuir, habían aumentado en los últimos treinta años debido, fundamentalmente, a los importantes avances científicos y tecnológicos desarrollados en el ámbito sanitario; avances que habían planteado nuevos escenarios terapéuticos que permitían aumentar la calidad de vida y la supervivencia de muchas personas, pero que habían generado, a la vez, nuevos problemas que resolver, evidenciando los valores “vida” y “calidad de vida” humanas, la complejidad del abordaje terapéutico y de la toma de decisiones.

Al indagar sobre trabajos que habían investigado el fenómeno, explorando los tipos de conflictos que los profesionales podían experimentar, se observó que en las principales bases de datos internacionales en el ámbito de las ciencias de la salud como son PUBMED-MEDLINE, CINAHL y CUIDEN, se obtenían de 12 a 280 trabajos publicados sobre el tema en función de los términos de búsqueda², mayoritariamente trabajos cualitativos, varios artículos de revisión y, en una proporción muy menor, aunque publicados más recientemente, trabajos cuantitativos. Estos trabajos analizaban no sólo el malestar ético experimentado sino también la relación con determinadas características profesionales y del entorno sanitario y su vinculación con otros fenómenos, como era el síndrome de *burnout*; además de revelar las importantes repercusiones personales y profesionales que esta problemática había mostrado tener.

Hoy por hoy, aunque los conflictos éticos son intrínsecos a la profesión enfermera por su carácter ético, determinadas especialidades profesionales se muestran especialmente vulnerables a esta problemática. Es el caso de las enfermeras intensivistas, que desarrollan su actividad profesional cuidando al paciente crítico en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) o en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI). En estos servicios, la severidad de los problemas de salud que se trata y la extrema fragilidad del paciente crítico exige a los profesionales del equipo, enfermeras y médicos, disponer de competencias específicas en la utilización de la tecnología y en los principios de la bioética, además de los conocimientos, las habilidades y el juicio clínico propios de su profesión; con el objetivo de mejorar el estado de salud y procurar calidad de vida a las personas a las que atendían.

² Términos de búsqueda utilizados a partir de palabras clave y major heading, major topic y MESH: moral/ethics problems, moral/ethics conflicts, moral distress, moral uncertainty, moral dilemma, moral outrage, moral nursing, critical care nursing.

En relación a esta realidad, en este estudio se partía de la perspectiva positiva sobre la que el conocimiento del fenómeno de la conflictividad ética y su identificación en el ámbito clínico, si bien representa éste un problema que dificulta u obstaculiza la toma de decisiones de los profesionales, podía significar una oportunidad para potenciar el bienestar ético en ellos y para desarrollar habilidades individuales y colectivas que repercutieran positivamente también en sus dinámicas de trabajo. Igualmente, este análisis ayudaría a implementar estrategias para prevenir y gestionar mejor los conflictos éticos,

El presente trabajo de investigación propone un nuevo modelo para estudiar el fenómeno de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería, aunque también podrá ser éste aplicado en otros contextos profesionales. El estudio se organiza en dos apartados: uno teórico y otro empírico. El marco teórico se divide en tres capítulos: en el primero, se explica las bases éticas de la enfermería actual y se justifica el carácter ético de los cuidados profesionales; en el segundo capítulo se desarrolla el concepto de conflicto ético y la tipología descrita por los autores; y, en el tercer capítulo, se explora la medida del conflicto ético, describiendo los principales instrumentos creados hasta la fecha.

En apartado empírico se explica, en primer lugar, el planteamiento del problema objeto de estudio y se presenta la propuesta de un nuevo modelo para analizar el fenómeno creado a partir de los déficits observados en los trabajos anteriormente publicados. A continuación, se desarrollan los objetivos y las hipótesis de la investigación y se detallan las cuestiones metodológicas, como son: los sujetos, las variables a analizar, el proceso de construcción de los instrumentos, el procedimiento y la descripción del análisis estadístico realizado. Se presentan también los resultados, estructurados en tres bloques referidos a la muestra, a las propiedades psicométricas del instrumento y al fenómeno de la conflictividad ética. Por último, se incluye el capítulo que recoge la discusión, donde se interpretan los resultados y se contrastan con las evidencias disponibles; y el capítulo de las conclusiones, realizadas a partir de los hallazgos de esta investigación.

I. BASES ÉTICAS DE LA ENFERMERÍA

1.1 Referentes éticos de los cuidados

Desde los orígenes de la humanidad, el cuidado y el cuidarse han sido reconocidos como actos imperativos necesarios para la supervivencia, puesto que su finalidad última ha hecho posible la continuidad de la vida y el poder enfrentarse a la enfermedad y a la muerte (Collière, 1993; Ramió, 2005). Aunque, en una primera apreciación, el cuidado humano pueda percibirse como un acto sencillo, éste constituye un proceso complejo asociado a etapas de la vida, en el que intervienen diversas valoraciones y emociones de carácter universal y al mismo tiempo de tipo individual, tantas como las distintas formas de entender la propia existencia.

La acción cuidadora es verdaderamente efectiva cuando asume esta complejidad y se adapta a cada individualidad, para poder devenir una experiencia completa para la persona cuidada principalmente, pero también para la persona cuidadora. En consecuencia, el cuidado requiere ciencia, técnica y arte, conocimientos que singularizan el cuidado humano profesional. Este cuidado profesional constituye el eje principal sobre el que se articula la profesión de enfermería. Como afirman Kerouac, Pepin, Ducharme & Major (1996), *“la práctica enfermera se centra en el cuidado de la persona y familia que, en continua interacción con el entorno, vive experiencias de salud”* (p.76). En este escenario real, las enfermeras identifican junto a la persona cuidada las repercusiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales del proceso salud-enfermedad e implementan estrategias concretas que tienen por objetivo ayudar a ésta a conseguir la adaptación a su situación particular y la consecución del máximo nivel posible de salud. De hecho, en la misma línea de lo afirmado por Busquets (2008), cuidar es trabajar para atender a la persona, contando con la persona y partiendo de la persona. El cuidado enfermero implica, pues, considerar a ésta ofreciéndole asistencia en todas aquellas necesidades o actividades que por sí sólo no puede realizar, con el objetivo fundamental de contribuir a su salud y ayudarlo a aumentar sus capacidades para llegar a un nivel máximo de independencia en su vida cotidiana y de comprensión y adaptación de su situación de enfermedad (Henderson, 1994). Para Tschudin (2004), este último propósito de entendimiento y adaptación es el que proporciona a muchas personas una mayor comprensión sobre su vida, un mayor sentido del vivir. En esta misma línea y desde una perspectiva antropológica, Leininger (1978)

afirmó que el cuidar profesional enfermero se centra en las acciones o actividades profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación diseñadas para que encajen con los valores, las creencias y la forma de vida de las personas, con el fin de hacer posible su bienestar.

En relación a los cambios producidos por los importantes avances científicos y técnicos de las últimas décadas en el ámbito sanitario, Busquets (2004) explica que *“cuidar es acompañar a la persona en sus experiencias de vida y contemplar su dignidad como algo siempre compatible con las técnicas y los medios terapéuticos; cuidar es romper la dicotomía entre técnica y humanismo: ambos coexisten”* (p.120).

Para la profesión enfermera, el hecho que el sujeto de los cuidados sea una persona o un grupo de individuos justifica su carácter ético. Tal como afirma Torralba (1998) *“cuidar de un ser humano en su sufrimiento, en su dolor o en su proceso de muerte, no es un ejercicio automático, ni puede ser jamás una sucesión premeditada de actos, sino que se trata de un arte, de un arte que abarca una profunda sabiduría antropológica, ética y estética”* (p.9). En la misma línea, Feito (2005a; 2005b) destaca que *“la enfermería es una práctica moral, puesto que incorpora una actitud o comportamiento ético (cuidado excelente) basado en una virtud moral (solidaridad y preocupación por el bien de los seres humanos), que se ejerce conforme patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad”* (p.60). Esta responsabilidad constituye un elemento intrínseco al carácter ético del cuidar, tal como enfatiza Gilligan (1985) cuando explica que *“la persona moral es la que ayuda a otras;...cumplir con las propias obligaciones y responsabilidades hacia los demás, de ser posible sin sacrificio propio”* (p.114). Sentirse responsable del otro implica, pues, tener sensibilidad moral, en la medida que uno empatiza con el sufrimiento del otro (Rushton, 2007).

Desde una perspectiva histórica, los antecedentes de los primeros códigos éticos, como es el juramento hipocrático, han constituido la base ética de la práctica médica pero también han influenciado en las bases éticas de otras disciplinas de las ciencias de la salud, como es el caso de la enfermería. Si bien se constata una ética vinculada al cuidar humano, el nacimiento de la ética enfermera se sitúa en el mismo punto que el nacimiento de la

enfermería como profesión, hecho evidenciado en el juramento de Florence Nightingale, en 1893 (Fowler & Tschudin, 2009):

“Prometo solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida pura y practicar mi profesión fielmente. Me abstendré de todo aquello que sea perjudicial y atrevido, y no tomaré ni administraré deliberadamente ningún fármaco nocivo. Haré todo lo que esté en mi mano para conservar y elevar el nivel de mi profesión, y mantendré en secreto todas las cuestiones que lleguen a mi conocimiento en el ejercicio de mi vocación. Me esforzaré con lealtad por ayudar al médico en su trabajo, y me consagraré al bienestar de todas aquellos entregados a mi cargo” (p.49).

Además del compromiso explícito de Nightingale y de su obra, las bases de la ética enfermera se encuentran ligadas a algunas de las corrientes éticas que han aflorado a lo largo de la historia de la humanidad. Las éticas más influyentes han sido la ética prescriptiva, la ética de la virtud, la bioética y la ética del cuidar que constituyen todas ellas referentes imprescindibles para la ética enfermera.

1.1.1 Ética prescriptiva

La ética prescriptiva o normativa es una corriente ética que se centra en analizar aquello que debería hacer la persona para actuar correctamente deviniendo, también por ello, una persona justa. Su carácter prescriptivo se caracteriza por la definición de los deberes, creando pautas para la conducta. La ética teleológica, o consecuencialista, y la ética deontológica, o no consecuencialista, son dos corrientes de pensamiento que forman parte de la ética prescriptiva.

Ética teleológica

Desde la perspectiva ética teleológica o consecuencialista un acto es bueno o malo en función de sus consecuencias finales. Si se parte de un enfoque individual, el egoísmo ético considera como buenas o correctas aquellas consecuencias que lo son para la persona; en cambio, desde una perspectiva social, la corriente utilitarista identifica como buenas o correctas aquellas consecuencias que lo son para la mayoría, las que le aportan a ésta el mayor beneficio. La corriente utilitarista, representada por las obras de Jeremy Bentham y John Stuart Mill de la primera mitad del S.XIX, parte de la máxima que una acción es correcta si aumenta la felicidad y el bienestar y disminuye el sufrimiento y la miseria del mayor número de personas (Beauchamp & Childress, 1999). De hecho, Stuart Mill introdujo en la teoría de la máxima felicidad formulada por Bentham, el principio de totalidad, la necesidad de jerarquización de los placeres y, cuestión principal para las profesiones sanitarias, la observación conjunta de la individualidad y de la globalidad a la hora de identificar lo bueno o justo para la sociedad.

Hoy por hoy, el utilitarismo constituye un referente teórico para los profesionales sanitarios a la hora de decidir la distribución y gestión de los recursos, orientando especialmente la toma de decisiones referidas a la planificación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población (Thompson, Melia, Boyd, & Horsburgh, 2006). En España, el utilitarismo consecuencialista y la tradición angloamericana, basada en los derechos de las personas, son consideradas las corrientes más influyentes a principios del siglo XXI (Rendtorf & Kemp, 2000).

Ética deontológica

En otra línea de análisis de la ética prescriptiva, aparece la ética deontológica. Esta corriente ética, representada fundamentalmente por el pensamiento de Immanuel Kant, explica que la cualidad intrínseca de un acto o su conformidad con la norma moral es lo que determina si un acto es bueno o malo. A su vez, la regla moral incluye los imperativos categóricos, como son: el debe ser de aplicación universal, el debe ser respetada por todos

y, finalmente, el debe garantizar que los individuos sean tratados como un fin y no como un medio.

Los imperativos categóricos han orientado los códigos profesionales al establecer el estándar de buen profesional, cuestión que ha permitido definir aquello que debe realizar el profesional para llegar a la excelencia.

El código deontológico de una profesión constituye una organización sistemática de la ética profesional, donde se describen los deberes profesionales. Este atributo permite distanciar la profesión del oficio. Por otra parte, el código deontológico se caracteriza por tener una función informativa de estos deberes profesionales al mismo colectivo y al resto de sociedad; también es capaz de discriminar entre los actos buenos y los que no lo son; y, respecto a éstos últimos, concreta las medidas coercitivas asumidas por el colectivo profesional.

1.1.2 Ética de la virtud

A diferencia de la ética prescriptiva, la ética de la virtud o ética del carácter no analiza aquello bueno o justo que debería hacerse, sino que se centra en los hábitos y las actitudes de las personas más que en los actos propiamente. Según afirman Beauchamp et al. (1999) sobre la obra aristotélica, *“la ética de la virtud otorga máxima importancia al carácter virtuoso, dando relevancia al individuo que realiza el acto y su elección”* (p.58). Los máximos representantes de este referente ético son Aristóteles y, más recientemente, MacIntyre, Thomasma y Pellegrino, quienes consideran la actuación virtuosa aquella que siempre está dispuesta a actuar en beneficio de la persona (Busquets & Mir, 2006).

La virtud es la disposición habitual del ánimo para las acciones conformes al bien o a la ley moral³. Para Torralba (2002), la virtud *“es un modo de ser, una manera de estar en el mundo y de relacionarse con los hombres y la naturaleza, que se diferencia del vicio, o predisposición habitual al mal, por tener equilibrio y armonía”* (p.24). MacIntyre (2008) afirma que esta forma de ser no es casual ni a priori, sino que se hace perceptible desde

³ Definición según el Diccionario de la Real Academia Española (Editorial Caspe, 2001).

“una inclinación formada por el cultivo de las virtudes, constituida sobre la base de un juicio verdadero y racional” (p.189).

Esta perspectiva ética parte de la idea que las acciones individuales están basadas en cierto grado de virtuosidad moral innata (Burkhardt, Nathaniel, & Walton, 2010). Una persona virtuosa hace actos virtuosos. El cultivo de las virtudes se consigue a través de la educación y el hábito. En la misma línea, Raeve (2009) explica que ser buenas o malas personas no viene determinado por nuestras emociones ni por nuestras capacidades, sino que ser virtuosos conlleva el elegir hacer cosas virtuosas en consonancia con la aplicación de las normas a nuestras decisiones. Esta consonancia en el ser virtuoso, o el equilibrio del que hablaba Torralba (2002), es lo que Aristóteles trata como “término medio” equidistante entre dos extremos opuestos (Aristóteles & Calvo, 2001).

La ética de la virtud aporta al cuidar enfermero la necesidad de considerar las actitudes de los profesionales para el buen cuidado, además de destacar la importancia de los modelos o referentes que representan los profesionales de las ciencias de la salud para hacer “costumbre” o “hábito” las virtudes de la excelencia del cuidar en su entorno. Por este motivo, puede afirmarse que distinguir un profesional virtuoso de aquel que no lo es no sólo necesita habilidades cognitivas, sino que también requiere habilidades afectivas.

En la práctica del cuidar, como afirma Torralba (2002), *“el cultivo de las virtudes es fundamental, pues el cuidar es un ejercicio que requiere unos hábitos y unos caracteres de orden moral, se trata de una actitud, una disposición, un temple anímico que debe perdurar en el tiempo”* (p.22). Según Beauchamp et al. (1999), las virtudes centrales del individuo son: la compasión, el discernimiento, la prudencia, la honradez, la integridad y la conciencia. Johnstone (2009) añade otras virtudes como el altruismo, el cuidado, la cooperación, el coraje, la diligencia, la empatía, la excelencia, la amistad y la generosidad.

En relación a la vigencia actual de la ética de la virtud, Tschudin (2010) ha constatado recientemente, a partir del análisis de los trabajos publicados en los últimos diez años en la revista internacional *Nursing Ethics*, que la ética de la virtud es el referente ético mayormente escogido por los profesionales para orientar sus trabajos.

1.1.3 Bioética

Al igual que la ética prescriptiva y la ética de la virtud, la bioética constituye también un referente ético fundamental para la enfermería y otras ciencias de la salud y de la vida.

Se le atribuye al doctor Van Renssalaer Potter la creación del término en 1971 y la definición de “el conocimiento de cómo utilizar el conocimiento”, aunque de todas las definiciones de bioética aparecidas en estos 40 años, destaca por su claridad y amplitud la aportada por el introductor de la bioética en España, el Dr. Francesc Abel (1999), quien afirma que *“la bioética es el estudio interdisciplinario orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos, por los progresos médicos y biológicos, en el ambiente micro y macro social, micro y macroeconómico; y su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, en el presente y en el futuro”*(p. 49).

La bioética nació motivada por la necesidad de reflexionar entorno a la correcta aplicación de los avances científicos y la óptima utilización de los recursos técnicos desarrollados a partir de los años 60. Esta disciplina germinó a partir de las bases teóricas que constituían, en primer lugar, la ética médica, desde el Juramento Hipocrático hasta entonces; y, en segundo lugar, los códigos de ética y recomendaciones aparecidas en Europa después de la II Guerra Mundial, como fueron el Código de Núremberg, en 1947; la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴, en 1948; y la Declaración de Helsinki, en 1964.

Según Busquets & Mir (2005), la bioética es una disciplina con muchos puntos de confluencia con la ética profesional enfermera y permite hacer frente a tres grandes revoluciones sucedidas en las últimas décadas, como son: en primer lugar, la revolución biológica, en la que las nuevas tecnologías permiten un dominio del hombre sobre la reproducción humana y la herencia. En segundo lugar, la revolución ecológica, consecuencia del impacto de los seres humanos en los ecosistemas y en el territorio, la

⁴ Se cree necesario relacionar aquí un libro que se encuentra vinculado a la Declaración de los Derechos Humanos de 1948. Esta obra es *Sobre la Dignidad y los Principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, del 2009, una obra colectiva coordinada por la Dra. María Casado, de la Cátedra Unesco de la Universidad de Barcelona. En esta obra se analizan cada uno de los artículos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la UNESCO el 2005, con el objetivo de completar los artículos desde la perspectiva del impacto de la tecnología y la medicina en la vida humana y el entorno. Destaca por su profundidad y grado de análisis desde las ópticas jurídica y médica; y representa, sin duda, una gran ayuda para interpretar la legislación derivada de estas Declaraciones.

economía de mercado y la globalización. Y, en último lugar, la revolución médico-sanitaria, donde los avances científicos y técnicos han dotado a la medicina de nuevas posibilidades para la curación y la mejora de la calidad de vida de las personas.

Actualmente la bioética hace frente a los enigmas de la ciencia y los problemas del ámbito clínico desde dos grandes corrientes o escuelas: la escuela norteamericana y la escuela europea. Tanto una como otra constituyen, hoy por hoy, la base de las normas vigentes a nivel nacional e internacional en materia de legislación y jurisprudencia sobre cuestiones referentes a la ciencia y la tecnología al servicio del hombre, estableciendo también una fuerte vinculación entre la bioética y el derecho en nuestras sociedades. Tanto la tradición norteamericana como la europea han constituido una gran influencia en la ética enfermera actual, motivo por el cual es necesario detallar aquí algunos aspectos clave que aportan razón a estas influencias.

Escuela norteamericana

En los años 70, el impacto en la opinión pública estadounidense de los casos de Tuskegee y Willowbrook State Hospital de Nueva York⁵, entre muchos otros, justificó la elaboración de normas éticas y jurídicas para asegurar la protección de los sujetos en la investigación. Así, en 1978, apareció el Informe Belmont, proyecto encabezado por Tom L. Beauchamp en el marco de la *National Commission for the protection of the human subjects for biomedical and behavioral research* centrado en las bases éticas de la experimentación humana. En este

⁵ El caso Tuskegee salió a la luz a principios de los años 70. Se trataba de un estudio sobre la historia natural de la Sífilis que se inició a principios de los años 30 aunque trascendió a la opinión pública a principios de los 70. Se diseñó un estudio de cohortes con sujetos varones de raza negra, 400 de ellos pertenecientes al grupo control, con sífilis no tratada; y 204 sin sífilis. Si bien al inicio del estudio no había tratamiento específico para esta enfermedad, unos años más tarde se observó la eficacia de la administración de un tipo de penicilinas. Aún así, este tratamiento no se les administró a los individuos afectados del estudio. Los investigadores alegaron en el juicio que querían estudiar la evolución natural de la enfermedad y que “como los individuos de la muestra eran americanos negros pobres no hubieran podido acceder al tratamiento igualmente”. Especialmente recomendable para la enseñanza es la película *Miss Evers' boys* con Alfre Woodard y Laurence Fishburne, que explica estos hechos desde la perspectiva de la enfermera participante del estudio. Otro caso fue el del Willowbrook State Hospital de Nueva York entre 1965 y 1971, donde se realizaba un estudio sobre la Hepatitis viral y el efecto de la gammaglobulina sobre la enfermedad. El equipo investigador infectó deliberadamente de Hepatitis viral a los niños internados, que padecían trastornos mentales.

(Continúa del pie de página anterior). Durante el juicio, los investigadores alegaron entonces que “la mayoría de niños internados hubieran adquirido la enfermedad de forma espontánea en los 6 o 12 meses de internado”.

informe se identificaban los tres principios éticos fundamentales que debía respetar toda investigación en humanos: Autonomía, Beneficencia y Justicia. Posteriormente, en 1979, a través de la obra *Principles of biomedical ethics*, Tom L. Beauchamp y James F. Childress incluyeron de forma igualmente explícita, el principio hipocrático de No maleficencia, que en el informe Belmont estaba incluido implícitamente en el principio de beneficencia.

Desde la perspectiva bioeticista norteamericana, estos cuatro principios fueron considerados *prima facie*, término acuñado por algunos filósofos americanos de principios del S.XX, para hacer referencia a los deberes morales de primer orden. Sin embargo, en un plano práctico, se observaba que en determinadas situaciones estos principios entraban en conflicto, haciendo necesario entonces hacer una excepción a la regla, deviniendo entonces en los principios *actual duties*, entre los que sí se podía y debía priorizar para definir la pauta de actuación. En esta línea, Diego Gracia, bioeticista español de referencia, propuso hace años un principalismo jerarquizable, dónde existía un primer nivel de principios que obligaban más que un segundo nivel (Gracia, 1989, 2007). Así, los principios de No maleficencia y Justicia constituían un primer nivel intersubjetivo o colectivo que obliga a todos los individuos a respetarlos; y los principios de Autonomía y Beneficencia constituían un nivel subjetivo o privado que establecía la libertad individual (Busquets & Mir, 2006).

Escuela europea

En Europa, el impacto de la I y II Guerras Mundiales y, en especial, la experimentación y exterminio étnico impulsado por el gobierno nazi, mostró nuevamente la violación de la dignidad del ser humano en la historia de la humanidad; además de exponer su extrema vulnerabilidad. Estas fueron algunas de las razones que motivaron el acuerdo de los países miembros de las Naciones Unidas para redactar la Declaración de los Derechos Humanos, con el anterior referente de la Declaración de los Derechos del Hombre de la Francia del S.XVIII. Como ya se ha referenciado en un párrafo anterior, el Código de Núremberg, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración de Helsinki, sentaron, junto a las corrientes de pensamiento de la época, las bases sobre las que la bioética europea apoya sus preceptos.

A principios de la década de los 90, el proyecto de la Unión Europea BIO-MED II-Project, *Basic Principles in Bioethics and Biolaw* 1993-1998, encabezado por el *Centre for Ethics and Law de Copenhagen* y el Institut Borja de Bioètica de Barcelona, analizó las corrientes de pensamiento y la legislación vigentes en dieciséis países del continente europeo, en relación a la protección de la persona, la biomedicina y la biotecnología. En el proyecto se formularon propuestas normativas, como fue la Declaració de Barcelona de 1998, para ser incluidas en los ordenamientos jurídicos de los estados miembros de la comunidad europea. Según Hottois (Hottois, 2011), este proyecto internacional constituyó una respuesta bioética al principalismo americano, además de favorecer el soporte de lo que se nombraría la cultura bioética y legal europeas.

Para la tradición bioética europea los valores y principios que debían guiar la toma de decisiones no se centraban propiamente en el acto terapéutico médico/profesional - paciente, sino que se centraban en el individuo, sujeto de atención y cuidado, definiendo aquellos principios que debían ser respetados en cualquier acto clínico o científico. Estos principios bioéticos son: Autonomía, Dignidad⁶, Vulnerabilidad e Integridad, referentes que constituyeron la justificación de la protección de la persona humana en relación a la biomedicina y la biotecnología (Rendtorff & Kemp, 2000).

En nuestro entorno más próximo, las obras de pensadores como Pedro Laín Entralgo, Victoria Camps, Adela Cortina, Francesc Torralba, Margarita Boladeras y el recientemente fallecido Francesc Abel, han sido referentes, entre muchos otros, que han presentado una perspectiva más amplia de la bioética, que define la persona y la relación profesional - paciente desde un enfoque pluridimensional. En el ámbito concreto de la disciplina enfermera, el reciente *Code of Ethics and Conduct for European Nursing* de la *European Federation of Nursing Regulators* (Sasso, Stievano, González, & Rocco, 2008) muestra un código que parte de un enfoque quizá más próximo a la bioética europea, puesto que reformula y actualiza los artículos de los códigos deontológicos ya vigentes en Europa,

⁶ En relación a la Dignidad humana, especialmente recomendable es la obra de Francesc Torralba, de 2005, *¿Qué es la dignidad humana?* Barcelona: Herder. En ella el autor explica de forma amplia el concepto y su perspectiva histórica y filosófica; trata, entre otros, sobre la dignidad arraigada al ser y la arraigada al obrar; y que la dignidad incluye la opción individual de las dimensiones metafísicas de la vida: vivir dignamente, las creencias en las situaciones límite, la vivencia del sufrimiento, morir según los propios valores, cuestiones relevantes para los profesionales enfermeros.

haciendo más explícitos los principios de autonomía y beneficencia, pero también los de dignidad, vulnerabilidad, integridad y confidencialidad.

1.1.4 Ética del cuidado

En los años 70, los filósofos Milton Mayernoff y Nel Noddings fundamentaron la relación entre cuidado y responsabilidad moral proponiendo, éste último, una ética del cuidado con referencia a la obligación moral y a la buena moral (Fry, Harvey, Hurley, & Foley, 2002b; Fry & Johnstone, 2010; Quintero, 2001;). Por aquel entonces, eran vigentes los hallazgos de Lawrence Kohlberg sobre el análisis de la estructura del desarrollo moral del ser humano, resultado de estudiar durante años una muestra de hombres. Esta estructura se basaba en tres niveles que iban desde una concepción poco clara de las ideas de “bien” y “mal”, hasta una concepción más relativista y universalista de estos conceptos. Unos años más tarde, los trabajos de Carol Gilligan evidenciaron otro modo de razonamiento moral al descrito hasta entonces por Kohlberg, razonamiento, a su vez, basado en la línea de los planteamientos filosóficos de Mayernoff y Noddings. Gilligan, que analizó tanto hombres como mujeres, demostró que en relación a la idea de “bien” y “mal” éstas últimas daban importancia a la situación particular, a la naturaleza del cuidado y a las relaciones interpersonales y su responsabilidad (Gilligan, 1985); y ello las decantaba a seguir una ética diferente basada en el cuidar y no en el deber, ética ésta última más predominante en los hombres.

En oposición a esta ética del deber, *“la ética del cuidar insiste en la importancia de la dimensión sentimental en oposición clara a las estrictas éticas del deber”* (Roman, 2011, p. 301), pero no entendida como puro sentimentalismo sino como sentimiento de responsabilidad hacia el otro particular; hacia la atención y la ayuda de las necesidades de la persona de la que uno es responsable de su cuidado. Esta diferencia entre las éticas del deber y la del cuidar queda claramente definida por Goberna (Goberna, 2009) cuando afirma que *“la conciencia de responsabilidad (de Gilligan) nos hace ver que la jerarquización lógica de principios morales que resuelven los conflictos mediante un impersonal sistema lógico es insuficiente para dar respuesta a la complejidad de la toma de decisiones cuando estos se contextualizan y se enmarcan en un amplio sistema de relaciones y contextos*

personales y se tienen en cuenta las posibles consecuencias de cada uno de los cursos de acción” (p. 523).

La ética del cuidar enfatiza tanto sobre lo correcto que debe hacerse, punto de acuerdo con la ética prescriptiva, como sobre el cómo debe hacerse, qué es lo que motiva aquella acción y cómo de efectiva es para el desarrollo de la relación interpersonal. Es la perspectiva del “cómo” y la responsabilidad hacia el otro la que aporta una valoración de la situación interpersonal o del caso particular lo que la hace singular y diferente del resto de referentes éticos aquí analizados. Busquets (2004) afirma que el cuidado ético contempla necesariamente la visión de quien necesita los cuidados, haciéndolo partícipe de ellos y considerando de forma central sus ideas, creencias y forma de vida.

Para Barbero (2004), la ética del cuidado, a diferencia de la ética de la justicia o la ética kantiana, se fundamenta en las diferencias entre los individuos, se basa en el criterio de la responsabilidad y se manifiesta con la vinculación de la relación interpersonal. También Torralba (2002) explica que la responsabilidad es fundamental para la construcción de la ética del cuidado, puesto que cuidar implica la obligación o necesidad moral de cubrir un deber, una obligación en relación al otro. Y en la misma dirección se sitúa Roman (2011) cuando afirma que *“el cuidado debería fundamentarse en la humanidad vulnerable que hace la llamada de responsabilidad y no en una naturaleza humana compasiva”* (p. 303).

Algunos expertos (Beauchamp & Childress, 2009; Fry et al., 2002b; Fry & Johnstone, 2010; Torralba, 2002) consideran la ética del cuidar o del cuidado una parte integrante de la ética de la virtud, destacando algunas de las virtudes que deberían estar presentes en el buen profesional. Valores como la compasión, la competencia, la confidencialidad, la consciencia y la confianza constituyen la raíz de las virtudes de los profesionales del cuidar (Beauchamp & Childress, 2009; Jolley & Brykczynska, 1992; Torralba, 2000; Torralba, 2002; Tschudin, 2004).

Aunque analizada aquí en último término, la ética del cuidado constituye un referente ético central para la profesión enfermera actual. Es la ética fundamental de la enfermería aunque no por ello es exclusiva de esta disciplina, siendo un referente ético también para la medicina y otras profesiones del ámbito de las ciencias de la salud.

1.1.5 Límites de las éticas en la práctica enfermera

Tal como se apuntaba en el primer apartado de este capítulo, la base de la ética enfermera está constituida por la influencia, en mayor o menor grado, de la ética prescriptiva, la ética de la virtud, la bioética y la ética del cuidar fundamentalmente. Sin embargo, es necesario constatar también que, como afirma Davis (2006), *“no hay aún ninguna aproximación ética que sea suficiente por ella misma para una ética de la enfermería práctica y útil”* (p. 2) en un entorno clínico real. También así lo cree McCarthy (2006) cuando afirma que la práctica enfermera y la evolución de los cuidados necesitan actualmente partir de una perspectiva pluralista de la ética enfermera, es decir, aquella que no se centra única y exclusivamente en una única teoría ética. Esta perspectiva propuesta no observaría la ética enfermera como una subcategoría de las éticas sanitarias ni tampoco como una ética diferenciada basada exclusivamente en la teoría ética de la virtud, de la ética del cuidar y de la ética feminista. Comprender la ética enfermera desde ésta pluralidad permitiría vislumbrar mejor el cuidar enfermero y su repercusión en la persona cuidada y en la sociedad, puesto que se adaptaría al escenario sanitario actual, que requiere elementos concretos para el análisis de los conflictos éticos deviniendo una guía para la toma de decisiones de los profesionales, aspectos que sólo se conseguirían desde una perspectiva ética más plural.

De hecho, en esta misma línea apunta un reciente meta análisis de trabajos internacionales publicados entre 1993 a 2007 (Dierckx de Casterlé, Izumi, Godfrey, & Denhaerynck, 2008) en el que se evidenciaron algunas carencias de la actuación profesional al estar guiada por determinados enfoques éticos parciales o incorrectos para las ciencias de la salud. Un ejemplo de ello fue el hecho de que las enfermeras seguían un modelo de razonamiento moral centrado en las expectativas interpersonales o las normas dsociales establecidas, en vez de seguir un modelo moral basado en el respeto de los derechos prioritarios y principios éticos universales. A la vista de estos resultados, parece ser que las enfermeras actuarían guiadas por hacer “aquello que hacen los otros” o “aquello que siempre se ha hecho” y no “aquello que debería hacerse”. También Tschudin (2004) se posiciona en este sentido, cuando explica que la aproximación ética descriptiva aplicada a las ciencias de la salud enfatiza la observación del entorno, considerando únicamente la fisiología, la psicología de la enfermedad y la descripción de los procedimientos en la enfermedad crónica. Sin embargo, el enfoque ético normativo, interesado por hacer

recomendaciones, permite visualizar el concepto de enfermedad, el significado del sufrimiento humano, los derechos del paciente, las dimensiones del cuidado o el significado de la muerte, entre otros. Ésta es, pues, una concepción que considera el contexto dónde se encuentran la persona cuidada y la cuidadora, como lo hace la ética del cuidado; y parte de una perspectiva pluridimensional de la persona, enfoque más afín a la razón de ser de la profesión enfermera: el cuidado.

Si bien son relevantes las bondades que cada una de las teorías éticas aportan a la ética enfermera, ciertamente se observan algunas limitaciones a la hora de aplicar estos referentes éticos aquí analizados en el escenario profesional real. Conocer estas limitaciones constituye una tarea igual de imprescindible que conocer sus aportaciones.

Así, siguiendo el mismo orden que los apartados anteriores, en relación a la ética prescriptiva utilitarista se observa que ésta no aclara suficientemente el concepto de “consecuencia buena”, aspecto clave para las profesiones sanitarias puesto que podría no asegurar suficientemente la protección de los derechos e intereses de la persona al sacrificar éstos a favor de los intereses globales (Anton, 2003; Burkhardt, Nathaniel, & Walton, 2010; Johnstone, 2009).

También la deontología, imprescindible para la Enfermería y otras profesiones del ámbito de las ciencias de la salud, presenta algunas limitaciones para la práctica enfermera, puesto que no define pautas claras sobre cómo actuar frente a los conflictos éticos; motivo por el cual, en la línea de lo expresado por Beauchamp & Childress (1999), los utilitaristas consideran la deontología poco funcional para la vida moral.

Por otra parte, es necesario constatar que en la actualidad la tradición ética biomédica se basa fundamentalmente en la teoría principalista y presenta los problemas éticos como dilemas en los que entran en conflicto estos principios. La bioética clínica y los desafíos de la práctica médica se relacionan más estrechamente con esta ética (Torralla, 2002). Sin embargo, la proximidad a la ciencias médicas ha propiciado que haya sido asumida también por otras disciplinas del ámbito de las ciencias de la salud, como es el caso de la enfermería, o de otros ámbitos, como es el caso del derecho, especialmente representada y difundida ésta última en nuestro entorno más cercano, a través de las obras del Observatorio de bioética y derecho de la Universidad de Barcelona, dirigido por la Dra. María Casado. Pero a pesar de esta aceptación generalizada entre los clínicos y los juristas, propiciada probablemente por su extensa difusión a nivel científico, algunos expertos del

ámbito de la medicina, la enfermería y la filosofía critican el enfoque principalista por ser reduccionista y proponer un modelo demasiado teórico que no considera suficientemente las circunstancias y la casuística de las situaciones conflictivas (Davis, Tschudin, & Reave, 2009; Fry & Johnston, 2002^a, 2010; Gracia, 1989, 2007; Jonsen, Siegler, & Wislade, 2005). Con rotundidad Torralba (2002) ya afirmaba hace una década que *“el intento de construir una ética biomédica exclusivamente cimentada en los principios es un intento condenado al fracaso”* (p.15). En la línea de estas limitaciones y pensando en el fenómeno de la conflictividad ética, Watson (2005) considera que tanto el enfoque principalista bioético como el enfoque feminista basado en la relación del cuidado, deben ser utilizados de forma simultánea para conseguir ampliar la perspectiva con la que abordar los conflictos éticos a nivel clínico.

También es necesario destacar que al comparar algunos modelos éticos entre sí centrados en el análisis sobre qué actos son buenos o no, como podría ser la bioética principalista, si bien facilitan la solución de problemas éticos, no permiten prevenir la génesis de situaciones conflictivas (Gracia, 2007). Sí que añaden un sentido preventivo de los conflictos, sin embargo, otros enfoques como es la ética de la virtud, puesto que al centrarse en los agentes de los actos y no en los actos propiamente, introduce un sentido de cautela de especial interés en el análisis de la conflictividad ética.

Por último, al observar la práctica desarrollada actualmente en el entorno clínico, en especial en el ámbito hospitalario, puede afirmarse que cuidar siguiendo los principios de la ética del cuidar, si bien es un referente inseparable de la profesión enfermera, presenta algunas limitaciones que no pueden obviarse. El denominador común de estas limitaciones se encontraría en el hecho de que las organizaciones sanitarias focalizan su estructura y dinámicas hacia la enfermedad fundamentalmente y no hacia la persona enferma. Es lo que conocemos como modelo biomédico, imprescindible para la medicina, centrado en el diagnóstico, que prioriza la tecnología y concentra la toma de decisiones, por sus características, en los médicos. Este modelo imperante deviene incompleto y restrictivo para las enfermeras (Pearson, Vaughan, & Fitzgerald, 1996), porque simplifica sus tareas a las competencias vinculadas al área de colaboración interdisciplinar, donde es responsable de la prevención y la detección precoz de las complicaciones derivadas de la enfermedad. Además es también insuficiente puesto que representa una reducción del cuidar enfermero y limita su potencial, al no considerar el ámbito competencial autónomo, que tiene por

objetivo “ayudar a la persona a modificar aquellas conductas que causan, contribuyen o mantienen un problema de salud” (Luis, Fernández, & Navarro, 2005, p. 16) y ayudar a la persona a adaptarse a su situación en el continuo salud-enfermedad.

Watson (2006) recoge la frase “*Nurses love their work and hate their jobs*” (p. 48) expresada por las enfermeras norteamericanas para describir las dificultades percibidas al trabajar en un entorno hostil, en el que no se priorizan suficientemente los valores humanizadores y los del cuidar al atender a las personas en un entorno sanitario. En este mismo sentido señala Román (2011) cuando alerta sobre el hecho de que siendo la relación interpersonal del cuidado asimétrica, ésta debe centrarse en el “*no-poder de la persona vulnerable*” (p. 308), permitiendo esta perspectiva la confluencia de los enfoques y modelos centrados en la persona y no únicamente modelos centrados en el fisiopatológico. Deviene ésta una cuestión a reflexionar en el futuro desde el modelo biomédico.

Finalmente, los aspectos tratados hasta este punto permiten concluir que desde la perspectiva de la conflictividad ética, la enfermería necesita conocer las éticas influyentes en la profesión y sus principales aportaciones, aunque también sus limitaciones con el fin de conocer los puntos de desajuste donde estas éticas devienen incompletas, tal como se ejemplifica en la Tabla 1-1. Este conocimiento puede servir de guía para buscar otra perspectiva que maximice sus puntos fuertes y minimice las limitaciones de los referentes éticos del cuidado enfermero que, hoy por hoy, se han observado a la hora de aplicarlas en el entorno clínico real.

Tabla 1-1. Diferentes perspectivas de cuidados según el enfoque ético y preguntas para la reflexión en la práctica clínica, a partir de una pregunta sobre “la verdad”.

	¿Es bueno decir la verdad sobre aspectos relacionados con los cuidados del paciente y su situación clínica a un enfermo ⁷	Preguntas para la reflexión de los profesionales enfermeros sobre la aplicación de la perspectiva ética en el entorno clínico real
Perspectiva teleológica	Sí, si la consecuencia de decirle la verdad es buena, es correcto decirlo.	¿Conoce la enfermera qué consecuencias puede tener la verdad para la persona? ¿Es ético mentir?
Perspectiva deontológica	Sí es correcto, puesto que decir la verdad es un acto moralmente correcto.	¿Qué sucede en los pacientes que no están emocional o psicológicamente preparados o no quieren saber esta verdad?
Perspectiva desde la ética de la virtud	Lo bueno e importante es si el profesional es sincero y honrado sobre lo que dice y hace, si demuestra sinceridad en la acción de presentar esta verdad; también es importante el hecho que el paciente valore positivamente esta sinceridad.	¿Cómo puede mostrarse un profesional sinceridad sino lo es personalmente? ¿Hasta qué punto la formación y sistemas de evaluación de los profesionales sanitarios garantiza la adquisición de actitudes para el cuidar? ¿Puede ser sincera la enfermera si algunas veces no dispone de toda la información clínica?
Bioética	Sí, es bueno si no representa para el paciente una maleficencia, si es justo, si el paciente decide conocerla y si le es beneficioso.	¿Hasta qué punto el profesional puede valorar el grado de beneficio o no para el paciente sin apenas conocerlo?
	Sí, es bueno si esta verdad preserva la dignidad del paciente, no la hace vulnerable, se revela preservando la intimidad y el paciente quiere conocerla.	¿Son los criterios profesionales o los del paciente los que deben regir la consideración de qué es digno y qué no lo es? ¿Comprenden los profesionales el principio del respeto a la intimidad más allá de la corporalidad del paciente?
Perspectiva desde la ética del cuidar	Sí, pero será necesario analizar cómo se explica esta verdad, cómo influye en su contexto, si es en el momento correcto o no y qué justifica que se diga esta verdad	¿Hasta qué punto la enfermera puede decidir realmente cuando, donde y de qué modo informa sobre la verdad?

Fuente: elaboración propia

1.2 Escuela del *Caring*: un apunte desde la perspectiva de Jean Watson

Al analizar la ética enfermera desde las corrientes de pensamiento de la disciplina enfermera, se observa que las filosofías y teorías de enfermería más influyentes consideran,

⁷ (En Tabla 1-1). Se entiende que la enfermera está capacitada profesional y legalmente para dar información al paciente sobre aspectos de los que es responsable, cuestiones directamente relacionadas con los cuidados de la persona a su cargo.

de una u otra forma, la idea de buen profesional y de buen cuidado desde una perspectiva ética; aunque la vinculación explícita entre ética y disciplina enfermera se encuentra especialmente desarrollada en la obra de Jean Watson, máxime representante de la Teoría del Cuidado Humano.

Esta autora fundó en la década de los años 80, el *Center of Human Caring* de la Universidad de Colorado (EEUU), un centro de referencia de autores y publicaciones sobre esta corriente de pensamiento disciplinar, centrada en la humanización del cuidado. En la actualidad, la Dra. Watson es profesora emérita de la Universidad de Colorado y preside el *Watson's Caring Science Institute International Caritas Consortium*. Su aportación teórica y su prolífica obra sobre los cuidados explican su reconocimiento y prestigio internacionales.

Junto a Madeleine Leininger, Watson forma parte de la corriente de pensamiento conocida como la Escuela del *Caring* o escuela de la humanización de los cuidados (Kérouac et al., 1996), que ha influenciado la profesión enfermera en los últimos 35 años. Si bien la obra de Leininger enfatiza la perspectiva transcultural del cuidado humano como elemento humanizador, es la filosofía de Jean Watson la que argumenta las bases éticas y morales del cuidar, siendo especialmente interesante para el análisis ético de los cuidados enfermeros. Watson (1979) considera la relevancia de adoptar en los cuidados los valores humanistas y altruistas. Esta cuestión constituye el primero de un total de diez factores de cuidados sobre los que se alza, según la autora, el cuidar enfermero (Tabla 1-2).

La Teoría del Cuidado Humano desarrollada por Watson se centra en el cuidado y las relaciones humanas, además de acentuar la trascendencia de las experiencias de la propia vida de la persona cuidada. Esto representa una diferencia del enfoque tradicional biomédico, especialmente centrado en el análisis de los fenómenos salud-enfermedad (Fawcett, 2000; Pearson et al., 1996; Watson, 2006). Watson afirma que el cuidado sólo puede manifestarse interpersonalmente. Es este momento de encuentro entre la persona que necesita los cuidados y la persona que los proporciona lo que constituye el factor de cuidado, el momento *caring* y el desarrollo de la relación interpersonal base de todo el proceso (Subirana, Guillaumet, Fargues, & Bros, 2005). Los cuidados son curativos en la medida que la persona que cuida es capaz de conectar con el espíritu de la persona cuidada, potenciando la escucha y permitiendo la expresión de emociones, actos del mismo rango que la aplicación de cualquier tratamiento farmacológico (Watson, 2006). Por ello, de la obra de Watson se desprende, además de los rasgos de carácter ético, un interés por las

habilidades en las técnicas de comunicación y de relación de ayuda, pero también una atracción especialmente destacable por lo metafísico, lo espiritual y lo emocional de la persona cuidada y del cuidador; y su vinculación con la naturaleza y el cosmos. Según la autora, son estos elementos todos ellos fundamentales para conseguir esta relación única transpersonal y profundamente humanizadora. De hecho, en los últimos años, se observa que los trabajos que contemplan la teoría de Watson hablan de “cuidados transpersonales” y no tanto de “cuidados humanizadores” destacando la base relacional entre dos seres humanos y la construcción de una conexión entre ellos (Raile & Marriner, 2011).

Tabla 1-2. Factores de cuidados descritos en la filosofía de Watson

Factores de cuidados de la filosofía de Watson (a partir de Raile, 2011)
Factor 1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.
Factor 2. Inculcación de la fe-esperanza.
Factor 3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.
Factor 4. Desarrolla de una relación de ayuda-confianza.
Factor 5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
Factor 6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones
Factor 7. Promoción de la enseñanza y el aprendizaje
Factor 8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, Físico, sociocultural y espiritual.
Factor 9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.
Factor 10. Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas.

El análisis de la obra de Watson pone de manifiesto una sólida convicción de que para poder cuidar la enfermera debe tener una base filos3fica, 3tica y moral profesionales; debe ser sensible a lo 3tico. De hecho, la autora eleva el cuidado a ideal moral porque considera que la enfermera tiene como finalidad 3ltima la protecci3n, la mejora y la preservaci3n de la dignidad humana y de la humanidad (Fawcett, 2000, 2002; Watson, 2011). En la misma l3nea, se observa que est3n especialmente presentes en la obra de Watson, los valores 3ticos de la dignidad, el amor, la bondad y el principio del respeto de la esencia humana. Otros valores 3ticos han sido tambi3n relevantes en su obra en los 3ltimos a3os como son

la compasión y la sabiduría, al introducir el concepto *caritas processes*, que subraya el carácter consciente y sanador del cuidar (Persky, Nelson, Watson, & Bent, 2008; Watson, 2008, 2011).

La sensibilidad ética considerada por Watson deviene fundamental para el profesional que necesita identificar los valores y los principios éticos que orientan la vida de la persona a la que cuida. Este reconocimiento profundo permite guiarlo en la toma de decisiones sobre los aspectos relacionados con el cuidado, pero también con el proceso vital en el que ésta se encuentra.

En la década de los años 90, surgió un interés en crear instrumentos que midieran el constructo *caring* y determinaran sus consecuencias positivas. Entre éstas, se observó que la persona cuidada manifestaba mayor bienestar emocional y espiritual y esto repercutía en una mejoría en su estado físico. También se detectaron entonces los resultados negativos del *noncaring*, entre los que había el sentimiento de sentirse humillado, tener miedo y percibirse vulnerable (Watson, 2006). Respecto a esta investigación orientada por la Teoría del Cuidado Humano, partiendo de una perspectiva global, si bien es indiscutible el calado de la obra de Watson en la enfermería actual, algunos autores atribuyen precisamente a la base espiritual y cosmológica de su teoría la dificultad para poder desarrollar modelos que guíen los trabajos empíricos (Fawcett, 2000; Raile & Marriner, 2011). Sensible a estas críticas y otras relativas a algunos aspectos referentes a la calidad científica de su obra, el trabajo de Watson de estos últimos años se ha centrado en el análisis de las investigaciones que partían de su filosofía, o de teorías afines, para construir instrumentos en los que se explorara el cuidado humano, desde la perspectiva de la persona, de la acción profesional o también desde las características del entorno; y que considerara los diez factores de cuidados centrales que se han citado anteriormente (Tabla 1-2). Aunque la proporción de trabajos cualitativos es superior a los que utilizan la metodología cuantitativa, Coates (2008) alerta que algunos de estos últimos no desarrollan aún suficientemente los criterios psicométricos que determinan la idoneidad de los instrumentos para medir el constructo del cuidado humano y transpersonal. Por ello, en la obra *Assessing and Measuring caring in nursing and health sciences* de Watson (2008), se incluyen recomendaciones para los investigadores, entre las que destacan: realizar el análisis psicométrico de los instrumentos; utilizar conjuntamente metodologías

cuantitativas y cualitativas en los estudios que exploran el fenómeno y centrar mejor el concepto a estudiar (Coates, 2008).

Desde una perspectiva práctica, una consecuencia directa de la adopción de la filosofía de Watson en el ámbito clínico, es la aplicación de medidas dirigidas a asegurar un entorno de cuidados que posibilite la relación interpersonal entre la persona cuidada y el profesional cuidador. Esto significa poder disponer de un lugar que asegure la intimidad personal, evitando su exposición a terceros; priorizar también las conductas de acompañamiento a la persona; y distribuir las cargas de trabajo con el fin de poder destinar el tiempo requerido para establecer una relación interpersonal suficientemente satisfactoria para el cuidado humano.

1.3 Valores y principios éticos en Enfermería: de la vocación a la competencia profesional

Otra cuestión relevante a la hora de analizar las bases éticas de la Enfermería es el estudio de los valores y los principios éticos que han identificado la profesión a lo largo de su historia. La enfermería, al igual que otras profesiones, ha sido permeable a los cambios que se han producido a nivel social y, de forma particular, a los suscitados por la transformación de los escenarios científico-técnico y sanitario de los últimos 170 años. Estos cambios han transformado la noción de salud, de enfermedad y de individuo y han generado distintos paradigmas orientadores del saber y del hacer de la profesión, además de introducir nuevos valores. Según Ramió (2005) la identidad profesional se construye a través de los valores y actitudes asumidas por un colectivo, que junto al conocimiento y las habilidades, especifican su aportación profesional a la sociedad. Así, cada época ha marcado un ideal de enfermería pero, ¿qué es aquello que da valor a la profesión enfermera?.

Fibla (1995) afirma que los valores expresan una dimensión de las cosas donde la objetividad y la subjetividad se unen en el acto de valoración; los valores no se inventan sino que se descubren. En este sentido, aquello que da valor a la profesión enfermera, aquello que genera estima y admiración, se ha ido creando durante tiempo, como piezas de una construcción que se sitúan unas encima de las otras. Desde esta perspectiva constructiva, pueden diferenciarse tres etapas, que son: la vocacional, la técnica y la profesional u holística.

1.3.1 Etapa vocacional

Desde el nacimiento del cristianismo hasta finales de la edad moderna los conceptos de salud y enfermedad se atribuían a los designios de Dios, cuestión que explicaba la razón por la que los cuidados estaban relacionados con la religiosidad, la fuerza espiritual y la sumisión a la palabra divina (García & Martínez, 2001).

En España, la labor del cuidado fuera del ámbito familiar era asumida por las religiosas y guiada por los valores cristianos. Lo que caracterizaba a la enfermera en aquel tiempo estaba ligado al acompañamiento, a lo afectivo y lo religioso, en relación al cuidado del cuerpo y en torno a la alimentación fundamentalmente. Para cuidar se requería solamente una preparación religiosa (García & Martínez, 2001). Los pocos conocimientos teóricos para cuidar eran extremadamente básicos y la complejidad de los escasos procedimientos técnicos era, también, muy simple. Aún así, las cuidadoras aplicaban todos los medios que disponían entonces para asegurar el confort de la persona cuidada y hacer frente a la enfermedad.

En la Europa de principios del siglo XIX, las enfermeras eran mujeres sin formación, reclutadas de las zonas urbanas pobres, que atendían a los enfermos y se ocupaban de atender sus necesidades. Hasta mediados del S.XIX, la enfermería era considerada un terreno de mujeres religiosas y sirvientas vinculadas a una imagen próxima a lo angelical, vocacional, fruto de un fuerte arraigo a la tradición victoriana (Gordon & Nelson, 2005) y la tradición relacionada con los valores de la iglesia católica. A finales de siglo y debido a las influencias de la reforma protestante, se creó la figura de la *"lady nursing"*, una mujer con

educación y formación que instruía a estas cuidadoras reclutadas sobre los cuidados (Fealy, 2004).

El valor que predominó en esta etapa era el de vocación, entendido entonces como la llamada de Dios a cuidar del prójimo. Otros valores y principios éticos eran la compasión por el sufrimiento de la persona allegada, la caridad, la fidelidad, la abnegación y la pulcritud.

1.3.2 Etapa técnica

Según García & Martínez (2001), la etapa técnica empezó a desarrollarse en una época histórica en la que la salud era vista como la lucha contra la enfermedad y la muerte, estando presente en el periodo comprendido entre la mitad del S.XIX hasta la segunda mitad del S.XX. Por aquel entonces, la obra de Florence Nightingale había iniciado un cambio de paradigma dónde la acción cuidadora consistía, fundamentalmente, en poner al paciente en las mejores condiciones para permitir la acción sanadora de la naturaleza. Nightingale fue pionera al aplicar los métodos de investigación utilizando el lenguaje estadístico para demostrar el impacto negativo de las condiciones insalubres en la mortalidad de los pacientes (Tomas, 2009), siendo aún una referencia para la enfermería y la medicina actuales. Nightingale trabajó con el fin de buscar un cuerpo de conocimientos propio, organizando también, el primer sistema reglado para la formación profesional en enfermería (Fealy, 2004).

Durante esta etapa se produjeron profundos cambios en el ámbito sanitario impulsados por los nuevos avances científicos y técnicos; nació el interés por la prevención de la enfermedad y por la reforma sanitaria. Estos cambios en el ámbito asistencial generaron nuevas necesidades y competencias profesionales, motivo por el cual el médico vio ampliada su área de intervención clínica. Como consecuencia, fue necesario delegar la autoridad y la responsabilidad de varias tareas clínicas al profesional enfermero. De esta manera, este último asumió también la responsabilidad de ejecutar y supervisar algunos procedimientos y tratamientos. Se generó, pues, la necesidad de la enfermera habilidosa para realizar determinados procedimientos y competente también en el manejo de la

tecnología, además de las habilidades del buen cuidar. También se despertó entonces un interés por parte de los profesionales enfermeros de definir su aportación específica al sistema sanitario.

En este nuevo contexto, los valores y principios éticos introducidos estaban ligados a la competencia técnica, la no maleficencia, la confidencialidad, la habilidad de las técnicas de comunicación y relación de ayuda, la responsabilidad y el compromiso profesionales.

1.3.3 Etapa profesional

A partir de la segunda mitad del S.XX, los avances científicos y técnicos y los cambios sociales establecieron una nueva dimensión en la relación profesional-paciente. Aparecieron nuevos modelos teóricos enfermeros que, junto con el impacto de disciplinas como la antropología, la psicología y la sociología, consolidaron una corriente de pensamiento que concebía la persona como un ser pluridimensional, acentuando la perspectiva humanizadora de los cuidados. Tal como recoge el artículo I de la Declaración de Alma-Ata de 1978, la salud no era vista entonces como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual y un derecho humano fundamental, constituyendo una perspectiva holística (WHO, 2012).

En nuestro entorno más cercano, fue la época de la expansión del sistema sanitario, con la creación de los grandes centros hospitalarios que concentraban tecnología y profesionales especializados en procedimientos clínicos y determinadas áreas de conocimiento. Fue también en esta época cuando se vio la necesidad de alertar sobre los límites de la tecnología al servicio del hombre.

Los valores y principios éticos que introdujo esta etapa, que perduran en la actualidad, fueron los de la competencia profesional, la libertad, la autonomía del paciente, el respecto a la vida y la calidad de vida, la empatía, la justicia y la equidad.

1.3.4 Paradigma de la *nurse advocacy*

Además de los valores y principios éticos introducidos en las diferentes etapas de la enfermería, la acción profesional ha estado marcada por los diferentes paradigmas que han aflorado en la historia, cuestión también necesaria para comprender su globalidad. En esta línea, al examinar las luchas y reivindicaciones de la enfermería en las últimas décadas se evidencia una fuerte vinculación entre los conceptos de “*caring*” y “*advocacy*” (Moland, 2006).

El paradigma de la *nurse advocacy* o enfermera defensora de los derechos e intereses del paciente, reconocido por algunos autores como *patient advocacy paradigm* (Thompson et al., 2006), surgió como tal a principios de los años 90, a pesar que se le atribuye a Leah Curtin la utilización del término por primera vez en 1979 (Tschudin, 2004). Este referente teórico nace como consecuencia de la primacía de los valores tecnológicos que se observaron en el ámbito médico-clínico entre los años 60 a los 80, época en la que se evidenciaron los riesgos que el uso de la tecnología podía tener para el individuo, viéndolo como un ser doblemente vulnerable: por su condición de humano; y por ser una persona enferma, siendo susceptible de ser afectado, herido o dañado al encontrarse en un entorno *a priori* hostil como es el entorno sanitario.

La vulnerabilidad asociada a la condición de ser humano *deja al individuo en una situación de dependencia en mayor o menor grado* (Vázquez, 2010). Además de la vulnerabilidad natural o intrínseca, hay condiciones externas a la persona que acentúan o agravan la propia vulnerabilidad (Torralba, 1998). Una de estas condiciones es la pérdida de la salud, puesto que la enfermedad puede provocar una disminución de la fuerza física, psíquica y emocional; aunque es importante destacar que estas pérdidas no tienen por qué significar una disminución de la capacidad de decisión en relación a los intereses de cada uno.

En la línea de lo comentado en apartados anteriores, la vulnerabilidad del ser humano es un elemento presente en algunas corrientes éticas de influencia en la ética enfermera, de forma especial, en la bioética europea, aunque también en la ética del cuidar; y esta vulnerabilidad es la que justifica la necesidad de legislar mediante normas, directrices y códigos, la protección del ser humano. Sin embargo, tal como se ha comentado en un

párrafo anterior, la vulnerabilidad externa atribuida a la enfermedad se hace evidente cuando la persona se encuentra en un espacio tan desconocido y complejo como es el ámbito sanitario. Frente a esta realidad, se crea la necesidad de la figura del representante del paciente o “abogado” con la idea de supervisar y asegurar que las decisiones se tomen en interés de la persona implicada, respetando su autonomía y sus valores éticos. Aún así, es necesario constatar, con el fin de evitar otras interpretaciones, que el concepto “vulnerabilidad” aquí analizado y utilizado en el contexto teórico-filosófico⁸, no conlleva, en absoluto, la pérdida de la capacidad de obrar y decidir de la persona considerada *per se* vulnerable. Estas capacidades, desde una perspectiva sanitaria, vienen explicadas por la patología, ya sea física o psíquica. Por todo ello, vulnerabilidad no significa que la persona vulnerable automáticamente no pueda o no tenga capacidad para decidir sobre su proceso salud-enfermedad; sí que la tiene, aunque esta voluntad puede devenir estéril si los responsables del cuidado y curación de este individuo no la toman en consideración en las decisiones. Así, “vulnerable” significa que la persona está en riesgo de sufrir los fenómenos que se generan al existir una relación desigual entre la persona y un entorno tan específico como desconocido, que es el sanitario.

Lejos del paradigma paternalista, el paradigma de la *nurse advocacy* pretende hacer llegar la voz de la persona cuidada a los foros profesionales y al centro de la toma de decisiones clínicas. A través de él se concibe la enfermera como la representante y defensora de los derechos e intereses de la persona cuidada en la toma de decisiones clínicas, aunque, como alerta Hewitt (2002), ello no significa tener el monopolio en la toma de decisiones.

La enfermera se encuentra en una posición privilegiada que, en este sentido, la diferencia y la separa de otros profesionales, a la hora de representar los intereses del paciente y asegurar el respeto de sus derechos. Esta posición privilegiada se le atribuye por dos razones fundamentales. En primer lugar la enfermera se sitúa permanentemente en la “cabecera” del paciente, es testigo de sus intereses e inquietudes, de sus fortalezas y sus debilidades, de sus vínculos afectivos con la familia y de su vivencia del proceso de salud-enfermedad. En segundo lugar, la razón de ser de los cuidados está vinculada a la persona y no a la enfermedad (Luis, 2008), por lo que se justifica el hecho de que deba ser la

⁸ Un contexto teórico podría ser el paradigma de la *nurse advocacy*; y el contexto filosófico, podría ser, por ejemplo, la bioética de tradición europea.

profesión enfermera la que asuma el papel de representar los intereses del paciente, por tradición, por esencia y por sentido del cuidar enfermero.

Fry & Johnstone (2002) describen que el paradigma de la *nurse advocacy* se presenta a partir de tres modelos, que son: el modelo fundamental basado en el respeto a las personas; el modelo de protección de los derechos del paciente; y el modelo basado en la toma de decisiones a partir de los valores, ayudando a identificar las necesidades, los intereses y clarificar las opciones. En esta línea, es necesario comprender el paradigma de la enfermera defensora del paciente desde los aspectos ligados a su autonomía y a su propia capacidad de decisión; y desde los aspectos ligados a la defensa de los derechos de la persona cuidada y del ser humano, aunque algunos autores lo siguen considerando desde una perspectiva exclusivamente parcial (Gárate, 2007).

A pesar de la necesidad y de la vigencia de este paradigma en los últimos veinte años, en el escenario sanitario actual se observan, hoy por hoy, dificultades para implementar cuidados enfermeros desde esta perspectiva. Algunos autores (Davis, 2006; Moland, 2006; Tschudin, 2004) indican que la principal barrera puede provenir de la propia profesión, puesto que asumir el papel de *nurse advocacy* conlleva más responsabilidad y más implicación en el cuidado de la persona. De hecho, Tschudin (2004) ya alertaba hace unos años que aún hay enfermeras que no consideran que muchos de los problemas o conflictos que tienen en su quehacer cotidiano, son también problemas éticos y que el buen cuidado es también un cuidado ético. Por ello, esta falta de perspectiva ética, o indiferencia moral⁹, es lo que impide que la enfermera asuma su papel de defensora del paciente.

Otra dificultad radica en la organización sanitaria y, tal como se ha señalado anteriormente, en las dinámicas de trabajo de los centros, en la misma línea de lo explicado en el punto 1.1.5. Se observa que la enfermera no participa suficiente o activamente en la toma de decisiones sobre los aspectos que interesan al paciente en relación a la atención sanitaria, a los procedimientos, a los tratamientos y a los cuidados, en definitiva. Sobre esta cuestión, Gárate (2007) afirma que, en relación a los cuidados de las personas mayores, actuar bajo el paradigma de la “enfermera abogada” presenta dificultades que generan conflictos con la institución, con otros profesionales del equipo y con los mismos pacientes.

⁹ El término indiferencia moral, que corresponde a un tipo de conflicto ético analizado en esta investigación, se analizará en el capítulo siguiente.

Finalmente, es necesario destacar que el paradigma de la enfermera defensora de los derechos e intereses del paciente es aún vigente y debería implementarse de forma completa en el entorno asistencial fundamentalmente, aunque también debería asumirse de forma explícita en los ámbitos de la gestión, la docencia y la investigación. La actuación profesional basada en este referente teórico permite que los cuidados se adapten a la persona y a su especificidad, motivo por el cual podría constituir una medida preventiva para la génesis de conflictos éticos para los profesionales, puesto que podría aportar coherencia entre los deberes y las acciones profesionales.

1.4 Responsabilidad ética de la Enfermería actual

Tal como se ha argumentado en el primer apartado de este capítulo, cuidar a alguien significa preocuparse por éste y asumir esta preocupación como un deber moral (Torralba, 2002). Es este deber moral el que representa la categoría fundamental de la ética o la moral (Valls, 1998). Partiendo de esta concepción, el cuidado enfermero implica una responsabilidad moral por el otro (Feito, 2005a; Quintero, 2001); esto significa, por tanto, que quien cuida debe responder de la ejecución y de los resultados de los cuidados prescritos e implementados.

La enfermería es hoy una profesión autónoma, con responsabilidad ética en cuatro áreas de cuidados descritas en los códigos éticos, que son: promocionar la salud; prevenir la enfermedad; restablecer la salud; y aliviar el sufrimiento.

Estas áreas de cuidados adquieren, pues, la categoría de deber moral para el profesional enfermero, sea cual sea su ámbito de actuación¹⁰ o nivel de intervención¹¹. Complementariamente a estas cuatro áreas de responsabilidad profesional y los principios éticos establecidos en los códigos éticos profesionales, la Comisión de Enfermería del

¹⁰ Hace referencia a la atención primaria, la hospitalaria, la extrahospitalaria y emergencias, la domiciliaria y el ejercicio libre de la profesión.

¹¹ Hace referencia a la asistencia, la investigación, la docencia y la gestión de los servicios de Enfermería.

Consejo Catalan de Especialidades en Ciencias de la Salud definió las competencias profesionales entre las que se encontraban las competencias referidas a la ética, los valores y los aspectos legales (Elias et al., 2010), como son:

- Desarrollar la *praxis* fundamentada en el respeto de los derechos del paciente, guiada por el código de ética de enfermería.
- Identificar las posibles vulneraciones de los derechos del paciente y emprender las medidas destinadas a preservarlos.
- Ajustar las decisiones y los comportamientos a los principios bioéticos.
- Identificar los dilemas éticos y aplicar el razonamiento y juicio crítico en su análisis.
- Participar activamente en los comités de ética asistencial o comités éticos de investigación clínica.
- Adecuar las acciones de enfermería a la libre elección del paciente en sus decisiones de salud.
- Desarrollar una práctica profesional correcta en el aspecto científico, técnico y ético, ajustada a las normas legales y judiciales reguladoras.
- Asumir la responsabilidad de sus decisiones y acciones.

Entrar a formar parte de la profesión enfermera conlleva aceptar estas responsabilidades éticas, que se unen a las responsabilidades asumidas en relación a la moral individual. Esto significa que, desde una perspectiva deontológica, existe la obligación moral de la enfermera de tomar decisiones basadas en estos referentes demostrando, en definitiva, actuar siguiendo los valores y principios éticos de la profesión.

Desde la perspectiva del fenómeno de la conflictividad ética, tal como se argumentará detalladamente en los capítulos siguientes, la dificultad para actuar según estos referentes genera conflictos éticos de diversa índole e intensidad a la enfermera. En esta línea, Moland (2006) señala que el hecho de que en algunas circunstancias las enfermeras tengan dificultades para hacer aquello que consideran correcto para el paciente, es una de las razones por las que se encuentra menoscabada su integridad moral profesional. Y esta cuestión, sin duda, repercute negativamente en la atención y efectividad de los cuidados del

paciente, pero también en el trabajo en equipo y en el nivel de la calidad asistencial de la institución.

2. CONFLICTIVIDAD ÉTICA

2.1 Concepto de conflicto. Conflicto ético y conflicto moral

El conflicto es un problema o inconveniente que enfrenta a individuos, colectivos o sociedades, vinculado a situaciones complejas que se desarrollan en contextos sociales, económicos, culturales, religiosos o profesionales.

Conflicto, del latín *conflictus*, significa combate, lucha, pelea o apuro; es una situación desgraciada y de difícil solución; es la coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo capaces de generar angustia y trastornos neuróticos; representa el momento de la batalla más dura y violenta¹². El conflicto constituye un obstáculo para tomar decisiones siendo, por tanto, una dificultad para llevar a cabo acciones o determinadas empresas. Esta problemática exige el desarrollo de estrategias específicas para poder abordarlo.

Según Robbins (2004), el conflicto es un proceso que comienza cuando un individuo percibe que otro ha afectado o tiene intención de afectar aquello que es objeto de su interés. El autor describe tres perspectivas según las cuales el conflicto ha sido históricamente concebido: en primer lugar, el enfoque tradicional concibe el conflicto como perjudicial, por lo que aconseja evitarlo. En segundo lugar, la perspectiva de las relaciones humanas parte de la idea que el conflicto es el resultado natural e inevitable en el hombre como ser social. Y en tercer lugar, la perspectiva interaccionista apunta que los conflictos son, además de inevitables, necesarios para generar fuerzas positivas en un grupo, especialmente si son conflictos de baja intensidad, puesto que permiten potenciar la creatividad y la autocrítica, aumentando así las capacidades y posibilidades de éste.

Si bien el conflicto se genera a partir de la intuición que algo o alguien ataca los intereses propios, ésta percepción es condición necesaria pero no suficiente para generar conflicto, puesto que parecen estar presentes, también, grados de emoción y de agresividad a partir de los cuales el conflicto se manifiesta y trasciende más allá de la percepción del individuo.

Pero, ¿qué caracteriza el conflicto ético o moral? Parece ser que en su génesis estarían presentes otros conceptos como son correcto/incorrecto, bueno/malo, mayor/menor

¹² Definición según el Diccionario de la Real Academia Española, del año 2001.

interés para uno mismo, legal/ilegal. La conflictividad ética o moral se presenta cuando se enfrentan entre sí actitudes o tendencias que derivan de valores o principios éticos. Beauchamp & Childress (1999) y Johnstone (2009) coinciden al afirmar que un problema concierne a lo ético o moral cuando repercute, en primer lugar, en la promoción y la protección del bienestar y la atención de las personas, incluidos los intereses personales de no sufrir innecesariamente; en segundo lugar, en la respuesta a las necesidades básicas e intereses primordiales de las personas; y, en tercer lugar, en la determinación y justificación de aquello que constituye una conducta correcta o incorrecta en cada situación.

Siguiendo estas premisas, una persona podría entrar en conflicto ético si se encontrara en alguna de las siguientes circunstancias:

- Intuye que alguien o algo vulnera o puede vulnerar el bienestar de las personas de las que uno es responsable.
- Necesita escoger entre dos o más opciones que enfrentan entre sí valores y principios éticos para poder decidir y actuar en consecuencia.
- Debe actuar y no reconoce qué es lo mejor, lo correcto, lo bueno.
- Observa que aquello que considera correcto o bueno no es respetado por otros.
- Sabe qué es lo correcto, lo bueno, lo mejor, pero no puede actuar en consecuencia debido a elementos externos a su voluntad.

Por otra parte, en el análisis de lo referente al conflicto y la conflictividad ética, deviene necesario clarificar los términos de “ética” y “moral”. En este sentido, parece haber un acuerdo general a la hora de afirmar que tanto en el ámbito social como en el profesional los términos ética y moral se utilizan de forma casi sinónima (Anton, 2003; Cortina, 1996; Davis & Aroskar, 1991; Kelly & Joel, 1999; Thompson et al., 2006), puesto que no hay diferencias significativas entre ellos cuando se utilizan en estos contextos y, según afirma Johnstone (2009), entrar a analizarlos en el debate profesional de las ciencias de la salud puede generar más confusión que claridad.

Sin embargo, desde otras perspectivas hay diferencias entre ética y moral que deben considerarse. Desde un punto de vista etimológico, el término *ética* proviene del griego *ethos/ethikos* y la palabra *moral* proviene del latín *mores/moralitas* y significan, ambas, “perteneciente a la costumbre” o “hábito”. Aunque son conceptos de significado similar, motivo por el cual estaría justificada su sinonimia en el lenguaje común, debe tenerse en cuenta que el nacimiento de la filosofía ha aportado un nivel de análisis reflexivo que justifica que, desde esta perspectiva, *ética* y *moral* deban diferenciarse por ser conceptos distintos. La ética es la parte de la filosofía que reflexiona sobre la Moral (Beauchamp & Childress 1999; Burkhardt et al., 2010; Cortina, 1996).

Para Cortina (2000) las diferencias entre moral y ética no se deben a razones etimológicas sino que se deben a imperativos lógicos ya que ética y moral configuran dos niveles distintos de pensamiento y lenguaje. *“Ética y moral se distinguen simplemente en que mientras la moral forma parte de la vida cotidiana de las sociedades y de los individuos, no inventada por los filósofos; la ética es un saber filosófico. Precisamente porque la etimología de ambos términos es similar, está sobradamente justificado que en el lenguaje cotidiano se tomen como sinónimos, pero en el ámbito filosófico, donde es necesario distinguir entre estos dos niveles de reflexión, se emplea la palabra moral para designar lo que forja un buen carácter en la vida cotidiana y ética para lo que la filosofía reflexiona sobre la forja del carácter”* (Cortina, 1996, p. 15). En la misma línea se sitúa Román (2011) cuando afirma, en torno a la ética de las prácticas del cuidado, que la moral se ocupa de aquello que debemos hacer, de la acción; y la ética se ocupa del motivo por el que hemos de actuar así y no de otra forma.

La moral implica la conducta humana correcta o incorrecta que ha alcanzado un consenso entre la sociedad, según la costumbre y la tradición; por ello integra las normas de conducta humana socialmente aprobadas (Beauchamp & Childress, 1999). Las reglas y los valores morales se aprenden a partir de muchas fuentes, como son el ámbito familiar, la pertenencia a un grupo étnico y social; y la influencia de la religión y las estructuras legales (Beauchamp & McCullough, 1987; Kelly & Joel, 1999). En relación a éstas últimas, Cortina (1996) considera que la religión y el derecho son los vecinos de la moral, por ser necesarios para la vida humana y ser complementarios; y constata que la palabra “moral” ha sufrido en las últimas décadas otras connotaciones por parte de determinados sectores de la

sociedad, connotaciones no del todo positivas asociadas a la autoridad y a la imposición de los preceptos religiosos.

Desde un nivel de análisis reflexivo, la ética es el estudio objetivo de los sistemas morales (Thompson et al., 2006) y la reflexión filosófica sobre las normas y prácticas de la moral (Burkhardt et al., 2010). Para Valls (1998), la categoría fundamental de la ética es el deber, concepto que la diferencia de otras disciplinas científicas y que se ocupa de la *praxis* humana en relación a la naturaleza. En este mismo sentido, Kelly & Joel (1999) afirman que para ser una persona ética ésta debe añadir a sus acciones diversos grados de crítica y de juicios racionales y reflexivos en sus decisiones.

Por todo ello, podría afirmarse que la ética va ligada al pensamiento y la reflexión; y la moral va ligada a la acción. Así lo expresa José Luis López Aranguren (1994) al definir la moral como la “moral vivida” y la ética como la “moral pensada”; y en la misma dirección, en relación a la ética del cuidado, Román (2011) enfatiza que “*es necesaria más ética, reflexión crítico racional, que mero hacer, que mera moral*” (p. 311).

Finalmente, si bien desde la filosofía “ética” y “moral” constituyen niveles distintos de análisis, se observa que desde otras disciplinas esta distinción no está tan clara, como sucede en enfermería, medicina o otras ciencias de la salud, donde según la bibliografía, los foros y los expertos consultados, se utilizan frecuentemente como términos sinónimos al descartar la voluntad de entrar en el análisis reflexivo, que corresponde a los filósofos. En la misma línea, en esta investigación, después de un proceso reflexivo y consultivo, se ha considerado conveniente utilizar el término *conflictividad ética* mejor que *conflictividad moral* cuando se nombra el fenómeno en conjunto y desde una perspectiva externa, puesto que se analiza éste más allá de la vivencia particular del conflicto por parte del profesional de enfermería. Del mismo modo, se ha optado por utilizar el término *moral* para cada tipo de conflicto, con el fin de acentuar el carácter experiencial o vivencial del problema, más que reflexivo.

2.2 Tipos de conflictos éticos en Enfermería

En el ámbito sanitario, las enfermeras, al igual que otros profesionales sanitarios, se encuentran en ocasiones con problemas de carácter ético surgidos no solo de la atención al paciente y su entorno familiar, sino también derivados de las relaciones profesionales que se establecen con otras enfermeras o profesionales, supervisoras y jefes de servicio, la disconformidad con determinados tratamientos médicos y procedimientos clínicos; así como aquellos que se derivan de la discrepancia con algunas normas legales. Los conflictos éticos son un componente inherente a la profesión enfermera, como disciplina interpersonal y social (Austin, Lemermeyer, Goldberg, Bergum, & Johnson, 2005; Davis, 2006; Dierckx de Casterlé et al., 2008; Eizenberg, Desivilya & Hirschfeld, 2009; Glasberg et al., 2006; Hamric, 2000; Mashiach, Syna, & Hirschfeld, 2009; Zuzelo, 2007); y surgen como consecuencia de la asunción de las responsabilidades éticas propias de la profesión del cuidar, esto es, como ya se ha citado en un apartado anterior: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de la salud y el alivio del sufrimiento (Consejo Internacional de Enfermeras, 2006; Fry & Johnstone, 2002a).

El conflicto ético de la enfermería se encuentra asociado a la percepción de barreras para poder cuidar o promover un cuidado competente (Dierckx de Casterlé et al., 2008). Como afirma Moland (2006), la *“razón de la insatisfacción laboral de las enfermeras va más allá de tener compañeros incompetentes; las enfermeras describen los problemas laborales como conflictos o dilemas morales que les hacen sentir impotentes”* (p. 50) para desenvolverse de forma satisfactoria desde un punto de vista ético.

Los conflictos éticos son inevitables, aunque no por ello es fútil el estudio de su naturaleza y la prevención de su génesis y sus consecuencias. En el ámbito clínico, hay problemas éticos de fácil solución y de pequeñas consecuencias y los hay otros, en cambio, de extrema complejidad y de repercusiones importantes (Johnstone, 2009). Algunas veces, los conflictos éticos se presentan entrelazados con otros tipos de conflictos distintos. En estos casos, es importante distinguir los conflictos de raíz ética de aquellos que no lo son, como serían los conflictos de carácter técnico, clínico o laboral, problemas a los que

también se enfrenta la enfermera en su quehacer diario, aunque su abordaje y tratamiento es distinto.

A parte de la identificación de la etiología de un problema, también es importante constatar que un problema de carácter no ético puede generar otro de carácter ético debido, fundamentalmente, a que en la práctica los profesionales manejan más elementos o variables que los que pueden determinarse en un plano teórico de análisis¹³.

A pesar de disponer actualmente de abundante literatura sobre los problemas éticos en enfermería, aún hay pocos autores que hayan desgranado al detalle los tipos de conflictos éticos que una enfermera puede experimentar. De hecho, se observa que este nivel de análisis, donde se describe y clasifica la tipología de conflictos, se encuentra básicamente reflejado en los manuales de ética en Enfermería o escritos sobre ética de autores internacionales, fundamentalmente de procedencia norteamericana (Burkhardt & Nathaniel, 2002; Davis, 2006; Ellenchild & Haddad 2008; Jameton, 1984) pero también en obras de origen canadiense (Burkhardt et al., 2010) y australiano (Johnstone, 2009; Nelson & Gordon, 2006). Al indagar sobre las causas, se observa que en los años 80 un grupo de filósofos norteamericanos se inquietó por la conflictividad ética en general y los conflictos éticos profesionales en particular. Este hecho, unido a que en los países mencionados la investigación en enfermería se encuentra desde hace años consolidada, propició la producción de trabajos que han explorado algunos tipos de conflictos éticos.

Por otra parte, se constata un bajo o nulo impacto del estudio de la tipología de conflictos éticos en Enfermería cuando se analizan los manuales europeos como son los de origen inglés (Thompson et al., 2006) o español (Antón, 2003; Arroyo, Cortina, Torralba, & Zugasti, 1997; Medina, 2000). En relación a esta última procedencia, predomina un enfoque

¹³ Sobre la diferencia entre un conflicto ético y un conflicto de otra etiología, supongamos el caso particular de una enfermera asistencial que observa que la batería de la única bomba de infusión endovenosa de la medicación disponible en el servicio no funciona y debe estar siempre la máquina conectada a la corriente eléctrica. Este problema técnico podría representar un problema ético si la enfermera debiera administrar heparina sódica o insulina utilizando esta bomba en un lugar, como podría ser el pasillo del Servicio de Urgencias sobrecargado, dónde no hubiera interruptores, ni opción de enchufarla a la corriente, ni disponibilidad de máquinas libres en el servicio; y la administración de esta medicación no fuera suficientemente segura para el paciente, poniéndolo en riesgo de no recibir la dosis adecuada, aumentando la posibilidad de aparición de complicaciones graves. Otro ejemplo sobre cómo un problema clínico puede estar ligado a un problema ético, podría ser el caso de un servicio dónde según los turnos o el especialista médico se siguieran protocolos distintos a la hora de pautar dosis de medicación o de realizar determinados procedimientos. En estas circunstancias, la enfermera se encontraría con un problema clínico, en el que sería necesario analizar los estándares científicos que apoyan una u otra praxis; pero pudiera convertirse en ético, si la enfermera observase que la seguridad y los intereses de la persona a la que cuida están en riesgo.

legalista por encima del ético, probablemente porque en la carrera universitaria de enfermería estos contenidos se imparten mayoritariamente en la asignatura de “Legislación y ética en enfermería”. También puede observarse, una vez analizados el enfoque utilizado y el perfil curricular de los autores que tratan la tipología de conflictos éticos en enfermería, que parece haber mayor interés por el tema cuando éstos provienen del ámbito de la enfermería y de la ética en enfermería; y una menor inclinación hacia los tipos de conflictos éticos cuando los autores provienen de la ética, la filosofía o el derecho, disciplinas distantes de la praxis profesional enfermera y del ámbito clínico.

Sin duda, la obra *Nursing Practice: The ethical issues*, aparecida el año 1984 y escrita por Andrew Jameton (1984) dotó de una nueva perspectiva la comprensión de la conflictividad ética en la profesión enfermera. Jameton, doctor en filosofía y actualmente director de la *Section on Humanities and Law in the Department of Preventive and Societal Medicine en la University of Nebraska Medical Center*, analizó las repercusiones éticas de los cuidados de enfermería y fue pionero al clasificar la tipología de conflictos que podía experimentar la enfermera al prestar cuidados. Identificó tres tipos de problemas éticos atribuidos, en primer lugar, a la realidad del entorno sanitario; en segundo lugar, a la crisis suscitada por un sistema rápidamente cambiante por los importantes avances científico-técnicos de las últimas décadas; y, en tercer lugar, a la responsabilidad ética de la profesión enfermera.

Estos problemas éticos identificados por Jameton fueron:

- *Moral uncertainty*, incertidumbre moral
- *Moral dilemma*, dilema moral¹⁴
- *Moral distress*, angustia moral¹⁵

Se observa que esta tipología de conflictos éticos es plenamente vigente en el entorno profesional actual de la enfermería y puede aplicarse a otros colectivos del ámbito de las

¹⁴ La aportación de Andrew Jameton fue acuñar el término *moral distress* e identificar conjuntamente los tres tipos de conflicto ético que podían experimentar los profesionales de enfermería. La descripción del término “dilema moral” se remonta en la época antigua, presente ya en la obra de Platón. Por otra parte, si bien la idea de *moral uncertainty* aparece en algunos manuales de ética profesional, no es hasta la obra de Jameton que se acuña el término y se identifica como otro tipo de conflicto ético en Enfermería.

¹⁵ En apartados posteriores se justificará la traducción de *moral distress* a angustia moral.

ciencias de la salud. De hecho, la clasificación de Jameton ha marcado centenares de trabajos posteriores sobre los tipos de conflictos éticos a nivel internacional, surgidos desde la segunda mitad de la década de los 80 hasta la actualidad, entre los que se observa un interés particular en el estudio de los tipos *moral dilemma* y *moral distress*.

Coetánea a Jameton, Judith Wilkinson (1989) añade a esta clasificación otro tipo de problemática ética: *moral outrage*, traducible a indignación moral. En un artículo posterior, Jameton (1993) incorporó a su clasificación *moral outrage* y explica que, juntamente con el tipo *moral distress*, estos dos tipos de conflictos éticos comparten el sentimiento de impotencia experimentado por la persona.

Posteriormente a las obras de Jameton y Wilkinson, otros autores han tratado la tipología de conflictos éticos en enfermería aunque, fundamentalmente, han aportado matices en las definiciones y no han tenido el impacto en el campo de la investigación que ha protagonizado la obra de Jameton. En la Tabla 2-1 se detallan las principales tipologías de conflicto ético descritas por diversos autores.

Tabla 2-1. Tipos de conflicto ético en enfermería según varios autores

Jameton & Wilkinson (1993)	Wurzbach (2008)	Johnstone (2009)	Burkhardt, Nathaniel & Walton (2010)
<i>Moral uncertainty</i>	<i>Moral uncertainty</i>	<i>Moral unpreparedness</i>	<i>Moral uncertainty</i>
<i>Moral dilema</i>	<i>Moral conviction</i>	<i>Moral blindness</i>	<i>Moral/Ethical dilemmas</i>
<i>Moral distress</i>	<i>Moral regret</i>	<i>Moral indifference</i>	<i>Practical dilemmas</i>
<i>Moral outrage</i>	<i>Moral confort</i>	<i>Amoralism</i>	<i>Moral distress</i>
		<i>Immoralism</i>	<i>Moral outrage</i>
		<i>Moral complacency</i>	
		<i>Moral disagreements and conflicts</i>	
		<i>Moral dilemmas</i>	
		<i>Moral stress, moral distress and moral perplexity</i>	

Fuente: elaboración propia

Con el fin de centrar el estudio al fenómeno de la conflictividad ética, se describen a continuación, más detalladamente, los principales tipos de conflictos que se han mostrado más relevantes para el análisis del fenómeno, tomando como referencia los trabajos de

Jameton y Wilkinson y los hallazgos posteriores aportados por otros autores que los han estudiado de forma particular.

2.2.1 Incertidumbre moral

La incertidumbre moral, *moral uncertainty*, es el tipo de conflicto moral que se presenta cuando el profesional intuye un conflicto de naturaleza ética, pero no es capaz de definir los valores y los principios éticos implicados, hecho que impide la toma de decisiones (Jameton, 1984). El profesional enfermero percibe aquí que algo no va suficientemente bien (Burkhardt et al., 2010) y experimenta un estado de inquietud o desazón, una sensación desagradable (Hamric, 2000). Como afirman Burkhardt & Nathaniel (2002), las enfermeras se encuentran insatisfechas o descontentas con esta situación, pero son incapaces de identificar con exactitud la naturaleza y las causas de lo inadecuado.

Hamric (2000) afirma que no es inusual que la incertidumbre moral sea la primera experiencia de la enfermera frente a los problemas éticos. Si bien el concepto de incertidumbre moral ha sido mayoritariamente estudiado desde la perspectiva de Jameton, es importante referenciar aquí la obra de Mary Ellen Wurzbach, quien ha estudiado la incertidumbre moral contrastándola con los conceptos de certeza o convicción moral, *moral certainty*; y con el de confort moral, *moral comfort* (Wurzbach, 1996, 1999a, 1999b, 2008). Para esta autora, la incertidumbre moral es la falta de habilidad para determinar el correcto curso de la acción a seguir, siendo una de sus consecuencias, el *moral regret* o arrepentimiento moral (Wurzbach, 2008).

A su vez, Johnstone trata esta idea desde el término *moral unpreparedness*, improvisación o impericia moral (Johnstone, 2009). Significa no estar preparado para manejar una situación éticamente conflictiva puesto que la enfermera carece de los conocimientos y las habilidades para enfrentarse al problema.

También es importante destacar que las repercusiones de este tipo de conflicto pueden llegar a terceros, puesto que pueden ser una fuente de error y daño; y provocar confusión al mezclarse los problemas éticos con otros de otra índole, como son, en la

misma línea de lo apuntado anteriormente en este apartado, los problemas clínicos o los técnicos. La incertidumbre moral puede ser también experimentada por alumnos de grado de enfermería, que ya han iniciado la formación en ética profesional y que están realizando prácticas, en los centros hospitalarios o de atención primaria. Pueden identificarse con esta situación concreta cuando, no teniendo asumidos aún los contenidos de la enseñanza en ética y legislación profesional, perciben situaciones conflictivas desde un punto de vista ético pero no pueden identificar los valores y los principios implicados y probablemente vulnerados o en riesgo de serlo; ni las posibilidades para solucionar dichos conflictos, puesto que tampoco no dominan las metodologías para la resolución de problemas.

Como se expone, la falta de formación pero también la falta de reciclaje en ética y bioética puede ser la principal causa que explicaría la razón por la que las enfermeras experimentan la incertidumbre moral. Otras razones, a parte de la impericia, podrían ser la falta de interés o, incluso, el hecho de padecer el síndrome de *burnout*.

2.2.2 Dilema moral

El dilema moral, *moral dilemma*, se presenta cuando dos o más principios éticos se encuentran implicados y establecen cursos de acción distintos (Canadian Nurses Association, 2003; Davis et al., 2009; Jameton, 1984; Tschudin, 2004). El profesional se encuentra en una situación dilemática, pues, al tener que elegir entre dos cursos de acción diferentes, moralmente correctos a priori o con diferentes extremos de moralidad, moral-no moral, pero con pocas evidencias sobre la calidad de estos extremos, experimentando dificultades para la elección sobre cual decantarse. También aparece el dilema moral cuando un problema complejo no tiene una solución a priori satisfactoria o cuando todas las soluciones de un problema parecen ser igualmente favorables (Burkhardt et al., 2010). De hecho, Tschudin (Tschudin, 2004) afirma que la diferencia entre un problema y un dilema radica en que el primero tiene una solución potencial; y el dilema, sin embargo, no la tiene, porque debe elegirse entre opciones igualmente dificultosas, malas o con imposibles alternativas. Para Johnstone (2009) los dilemas morales se producen básicamente por tres razones, que son: por incompatibilidad lógica de los principios o

normas morales; por competitividad de los deberes morales; o por competitividad y conflicto de intereses. Los dilemas morales implican un conflicto de valores, por lo que su solución conlleva tener que sacrificar uno de estos valores, hecho que puede resultar muy conflictivo para uno mismo (Kälvemark, Höglund, & Arnetz, 2006).

Beauchamp & Childress (1999) discrepan con algunos autores filósofos y teólogos que afirman que existen muchos tipos de dilemas prácticos pero que no existen auténticos dilemas morales, puesto que la idea “*que uno no puede hacer lo que debe es el resultado de una ausencia de claridad en el lenguaje moral y de las obligaciones*”(p. 10). Para estos autores, hay ocasiones donde a los clínicos se les plantean dilemas morales sin que se vislumbre un principio superior que los ayude a determinar aquello de debe hacerse. Respecto al dilema moral y la definición apuntada por Beauchamp & Childress, véase la Tabla 2-2, con el objetivo de poder clarificar la relación dilemática entre un acto X y un acto Y.

También en relación con los dilemas prácticos y los dilemas morales, Burkhardt & Nathaniel (2002) explican que los dilemas prácticos se presentan en aquellas situaciones en las que los *deberes* morales compiten con *deberes* no morales, como serían aquellos que son en el interés propio de uno mismo.

Tabla 2-2. Tipos de dilemas biomédicos a partir de la definición de Beauchamp & Childress (1999)

Acto X y Acto Y	
Parte de la evidencia indica que el acto X es moralmente correcto y que el acto Y es moralmente incorrecto pero en ambos casos la evidencia no es concluyente.	<p>Hay una o más consideraciones morales que justifican que se haga el acto X y hay una o más consideraciones morales que justifican que se haga el acto Y, pero debido a las circunstancias, el sujeto acaba por no hacer ni X ni Y.</p> <p>Actuar escogiendo uno u otro acto implica asumir que la decisión será moralmente correcta en algunos aspectos pero incorrecta en otros.</p>

Fuente: elaboración propia

Finalmente, se constata que el dilema y la angustia morales son los tipos de conflictos éticos más estudiados en enfermería, aunque se observa que frecuentemente en la

literatura profesional se utiliza el término dilema no suficientemente ajustado a su definición, a veces como sinónimo de problema ético o como conflicto de mayor intensidad.

2.2.3 Angustia moral

La angustia moral, *moral distress*, es un tipo de conflicto ético identificado y definido por Jameton (1984; 1993) que describe aquellas situaciones en las que la enfermera u otro profesional, no puede cumplir con las obligaciones éticas ni con los compromisos asumidos relacionados con el paciente. A diferencia de otros tipos de conflicto, en la angustia moral el profesional conoce los valores y principios éticos implicados en una situación, sabe identificar el curso de la acción que cree mejor para el cuidado del paciente pero no puede ejecutarlo porque hay algún obstáculo o barrera que se lo impide. El profesional se siente aquí limitado externamente para poder actuar según lo que considera correcto hacer, siendo incapaz de trasladar su decisión u opción moral a la acción misma (Corley, 2002; Jameton, 1984). Las elecciones y las acciones morales son frustradas por elementos constrictores (Austin, Bergum, & Goldberg, 2003).

La diferencia principal entre dilema moral y angustia moral radica en que en el primero la enfermera no ha escogido aún qué principios o valores morales debe preservar en su acción; mientras que en el segundo esta elección sí se ha producido, pero no puede implementarse finalmente, porque se perciben barreras o impedimentos externos.

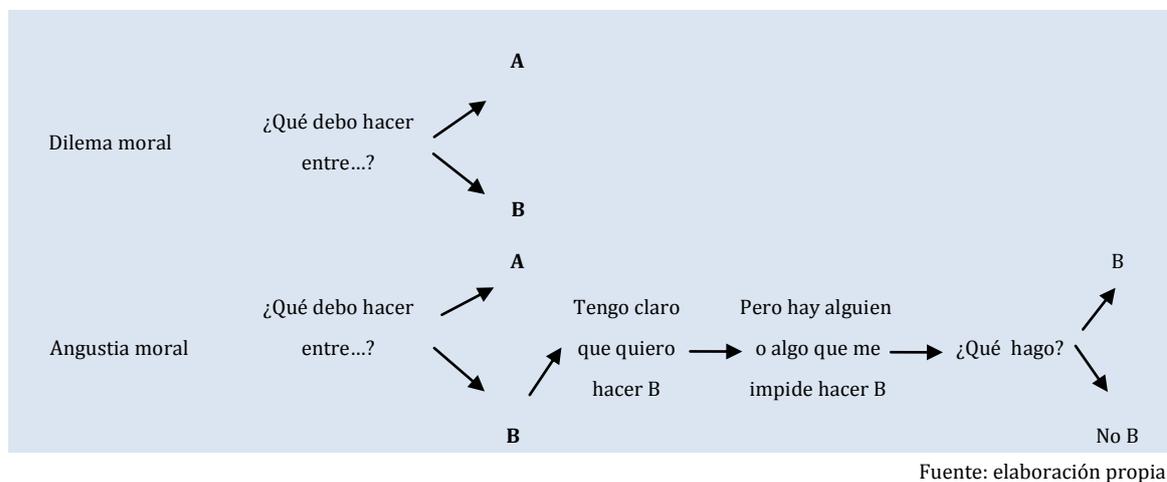
Jameton (1984; 1993) enfatiza que muchas enfermeras expresan tener un dilema frente a situaciones que les generan realmente angustia moral, puesto que la elección de lo que quieren hacer la tienen clara. Aún así, el autor explica que el *moral distress* debería llamarse dilema moral de segundo orden, por sus características dilemáticas en cierto grado. En la Figura 2-1 se representa el algoritmo descriptivo que compara el dilema y la angustia morales, pudiéndose observar las semejanzas y las diferencias entre ambos.

Jameton (1993) diferencia dos grados o subcategorías de *moral distress*, que son:

- *Initial distress*: es consecuencia de los obstáculos burocráticos y los colegas “ingratos”. Según los hallazgos de Jameton y Wilkinson, las enfermeras poseen

algunas estrategias para enfrentarse a esta situación, como son: intentar influenciar a la supervisora o al médico, plantear el problema al jefe del servicio. Cuando estas estrategias fracasan, aparece el *moral distress* reactivo (Jameton, 1993; Wilkinson, 1988).

- *Reactive distress*: es un grado máximo de *distress*, probablemente generado por padecer durante largo tiempo; y con un grado intenso, *initial distress*, teniendo repercusiones personales y profesionales. Algunos autores (Fowler, 1989; Severinsson, 2003) apuntan que la cronificación del *moral distress* reactivo contribuye al *burnout* y al abandono de los servicios y de la profesión enfermera.



Fuente: elaboración propia

Figura 2-1. Algoritmo descriptivo comparativo entre el dilema y la angustia morales

En la angustia moral, el impedimento a la hora de implementar una decisión estaría fundamentalmente representado por elementos externos, como son: órdenes de un profesional con rango superior, órdenes médicas, determinadas políticas institucionales, las normas legales, la falta de tiempo y recursos, la sobrecarga de trabajo, el disponer de personal auxiliar no suficientemente preparado, las relaciones de poder o las pérdidas de liderazgo (Fry et al., 2002b; Hamric, 2000; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004). Son estos elementos externos a la voluntad de la persona los que generan la constricción (Hanna, 2004), puesto que la angustia moral entraña, además del choque de valores, la percepción de la incapacidad de obrar en consecuencia y la restricción hacia la acción de uno mismo. Como constatan algunos autores (American Association of Critical Nurse, 2005; Rushton, 2006), actuar de una forma contraria a la propia moral socava la

integridad personal y representa un conflicto irreconciliable entre el *deber hacer* y el *hacer*. Además, el *moral distress* aparece asociado al sentido de pérdida de la integridad profesional (Austin, Rankel, Kagan, Bergum, & Lemermeyer, 2005; Nelson & Gordon, 2006).

Pero, es necesario preguntarse: ¿qué siente un profesional que está experimentando angustia moral?. Este profesional puede llegar a algunas de estas conclusiones:

- “No me siento moralmente representado puesto que no reconozco como míos los referentes éticos / morales implicados en la toma de decisiones en la que yo estoy implicado”.
- “No me siento moralmente reconocido o respetado por los otros”.
- “Me veo obligado a actuar de una forma diferente o contraria a la escogida”.

Finalmente, es importante destacar que la mayoría de trabajos sobre *moral distress*, si bien parten a nivel teórico de la definición de Jameton, a nivel práctico acaban por analizarlo desde la intensidad o grado de problemática ética que genera, siendo ésta una idea más próxima a “estresante” (Cavaliere & Dowling, 2010; Corley, 1995; Eizenberg et al., 2009; Elpern, Corvert, & Kleinpell, 2005; Fogel, 2007; Forde & Aasland, 2008; Kälvemarm et al., 2004; Losa, Becerro, & Salvadores, 2010; Schwenzler & Wang, 2006; Zuzelo 2007). En esta misma línea, Hanna (2004) afirma que el *moral distress* es una forma distinta de estrés, que no es igual al distrés emocional o el distrés psicológico, puesto que se refiere a la agencia o conciencia moral del individuo. Aún esta diferencia, el tratamiento similar en algunos textos que reciben conceptos distintos puede generar confusión, puesto que el abarcar diferentes tipos de conflictos impide su correcto y preciso estudio, representando una barrera para el conocimiento de este tipo de conflicto como tal.

Observando estas dificultades, en la presente investigación se consideran el grado de conflicto y el tipo de conflicto dos niveles de análisis que, aunque se intuyen íntimamente relacionados para explorar la exposición al conflicto ético, son conceptos distintos.

2.2.4 Indignación moral

Wilkinson (1988) definió indignación moral, *moral outrage*, como el sentimiento generado al observar la acción inmoral perpetrada por otros. En esta situación, la enfermera no participa en el acto y no se siente responsable de la acción inmoral, pero se siente impotente al percibir que debería hacer algo para prevenirlo o impedirlo (Burkhardt et al., 2010).

En la misma línea de lo comentado en el primer capítulo de este manuscrito, es importante considerar que el sentimiento de “*debería hacer algo*” se despierta gracias a la sensibilidad ética del profesional y esto significa, que éste tiene asumido el deber moral de proteger al paciente, que considera una persona extremadamente vulnerable.

Aunque en otra línea de análisis sobre la indignación distanciada de lo profesional, el proceso de ejecución de la presente investigación coincidió cronológicamente con la génesis, a finales del 2010, del movimiento social de “los indignados”, movimiento plenamente activo en la actualidad. Aunque no es objetivo de estudio de la conflictividad ética en enfermería, se considera interesante constatar que al inicio de esta investigación el concepto “indignación moral” era aún poco conocido, requiriendo en muchos casos, una definición para su comprensión y clarificación. Sin embargo, a raíz de este movimiento social y su trascendencia a los medios de comunicación, el término “indignación” se ha extendido, adquiriendo protagonismo en el lenguaje común y una notoriedad pública tanto en los medios de comunicación como en las redes sociales, asociado a la reivindicación social por la discrepancia sobre lo correcto frente a lo establecido, agravada por el contexto actual de crisis económica global.

2.2.5 Términos utilizados para describir *moral distress* y algunas cuestiones sobre el diagnóstico enfermero “Sufrimiento moral”

Como ya se ha explicado en los apartados anteriores, hay cuatro tipos de conflictos éticos que han devenido especialmente relevantes para el estudio del fenómeno de la conflictividad ética. Si bien ya se han descrito detalladamente, es importante destacar que el análisis particular de cada uno de ellos ha mostrado algunas cuestiones que merecen ser reflejadas en este discurso, de forma especial las referentes al término, ampliamente estudiado, *moral distress*. Este término y el concepto *moral distress* acuñado por Jameton a principios de los años 80, ha sido utilizado con otros múltiples términos y conceptos afines.

En aras de clarificar el concepto y precisar sus límites, es necesario constatar, en primer lugar, que en el entorno clínico el término inglés *distress*, es ampliamente conocido y muy utilizado, sobre todo asociado para describir situaciones de disfuncionalidad grave, desequilibrio importante y sufrimiento de órganos vitales. Este término se traduce al español por angustia, agotamiento, aflicción¹⁶. Jameton, como ya se ha explicado ampliamente en el apartado anterior, asoció a este término el adjetivo “moral” para describir la situación de angustia, sufrimiento o padecimiento de raíz moral. Aún así, se constata que en la literatura en lengua inglesa aparecen varios términos similares que describen o se aproximan bastante a la idea de angustia moral. Sobre esta cuestión, McCarthy & Deady (2008) ya alertaron recientemente que la abundante literatura sobre el tema *moral distress* lo habían convertido en un término paraguas donde se habían añadido otros conceptos afines no siempre iguales a la definición de Jameton. En la Tabla 2-3 puede observarse el detalle de los términos próximos al concepto de *moral distress* utilizados por los respectivos autores y el año de publicación.

¹⁶ Definición según el Diccionario Collins universal Español – Inglés, Inglés – Español. (Editorial Great Britain-Grijalbo, 2003).

Tabla 2-3. Términos próximos al concepto de *moral distress*

Términos próximos al concepto de <i>moral distress</i>	Autores y año de publicación
Moral anguish	M.L. Raines, 2000
Moral suffering	L. Paley, 2004
Ethical stress, Ethical distress	Canadian Nurses Association, 2003
Moral stress	K. Lützen, 2003 A. Cronqvist, 2007 M.G. Johnstone, 2009
Stress of conscience	A.L. Glasberg, 2006 C. Juthberg, 2007
Moral perplexity	M.G. Johnstone, 2009
Moral discomfort	M.E. Wurzbach, 2008

Fuente: elaboración propia

A pesar de la abundancia de términos próximos al concepto de *moral distress* aparecidos en la literatura en lengua inglesa, las escasas referencias de éste encontradas en lengua española han traducido el término como *sufrimiento moral* (NANDA International, 2007) o como *aflicción moral* (Davis et al., 2009). Sin embargo, este término español no acaba de ajustarse semánticamente debido a que la palabra “sufrimiento” describe el estado de aquel que soporta o sobrelleva un dolor físico o moral con fortaleza o resignación, con paciencia¹⁷. Pero el término más apropiado debería considerar también el sentimiento de intranquilidad con padecimiento intenso, agobio, desazón o malestar causado por la sensación de no poder desenvolverse. Este término parece ser “angustia”. En la misma línea, es importante destacar que en el ámbito de la psicología, en particular en la psicología freudiana y del psicoanálisis, el término de angustia moral se utiliza como “angustia de conciencia moral” identificada por algunos autores (Kielholz, 1987; Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003) como uno de los tres orígenes de la angustia humana. Partiendo de estos matices semánticos, en la presente investigación se ha considerado estudiar el concepto de *moral distress* de Jameton y se ha aceptado traducirlo como “angustia moral”.

Finalmente, en otra línea de análisis y en el ámbito específico de la Enfermería, la *North American Nursing Diagnosis Association International*, reconocida en el ámbito

¹⁷ Según el Diccionario de Real Academia Española (Editorial Caspe, 2001).

profesional por el acrónimo NANDA – I, incluye desde el año 2006, en su clasificación internacional de diagnósticos enfermeros, la etiqueta *moral distress* o “Sufrimiento moral”, a propuesta de Kopala & Burkhart (2005). Este diagnóstico enfermero se encuentra, siguiendo los criterios clasificatorios, en el dominio 10 sobre principios vitales y pertenece a la clase 3 sobre valores, creencias y congruencia de la acción (NANDA International, 2010).

En este contexto específico, se define “Sufrimiento moral” como la respuesta ante la incapacidad para llevar a cabo las decisiones o acciones éticas o morales elegidas; pudiendo evidenciarse a través de la expresión de angustia, impotencia, frustración o incertidumbre, entre otras manifestaciones relacionadas. Luis (2008) aconseja utilizar este diagnóstico *“cuando la persona, basándose en su propio sistema de valores éticos y morales, toma una decisión informada relacionada con el tratamiento o los cuidados de salud; y elementos externos a ella le impiden llevarla a cabo”* (p.365); y la desaconseja, cuando el sufrimiento moral del individuo no está relacionado con decisiones relativas a la salud.

Los factores que se han identificado como generadores del diagnóstico enfermero Sufrimiento moral son (NANDA International, 2010; Luis, 2008): conflictos personales y culturales, información contradictoria para la toma de decisiones éticas y morales, pérdida de autonomía, decisiones al final de la vida, distancia física de la persona que toma la decisión, tiempo limitado para la toma de decisiones. Luis (2008) propone algunas medidas para tratar el problema y dar opciones de resolución del conflicto a la persona cuidada. Algunas de estas estrategias son evaluar el grado de información que dispone el paciente y, dado el caso, dar información oportuna; ayudar a identificar los mecanismos o agentes que dificultan la actuación; u ofrecer recursos para el soporte espiritual y religioso.

2.3 Situaciones generadoras de conflicto ético en enfermería

Tal como ya se ha apuntado en el primer apartado de este capítulo, la persona o profesional puede experimentar algún tipo de conflicto ético cuando se encuentra en determinadas situaciones donde percibe que sus valores y principios éticos se encuentran o pueden encontrarse comprometidos, o bien intuye que debe enfrentarse a una situación dónde hay una problemática de raíz ética.

En el ámbito específico de la sanidad, algunos expertos canadienses identificaron ya en el 2005 algunos de los desafíos de carácter ético a los que se enfrentarían en el futuro los profesionales y las instituciones sanitarias (Breslin, MacRae, Bell, Singer, & Clinical Ethics Group, 2005). Aunque estos desafíos fueron identificados en un entorno distinto al nuestro, pueden tomarse como referencia a la hora de comprender la complejidad y variabilidad de los conflictos éticos en el ámbito de la atención a la salud. Siguiendo un orden de mayor a menor proporción, los desafíos identificados entonces fueron: las discrepancias entre los pacientes y sus familias y los profesionales sanitarios respecto a los tratamientos prescritos; las listas de espera; la gestión de los recursos sanitarios en las personas de edad avanzada, pacientes crónicos y personas con trastornos mentales; la falta de médicos de familia y de equipos de atención primaria tanto en el ámbito rural como en el urbano; los errores médicos; las decisiones referentes a la limitación en la utilización de determinados tratamientos; la obtención del consentimiento informado; y la utilización de la innovación quirúrgica y la incorporación de las nuevas tecnologías para el cuidado del paciente, entre otros.

En el ámbito específico de enfermería, centrándonos en el análisis de los trabajos cualitativos y empíricos que han estudiado los tipos de conflictos éticos, en especial el *moral distress*, o bien grados de conflictividad ética, se constata un abanico de situaciones dónde la enfermera padece o está en riesgo de padecer algún tipo de conflicto ético en el ámbito clínico. Durante esta fase de análisis se ha observado también que, en el caso particular de algunos estudios empíricos (Corley, Elswick, Gorman, & Clor, 2001; Kälvermark et al., 2006; Schwenzer & Wang, 2006) las diferencias observadas entre los

modelos teóricos planteados y el análisis factorial de los instrumentos diseñados, muestran algunos desajustes que podrían atribuirse a artefactos estadísticos. Aún así, se han tomado en consideración estos y otros estudios; y se ha observado que las situaciones de cuidados presentaban, aunque en escenarios de cuidados algo distintos, temas similares que generaban el conflicto ético. Se han identificado en este proceso un total de 31 situaciones conflictivas que presentaban 11 áreas de conflicto ético y que se agruparon en 3 factores generadores (Figura 2-2).

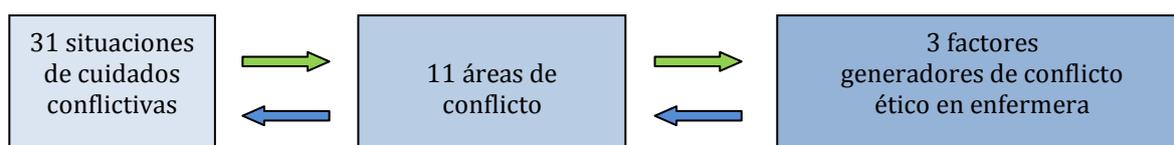


Figura 2-2. Grados de aproximación para el análisis de los conflictos éticos

A su vez, considerando como referencia estructuras ya definidas (Consejo Internacional de Enfermería, 2006; Fry & Jonstone, 2002), se han identificado como denominadores comunes un total de 3 factores generadores de conflicto ético en Enfermería. En las Tablas 2-4, 2-5 y 2-6 puede observarse esta información al detalle.

El primero de los factores generadores de conflicto ético que se ha identificado gira en torno a la relación que se establece con el sujeto del cuidado: **el paciente y su entorno familiar** (Tabla 2-4). Este primer factor considera el deber moral del profesional de atender a la persona que está enferma o está en riesgo de estarlo, situaciones que requieren cuidados enfermeros. En la línea de lo desarrollado en el capítulo sobre las bases éticas de la Enfermería, desde la perspectiva del paradigma de la *nurse advocacy*, hay situaciones en las que la enfermera debe asumir la representación de los intereses del paciente en la toma de decisiones clínicas; debe asegurar el respeto de sus valores y principios éticos, sus costumbres y sus creencias y proteger sus derechos, tanto los intrínsecos a su condición humana como los vinculados a su situación de usuario de una institución o sistema sanitario. La enfermera debe guiarse por los referentes éticos de la profesión y los principios de la bioética.

Tabla 2-4. Situaciones de cuidados generadoras de conflicto ético en relación al paciente y la familia.

Factores generados de conflicto ético	Áreas generadoras de conflicto ético	Situaciones clínicas generadoras de conflicto ético	Autor / año
Paciente y familia	Consentimiento informado	Obtener el consentimiento informado.	Raines 2000; Schwenzer 2006
		El médico proporciona incompleta o información inexacta al paciente y/o familia.	Gutiérrez 2005
	Confidencialidad	Mantener la confidencialidad sobre los datos clínicos del paciente.	Raines 2000
	Intereses y voluntades del paciente	En contra de los intereses del paciente.	Corley 2001; Gutiérrez 2005; Zuzelo 2007
		Mejor interés del paciente.	Raines 2000
		Seguir los deseos de la familia, en contra los mejores intereses del paciente.	Schwenzer 2006; Hamric 2007; Zuzelo 2007
		Engañar al paciente.	Wilkinson 1987; Corley 2001
		Primar los intereses de la organización por encima de los del paciente.	Kälvermark 2004

Fuente: elaboración propia

Un segundo factor potencialmente generador de conflictos éticos para la enfermera es la relación profesional que se establece con los miembros del **equipo asistencial, sus dinámicas de trabajo y la gestión de los recursos de la institución** (Tabla 2-5). Se consideran aquí las cuestiones que describen las relaciones entre profesionales y otros aspectos laborales e institucionales a ellas vinculados, que determinan la forma de trabajo del profesional enfermero en el servicio o unidad. Especialmente relevante aquí es el deber ético de gestionar correctamente los recursos, su correcta distribución, su utilización siguiendo criterios de eficiencia y eficacia además de seguir los estándares científicos. Esta cuestión aporta relieve al principio de justicia y a la responsabilidad de la enfermera frente la sociedad. Asimismo, el deber de asegurar una correcta atención al paciente por parte del equipo, incluye también la obligación de los profesionales de alertar sobre el cuidado incompetente como medida de protección del paciente (Fry & Johnstone, 2002) y, en consecuencia también, las obligaciones laborales generadas al vínculo institucional.

Tabla 2-5. Situaciones de cuidados generadoras de conflicto ético en relación al equipo, las dinámicas de trabajo y los recursos de la institución.

Factores generados de conflicto ético	Áreas generadoras de conflicto ético	Situaciones clínicas generadoras de conflicto ético	Autor / año
Equipo, dinámicas de trabajo y gestión de los recursos de la institución	Relaciones interprofesionales	Relación paciente-médico-enfermera.	Raines 2000; Zuzelo 2007
		Trabajar con un médico o enfermera que considero incompetente.	Wilkinson 1987; Corley 2001; Hamric 2006; Hamric 2007
		Saber responder a los requerimientos del paciente para el suicidio asistido.	Corley 2005
		Seguir la prescripción médica sin discutir previamente la situación del paciente.	Schwenzer 2006
		Obligación de ignorar preguntas del paciente (o familia) porque se suponía de las trataba el médico	Eizemberg 2009
	Agencia moral y valores profesionales	Actuar en contra de mi conciencia	Kälvermark 2004; Kälvermark 2006 Glasberg 2006
		Dificultades externas para actuar según los valores y principios éticos de la profesión enfermera	Lützen 2003; Cronqvist 2004 Cronqvist 2007
	Responsabilidad individual	Sentirse responsable de la actuación realizada o de la situación generada	Corley 2001; Schwenzer 2006
		Sentir el no tener el control sobre la situación éticamente conflictiva	Lützen 2003; Hamric 2006
	Entorno ético	No disponer de un entorno ético	Corley 2005
		Pérdida de estructuras o de elementos de soporte para las cuestiones éticas o toma de decisiones	Kälvermark 2004; Hamric 2006
	Gestión de recursos y del tiempo	Contención de gastos	Raines 2000; Hamric 2006
		Trabajar con personal insuficiente o con niveles inseguros de personal (sobrecarga)	Corley 2001; Corley 2005; Schwenzer 2006; Glasberg 2006 Zuzelo 2007
		Recursos insuficientes organización o sistema sanitario	Kälvermark 2004
		Uso inapropiado de los recursos sanitarios	Gutiérrez 2005
		Falta de tiempo para atender al paciente	Kälvermark 2004; Glasberg 2006; Sorti et all 2004; Eizemberg 2009
		Cuidado deficiente por falta de tiempo	Kälvermark 2006;
Demasiado tiempo de espera para que los pacientes sean atendidos		Kälvermark 2007; Eizemberg 2009	

Fuente: elaboración propia

Por último, el tercer factor que puede generar situaciones de cuidados conflictivas desde una perspectiva ética es el de **los tratamientos, las técnicas y los procedimientos clínicos** (Tabla 2-6). Se agrupan en este factor las áreas de conflicto descritas en relación a

los tratamientos habituales como aquellos procedimientos que se plantean en las situaciones específicas dónde fuera necesaria la limitación del tratamiento del soporte vital, LTSV¹⁸. El problema se centra fundamentalmente en la indicación o no del procedimiento y en su seguridad; en cómo se ejecutan estas técnicas o cuidados; si la enfermera considera estos tratamientos o procedimientos indicados, oportunos o justificados según el estado y las voluntades del paciente y su familia; o bien si las condiciones de su implementación son satisfactorias según los estándares profesionales y/o los clínicos.

Tabla 2-6. Situaciones de cuidados generadoras de conflicto ético en relación a los tratamientos, técnicas y procedimientos clínicos.

Factores generados de conflicto ético	Áreas generadoras de conflicto ético	Situaciones clínicas generadoras de conflicto ético	Autor / año
Tratamientos, técnicas y procedimientos clínicos	Tratamientos y procedimientos	Control del dolor del paciente	Raines 2000; Corley 1995 y 2005
		Administrar tratamientos demasiado agresivos	Gutiérrez 2005
	Limitación del tratamientos de soporte vital	Futilidad / tratamientos innecesarios	Wilkinson 1987; Corley 2001; Schwenzer 2006; Hamric 2007
		Realizar tratamientos que prolongan la muerte	Wilkinson 1987; Corley 2001; Hamric 2007
		Decidir cuándo desconectar la ventilación mecánica	Schwenzer 2006; Hamric 2007

Fuente: elaboración propia

Siguiendo lo expuesto hasta ahora, considerar los tres factores potencialmente generadores de conflictividad ética deviene fundamental a la hora de desarrollar investigaciones en relación al estudio del fenómeno de la conflictividad ética en enfermería.

¹⁸ El término “limitación del tratamiento de soporte vital”, representado por el acrónimo LTSV, engloba las decisiones sobre la no instauración, la restricción o la cancelación de las medidas terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, evitando caer en la obstinación terapéutica. El término LTSV es sinónimo de “limitación del esfuerzo terapéutico”, representado por el acrónimo LET, aunque desde hace unos años la sociedad científica médica de intensivos recomienda utilizar el primero por ser más adecuado, puesto que el esfuerzo terapéutico continúa en estas situaciones clínicas.

2.4 Consecuencias personales, profesionales e institucionales de la conflictividad ética.

Hasta aquí se ha analizado el concepto de conflictividad ética, la tipología de conflictos en Enfermería y las fuentes generadoras de conflictos éticos. Ahora bien, tal como ya se apuntaba en un apartado anterior, es importante conocer también los efectos de la vivencia del conflicto ético, puesto que los estudios han constatado que estar expuesto de forma repetida o prolongada a algunos tipos de conflicto tiene efectos negativos a nivel personal, profesional e institucional. Estos estudios han analizado de forma más central el tipo *moral distress*, constatando que la falta de habilidad para actuar moralmente produce sentimientos negativos y un malestar psicológico que, si no se resuelve, lleva al enojo, la frustración y sentimientos de culpa (Davis, 2006; McCaffree, 2006; Raines, 2000; Wilkinson, 1988), sintomatología algo similar a un cuadro clínico de estrés (Kälvemark et al., 2006).

En esta línea, puede afirmarse que a nivel personal, la incertidumbre moral genera incomodidad (Burkardt et al., 2010). Por otro lado, entre las consecuencias atribuidas a la angustia moral, la persona o profesional que lo experimenta se siente mal; tiene la idea persistente de que algo está mal, es incorrecto o inapropiado; y lo exterioriza desde el enfado y la frustración. Según Hamric (2000) esta percepción puede progresar fácilmente hacia sentimientos depresivos, de ansiedad o de desprecio. La angustia moral es un tipo particular de sufrimiento, puesto que amenaza el sentido de autoestima de la profesión y la integridad (Hamric, 2000; Rushton, 2006); constituyendo un problema con repercusiones físicas y emocionales, además de tener secuelas psíquicas que impactan negativamente en los cuidados (Cavaliere & Dowling, 2010; McCarthy & Deady, 2008). También, puede llegar a desarrollar conductas no correctas de afrontamiento, como son la sobrecompensación al paciente, haciendo más de lo que debería hacerse; o, en otros casos, distanciarse de éste. (Raines, 2000; Wilkinson, 1989). Los tipos de conflicto angustia e indignación morales generan además sentimientos de rabia e impotencia (Jameton, 1993).

En relación a las consecuencias profesionales, el análisis de la literatura sobre el tema pone de manifiesto que determinados tipos de conflicto ético representan una dificultad para el trabajo en equipo, además de representar una pérdida de liderazgo para la Enfermería. Las consecuencias personales se unen a la erosión de la cohesión del grupo, intensificando la tensión en el ámbito de trabajo y, como cualquier conflicto interpersonal no resuelto, afecta la calidad de la atención del paciente (Pauly, Varcoe, Storch & Newton, 2009; Rushton, 2006; Zuzelo, 2007). De forma particular, se ha observado que padecer angustia moral provoca pérdida de colaboración con otras disciplinas y dificulta la comunicación (American Association of Critical Care Nurse, 2005). Además, incide en que algunas enfermeras han perdido posición en el equipo, han cambiado de servicio e incluso han abandonado la profesión (American Association of Critical Care Nurse, 2005; Cavaliere & Dowling, 2010; Corley, 1995; Fogel, 2007; Hamric, 2000; Jameton, 1993; Raines 2000). Asimismo, algunos trabajos han encontrado una relación positiva entre los conflictos éticos y el fenómeno del *burnout* (Glasberg 2007; Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2007, 2008; Gustafsson, Eriksson, Strandberg, & Norberg, 2010; Juthberg, Eriksson, & Sundin, 2008; Severinsson, 2003).

Por otra parte, desde la perspectiva institucional, la conflictividad ética comporta una disminución de la calidad de la atención, puesto que en las decisiones clínicas que afectan al paciente no participan todos los profesionales implicados en su cuidado. También es especialmente problemática la fuga de enfermeras a otros servicios o, incluso, otros centros; cuestión que conlleva una pérdida de conocimiento y experiencia nivel corporativo.

En la misma línea, las dificultades de los grupos sanitarios de los servicios para trabajar en equipo puede tener repercusiones a nivel económico, puesto que puede retardar o dificultar la implementación de decisiones, anular o duplicar determinados procedimientos e incluso alargar el periodo de estancia del paciente en el centro sanitario innecesariamente.

A partir de todos estos datos puede afirmarse que la conflictividad ética hace vulnerable a la persona, al profesional y a la institución, puesto que repercute negativamente en la relación profesional-paciente y en los equipos. Por todo ello, el análisis de la conflictividad ética es relevante también para los órganos de gestión de los centros

sanitarios, con el fin de prevenirla o bien detectarla precozmente para poder implementar, dado el caso, medidas que la reduzcan.

2.5 Estrategias frente a los conflictos éticos

Aunque hay algunas recomendaciones o estrategias para disminuir los conflictos éticos en el ámbito asistencial, todavía no hay suficiente evidencia sobre si éstas han demostrado ser efectivas o no. Aún así, se han encontrado algunas iniciativas que proponen medidas para minimizar el impacto negativo de algún tipo de conflicto ético en profesionales e instituciones. Una de estas propuestas concretas es la formulada por la *American Association of Critical Care Nurse* (2005) quien, frente a las evidencias sobre la problemática personal, profesional e institucional del *moral distress* en los SMI norteamericanos publicó, en el año 2005, un manual con el objetivo de hacer frente al *moral distress* y enseñar unas pautas comunes para poder identificarlo y tratarlo. Aunque se trata más de un programa de formación que de un modelo, el *AACN's 4 A's Model to arise above moral distress*, define cuatro fases: las 4 A's que dan nombre al modelo (*Ask, Affirm, Assess, Act*), que son: Identificación, Ratificación, Evaluación, Actuación. Para cada fase o etapa se analiza, a partir de casos, los valores éticos implicados; y se proponen un conjunto de actividades para trabajarlas en grupos reducidos con un profesional guía o instructor especialmente formado para orientar estos grupos. Algunas de las propuestas que se desprenden de este trabajo van dirigidas a iniciar medidas concretas en los SMI, como son revisar las dinámicas de la toma de decisiones y crear protocolos para casos concretos.

También en el 2005, en Indianápolis (EEUU), el *Charles Warren Fairbanks Center for Medical Ethics* y el *Clarian Health*, iniciaron la implementación de un programa dirigido a gestionar el conflicto moral a partir de la creación de un entorno de debate sobre cuestiones éticas, abierto a la participación de los profesionales, donde exponían sus experiencias (Helft, Bledsoe, Hancock, & Wocail, 2009). Se organizaron grupos interdisciplinarios de 4 a 25 participantes, aunque la participación de los profesionales de enfermería fue proporcionalmente mayor. Las sesiones estaban guiadas por profesionales

(enfermeras, médicos, eticistas) que planteaban temas de debate a partir del análisis de casos y técnicas de intervención grupal. Al cabo de dos años de iniciar el programa, los autores constataron que el hecho que los tutores de las sesiones fueran médicos se asociaba a una menor participación y espontaneidad de las enfermeras; hecho atribuido a que una parte de las fuentes generadoras de conflicto ético estaban asociadas a las relaciones interprofesionales y del equipo; y a las relaciones de poder. Esta cuestión cambió cuando fueron enfermeras eticistas quienes guiaban las sesiones, aportando una mayor participación y sinceridad en el debate. Los autores del programa constataron que la temporalización y los obstáculos logísticos fueron los principales problemas relacionados con su implementación, aunque destacaron el efecto positivo de la intervención en relación a una mayor visualización de la agencia moral de la enfermería y sobre su protagonismo en la toma de decisiones de los equipos sanitarios.

También Kälvemark et al., (2007) midió el impacto de un programa de formación ética específico y, aunque los profesionales lo valoraron positivamente, evidenció que no había diferencias significativas entre las puntuaciones del test de medición del *moral distress* antes y después de dicho programa.

Además de estas iniciativas, diversos autores han apuntado algunas estrategias para reducir la conflictividad ética en el ámbito de la enfermería como son: la formación especializada en ética; potenciar entornos éticos de trabajo; facilitar el desarrollo de la acción cuidadora de las enfermeras; asegurar la participación de las enfermeras en el centro de las decisiones; compartir las decisiones y la obertura de líneas de comunicación con los otros profesionales y con los agentes directivos; disponer de mayor tiempo libre para uno mismo; reconocer las propias limitaciones (Cavaliere & Dowling, 2010; Eizenberg et al., 2009; Falcó, 2005; Hanna & Romana, 2007; McCaffree, 2006; McCarthy & Deady, 2008; Raines, 2000; Rittenmeyer & Huffman, 2009; Santana et al., 2010).

2.6 Conflictos éticos y Unidades de Cuidados Intensivos

Los conflictos éticos constituyen, como se ha ido argumentando, un problema para los profesionales de las ciencias de la salud en general, aunque deviene especialmente relevante para los profesionales enfermeros. En la línea de lo expuesto en el anterior apartado 2.3, en enfermería su génesis está asociada, en primer lugar, a las relaciones que se establecen con el paciente y la familia; en segundo lugar, al equipo asistencial, sus dinámicas de trabajo y la gestión de los recursos de la institución; y en tercer lugar, los conflictos éticos están relacionados también con las características de determinados tratamientos, las técnicas y los procedimientos clínicos. Aunque estos factores son comunes en la mayoría de entornos asistenciales donde se encuentran los profesionales de enfermería, su análisis particular en determinadas áreas o servicios clínicos pone de manifiesto idiosincrasias que explican por qué unos servicios son más proclives a los conflictos éticos que otros. Es el caso de los SMI, servicios especiales situados en complejos hospitalarios, que concentran tecnología y profesionales especializados con el fin de atender las necesidades del paciente crítico, quien se encuentra en una situación clínica severa donde están comprometidas sus funciones vitales, o en riesgo de estarlo. De hecho, el objetivo último de los SMI es atender y tratar el paciente crítico reversible y, dado el caso, dar soporte terapéutico al potencial donante de órganos (Pattison, 2011; Ruiz, Corcuera, Sanz, & Martínez, 2011).

En este contexto clínico, la enfermería intensiva asume, además de las competencias y responsabilidades propias de la profesión, el cuidado del *paciente crítico recuperable en un entorno extra hospitalario o bien ingresado en las UCIs, unidades de cuidados intermedios, áreas de urgencias y emergencias, unidades de reanimación postquirúrgica, traslados inter hospitalarios de enfermos críticos, atención de catástrofes, etc...* (Ruiz et al., 2011, p. 9).

La enfermera intensivista puede llegar a ejecutar más de cincuenta intervenciones específicas que, en su conjunto, reflejan la singularidad de los cuidados del paciente crítico. Algunas de estas intervenciones más diferenciadas respecto a otras áreas de la práctica clínica enfermera son: la monitorización de los signos vitales y del equilibrio ácido-básico; el manejo de las vías, las terapias y las técnicas invasivas, como son la monitorización

cardíaca y hemodinámica, la ventilación mecánica y los sistemas de diálisis; y el manejo de la tecnología para el soporte vital, entre otros (Bulechek, Butcher, & McCloskey, 2009). En esta línea, las necesidades de atención de los pacientes ingresados en las UCIs justifican la ratio enfermera – paciente de 1:2, aunque este valor puede oscilar de 1:1 a 1:4 en función de la severidad del trastorno, cuestión que viene determinada por parámetros clínicos y por el nivel de dependencia del paciente (Bernat, Hernández, Cudak, Tschugg, & Poiroux, 2007; Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, 2006).

Respecto a los conflictos en las UCIs, destacan los resultados de un estudio internacional multicéntrico de diseño transversal publicado en el 2009, que tenía por objetivo determinar la prevalencia, las características y los factores de riesgo de los conflictos en las UCIs (Azoulay et al., 2009). La muestra de este macro estudio fue de N=7,498 profesionales, enfermeras y médicos, procedentes de 323 UCIs de 24 países, entre los que estaba España. Los datos revelaron que el 70% de los profesionales encuestados identificaban conflictos en sus servicios, la mitad de los cuales eran percibidos como severos. Aunque este estudio no consideró de forma explícita el conflicto ético, se observa en sus conclusiones que los conflictos percibidos por los profesionales participantes estaban asociados a la presión del lugar de trabajo, las dinámicas de trabajo, los problemas de comunicación y los cuidados al final de la vida, aspectos que, están asociados a los problemas de raíz ética.

Sin duda, al analizar las situaciones de cuidados que se suceden en los UCIs y los factores generadores de conflicto ético, se constata que la atención al paciente crítico presenta algunas particularidades que explican la especial vulnerabilidad de estos servicios a presentar situaciones conflictivas desde una perspectiva ética. Así, por ejemplo, en relación a la participación del paciente crítico en los cuidados, debe tenerse en cuenta que un porcentaje elevado presenta diferentes grados de alteración de la conciencia (como son los episodios de desorientación, agitación, obnubilación o delirio); o puede estar inconsciente, estados que, obviamente, menguan la capacidad para tomar decisiones autónomas. Aunque puede haber una proporción de pacientes críticos conscientes, en función de la patología y las medidas terapéuticas de sedación adoptadas, debe analizarse en cada caso hasta qué punto se encuentran éstos en óptimas condiciones para asumir la

información y decidir sobre los procedimientos o los tratamientos en una situación de riesgo vital como la que se encuentran. Debe valorarse, por tanto, su competencia, aptitud entendida en un sentido amplio que incluye, en la línea de lo definido por White (1994): la susceptibilidad de ser informado; las evidencias de capacidades cognitivas y afectivas suficientes; la capacidad para tomar decisiones y ser responsable de sus consecuencias; y, finalmente, la aptitud para explicar y justificar la decisión tomada. Aunque necesarias, estas cuestiones son, sin embargo, especialmente complicadas de determinar en un paciente crítico probablemente angustiado y con miedo, reacciones previsibles frente a una situación no deseada.

Por otra parte, en los casos que el paciente crítico no está en condiciones de asumir dicha empresa, su autonomía de decisión debe quedar subrogada al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) si lo hubiere; o bien a terceros, como son la familia y allegados; y los profesionales, guiados éstos últimos por la evidencia científica disponible y por el principio bioético de beneficencia para decidir aquello que representa el mejor interés para el paciente. Esta subrogación de las decisiones a otros conlleva también otro problema, especialmente cuando la familia debe decidir bajo un considerable impacto emocional que la hace vulnerable. Sobre esta cuestión, aunque en el caso particular de la muerte encefálica, Marsé (2000) explicaba hace más de una década que en algunos casos, los déficits de comprensión y las dificultades del médico a la hora de comunicar a la familia los criterios neurológicos y los parámetros descriptivos de éste diagnóstico nefasto, podían llevar a la familia a tener que decidir sobre la retirada o no de medidas de soporte vital pensando que la vida de su familiar enfermo dependía de ésta decisión, cuando desde un punto de vista clínico el paciente fallecía por presentar una pérdida total e irreversible de las funciones cerebrales y del tronco encefálico.

Observando la particularidad del entorno de las UCIs, es imprescindible para la acción cuidadora de la enfermera analizar cómo vive la familia el ingreso de un ser querido en la UCI. La familia sufre también la incertidumbre sobre el pronóstico, la angustia frente a la gravedad del estado del paciente y el hecho de encontrarse en un entorno desconocido, altamente tecnificado y complejo. Puede sentirse desbordada y presentar una sobrecarga emocional añadida, teniendo dificultades para afrontar como debe esta situación que deviene un contratiempo capaz de desorganizar la vida cotidiana familiar. Por este motivo,

constituye un objetivo fundamental de la enfermera intensivista el aumentar la capacidad de afrontamiento de la familia; disminuir en la medida de lo posible la incertidumbre y detectar en los cuidadores familiares signos de ansiedad, agotamiento o claudicación (Falcó, 2009; García et al., 2010; Gálvez et al., 2011).

Aunque la familia necesita estar con su pariente ingresado parece contradictorio el hecho que en esta situación grave y sobrevenida es difícil acompañarlo, puesto que las características físicas y la dinámica de trabajo determinan, también, un sistema restringido de visitas diseñado con el objetivo de proteger el paciente crítico, garantizar su intimidad física y facilitar la labor continuada de los profesionales que lo atienden. Aún así, algunos estudios (Monzón et al., 2008; Rodríguez et al., 2003; Velasco, Prieto, Castillo, Merino, & Perea, 2005; Zaforzeta et al., 2010) ya han observado el impacto positivo de instaurar un sistema de visitas más flexible y facilitador del acompañamiento, puesto que se conoce que la intervención de la familia tiene también un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados (Hidalgo, Vélez, & Pueyo, 2007). Aunque se trata de medidas claramente positivas desde la perspectiva del paciente, es evidente que estas políticas de apertura a las visitas en las UCIs conllevan mayor presencia de los familiares también durante los procedimientos, muchos de ellos invasivos. Por ello, estas medidas pueden ser percibidas por algunos profesionales como una incomodidad o dificultad añadida a la complejidad del cuidado, al tener que atender al paciente frente la presencia de terceros; motivo que ha llevado a algunos autores a sugerir que debe consensuarse con los profesionales tales medidas, identificando los grados de beneficios y riesgos para el paciente y para las propias familias (Ricart, 2011; Zaforteza et al., 2010).

Además de la necesidad de acompañar y dar soporte al paciente crítico, la familia necesita sentir que hay esperanza; que se le facilita información honesta y comprensible; sentir seguridad y alivio de la ansiedad; sentir que el paciente está atendido y recibe cuidados de calidad (García et al., 2010; Hidalgo et al., 2007; Llamas et al., 2009; Zaforteza et al., 2010).

Por otra parte, la complejidad de la atención al paciente crítico exige equipos asistenciales bien organizados, constituidos por profesionales con experiencia y formación específica en el ámbito de la medicina o enfermería intensivas. Manteniendo al margen la especificidad y los requerimientos inherentes a la gestión de los SMI, se constata que las

dinámicas de trabajo y la toma de decisiones clínicas vienen orientadas, además del criterio profesional, por las guías de práctica clínica, los índices de gravedad, los sistemas predictivos y los índices de calidad de vida, todos ellos criterios objetivos basados en la evidencia científica disponible. Aún así, algunos autores han alertado que estos instrumentos fundamentales para los clínicos, pueden llegar a ser insuficientes en determinados casos particulares donde se plantean situaciones excepcionales (Abidanza & Mas-Font, 2011; Cabré et al., 2002; Gamboa, 2010; Monzón et al., 2008; Royes, 2005), debiéndose añadir entonces otros elementos para asegurar la toma de decisiones correctas desde un punto de vista clínico y ético.

En la misma línea del análisis sobre los conflictos y las UCIs, se observa que determinados tratamientos, técnicas y procedimientos realizados en estos servicios tienen un mayor grado de complejidad y se realizan con mayor frecuencia, aumentando los riesgos que pueden agravar el estado crítico en el que se encuentra el paciente. Un ejemplo de estos tratamientos es la aplicación de medidas de contención química o física con el objetivo de evitar lesiones o daños como son la extubación, la retirada de vías, las caídas y traumatismos o las lesiones a terceros; lesiones o daños a los que están expuestos el 80% de los pacientes ingresados en una UCI puesto presentan algún grado de confusión o agitación durante su estancia que motiva la aplicación (Bray et al., 2004). Si bien son necesarios para la seguridad del paciente, en algunos casos particulares la aplicación de estas medidas puede representar un conflicto ético para el profesional enfermero si percibe que no son en ese momento apropiadas o suficientemente beneficiosas para el paciente (Cronqvist, Theorell, Burns, & Lützén, 2004; Hamric & Blackhall, 2007; Maccioli, 2003).

Respecto a los tratamientos y los procedimientos realizados en las UCIs, determinados estados clínicos extremos como el coma irreversible o el estado vegetativo persistente, plantean situaciones donde se hace evidente, una vez más, la complejidad de la atención al paciente crítico. Éstos y otros casos específicos, como son la aplicación de la tecnología en los pacientes críticos de edad avanzada o en aquellos en los que no puede asegurarse la calidad de vida, plantean cuestiones sobre si debe valorarse o reducirse su aplicación, especialmente cuando éstos no aportan un beneficio cierto por ser inútiles o fútiles. Las decisiones referidas a no instaurar o retirar los tratamientos de soporte vital,

que constituyen lo que se conoce como la LTSV, tienen por objetivo evitar la obstinación terapéutica al estar orientadas por los principios bioéticos de dignidad, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Según los expertos, las formas de LTSV son: la limitación en el criterio de ingreso en UCIs (Cabré et al., 2002, 2011); la no reanimación cardiopulmonar; la depuración extra renal; la hemoterapia; la antibioterapia; la ventilación mecánica; y la nutrición e hidratación enterales o parenterales (Cabré et al., 2002; Gamboa, 2010; Gómez, 2002; Iribarren et al., 2007). Respecto a estos tratamientos y procedimientos, la sociedad científica médica de intensivos reconoce que *el médico no tiene ninguna obligación de iniciar o continuar con un tratamiento fútil* (Cabré et al., 2006, p. 70) aunque no aconseja explícitamente su retirada, si bien reconoce que el criterio de futilidad debe basarse en la evidencia científica y los principios de la bioética (Cabré et al., 2002; Cabré et al., 2006).

En este sentido, Marsé (2000) afirmaba que entre los médicos había una disposición más favorable a no iniciar determinados tratamientos de soporte vital que no a retirar los ya existentes cuando éstos se mostraban inútiles; cuestión a la que también apuntaron posteriormente otros autores (Hernández et al., 2006; Monzón et al., 2008; Royes, 2005). Más allá va Gamboa (2010) cuando afirma que algunas decisiones referentes a la limitación del esfuerzo terapéutico no obedecen a criterios objetivos y se encuentran influenciadas por múltiples factores, entre los que hay las creencias o la percepción subjetiva del médico.

Estas circunstancias, junto a aquellas otras donde la evidencia científica se muestra insuficiente para tomar decisiones en algunos casos individuales, puede comportar la génesis de desacuerdos entre los profesionales del equipo que atienden al paciente. En este mismo sentido, varios trabajos han evidenciado las discrepancias existentes entre médicos (Gamboa, 2010; Hernández et al., 2006; Monzon et al., 2008; Royes, 2005;); y médicos y enfermeras intensivistas en relación a determinadas decisiones clínicas (Azoulay et al., 2009; Cronqvist et al., 2004; Ferrand et al., 2003; Hamric & Blackhall, 2007; Monzón et al., 2008; Torjuul & Sorlie, 2006), sobre todo las referentes a LTSV, donde las enfermeras son más proclives que los médicos a no iniciar o suspender tratamientos en aquellos casos que perciben su inutilidad (Del Barrio et al., 2007; Ferrand et al., 2003; Georges & Grypdonck, 2002; Hamric & Blackhall, 2007; Kim & Kjervik, 2005; Monzon et al., 2008; Torjuul & Solie, 2006).

Por último, es necesario constatar también que algunos autores han creado guías para disminuir los conflictos al final de la vida en el contexto de los SMI. Una de estas guías fue la propuesta por Gómez (2002), donde estableció una clasificación del esfuerzo terapéutico basada en cuatro niveles, el tercer de los cuales se dividía, a su vez, en cinco subniveles donde se consideran no sólo los tratamientos sino el criterio de iniciarlos, mantenerlos o retirarlos. En esta clasificación, el primer nivel estaba encabezado por la instauración de medidas de soporte total y el último nivel consistía en retirar todos los tratamientos y dispositivos frente a la muerte encefálica excepto, dado el caso, aquellos imprescindibles para mantener los órganos para el proceso de donación a terceros.

También Royes (2005) ideó una guía para la toma de decisiones de LTSV que consideraba las diferentes circunstancias planteadas en esta situación, basada en la capacidad de decisión del paciente, la existencia o no del DVA y la indicación médica de LTSV. Otros trabajos han recomendado también pautas de actuación y han diseñado formularios detallados con el objetivo de mejorar el proceso de LTSV adoptadas en las UCIs (Monzón et al., 2008).

A modo de conclusión, las cuestiones tratadas en este apartado permiten afirmar que las UCIs son servicios donde la toma de decisiones es especialmente compleja, cuestión que acentúa la vulnerabilidad a los conflictos éticos, cuestión trascendente si se pretende estudiar su entidad. Si bien es imprescindible identificar la presencia del fenómeno, es igualmente necesario también diseñar instrumentos que permitan medirlo, como paso previo para determinar su prevalencia y observar si la instauración de estrategias específicas en los servicios proclives consigue prevenir o disminuir esta problemática.

3. MEDIDA DEL CONFLICTO ÉTICO EN ENFERMERÍA

3.1 Medida del conflicto ético en enfermería

En la línea de lo expuesto en capítulos anteriores, si bien hay centenares de artículos sobre la tipología de conflictos éticos en Enfermería, sólo una proporción menor desarrolla instrumentos para medir el fenómeno. Gran parte de estos trabajos se han publicado en los periodos comprendidos entre 2000-01 y 2006-10, por lo que puede afirmarse que la medida del conflicto ético en enfermería es relativamente reciente, si se tiene en cuenta que la tipología de conflictos fue descrita a principios de la década de los años 80. Respecto a la procedencia, los EEUU, Canadá y el norte de Europa, concretamente Suecia y Finlandia, encabezan los países donde se concentran la mayoría de los trabajos.

Estas investigaciones parten, a nivel teórico, de los conceptos de *moral distress* y de conciencia agitada o trastornada, aunque se observa que, en relación al primero, la mayoría de estudios acaban midiendo el malestar moral o el grado intenso de conflicto ético experimentado.

El análisis de las principales características de los diferentes instrumentos revela las siguientes cuestiones (Tablas 3-1 I y II):

- Son cuestionarios auto administrados.
- El tamaño muestral oscila entre 106 a 2090 profesionales.
- La mayoría de trabajos analizan el fenómeno en enfermeras, aunque también estudian otros profesionales de la salud.
- El número de ítems de los instrumentos varía entre un rango de 9 a 38.
- La mayoría de cuestionarios tienen un formato respuesta tipo Likert.
- Se administran conjuntamente con otros cuestionarios para medir las características socio demográficas de la muestra o para explorar otros fenómenos relacionados, como son, por ejemplo, las características éticas del entorno o el síndrome de *burnout*.
- Los instrumentos tienen entre dos y tres dimensiones o factores principales.

- La mayoría de instrumentos presentan propiedades métricas que apuntan su idoneidad para ser utilizados (α de Cronbach $> .70$).

También se constata que hay dos tipologías de instrumentos: el primer tipo está representado por los que plantean en sus ítems situaciones de cuidados potencialmente conflictivas, a partir de las cuales se indaga sobre el malestar ético generado en los miembros de la muestra de estudio (Cavaliere & Dowling, 2010; Corley et al., 2001; Corley et al., 2005; Eizenberg et al., 2008; Fry & Duffy, 2001; Kälvemarm et al., 2006; Kälvemarm et al., 2007; Losa et al., 2010; Raines, 2000; Schwenzer & Wang, 2006; Zuzelo, 2007).

Un segundo tipo de instrumentos se caracteriza por exponer en sus ítems reflexiones vinculadas al malestar ético, no estando específicamente asociadas a situaciones clínicas concretas (Dahlqvist et al., 2007; Glasberg, 2007; Glasberg et al., 2006, 2008; Juthberg et al., 2007, 2008). Aunque estos dos tipos son los más prevalentes en el diseño de los instrumentos, Nordmann et al. (2008), en su *Suffering Related to Care Questionnaire* (SRCQ) plantea en los ítems cuestiones que se aproximan a una combinación de estas dos estructuras básicas, puesto que describe percepciones asociadas a momentos de cuidados, deviniendo claramente subjetivas¹⁹, por lo que pueden mostrar un alto grado de variabilidad de respuesta asociado a la interpretación individual.

En relación a las características psicométricas, no todos los trabajos publicados presentan los análisis sobre la fiabilidad y la validez de los instrumentos utilizados, destacando sólo las evaluaciones desarrolladas por algunos autores (Eizenberg et al., 2009; Glasberg et al., 2006; Kälvemarm et al., 2006) que han permitido mostrar la solidez de los instrumentos utilizados y, a su vez, de los resultados obtenidos. Sobre la totalidad de los instrumentos diseñados para medir los conflictos éticos utilizados hasta la fecha actual, el análisis exhaustivo de éstos revela que hay tres instrumentos que han influenciado en los trabajos posteriores, motivo por el cual se han convertido en cuestionarios de referencia, no tanto por una demostrada robustez métrica sino por presentar una estructura que permite una mayor adaptabilidad a determinados diseños de estudio descriptivos retrospectivos. Al constatarse esta influencia, se ha considerado necesario analizarlos y describirlos detalladamente con el fin de conocer sus características y propiedades

¹⁹ Se observan diferencias sobre el grado de objetividad y precisión entre “Que el paciente no sea respetado” y “El paciente no participa en la toma de decisiones sobre cuestiones el tratamiento que le incumben directamente”.

principales, así como las adaptaciones que han realizado sobre estos instrumentos algunos autores (Tabla 3-1 I y II).

3.2 *Moral Distress Scale (MDS)* de Corley.

El primer instrumento de referencia²⁰ diseñado para explorar los conflictos éticos fue el desarrollado por Mary C. Corley, quien creó la *Moral Distress Scale (MDS)* con la intención de estudiar el *moral distress* reactivo según la definición de Andrew Jameton (Corley, 1995; Corley et al., 2001). El trabajo de Corley giró entorno al análisis de las propiedades métricas de la MDS y el estudio de la relación entre el *moral distress* y otras variables, como eran la formación enfermera, la experiencia laboral y los antecedentes de pérdida de posiciones en el trabajo.

Inicialmente, Corley administró la MDS, que contaba de 32 ítems que detallaban situaciones de cuidados, con formato de respuesta tipo Likert de 7 opciones, a una muestra de 214 enfermeras hospitalarias de diferentes zonas de la zona este de los Estados Unidos. Se obtuvieron niveles de moderados a altamente moderados de *moral distress* o malestar ético, con un intervalo de puntuaciones de $\bar{x} = 3.9$ y $\bar{x} = 5.5$ (intervalo de 1.16 a 6.25) (Corley et al., 2001). El instrumento de Corley mostró propiedades adecuadas referentes a la fiabilidad (Factor 1 Responsabilidad individual, $\alpha = .97$; Factor 2 En contra intereses paciente, $\alpha = .82$; Factor 3 Engaño, $\alpha = .84$; varianza total explicada 19.38%) y a la validez ($r = .31$ a $.70$), estando indicado para medir las situaciones que generaban conflicto ético a los profesionales (Tabla 3-1 I). Sin embargo, aunque Corley se basó en el término *reactive moral distress* acuñado por Jameton, se observa que el diseño de la MDS partía de

²⁰ Corley creó en 1995 el *Moral Distress Scale (MDS)*, un instrumento con la intención de medir el *moral distress*, aunque no es hasta 2001 que publica sus características y propiedades métricas. Durante este tiempo, Raines publica en 2000 un cuestionario denominado *Ethics Stress Scale (ESS)* y Fry publica, también, su *Ethics Issues Scale (EIS)* en 2001. Analizada la literatura sobre los instrumentos para medir aspectos afines a la conflictividad ética, se constata que los trabajos de Raines y Fry no tuvieron suficiente impacto en investigaciones posteriores, no deviniendo, por este motivo, instrumentos de referencia. Aún así, se ha creído interesante incluirlos en la Tabla 3-1 I, con el objetivo de conocer las características y principales hallazgos de estos trabajos; y el posterior de Nordmann 2009; publicaciones todas ellas que presentan algunas propiedades psicométricas de los instrumentos diseñados para medir el conflicto ético.

situaciones generadoras de malestar o problema ético, pero no de este tipo de problema en particular, pudiendo ser interpretado desde otros tipos de conflicto, como podrían ser la incertidumbre, el dilema o el ultraje morales. Además, Corley consideró sólo la intensidad o grado de conflicto percibido, variable que hacía sinónima de *moral distress*, sin medir la frecuencia con la que se presentaban dichas situaciones, generando algo de confusión en la interpretación de los resultados.

En estudios posteriores, Corley et al. (2005) analizaron la relación entre el *moral distress* y unas condiciones laborales que favorecieran un entorno y un sistema de trabajo donde se consideraran los elementos éticos del cuidar, reconocido con el término “entorno ético”. Con este objetivo, administraron a una muestra de enfermeras del área médico quirúrgica la MDS junto a otro instrumento, la *Ethical Environment Questionnaire* (EEQ), para determinar si un entorno ético en el lugar de trabajo tenía relación con la frecuencia (variable añadida respecto al estudio anterior) y con la intensidad del *moral distress*. Tal como se representa en la Tabla 3-1 I, los resultados mostraron una media $\bar{x}=3.64$ con un intervalo de 2.61 a 4.79. En lo relativo a la frecuencia del conflicto, la media fue de $\bar{x}=1.45$, con un rango de .8 a 3.05.

Con este estudio, Corley et al., (2005) aportaron algunas conclusiones que ayudaron a comprender mejor aspectos específicos del fenómeno del conflicto ético y su relación con la características del contexto laboral. La inclusión de la frecuencia y variables referidas a las características del entorno mejoró sustancialmente la descripción del fenómeno y su relación con la intensidad experimentada por los encuestados.

Tabla 3-1. Instrumentos diseñados con el objetivo de medir constructos afines a la conflictividad ética, características y hallazgos principales (I).

Autor / Año	Constructo	Muestra estudiada	Características instrumentos	Propiedades psicométricas	Factores	Principales hallazgos
Raines 2000	Moral distress	229 enfermeras oncológicas EEUU	Ethics Stress Scale (ESS) Likert (0-10) Ethics Issues Survey (EIS)	Content Validity Index (Validez interna) $CVI = .98$, $p < .05$ Coeficiente fiabilidad $r = .82$, $p < .005$	----	- Las enfermeras oncológicas presentan niveles elevados de estrés en relación al manejo del dolor. - Las enfermeras con estrategias de afrontamiento presentan menor estrés que las otras. - Las enfermeras compañeras, clínicas y los programas de formación son fuentes útiles para enfrentarse a los problemas éticos.
Fry 2001	Cuestiones éticas	2090 enfermeras divididas en dos muestra: calibración (C); validación (V) varias especialidades y entornos profesionales EEUU	Ethical Issues Scale (EIS) 32 ítems Likert 4	$\alpha = .91$ (C) (V) F1 $\alpha = .87$; 18.9% varianza (C) F1 $\alpha = .85$; 18.1% varianza (V) F2 $\alpha = .84$; 14.8% varianza (C) F2 $\alpha = .82$; 14.9% varianza (V) F3 $\alpha = .74$; 8.7% varianza (C) F3 $\alpha = .74$; 8.5% varianza (V)	F1. Decisiones la final de la vida F2. Cuestiones del cuidado del paciente F3. Cuestiones sobre derechos humanos	- La EIS muestra unas buenas propiedades psicométricas. - La EIS puede utilizarse para medir el impacto de intervenciones formativas en relación a las cuestiones éticas. - La EIS puede administrarse en diferentes muestras de enfermeras.
Corley 2001	Reactive moral distress	214 enfermeras de UCIs de 5 centros diferentes (interestatal) EEUU	Moral Distress Scale (MDS) 32 ítems Likert 7 (Ninguno-Gran) Solo indaga sobre intensidad	Validez contenido Comité Expertos Coeficiente fiabilidad ($\alpha = .97$; $\alpha = .82$)	- Responsabilidad individual (20 ítems) - En contra intereses paciente (7 ítems) - Engaño (3 ítems)	- Se observan niveles moderados a altamente moderados de DM. - Ni los datos socio demográficos ni el perfil profesional no prevén el moral distress. - Las situaciones con mayor nivel de DM son el trabajar con insuficiente o inadecuado número de enfermeras; llevar a cabo órdenes médicas fútiles en pacientes terminales; ayudar a un médico que actúa incompetentemente.
Corley 2005	Reactive moral distress	106 enfermeras área médico-quirúrgica 2 centros larga estancia EEUU	Moral Distress Scale (MDS) (adaptada) 38 ítems Likert 6 Ethical Environment Questionnaire (EEQ) 20 ítems Likert 5 (Totalmente acuerdo. Totalmente desacuerdo) Indaga sobre intensidad y frecuencia	Coeficiente fiabilidad intensidad $\alpha = .98$ Coeficiente fiabilidad frecuencia $\alpha = .93$ EEQ $\alpha = .93$ EEQ test-retest validez .88	EEQ unidimensional	- Trabajar con niveles de personal que se consideran inseguros genera niveles altos de DM. - Dar medicación ev durante la RCP sin compresiones ni intubación genera niveles bajos de DM. - Correlación significativa entre frecuencia y intensidad. - La edad correlaciona negativamente con intensidad de DM. - La raza afroamericana correlaciona positivamente con la intensidad. - El entorno correlaciona negativamente con frecuencia. - Las características del entorno predicen la intensidad pero no la frecuencia.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3-1. Instrumentos diseñados con el objetivo de medir constructos afines a la conflictividad ética, características y hallazgos principales (I).

Autor / Año	Constructo	Muestra estudiada	Características instrumentales	Propiedades psicométricas	Factores	Principales hallazgos
Kälvermark 2006; 2007	Moral distress	259 profesionales diferentes disciplinas Suecia	Moral Distress Questionnaire (MDQ) 15 ítems servicios farmacia 15 ítems servicios clínicos Quality Work Competence (QWC) 11 subescalas	Nivel de moral distress $\alpha = .78$ Tolerancia $\alpha = .62$	F1. Nivel de moral distress F2. Tolerancia / franqueza hacia los dilemas éticos	- Es necesaria más investigación y más pruebas comparativas con otros instrumentos para considerar el instrumento adaptado válido para medir el moral distress. - La competencia ética es clave para prevenir o reducir el moral distress.
Glasberg 2006	Stress of conscience	444 profesionales sanitarios sector hospitalarios 55 enfermeras estudio test- pretest Suecia	Stress of Conscience Questionnaire (SCQ) 9 ítems Indaga sobre frecuencia e intensidad. El producto entre frecuencia e intensidad es "consciencia agitada"	ACP apunta unidimensionalidad Coeficiente fiabilidad $\alpha = .83$ Coeficiente fiabilidad según ítems $\alpha = .40$; $\alpha = .79$	F1. Demandas internas F2. Demandas externa y restricciones	- El SCQ presenta unas propiedades psicométricas aceptables y permite detectar niveles elevados de estrés de la consciencia. - Los profesionales experimentan consciencia agitada - Hay diferencias entre los estresos percibidos por enfermeras y por los médicos, y otros son compartidos. - Muestra insuficiente de médicos. - La presión del tiempo es un de los elementos agitadores de la consciencia.
Glasberg 2007; 2008 (Dahlqvist 2007)	Stress of conscience Burnout	423 profesionales sanitarios sector hospitalario Suecia	Stress of Conscience Questionnaire (SCQ) 9 ítems Likert 6 (nunca-cada día) Indaga sobre frecuencia e intensidad. Perceptions of Conscience Questionnaire (PCQ) 15 ítems Burnout (MBI) Personal and word demographics (PWD) Resilience Scale (RS)	SCQ Coeficiente fiabilidad $\alpha = .83$ MBI Coeficiente fiabilidad $\alpha = .90$ (Agotamiento emocional), $\alpha = .69$ (despersonalización), $\alpha = .80$ (autorrealización personal) RS Coeficiente fiabilidad $\alpha = .89$	F1. Demandas internas F2. Demandas externa y restricciones	- La consciencia agitada correlaciona positivamente con el agotamiento emocional(Coeficiente correlación de Pearson, $r = .67$; $p < .01$) y con la despersonalización ($r = .38$; $p < .01$) - Los miembros de los equipos de medicina interna, atención a adultos mayores, atención primaria presentan niveles más altos de agotamiento emocional que los profesionales de emergencias. - La consciencia agitada y no poder actuar según la propia consciencia, en el trabajo, está relacionado con las características del entorno y el grado de soporte con colegas.
Nordman 2008	Suffering related to care	130 enfermeras hospitalarias (Estudio piloto) Finlandia	Suffering related to care Questionnaire (SRCQ) 32 ítems Escala analógica visual con 100 mm	F1. $\alpha = .88$; 31% varianza explicada F2. $\alpha = .86$; 11% varianza explicada F3. $\alpha = .72$; 6% varianza explicada F4. $\alpha = .71$; 5% varianza explicada	F1. Pérdida de singularidad F2. Deseo de confianza F3. Expuesto a castigo F4. Dignidad amenazada	- Los 4 factores del SRCQ corresponden a los identificados a nivel teórico. - Son necesarios más estudios en muestras mayores para conseguir un instrumento más robusto.
Eizenberg 2009	Moral distress	179 enfermeras Israel	Moral Distress Questionnaire adaptado (MDQa) 15 ítems Likert 6 (No siempre- En gran medida)	F1. $\alpha = .85$; 47% varianza explicada F2. $\alpha = .79$; 11% varianza explicada F3. $\alpha = .80$; 11% varianza explicada Correlación test-retest F1. $r = .624$; $p < .001$ F2. $r = .385$; $p < .005$ F3. $r = .535$ $p < .001$	F1. Relaciones F2. Recursos F3. Tiempo	- El instrumento puede administrarse con el objetivo de realizar estudios transculturales, aunque se recomienda adaptarlo. - El moral distress es inevitable en los profesionales de la salud y en las enfermeras en particular. - Las enfermeras hospitalarias presentan mayor estrés debido a la presión del tiempo.

Fuente: elaboración propia

3.2.1 Adaptaciones de la MDS de Corley

La MDS de Corley es una de las escalas más adaptadas en varios trabajos aparecidos después de su publicación, en el 2001. Una de estas adaptaciones fue realizada por Meltzer & Huckabay (2004) que estudiaron la relación entre la percepción de la futilidad terapéutica y el síndrome de *burnout*, administrando la *Moral Distress Scale* y el instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) a una muestra de 60 profesionales enfermeros de UCIs. También Elpern et al. (2005) diseñaron una investigación que combinó las metodologías cualitativa y cuantitativa con el objetivo de evaluar el nivel de *moral distress* y estudiar la asociación entre éste constructo y determinadas características individuales de las enfermeras como eran la satisfacción laboral, las actitudes en relación al paciente, la percepción de uno mismo o la espiritualidad, entre muchas otras. Aunque la muestra no era suficiente para el análisis cuantitativo (n=28), sus hallazgos apuntaron hacia la evidencia de que el *moral distress* repercutía más allá de la satisfacción laboral de los participantes.

Otra de las adaptaciones fue la realizada por Schwenger & Wang (2006), quienes administraron una versión de la MDS a una muestra de 56 profesionales y personal auxiliar de cuidados respiratorios, en el marco de un estudio piloto, para analizar la relación entre la insatisfacción laboral y la rotación en el puesto de trabajo. Schwenger estudió las propiedades métricas del instrumento adaptado, observando cinco factores, los tres ya definidos por Corley (Responsabilidad individual $\alpha = .79$, En contra de los interés del paciente $\alpha = .49$ y Engaño $\alpha = .83$), más los de Personal, $\alpha = .71$, y Tratamiento fútil, $\alpha = .46$. Por otra parte, en relación a las características del instrumento, Schwenger, al igual que en los primeros estudios de Corley (1995; 2001), no consideró tampoco la variable *frecuencia*. Sobre la metodología y los resultados del trabajo de Schwenger, McCaffree (2006) alertó poco después que no tenían suficiente solidez para sustentar sus conclusiones.

Posteriormente Fogel (2007) adaptó la MDS en el marco de un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de analizar la relación entre el *moral distress*, el entorno ético y el cambio o abandono del servicio, entre una muestra de 100 profesionales enfermeros de las UCIs de dos hospitales terciarios de EEUU, observando la correlación positiva entre los niveles de *moral distress* y la intención de cambiar o abandonar el servicio.

En el mismo año que Fogel, también Mobley (2007) administró, en el contexto de un estudio transversal, la MDS adaptada a una muestra de 100 enfermeras, con el fin de estudiar la relación entre el *moral distress* y la percepción de tratamientos y cuidados fútiles en el entorno de los cuidados intensivos.

Otra adaptación a destacar fue la realizada por Pauly et al., (2009) quienes administraron la MDS conjuntamente con el instrumento *Hospital Ethical Climate Survey (HECS)* a una muestra de 374 enfermeras de un hospital de agudos de Canadá, con el objetivo de buscar relaciones significativas entre los niveles de *moral distress* y las características de un entorno ético.

También Zuzelo (2007) y Cavaliere & Dowling (2010) adaptaron la MDS a las UCIs neonatales, desarrollando estos últimos autores la *Moral Distress Scale Neonatal-Pediatric Version (MDSNPV)*, un instrumento con 20 ítems cuyas propiedades métricas no han sido aún publicadas.

3.3 *Moral distress Questionnaire (MDQ)* de Källemark

Un segundo instrumento de referencia para la medición del conflicto ético es el desarrollado por Källemark et al. (2004), quien exploró las relaciones existentes entre el *moral distress*, la competencia ética y la tolerancia al estrés, como elementos necesarios para hacer frente a las situaciones conflictivas desde una perspectiva ética. La autora partió de una perspectiva interdisciplinar para estudiar el fenómeno en los profesionales sanitarios y utilizó las metodologías cualitativa y cuantitativa en sus investigaciones.

Aunque influenciada por los trabajos de Jameton y Wilkinson, Källemark se basó en una definición más amplia de *moral distress* que la originaria, a pesar que las características del instrumento creado permiten ver que acaba utilizando el término, al igual que Corley, como sinónimo de un grado intenso de malestar ético. Según la autora, el *moral distress* es una experiencia individual frecuente que se manifiesta con un conjunto de manifestaciones de estrés negativo y que ocurre en situaciones éticamente complicadas donde el

profesional de la salud siente que no es capaz de preservar todos los intereses y los valores que defiende.

En un primer trabajo, Kälvemark et al., (2004) realizaron un estudio cualitativo con grupos focales formado por profesionales de diferentes disciplinas y especialidades. Posteriormente, diseñaron un instrumento de 15 ítems, adaptado a las muestras de estudio, con el objetivo de medir el *moral distress* en situaciones cotidianas de los servicios sanitarios y valorar el grado de tolerancia a los dilemas morales que tenían los profesionales (Kälvemark et al., 2006). Después de la validez de contenido, se administró el instrumento a una muestra de 259 profesionales, 200 trabajadores del área clínica y 59 del área de farmacia de centros sanitarios de Suecia. El instrumento se utilizó conjuntamente con el *Quality Work Competente* (QWC), cuestionario psicosocial sobre la competencia profesional para determinar el grado de tolerancia al estrés (Tabla 3-1 I).

En un estudio posterior, Kälvemark et al. (2007) midieron el impacto de un programa de educación y capacitación en ética en la variación de los niveles de *moral distress*, partiendo de la hipótesis que disponer de competencia ética disminuía sus niveles. Influenciada por el trabajo de Kavathatzopoulos (2004) sobre la toma de decisiones en la vida profesional y la efectividad de disponer de habilidades éticas específicas para enfrentarse a la vida profesional real, concebía la competencia ética, en tanto que habilidad psicológica, como la destreza del individuo que se enfrenta a un problema moral, para pensar y actuar autónomamente sin restricciones morales ni reacciones automáticas.

3.3.1 Adaptaciones del MDQ de Kälvermark

También la MDQ ha sido adaptada por algunos autores con el fin de determinar la relación entre el *moral distress* y la tolerancia al estrés. Una de estas adaptaciones fue la realizada por Forde & Aasland (2008) que partieron de las definiciones de estos dos constructos formuladas por Kälvemark. Administraron la MDS modificada a una muestra de 997 médicos de Noruega incorporando diferentes variables, entre las que se encontraban la satisfacción laboral, la priorización de dilemas, la interpretación de normativas sobre los derechos del paciente, las características éticas del entorno y el grado de tolerancia de otros a las críticas.

También Eizenberg et al. (2009) adaptó el instrumento creado por Kälvermark para ser utilizado con el objetivo de analizar la perspectiva cultural de origen del fenómeno del *moral distress* en enfermeras judías y musulmanas del sistema sanitario en Israel. Desarrollaron su trabajo en dos fases, una cualitativa, con cuatro grupos focales de diferentes categorías y perfil religioso y otra empírica. En esta última, para el diseño del instrumento los autores incorporaron las conclusiones de la parte cualitativa y adaptaron los MDQ de Kälvermark et al. (2006) y la *Stress of Conscience Questionnaire* (SCQ) de Glasberg et al. (2006). El instrumento final (Tabla 3-1 II) estaba formado por 15 ítems en los que se describían situaciones generadoras de conflicto ético, con formato respuesta tipo Likert de 6 opciones, desde el “No siempre” hasta “En gran medida”. Éste se administró a 179 enfermeras de atención primaria, domiciliaria, hospitalaria de cuidado a pacientes crónicos y área de salud mental.

El instrumento utilizado por Eizenberg, diseñado para medir problemas éticos específicos del quehacer diario, aporta información sobre las fuentes de *distress*, a diferencia de otros más generales (Corley et al., 2001; Glasberg et al., 2006; Juthberg et al., 2007). Aún así, a pesar de que el análisis estadístico demuestra la fiabilidad y validez del instrumento en el contexto cultural Israelí y las diferencias en las puntuaciones de las enfermeras hospitalarias y las del ámbito comunitario, el trabajo no detalla parámetros relativos a la diferencia de puntuaciones entre enfermeras judías y enfermeras musulmanas. Esta comparativa permitiría establecer la idoneidad de la sensibilidad cultural que dispone el instrumento, como elemento propio y característico de su diseño. Tampoco se detalla en el artículo las diferencias según sexos, ni la frecuencia con la que se presentan las circunstancias generadores de *moral distress* o malestar ético.

Por último, recientemente, Losa et al. (2010) han realizado un estudio descriptivo influenciados por el trabajo de Kälvermark y siguiendo el mismo tipo de estudio realizado por Forde & Aasland (2008), para indagar sobre el *moral distress* o malestar ético asociada a los problemas institucionales y la falta de recursos. Como en otros estudios (Corley et al., 2001, 2005; Kälvermark et al., 2006), aunque parte a nivel teórico del concepto de *moral distress*, el diseño del cuestionario indaga sobre la intensidad de conflicto o malestar ético experimentado. El instrumento adaptado, que fue administrado a una muestra de 485 podólogos españoles, estaba configurado por 9 ítems para determinar los aspectos relativos al conflicto ético; y 5 ítems para indagar sobre los valores y objetivos del lugar de

trabajo. Respecto a las características métricas del instrumento adaptado, los autores no han aportado ningún dato hasta la fecha.

3.4 *Stress of Conscience Questionnaire (SCQ)* de Glasberg

Por último, el tercero de los instrumentos de referencia utilizados para medir el malestar ético es el *Stress of Conscience Questionnaire (SCQ)* desarrollado en el marco del *Stress of Conscience Study*, un programa del Departamento de Enfermería de la Universidad de Umeå, en Suecia, encabezado por los trabajos de Ann-Louise Glasberg (Glasberg, 2007; Glasberg et al., 2006, 2007, 2008) y Christina Juthberg (Juthberg et al., 2007, 2008). Sus investigaciones han demostrado la relación entre el constructo *troubled conscience*, una conciencia preocupada o intranquila, y el síndrome de *burnout*.

El término *stress of conscience*, o conciencia agitada, se refiere a un elevado grado de estrés asociado a una conciencia preocupada, producto de la frecuencia de experimentar situaciones estresantes y la constatación de grados de intranquilidad de la propia conciencia, por parte de los profesionales que atienden a las personas en un contexto sanitario. Como puede apreciarse, la definición del concepto *stress of conscience* es más afín a la de malestar ético o conflicto moral que a la de *moral distress*, acuñada por Jameton (1984). De hecho Glasberg et al. (2006), que reconocen las aportaciones de Corley y Källemark, ya clarifican en su trabajo esta diferenciación cuando explica que los constructos *stress of conscience* y *moral distress* moral son diferentes a pesar de coincidir en parte en relación a la intensidad alta de conflicto.

Glasberg creó el *Stress of Conscience Questionnaire (SCQ)* con la intención de explorar la percepción de conflicto generado por el profesional sanitario, aunque esta percepción no se enmarca o vincula a ninguna situación de cuidados en particular. El instrumento constaba de 9 ítems formulados en forma de pregunta, que incluían dos subítems correspondientes a dos variables: la primera (A), con formato respuesta tipo Likert de 6 opciones para medir la frecuencia que se presentaba esta situación generadora de estrés, y la segunda (B), con una escala analógica visual con 6 posibles respuestas, para medir el

grado de agitación o de intranquilidad que generaba dicha cuestión en el profesional encuestado (Tabla 3-1 II). Glasberg et al. (2006, 2007, 2008) administraron el SCQ a dos muestras, una configurada por 423²¹ profesionales y otra de 55, ésta última en el contexto del análisis de las características del instrumento test-retest. Asimismo administró también otros instrumentos como fueron el *Perceptions of Conscience Questionnaire* (PCQ), el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el *Personal and Work Demographics* (PWD) y la *Resilience Scale* (RS) (Tabla 3-1 II). Sobre esta misma investigación, Dahlqvist et al. (2007) publicaron los resultados del PCQ que derivaban del mismo estudio concluyendo que el PCQ, de 5 dimensiones, era un instrumento válido para evaluar las percepciones de la conciencia en relación a la salud, por parte de los profesionales.

Volviendo al estudio principal, el diseño del SCQ permitió considerar de forma independiente la frecuencia y la intensidad de una situación generadora de estrés de la conciencia, aunque Glasberg, si bien no habla de exposición al conflicto, genera una variable nueva, resultado del producto entre la frecuencia y la intensidad de conflicto con la única intención de estudiar las propiedades métricas del instrumento y tratar este producto como el valor del *stress of conscience*.

En trabajos posteriores, Glasberg et al. (2007, 2008) analizaron desde la misma investigación, la relación entre la conciencia agitada y los componentes del síndrome de *burnout* descrito por Maslach & Jackson (1997), concluyendo que había relaciones significativas entre la conciencia agitada y los componentes de cansancio emocional (Coeficiente de correlación de Pearson $r = .67$; $p < .01$) y de despersonalización ($r = .38$; $p < .01$). Sin duda, estos hallazgos de Glasberg constituyeron un importante avance para explorar el fenómeno de la conflictividad ética y su vinculación con aspectos psicológicos referentes a la percepción de sobrecarga y a la reducción de la capacidad de adaptación del individuo frente a situaciones problemáticas.

Desde esta misma perspectiva psicológica sobre el constructo *stress of conscience*, Juthberg estudió la relación entre la conciencia agitada y la percepción de la conciencia o voz interna (Juthberg et al., 2007); y también su relación con el *burnout* (Juthberg et al.,

²¹ En el primer trabajo, Glasberg (2006) describe una muestra de 444 profesionales sanitarios, pero en un artículo posterior, la autora detalla que la muestra fue de 425. Al tratarse de la misma investigación, se atribuye esta variación numérica a alguna medida de depuración de la matriz de datos que, quizás, aconsejara descartar 21 sujetos para el correcto análisis de los datos.

2008), la resiliencia (*resilience*) y la sensibilidad moral, administrando los instrumentos a una muestra de 143 cuidadores de personas mayores en centros socio sanitarios.

En un primer artículo, la autora mostró los resultados referentes a la administración de la SCQ y la *Perceptions of Conscience Questionnaire* (PCQ) a una muestra de 143 profesionales, aplicando en la matriz de datos, una técnica multivariante consistente en un análisis discriminante a partir de la función canónica de Fisher, lambda (λ) de Wilks, con el objetivo de observar simultáneamente una serie de grupos en base a un conjunto de variables. Los resultados mostraron dos funciones de correlación ($\lambda = .469$, $F=54570.59$, $p = .002$; $\lambda = .631$; $F=40490.99$; $p = .070$) que agruparon 7 y 4 ítems, respectivamente. Aunque Juthberg et al. (2007) reconocieron que no todos los datos que eran matemáticamente viables podían ser interpretables, concluyó que había una relación entre la conciencia y la conciencia agitada, explicada mayormente por la percepción de los sujetos que la conciencia de uno debe ser mitigada o atenuada con el fin de seguir trabajando en la atención sanitaria, aunque reconoció que muchos de los individuos no compartían dicha afirmación. También concluyó que determinadas demandas internas y externas constituían dificultades para poder actuar según la propia conciencia.

Posteriormente, Juthberg et al. (2008) analizaron la relación entre la SCQ y la PCQ con el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en una muestra de 143 profesionales socio sanitarios. Utilizando también en el análisis estadístico multivariante la función canónica de Fisher, observó, en primer lugar, una correlación entre la SCQ y el MBI, concretamente con el agotamiento emocional (EE) y la despersonalización (Dp) ($r = .66$; $p = .001$; $EE = .99$; $Dp = .38$), capaz de explicar el 43.6% de la varianza. En segundo lugar, también observó una correlación entre PCQ y el MBI ($r = .58$; $p = .001$; $EE = .58$; $Dp = .60$) capaz de explicar, en este caso, el 33.9% de la varianza. A la vista de estos resultados, Juthberg concluyó, en la misma línea de Glasberg, que amortiguar la propia conciencia y estar expuesto a la contradicción entre las creencias y las demandas están altamente relacionadas con el agotamiento emocional y la despersonalización y, por tanto, conllevan el síndrome de *burnout*.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA OBJETO DE ESTUDIO

4.1 Problema objeto de estudio

La revisión de la literatura sobre el tema de los conflictos éticos en enfermería pone de manifiesto que hay un interés creciente en analizar el fenómeno y crear instrumentos para medirlo. Las investigaciones han revelado importantes datos que han permitido comprender mejor este fenómeno universal, aunque la complejidad del constructo requiere plantear modelos más completos para superar las dificultades que se han evidenciado en los trabajos realizados hasta la fecha a la hora de explorarlo desde una metodología empírica, tal como se ha ido señalando en los capítulos precedentes.

En esta línea, una de estas dificultades es la confusión detectada en la literatura sobre el significado de algunos términos afines al malestar o problemática ética. Si bien Jameton (1984) y Wilkinson (1986) fueron los pioneros en identificar los tipos de conflicto ético en enfermería y definirlos claramente, muchas investigaciones han creído estudiar alguno de estos términos cuando estaban explorando el sufrimiento o malestar ético. Esto evidencia cierta confusión en relación a los conceptos de intensidad y tipología de conflicto, como se ha observado en relación a algunos estudios sobre el *moral distress*.

Otra de las dificultades que se ha evidenciado en capítulos anteriores es el hecho de pretender estudiar el constructo desde la perspectiva de un solo tipo de conflicto, como por ejemplo es la angustia moral. Se observa que no se han desarrollado trabajos que exploren otros tipos de conflicto como la indignación o la indiferencia moral que, sin embargo, se han mostrado igualmente relevantes desde un punto de vista disciplinar en relación a los conflictos éticos. No considerar los diferentes tipos de conflictos dificulta la completa comprensión del fenómeno de la conflictividad ética.

Una tercera dificultad que se ha detectado es el hecho de analizar la conflictividad ética sin considerar una posible relación entre el grado de exposición al conflicto y los diferentes tipos de conflictos que puede experimentar un individuo. Conocer esta relación podría facilitar el explorar si hay algún orden o graduación entre los tipos de conflicto para poder diseñar estrategias para su tratamiento específico.

Por último, otra dificultad que se ha detectado y que se ha desarrollado en el capítulo III es la ausencia de instrumentos que sean capaces de explorar la conflictividad ética,

adaptables a diferentes tipos de muestra, profesiones y sectores sanitarios, que posibilite la comparación de los niveles y características de conflictividad ética entre varios estudios distintos.

Por tanto, al considerar el fenómeno de la conflictividad ética como un constructo complejo que incluye diferentes componentes, se observan algunas carencias en los planteamientos definidos hasta hoy debido, fundamentalmente, a la falta de inclusión de todas las variables que tienen influencia en la génesis y en el desarrollo del fenómeno en una estructura única. Estas variables son:

- a. Características de la situación conflictiva: aquello que genera el conflicto.
- b. Grado percibido de conflicto: la intensidad de conflicto experimentada por la persona.
- c. Tipología de conflicto: características definitorias de cada tipo de conflicto.
- d. Comparación de la presencia de conflicto y la ausencia de éste: contraste entre la vivencia o ausencia de conflicto.

Partiendo de las dificultades identificadas y las variables explicativas del fenómeno, se creyó necesario crear un modelo conceptual y estructural para explorar el fenómeno de la conflictividad ética, considerando conjuntamente la exposición al conflicto y los diferentes tipos de conflicto ético que podían experimentarse en determinadas situaciones potencialmente conflictivas. En este marco, también se creó un instrumento con el objetivo de medir el fenómeno y estudiar la relación entre esta experiencia individual y otras variables relacionadas con el perfil socio demográfico del profesional y las características del entorno dónde éste desarrolla su actividad de cuidados al paciente.

4.2 Propuesta de un modelo para analizar la conflictividad ética

Tal como se ha indicado en apartados anteriores, una persona experimenta un conflicto ético cuando, encontrándose en una determinada situación donde está directa o indirectamente involucrada, percibe que están o pueden llegar a estar comprometidos sus valores, principios o intereses de carácter ético; o bien, cuando intuye que está frente a alguna dificultad de raíz ética. En esta circunstancia hay, por tanto, una exposición al conflicto ético, exposición que vendría explicada por la relación entre el hecho de percibir que uno se encuentra en esta situación éticamente conflictiva y el grado de problemática moral que puede generarle. En este contexto, se podría analizar la problemática o malestar ético.

Ahora bien, entendiendo que el conflicto ético representa una barrera para actuar según la propia moral, se cree necesario considerar también la dificultad que esta persona percibe para trasladar su elección moral a la acción. Y esta cuestión no puede ser observada sólo desde la consideración de la intensidad de conflicto ético generado; no es suficiente, puesto que debe tenerse en cuenta también el estado moral que experimenta la persona.

Partiendo de la afirmación que cada tipo de conflicto tiene unas características y un tratamiento distinto, es necesario clarificar y delimitar bien la tipología si se pretende aportar soluciones concretas para su disminución o eliminación. La presente investigación parte en dos relaciones que se observan *a priori* en el fenómeno de la conflictividad ética, que son:

- **Relación acción - reacción:** el conflicto ético no sucede de forma espontánea ni uniforme. Si no se produce una situación éticamente conflictiva, no se puede generar conflicto. Sin embargo, si se produce esta situación éticamente conflictiva puede o no generarse conflicto en el individuo, cuestión que dependerá del estado moral en el que se encuentre y de las posibilidades que éste perciba de actuar según su moral.

- **Relación intensidad - tipología:** las características definitorias de los diferentes estados morales permite asociarlos a nivel teórico a determinados grados de intensidad de problemática ética, ya sean estos niveles bajos, como puede ser el bienestar o la indiferencia morales o niveles intensos de conflicto, como pueden ser la indignación o angustia morales.

La estructura conceptual del modelo para el análisis de la conflictividad ética en enfermería contempla la exposición al conflicto, cuestión que comprende a su vez la relación entre la frecuencia a la situación conflictiva y el grado de conflictividad generado; y la tipología de conflicto experimentado (Figura 4-1).



Fuente: elaboración propia

Figura 4-1. Relación inclusiva entre los componentes del fenómeno de la conflictividad ética.

Operativamente, el modelo se expresa a través de las tres formulaciones siguientes:

$$a. \quad ce = [f \ x \ i] + t$$

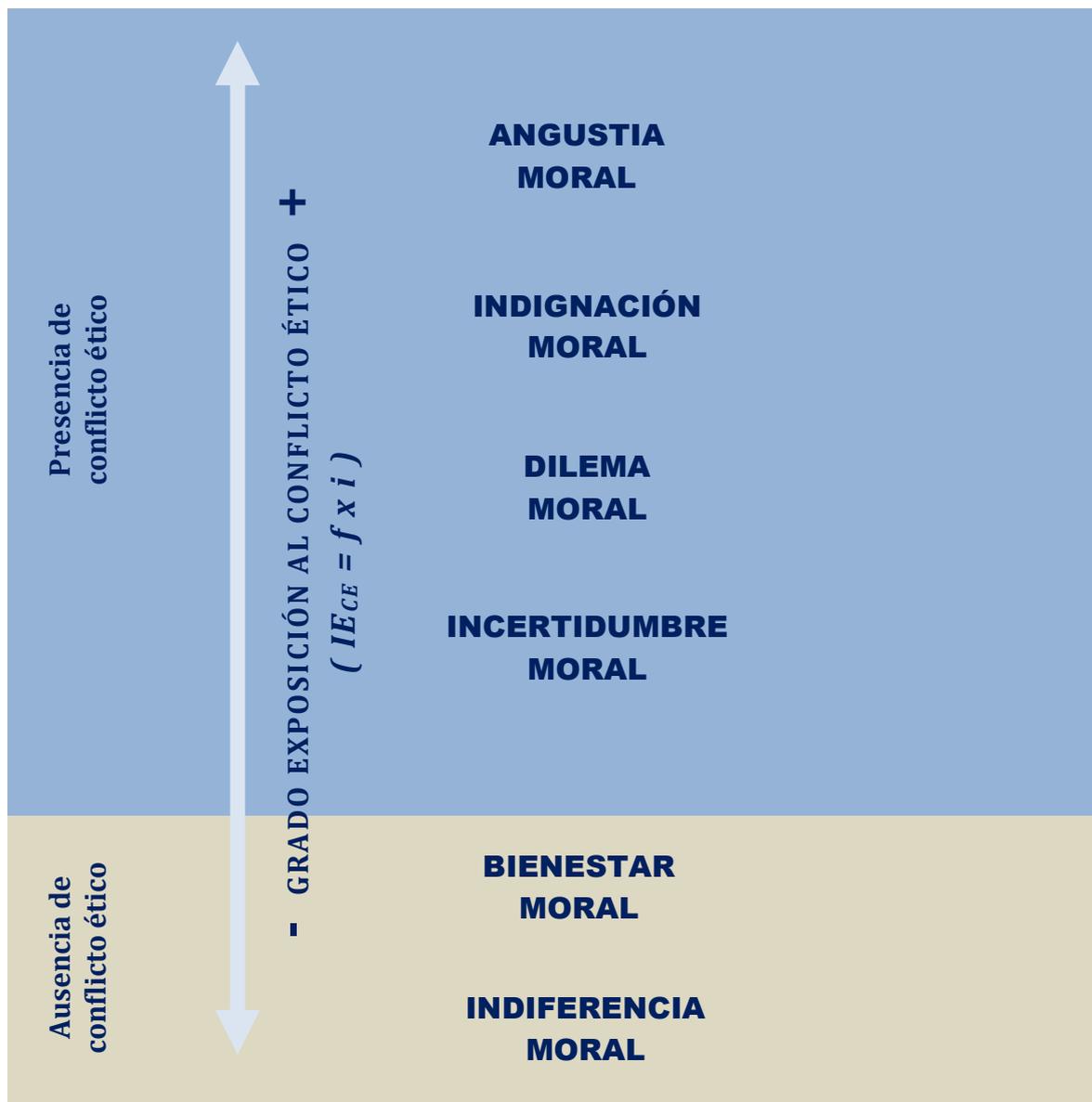
$$b. \quad IE_{CE} = f \ x \ i$$

$$c. \quad ce = IE_{CE} + t$$

Donde, empezando por la primera ecuación, la conflictividad ética, (ce), es igual al producto entre la frecuencia con la que la persona se encuentra en la situación conflictiva, (f), y la intensidad del conflicto experimentado, (i); sumado a la tipología de conflicto experimentado, (t). A su vez, la segunda ecuación expresa que el índice de exposición al conflicto ético, (IE_{CE}), es el producto entre la frecuencia y la intensidad de conflicto. De esta manera, la tercera ecuación concluye que la conflictividad ética es la suma del índice de exposición al conflicto y la tipología de conflicto experimentado.

El modelo diseñado, Figura 4-2, para el análisis de la conflictividad ética en enfermería considera las siguientes cuestiones:

- a. Observación de la conflictividad ética como un fenómeno circunstancial y pluridimensional.
- b. Relación entre la exposición al conflicto y el tipo de conflicto experimentado.
- c. Ordenación de los tipos de conflicto.
- d. Identificación de los factores generadores de conflicto ético para Enfermería.
- e. Inclusión de la idea de ausencia de conflicto, estableciendo un *continuum* ausencia-presencia de conflicto ético.
- f. Relación del fenómeno con variables socio demográficas, profesionales y formativas.



Fuente: elaboración propia

Figura 4-2. Modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética en Enfermería.

4.2.1 Ausencia de conflicto ético

En el modelo planteado, los estados morales que se encuentran en el extremo de la ausencia de conflicto ético son, por una parte, el **bienestar moral**; y por la otra, la **indiferencia moral** (Figura 4-2).

El bienestar moral es el estado positivo experimentado por la persona (o profesional) al que se le hace sensible o evidente una coherencia entre el pensamiento y la acción moral. Esta persona percibe que hay una coherencia entre el pensar y el actuar. De esta manera, puede actuar según sus referentes éticos asumidos, valores y principios, además de disponer de estrategias para tomar buenas decisiones desde un punto de vista ético.

Desde una perspectiva ética e individual, el bienestar moral es un estado ideal, que aporta equilibrio; deseado y anhelado por cualquier individuo. Sin embargo, aunque positivo, cabe puntualizar aquí²² que desde una perspectiva estrictamente filosófica el bienestar moral individual podría comportar un estado de pasividad, puesto que podría dirigir a la persona a una situación excesivamente complaciente que le frenara en la búsqueda del bienestar colectivo y la justicia social. Aún así, el modelo propuesto concibe el bienestar moral como un concepto positivo, pleno y satisfactorio, definido y delimitado en unas circunstancias concretas y en contraposición a la presencia de conflicto ético. En esta línea, las características definitorias del bienestar moral son:

- Tener asumidos como propios los referentes éticos de la profesión, los valores y principios éticos y referentes legales de la profesión y de la bioética, en las ciencias de la vida y la salud.
- Sentirse moralmente representado. Significa que uno mismo comparte los valores y principios del exterior, asumidos por el resto del equipo y reconoce como propios los aspectos éticos implicados en la toma de decisiones.

²² Este planteamiento surge a partir de una conversación con el Dr. Norbert Bilbeny, Catedrático de Ética de la Universidad de Barcelona, con motivo de su participación en calidad de miembro del Comité de Expertos de Ética creado para la validez de contenido del instrumento desarrollado en la presente investigación.

El Dr. Bilbeny aporta su reflexión desde una perspectiva filosófica al leer la definición planteada en este estudio, y matiza que si bien el concepto de bienestar moral es completo y correcto para el análisis de la conflictividad ética en los profesionales sanitarios, podría ser cuestionable como estado positivo y óptimo desde una perspectiva puramente filosófica.

- Sentirse moralmente reconocido. Significa el respeto y la identificación por parte de otros, de la agencia moral que representa uno mismo.
- Sentirse implicado en las decisiones. Significa que percibe que puede y debe participar en la toma de decisiones. Se le solicita de forma expresa en esta tarea sobre aspectos referentes a la atención del paciente, la dinámica del equipo o sobre la gestión de los cuidados y la atención sanitaria prestada en el servicio.
- No actuar ni verse obligado moralmente a actuar en contra de los propios valores. No verse obligado a actuar de una forma contraria a la escogida.
- No actuar en contra los valores y principios éticos de la profesión.

Dentro de la ausencia de conflicto ético se encontraría también el tipo **indiferencia moral**. A diferencia del anterior, éste es un estado no deseable desde un punto de vista ético, puesto que es un estado de ánimo donde uno no siente ni inclinación ni declinación respecto a algo o alguien²³. La indiferencia moral experimentada por un profesional de la salud que se encuentra implicado en situaciones de cuidados potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética, sean o no identificadas como tales por éste, puede implicar una actitud de falta de sensibilidad ética, una falta de responsabilidad en relación a los referentes éticos de la profesión y/o de la institución. Si bien es un estado de ánimo cómodo para quien lo experimenta, se trata de un estado emocional rechazable desde la perspectiva profesional y especialmente deplorable en las ciencias de la salud puesto que las consecuencias de esta indiferencia pueden repercutir negativamente sobre la persona cuidada y la calidad de los cuidados.

Algunos de los factores generadoras de indiferencia son:

- Faltar a la responsabilidad como profesional.
- No asumir los referentes éticos de la profesión.
- Estar en un estado de pasividad, supuestamente relacionado con un estado de *burnout* (agotamiento emocional y despersonalización²⁴).

²³ Según la Real Academia Española (Editorial Caspe, 2001)

²⁴ Si bien los estudios de Glasberg y Juthberg, explicados en el apartado 3.4 del capítulo tercero, muestran una correlación entre la conciencia agitada, *stress of conscience*, y el síndrome de *burnout*, no indagan sobre la relación

Puede considerarse la hipótesis de que otras causas explicarían la indiferencia moral, como son el aislamiento social o el no considerar al paciente como una persona sujeto de cuidado; aunque se descartan éstas porque se presupone que el profesional que se encuentra cuidando a otra persona no presenta dificultades para convivir en un entorno social, al estar integrado en un entorno laboral, ni concepciones distantes del respeto de los derechos humanos fundamentales necesarios para poder cuidar y/o curar.

4.2.2 Presencia de conflicto ético

En el modelo para el análisis de la conflictividad ética, la vivencia del conflicto ético puede experimentarse desde diversos grados de exposición (Figura 4.2). En esta línea, considerando las características definitorias de cada tipo de conflicto descritas por Jameton (1984, 1993), Wilkinson (1988, 1989) y la literatura posterior, se plantea en este modelo que los tipos **incertidumbre moral, dilema moral, indignación moral y angustia moral** corresponderían a diferentes grados de exposición al conflicto ético.

En primer lugar, tanto la incertidumbre como el dilema morales tienen en común que la persona que los experimenta no conoce lo que es moralmente correcto o cual es la opción mejor y, por tanto, no identifica cual es la acción que debería realizar. Por este motivo, se consideran tipos de conflicto asociados a exposiciones a la conflictividad ética bajas o moderadas, probablemente asociadas las primeras a la incertidumbre moral y las segundas, al dilema moral. En el caso particular de la incertidumbre moral, el profesional que lo experimenta puede vivirlo como una situación conflictiva en la medida que le plantea una dificultad para tomar decisiones o para actuar, que en este caso no puede superar por la falta de conocimientos respecto a los valores y principios éticos enfrentados. Esta limitación se revelaría como la causa principal que explicaría la razón por la que el individuo no experimentaría esta situación como muy problemática, puesto que es

entre niveles bajos de la conciencia agitada y *burnout*. También debe considerarse que sus estudios no miden estos niveles de conciencia agitada en situaciones de cuidados, sino como sinónimos de intensidad de conflicto. Por otra parte, sus trabajos analizan estos dos constructos, *stress of conscience* y *burnout*, pero no han analizado si un estado de indiferencia moral también correlacionaría con el *burnout*. Por tanto, a la espera de estudios que clarifiquen esta cuestión, podría hipotetizarse que la persona con agotamiento emocional, despersonalización o con una reducción de la autorealización personal (Maslach & Jackson 1997), podría presentar actitudes que podrían asociarse al estado de indiferencia moral.

precisamente este sesgo que le protegería de la vivencia de un intenso grado de conflictividad.

Por otra parte, el individuo que experimenta dilema moral se encuentra que debe escoger entre dos situaciones éticamente correctas a priori. No hay aquí tampoco la convicción de aquello que es mejor, aquello que es más bueno, y por tanto no está en disposición aún para poder actuar, generándole probablemente niveles algo mayores de exposición al conflicto ético que en la incertidumbre moral. En todo caso, parece evidenciarse que tanto la incertidumbre como el dilema carecen de convicción moral y esto explicaría la razón por la que habría una relación entre éstos y un grado de exposición al conflicto ético de bajo a moderado.

En segundo lugar, en un nivel de mayor exposición al conflicto se situarían la indignación y la angustia morales. Aunque la génesis de cada uno de estos tipos de conflicto es distinta, así como su tratamiento y las medidas de prevención, se caracterizan por generar sentimientos de impotencia y rabia en relación a otros. En el primer caso, la impotencia se originaría con el hecho de testimoniar que alguien está actuando incorrectamente desde una perspectiva ética; en el segundo, en cambio, se generaría al percibir que otros (el exterior) representan un impedimento para permitir la actuación propia.

Finalmente, a modo de resumen, en la Tabla 4-1 se describen los estados experimentados por la persona en relación a los diferentes tipos de conflictos éticos y los extremos de conflictividad que representan.

Tabla 4-1. Relación entre el estado experimentado por la persona, tipos de conflicto ético y extremos de conflictividad ética correspondientes.

Estado moral experimentado	Tipo	Extremo
<i>Intuyo o no aquello que es moralmente conflictivo pero, en todo caso, no me siento implicado.</i>	Indiferencia moral	Ausencia conflicto
<i>Puedo actuar según lo que creo en un entorno favorable.</i>	Bienestar moral	
<i>Intuyo que algo pasa pero no sé qué es.</i>	Incertidumbre moral	Presencia conflicto
<i>No sé qué opción escoger entre ésta y la otra.</i>	Dilema moral	
<i>Sé que esto que hacen no está bien, no es correcto.</i>	Indignación moral	
<i>Sé qué hacer pero no me dejan actuar según mi moral.</i>	Angustia moral	

Fuente: elaboración propia

5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

5. Objetivos generales y específicos

Los objetivos generales y específicos de esta investigación son los siguientes:

1. Validar el modelo teórico planteado para el análisis de la conflictividad ética.

De este primer objetivo se desprenden los *objetivos específicos* siguientes:

- 1.1 Determinar los niveles de exposición a la conflictividad ética producto de la frecuencia temporal y la intensidad de conflicto.
- 1.2 Analizar la relación de correspondencia entre el índice de exposición al conflicto, los estados morales y el tipo de conflicto.

2. Construir un instrumento para explorar la conflictividad ética en profesionales enfermeros de las Unidades de Cuidados de Intensivos.

Los *objetivos específicos* relacionados con el segundo objetivo general son los siguientes:

- 2.1 Analizar la fiabilidad del cuestionario.
- 2.2 Determinar la dimensionalidad del cuestionario.

3. Analizar la conflictividad ética que experimentan los profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos frente a situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética.

Del tercer objetivo general se desprenden los *objetivos específicos* siguientes:

- 3.1 Determinar la frecuencia con la que se experimentan las situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética.
- 3.2 Determinar el grado de conflicto ético experimentado frente a situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética.
- 3.3 Examinar los tipos de conflicto ético que experimentan los profesionales.
- 3.4 Identificar relaciones significativas entre variables socio demográficas, profesionales y el nivel de exposición al conflicto ético.

6. HIPÓTESIS

6. Hipótesis

En base a los objetivos generales definidos en esta investigación, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1

El bienestar moral, la indiferencia moral y los tipos de conflicto ético están relacionados con la exposición al conflicto, de forma que el bienestar y la indiferencia morales correlacionan con índices de exposición bajos; los tipos incertidumbre y dilema morales correlacionan con índices de exposición moderados; y los tipos indignación y angustia morales correlacionan con niveles altos de exposición al conflicto ético.

Hipótesis 2

El Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os presenta una consistencia interna con un valor $\alpha > .70$ y una varianza explicada igual o superior al 30%.

Hipótesis 3

La exposición al conflicto ético está relacionada con determinadas variables sociodemográficas y con variables descriptivas de las características del entorno clínico.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, correlacional y métrico con el objetivo fundamental de explorar el fenómeno de la conflictividad ética experimentado por los profesionales de enfermería en el contexto de las UCIs o SMI. Para ello, se planteó un modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética y se diseñó un cuestionario para evaluar el fenómeno.

7.2 Participantes

Los participantes del estudio fueron enfermeras y enfermeros que desarrollaban su actividad profesional en los servicios pertenecientes al área de atención al paciente crítico, concretamente en las UCIs o SMI del Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital Clínic Universitari de Barcelona. La muestra fue seleccionada siguiendo el criterio de conveniencia para escoger centros hospitalarios de tercer nivel vinculados a la Universidad de Barcelona.

Tabla 7-1. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1. Diplomados en Enfermería y ATS ²⁵ que desarrollan su actividad profesional en las UCI y en los SMI que forman parte de la plantilla habitual del centro. 2. Diplomados de Enfermería y ATS corre turnos o suplentes normalmente asignados al servicio y con experiencia igual o superior a un año en UCI y/o SMI.	1. Estudiantes de Enfermería. 2. Diplomados en Enfermería en periodo de "reciclaje" o en prácticas en el servicio que no forman parte de la plantilla habitual. 3. Diplomados en Enfermería alumnos de Máster o postgrado en práctica en el servicio. 4. Diplomados en Enfermería con menos de un año de experiencia asistencial como profesionales en las UCI y/o SMI.

Fuente: elaboración propia

²⁵ ATS significa Ayudante Técnico Sanitario, titulación académica equivalente previa a la implantación de la Diplomatura Universitaria de Enfermería que comenzó en el año 1977.

La población de profesionales enfermeros de las UCIs o SMI del Hospital Universitari de Bellvitge fue de 130 profesionales enfermeros distribuidos en cuatro servicios y la del Hospital Clínic fue de 162 distribuidos en seis servicios. En las tablas 7-1 y 7-2 se detallan los criterios de inclusión y exclusión de la muestra de estudio y, por otra parte, la distribución de los profesionales participantes por servicios y centro hospitalario.

A la vista del tamaño de la población de estudio (N=292) y de la muestra final (N=203), la estimación del error muestral bajo el supuesto de la máxima indeterminación²⁶ y con un nivel de confianza del 95%, se situaría en un error o precisión del .33% (e=.0033).

Tabla 7-2. Distribución de la población según centro y servicio

Hospital Universitari Bellvitge		Hospital Clínic Universitari Barcelona	
Servicio	Número profesionales	Servicio	Número profesionales
1-1 SMI	36	AVI	24
		UCI C. Cardíaca	24
2-1 SMI	36	UCI Coronarias	18
2-2 SMI	29	UCI Hepática	24
3-2 SMI	20	UCI Quirúrgica	36
Total sujetos	130	UVI Respiratorio	36
		Total Sujetos	162

Fuente: elaboración propia

7.3 Variables a analizar y categorías

Las variables que se analizaron fueron un total de noventa y siete organizadas en siete grupos.

Se detallan a continuación los grupos y variables; entre paréntesis, las categorías o número de categorías para cada variable²⁷:

- Variables referidas a datos socio demográficos. Se incluyeron seis variables que fueron: centro sanitario (HU Bellvitge/HUClínic), servicio (11 categorías), categoría

²⁶ Nivel de máxima indeterminación calculado a partir de $\pi = 1 - \pi = .5$.

²⁷ Puede ampliarse la información sobre las categorías para cada variable en el apartado de Anexos, donde se incluye el Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os y el Cuestionario de datos sociodemográficos.

profesional (4 categorías), turno (6 categorías), sexo (hombre/mujer) y edad (año nacimiento).

- **Variables referidas a datos académicos.** Se incluyeron aquí dos variables: formación postgraduada en cuidados al paciente crítico y formación específica en bioética o ética en enfermería. Las categorías para las dos variables fueron 3: Si, No; No sabe / No contesta.

- **Variables referidas a datos profesionales.** Fueron las cuatro variables siguientes: experiencia asistencial (6 categorías), experiencia en atención al paciente crítico (6 categorías), cambiar de servicio por sobrecarga y/o estrés (4 categorías), conocer de otros por sobrecarga y/o estrés (3 categorías).

- **Variables referidas al comité ético y los protocolos de la institución.** Se consideraron cuatro variables, que fueron: conocimiento funciones comité ético (3 categorías), conocimiento circuito comité ético (3 categorías), disponibilidad de protocolos específicos y utilidad de protocolos, ambas con 3 categorías.

- **Variables referidas a las dinámicas de trabajo en el servicio.** Se incluyeron aquí tres variables, que fueron: entorno favorable para abordar problemas éticos en servicio (4 categorías), participación en la toma decisiones (4 categorías), voluntad de participación activa en la toma decisiones (4 categorías),

- **Variables referidas a las circunstancias para el afrontamiento positivo de los conflictos éticos.** Se incluyeron las dos variables siguientes: la formación en bioética mejora condiciones para enfrentarse al conflicto ético (3 categorías) y una mayor experiencia asistencial en el servicio mejora condiciones para enfrentarse al conflicto ético (3 categorías).

- **Variables referidas al fenómeno de la conflictividad ética.** Se definieron para cada una de las 19 situaciones potencialmente conflictivas cuatro subgrupos de variables que, conjuntamente representan 76 variables. Estos cuatro subgrupos de variables correspondían a periodicidad, grado, tipo y exposición.

Véase a continuación las categorías correspondientes:

a) Variable **periodicidad o frecuencia temporal** con la que se presentan las situaciones de cuidados. Fueron 19 variables, una para cada situación, con las seis categorías siguientes:

Nunca	Casi nunca	Al menos una vez al año	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez cada mes	Al menos una vez a la semana
-------	------------	-------------------------	----------------------------------	---------------------------	------------------------------

b) Variable **grado de conflicto ético** que generan las situaciones de cuidados. Fueron también un total de 19 variables; las categorías para cada una de ellas fueron cinco:

Nada problemático	Poco problemático	Algo problemático	Moderadamente problemático	Muy problemático
-------------------	-------------------	-------------------	----------------------------	------------------

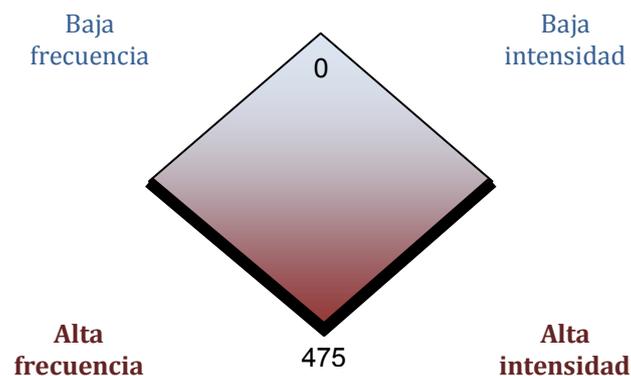
c) Variable **tipo de conflicto ético experimentado** frente a las situaciones de cuidados. En la misma línea que las anteriores, las 19 variables correspondientes tienen seis categorías que fueron:

Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.
Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones.
Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores.
Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas.
Angustia moral, porque sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia.
Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.

d) Variable **Índice de exposición** a la conflictividad ética. Variable cuantitativa continua. Esta variable se creó con el objetivo de analizar el fenómeno de la conflictividad ética y su creación partió de la idea, contemplada en el modelo teórico planteado, de que la exposición a la conflictividad ética podría explicarse por la relación existente entre la frecuencia con la que se presentan las situaciones conflictivas y el grado o intensidad de conflicto experimentado.

En el contexto de esta relación, en un extremo se situaría el valor nulo o “0”, representando el supuesto en el que al no generarse una situación conflictiva no se generaría tampoco ningún grado de conflicto ético en el profesional enfermero. En el otro extremo, sin embargo, se situaría un valor máximo o alta frecuencia de

exposición, correspondiente a la asociación entre los grados de conflictividad ética provocados por la vivencia de situaciones conflictivas. Del mismo modo, se observarían posiciones intermedias dónde se situarían los valores que representarían las combinaciones baja exposición – alta intensidad y alta exposición – baja intensidad (Figura 7-1).



Fuente: elaboración propia

Figura 7-1. Estructura formal del IE_{CE}

El Índice de exposición a la conflictividad ética tiene por objetivo medir y ordenar a los sujetos a partir del nivel de conflictividad ética asociada y poder relacionar la exposición con otras variables cualitativas. El nuevo parámetro generado fue identificado con el acrónimo IE_{CE} y su expresión matemática fue la siguiente:

$$\acute{I}TEM_i = F_i \times G_i \quad \text{Rango [0 – 25]}$$

Donde ÍTEM (ÍTEM_i), que correspondía a cada una de las 19 situaciones consideradas en el CuCEE, fue la variable nuevamente creada para analizar el IE_{CE}, siendo igual al producto entre la variable *frecuencia con la que se producen las situaciones conflictivas* (F_i) y la variable *grado o intensidad de conflicto ético experimentado* (G_i). El rango oscilaba desde 0, correspondiente a las categorías “Nunca” (frecuencia) y “Nada conflictivo” (grado) y, en el otro extremo, el valor 25, producto de los extremos 5 para “Al menos una vez a la semana” (frecuencia) y 5 para “Muy conflictivo” (grado).

Para el cálculo del valor mínimo y máximo del IE_{CE} , se realizó el sumatorio del total de ÍTEMs obtenidos para las 19 situaciones, con un rango mínimo de 0 y un máximo de 475, valor resultante de los extremos superiores, 25, por el total de las situaciones, 19. Su expresión matemática fue:

$$IE_{CE} = \sum_{i=1}^{19} ÍTEM_i \quad \text{Rango [0 - 475]}$$

7.4 Instrumentos

En la línea de lo expuesto en los capítulos tercero y cuarto, la mayoría de los instrumentos publicados hasta la fecha están ideados para medir el tipo de conflicto *moral distress* o bien, la intensidad de conflicto ético en profesionales sanitarios. Puesto que se pretendió analizar el fenómeno de la conflictividad ética partiendo de la pluritipología de conflictos y la relación entre las variables frecuencia, intensidad, tipo, índice de exposición y otras variables descriptivas de la muestra y del entorno clínico, se optó por crear dos instrumentos que contemplaran estas variables y posibilitaran el análisis.

7.4.1 Cuestionario sobre las características descriptivas de la muestra y el entorno clínico

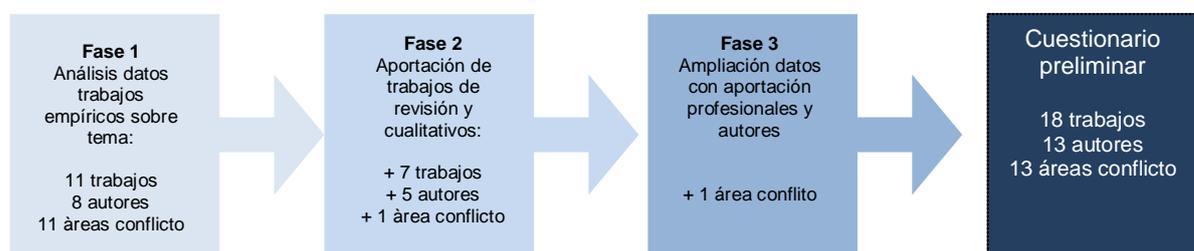
Para evaluar las variables referidas a las características descriptivas de la muestra de estudio y del entorno clínico dónde trabajaba el profesional enfermero se creó el **Cuestionario sobre las características descriptivas de la muestra y el entorno clínico**. En él se formularon 20 preguntas que contenían 20 variables distribuidas en los siguientes grupos de datos: sociodemográficos, académicos, profesionales, sobre el comité ético y los protocolos de la institución, sobre las dinámicas de trabajo y sobre las circunstancias para

el afrontamiento positivo de los conflictos éticos. La variable *centro sanitario* se predefinió en los ejemplares de cada Hospital participante.

7.4.2 Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE)

Para explorar el fenómeno de la conflictividad ética se creó un instrumento formado por un total de 19 situaciones de cuidados, sobre las que se preguntaba por 3 subgrupos de variables para cada una de ellas. Considerando también la variable *índice de exposición a la conflictividad ética* (IE_{CE}) el instrumento contenía un total de 76 variables, organizadas en subgrupos, tal como se ha desarrollado en el apartado 7.3 del presente capítulo.

El proceso de elaboración de este segundo instrumento se llevó a cabo en varias fases (Figura F7-2). El cuestionario creado debía incluir situaciones de cuidados que podían ser potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética, a partir de las cuales se indagaría sobre la frecuencia temporal, la intensidad de conflicto experimentado y sobre el tipo de conflicto o estado moral.



Fuente: elaboración propia

Figura 7-2. Fases del proceso de construcción del cuestionario preliminar

Génesis del CuCEE

Para la construcción del Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE) se incluyeron las áreas de problemática ética y las situaciones mayormente generadoras de conflicto ético observadas en trabajos anteriores y además del modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética en enfermería, ambas cuestiones desarrolladas ya en los apartados 2.3 y 4.2 de este manuscrito. En total, se seleccionaron 16 situaciones, a las que se añadieron posteriormente otras tres que, a pesar de no observarse en los trabajos previos sobre el tema, se consideraron relevantes para el estudio del fenómeno.

Se diseñó, por tanto, un cuestionario que incluía 19 situaciones potencialmente conflictivas, preguntando a los participantes para cada una de éstas en relación a tres parámetros:

- Frecuencia con la que se presentan estas situaciones.
- Grado de conflicto generado.
- Tipo de conflicto experimentado.

Cada una de estas situaciones configuraba un Ítem. Para su redactado se siguieron los criterios de uniformidad en la expresión recomendados por los expertos (Argimón & Jiménez, 2000; Padilla et al., 1998). Posteriormente, con el objetivo de asegurar el carácter ético del instrumento y determinar el núcleo de conflicto, se procedió a analizar los artículos del Código Ético (Consejo Internacional de Enfermería, 2006) que quedaban comprometidos potencialmente en cada una de las situaciones descritas en el cuestionario preliminar a la validez de contenido (Tabla 7-3). El instrumento creado se nombró **Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras y Enfermeros**, representado por el acrónimo **CuCEE**.

Tabla 7-3. Artículos del Código Ético de Enfermería potencialmente comprometidos en las situaciones de cuidados enfermeros desarrolladas para la exploración del fenómeno (I)

Área de conflicto ético	Código Ético de Enfermería (CIE) Artículos potencialmente comprometidos	Ítems del cuestionario preliminar
Consentimiento informado	<p><i>Art 1.3. CIE.</i> "La enfermera se cercionará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados".</p>	<p>Realizar tratamientos y/o intervenciones sin asegurar la comprensión de los objetivos, los beneficios y los riesgos por parte del paciente.</p> <p>Realizar tratamientos y/o intervenciones sin asegurar la comprensión de los objetivos, los beneficios y los riesgos por parte de la familia (cuando el paciente da su consentimiento a que ésta sea informada).</p>
Confidencialidad	<p><i>Art. 1. 4. CIE.</i> "La enfermera mantendrá confidencial toda la información personal y utilizará la discreción al compartirla"</p>	<p>Vulnerar la confidencialidad sobre los datos y evolución del paciente.</p>
Limitación del tratamiento de soporte vital	<p><i>Art. 2.5 CIE.</i> "Al dispensar los cuidados, la enfermera se cercionará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas".</p>	<p>Administrar tratamientos y/o realizar pruebas que considero que son innecesarias por que prolongan un proceso de muerte irreversible.</p>
Intereses del paciente	<p><i>Art. 1.1 CIE.</i> "La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería"</p> <p><i>Art. 1.2 CIE.</i> "Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad".</p>	<p>Realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos no vayan a favor de los intereses del paciente.</p> <p>Realizar intervenciones que priman más los intereses del Servicio o la Organización sanitaria que no los del propio paciente.</p>
Procedimientos y tratamientos	<p><i>Art. 2.5 CIE.</i> "Al dispensar los cuidados, la enfermera se cercionará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas".</p>	<p>Atender al paciente que manifiesta dolor y que éste no se está controlando de forma satisfactoria y esperada.</p> <p>Administrar tratamientos demasiado agresivos para el paciente que lo llevan a un sufrimiento o malestar añadido, pudiéndose éste evitar o controlar.</p>
Relaciones interpersonales profesionales	<p><i>Art. 2.3 CIE.</i> "La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad".</p> <p><i>Art. 4.1 CIE.</i> "La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores".</p> <p><i>Art. 4.2.</i> "La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona ponga en peligro su salud".</p>	<p>Trabajar con un/a médico que considero profesionalmente incompetente.</p> <p>Trabajar con otra/o enfermera/o que considero profesionalmente incompetente.</p> <p>Trabajar con una auxiliar de clínica que considero profesionalmente incompetente.</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 7-3. Artículos del Código Ético de Enfermería potencialmente comprometidos en las situaciones de cuidados enfermeros desarrolladas para la exploración del fenómeno (II)

Área de conflicto ético	Código Ético de Enfermería (CIE) Artículos potencialmente comprometidos	Ítems del cuestionario preliminar
Agencia moral y valores profesionales	<p>Art 1.3. CIE. "La enfermera se cercionará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados".</p> <p>Art. 3.1. CIE. "A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería"</p> <p>Art.2.5 CIE. "Al dispensar los cuidados, la enfermera se cercionará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas".</p>	Sentir estar presionado/da a no dar información clínica al paciente y/o la familia porque el equipo médico se niega a que yo realice esta actividad.
Responsabilidad individual	<p>Art.2.1 CIE. "La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuantas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua"</p>	Tener que realizar algunas intervenciones sin haber participado antes en la decisión de realizarlas en mi paciente.
Tareas docentes	<p>Art 2.3 CIE. "La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad"</p>	Realizar algunas intervenciones que van en contra de mi conciencia y los valores éticos de mi profesión.
Tareas investigación	<p>Art. 3.1. CIE. "A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería"</p>	Sentir el no tener control cuando se presenta una situación éticamente problemática en el Servicio.
Tiempo	<p>Art 3.3 CIE. "La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería"</p>	Tener que llevar alumnos que yo considero no suficientemente preparados para hacer prácticas en mi Servicio.
Gestión recursos	<p>Art. 3.3 CIE. "La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería"</p>	Administrar tratamientos en el contexto de un ensayo clínico o de un trabajo de investigación sin conocer suficientemente toda la información que considero oportuna para realizar esta tarea.
Entorno ético	<p>Art 1.2 CIE. "Al dispensar cuidados la enfermera promoverá un entorno en el que respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad"</p>	Vulnar mis convicciones morales a la hora de atender al paciente debido a la falta de suficiente tiempo para dedicarle.
		Vulnar los estándares éticos de mi profesión debido a la falta de personal que considero suficiente para atender de forma óptima al paciente.
		No disponer de un entorno ético
		Pérdida de estructuras o de elementos de soporte para las cuestiones éticas o toma de decisiones

Fuente: elaboración propia

Validez de contenido del CuCEE

El proceso de validación de un instrumento para medir un fenómeno incluye, en una primera etapa, la validación de contenido con el objetivo de explorar la extensión que abarca este fenómeno y estudiar su relación con otros conceptos relacionados (Argimón & Jiménez, 2000). El procedimiento más utilizado para la validez de contenido es mediante el método de consenso mediante un Comité de Expertos (CEX).

En esta línea, debido a las características del CuCEE, se creyó conveniente constituir dos CEX, uno en el ámbito de la Ética y de la Ética en Enfermería y otro en el ámbito de la Enfermería Intensiva.

Se seleccionaron 8 profesionales experimentados en sus respectivas áreas disciplinares, reconocidos por su labor y trayectoria profesionales. La Tabla 7-4 presenta el nombre²⁸ y el perfil profesional de cada uno de los participantes.

Tabla 7-4. Miembros de los Comités de Expertos participantes en el proceso de validez de contenido

Miembros CE Ética / Ética en Enfermería	Miembros CE en Enfermería Intensiva
Dr. Norbert Bilbeny. Catedrático de Ética de la Universidad de Barcelona (UB). Profesor de la Facultad de Filosofía de la UB.	Sra. Neus Guasch. Coordinadora de Enfermería Área de Vigilancia Intensiva Hospital Clínic Universitari (Barcelona). Miembro Comité Ético Asistencial.
Dra. Begoña Román. Profesora Facultad Filosofía UB. Miembro Comité Bioética Cataluña.	Sra. Pilar Delgado. Enfermera de la Unidad de Críticos del Hospital Sant Pau. Miembro Comité editorial Revista Enfermería Intensiva. Profesora asociada EUI de la UB.
Sra. Montse Busquets. Profesora Titular de Ética y Legislación profesional de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Vocal de la Comisión Dentológica Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB). Vocal Comité Bioética Cataluña.	Sra. Gemma Martínez. Adjunta de Enfermería del Área de Críticos del Hospital Universitari Bellvitge. Miembro Comité Ético Asistencial. Profesora asociada EUI de la UB.
Sra. Ester Busquets. Profesora de Ética y Legislación profesional EUE Vic. Investigadora del Institut Borja de Bioética. Miembro Comisión Deontológica COIB.	Sra. Pilar Rodríguez. Enfermera de la Unidad de Cirugía Cardíaca Área de críticos del Hospital Universitari Bellvitge.

Fuente: elaboración propia

Se procedió a contactar con estos profesionales vía mail y por teléfono. En el primer contacto personal, la autora de la investigación explicó el objetivo principal del trabajo que consistía en participar en un proceso de evaluación en el marco de la validez de contenido de un instrumento para explorar la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos. Posteriormente, se realizaron las entrevistas

²⁸ Los miembros participantes en los Comités de Expertos han dado el consentimiento a la autora para poder detallar sus nombres y perfil profesional en este manuscrito.

personales en los lugares de trabajo de los miembros del Comité y se les facilitó las instrucciones para el proceso de evaluación, el CuCEE y los datos de contacto por si necesitaban contactar con la autora, para resolver dudas u otras cuestiones. Este proceso de evaluación se realizó durante los meses de junio y julio del 2009.

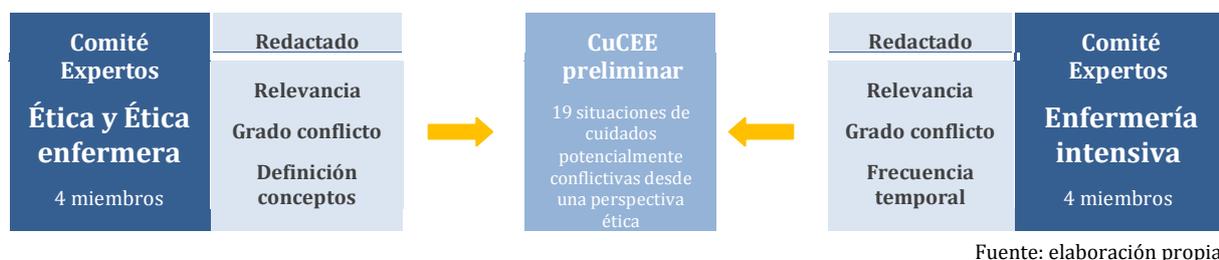


Figura 7-3. Parámetros sobre los que se realiza la valoración de los dos CEx respecto al CuCEE

El proceso de validez de contenido consideró, tal como se detalla en la Figura F7-3 la valoración de cuatro parámetros, que fueron:

- **Redactado.** Se pretendía evaluar la correcta redacción del ítem para describir de forma clara e inequívoca la situación potencialmente conflictiva. La escala de valoración tenía dos categorías: “Si” / “No”. Para esta última opción se invitaba al experto a exponer los motivos que sustentaban su respuesta negativa.
- **Relevancia.** Este parámetro valoraba hasta qué punto la situación que se describía era relevante para explorar la conflictividad ética en un entorno de cuidados del paciente crítico. Las cinco categorías para la valoración iban desde el “Nada relevante” hasta el “Muy relevante”.
- **Grado de conflicto.** Se pretendía valorar el nivel de problema que generaba la situación de cuidados. El formato de respuesta era una escala tipo Likert de cinco opciones que iban desde el “Nada conflictivo moralmente” hasta el “Muy conflictivo moralmente”.
- **Definición de conceptos éticos:** Este parámetro sólo estaba disponible para los miembros del CEx en Ética y Ética en Enfermería. Se describían siete definiciones de los seis tipos de conflicto. Los jueces expertos debían valorar el grado de acuerdo o

- desacuerdo en relación a estas definiciones, a partir de un formato de respuesta tipo Likert de seis opciones, que iban del “Total desacuerdo” al “Total acuerdo”.
- **Frecuencia:** Este parámetro sólo era evaluado por los miembros del CEx en Enfermería Intensiva, donde se pretendía evaluar la periodicidad con la que cada situación se presenta en las Unidades de Cuidados Intensivos y cuidados del paciente crítico. El formato de respuesta era también una escala tipo Likert de 7 opciones desde el “Nunca o casi nunca” hasta “Una o más veces a la semana”.

Además de estos parámetros, los miembros de los dos CEx disponían de un apartado para poder realizar los comentarios y sugerencias que considerasen oportunas.

Análisis de los datos para la validez de contenido

El análisis de los resultados obtenidos se realizó mediante dos técnicas. En primer lugar, el Método Fehring¹ para los datos sobre la *relevancia*, *conflictividad* y *frecuencia*; y, en segundo lugar, el Coeficiente de concordancia de Kendall² para los datos correspondientes a las definiciones de conceptos de ética.

Se utilizaron los programas Excel y PASW 17 para el análisis de los datos.

Las Tablas 7-5, 7-6 y 7-7 muestran los resultados del método Fehring para los parámetros de Relevancia, Conflictividad y Frecuencia respectivamente, destacados en color verde oscuro los valores por encima de .75, en verde los valores entre .50 y .74, y en rojo los valores por debajo de .50. Para cada parámetro, las situaciones que obtuvieron puntuaciones por encima de .75 fueron consideradas muy positivamente para ser incluidas en el cuestionario, junto las que obtenían puntuaciones superiores a .50. Se descartaron las que obtenían puntuaciones inferiores a .50.

¹ El método Fehring es un sistema para el análisis y selección por parte de jueces expertos, utilizado en el ámbito de las taxonomías enfermeras para el proceso de los factores constituyentes de los Diagnósticos Enfermeros. Siguiendo un formato respuesta tipo Likert, se asigna un valor que va del 0 para Nada, .25 para poco, .50 para moderado, .75 para algo y 1 para Muy. Se deben eliminar las respuestas inferiores a .5 y considerar de forma especial las respuestas que obtienen una puntuación por encima de .75.

² El Coeficiente de concordancia de Kendal es una prueba estadística no paramétrica cuyos valores oscilan entre el 0 y el 1. Los valores que se aproximan al 0 deben interpretarse como total desacuerdo y, en el otro extremo, valores próximos a 1 deben interpretarse como total acuerdo entre jueces.

Como puede observarse en las Tablas 7-5 y 7-6, las situaciones 2 y 16 obtienen puntuaciones que sugieren su eliminación del cuestionario. Se elimina sólo la situación 16, puesto que si bien la 2 es poco conflictiva, y también poco relevante, este ítem puntúa muy alto en Frecuencia; por lo que se considera necesario reformularlo e incluirlo en el CuCEE para estudiar la particularidad de situaciones muy frecuentes y si generan o no grados de conflicto ético. En la misma línea, el ítem 13 se muestra poco relevante, a pesar de presentar puntuaciones medias de .50 en Fehring tanto en conflictividad y en frecuencia.

Tabla 7-5. Resultados método Fehring para la variable *relevancia*

S	Ex 1	Ex 2	Ex 3	Ex 4	Ex EI 1	Ex EI 2	Ex EI 3	Ex EI 4	Total
1	1		.75	.75	.75	.25	.75	.25	.58
2	.75		.75	.25	.5	.25	.5	.25	.42
3	1		1	.75	1	.5	1	0	.71
4	1		1	1	1	1	1	1	1
5	1		1	1	1	1	.5	0	.75
6	1		1	.75	.25	.5	.75	.75	.67
7	1		1	1	1	1	1	.75	.96
8	1		1	.75	.75	1	1	1	.92
9	.75		1	.75	1	.75	.5	.75	.79
10	.75		1	.75	1	.25	.75	.75	.75
11	.5		.75	.5	1	.25	.5	.25	.54
12	.75		.75	.5	.25	1	1	.25	.63
13	.75		1	.25	0	.5	.5	.25	.42
14	1		1	1	1	1	1	1	1
15	.75		.75	.75	1	1			.88
16	.5		.75	0	0	.25	.25	0	.21
17	.75		1	.75	1	.75	.75	.25	.75
18	1		.75	1	.75	1	1	.25	.79
19	1		1	1	.75	1	1	.25	.83

Fuente: elaboración propia

Tabla 7-6. Resultados método Fehring para la variable *grado de conflicto ético*

S	Ex 1	Ex 2	Ex 3	Ex 4	Ex EI 1	Ex EI 2	Ex EI 3	Ex EI 4	Total
1	.5	1	.75	.5	.5	.25	.75	.25	.56
2	.75	.75	.75	.25	.25	.25	.5	.25	.47
3	.5	.75	.75	.75	.75	.75	1	.25	.69
4	.5	1	1	1	.75	1	1	1	.91
5	.5	1	.75	1	1	1	1	1	.91
6	.75	1	1	.75	.75	.5	1	1	.84
7	.75	1	1	.25	1	1	.75	.75	.81
8	.5	1	.75	.75	.75	1	1	1	.84
9	.75	.75	1	.75	1	1	.5	1	.84
10	.75	.75	1	.5	1	.5	.75	.75	.75
11	1	.75	.75	.5	.75	.75	.5	.25	.66
12	.5	.75	1	.5	0	.5	1	.5	.59
13	.5	.75	.75	.5	0	.5	.75	.25	.50
14	.5	1	1	1	1	1	1	1	.94
15	.5	1	.75	.75	.75	1			.79
16	.5	.5	.5	.25	0	.5	.25	.25	.34
17	.5	.75	.75	.75	.75	.75	1	.25	.69
18	.5	1	.75	1	1	1	1	.5	.84
19	.5		.75	1	.75	1	1	.75	.82

Fuente: elaboración propia

Por último, en el análisis de la Frecuencia temporal de las situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética, destacaron 12 ítems que obtuvieron puntuaciones muy bajas que sugerían ser eliminadas (Tabla 7-7). Este resultado negativo se atribuyó al sesgo producido por el formato respuesta tipo Likert, puesto, como comentaron tres de los expertos, no acababa de ser suficientemente claro y excluyente, aconsejando su reformulación. Por este motivo, en el diseño del cuestionario definitivo para ser administrado a la muestra de estudio, se optó por modificar la opción de respuesta, siendo ésta más clara.

Una vez analizados los resultados de los tres parámetros estudiados, se procedió a revisar las puntuaciones obtenidas para cada uno de los ítems. Así, se observó cada situación éticamente conflictiva por separado, valorando el resultado obtenido en las tres pruebas realizadas (relevancia, conflictividad, frecuencia). Durante este proceso, se observó que determinados ítems, si bien habían obtenido puntuaciones muy bajas en

frecuencia, habían presentado también valores elevados en conflictividad, motivo por el cual se entendió que estaba justificada su inclusión en el CuCEE definitivo, después de mejorar su contenido.

Finalmente, se procedió a sustituir dos de los ítems eliminados por dos ítems nuevos sugeridos por algunos de los miembros del CE.

Tabla 7-7. Resultados método Fehing para la variable *frecuencia*

S	Ex EI 1	Ex EI 2	Ex EI 3	Ex EI 4	Total
1	.25	1	.5	1	.69
2	.5	1	1	1	.88
3	0	.5	0	.25	.19
4	.5	.75	1	1	.81
5	0	.75	0	0	.19
6	.5	.75	0	.5	.44
7	.25	.75	1	.5	.63
8	0	.75	.25	.75	.44
9	0	.25	.25	.25	.19
10	.25	.25	.25	.25	.25
11	.25	.25	.25	.25	.25
12	.25	.25	.25	0	.19
13	.25	0	.75	1	.50
14	0	.25	.5	.25	.25
15	0	.25			.13
16	.75	.25	.5	.75	.56
17	.25	.5	.25	1	.50
18	0	.5	1	.25	.44
19	0	.25	0	0	.06

Fuente: elaboración propia

Posteriormente, se realizó el cálculo de medias y del coeficiente de concordancia W de Kendall, para medir el grado de acuerdo entre los miembros (Tomas, 2009) del CEx Ética en relación a las definiciones de los cinco tipos o estados morales utilizados en el CuCEE. Para estas pruebas se utilizó el programa PASW Statistics 17. De ellas, destacó que había un grado de acuerdo moderado a la hora de valorar la definición de cada uno de los

tipos y estados descritos en el cuestionario, como así lo confirmó el valor p-valor de .101 (Tabla 7-8). Se comprobó que los valores de W de Kendal se acercaban más a 1 cuando el análisis se reducía a dos tipos de conflictos, concretamente para la angustia y el dilema morales (Tabla 7-9). De forma global, los datos obtenidos sobre el grado de consenso entre los expertos acerca de las definiciones de los cinco tipos de conflictos éticos y un estado moral apuntaron hacia la correcta descripción de éstos.

Por último, en la última fase de la elaboración del CuCEE preliminar, siguiendo las aportaciones de los jueces expertos, se consideró conveniente incluir dos situaciones de cuidados que presentaran como extremos especialmente conflictivos, la escasez de recursos y sobre la primacía de los intereses institucionales por encima de los del paciente. También se reformularon algunas de las situaciones de cuidados.

Tabla 7-8. Resultado del Coeficiente de concordancia de Kendall (I)

Tipo conflicto	Rango promedio
Bienestar moral	2.88
Dilema moral 2	1.88
Angustia moral	3.38
Ultraje moral	1.88

N	4
W de Kendall ^a	.519
Chi-cuadrado	6.231
G1	3
Sig. asintót.	.101

Tabla 7-9. Resultado del Coeficiente de concordancia de Kendall (II)

Tipo de conflicto	Rango promedio
Angustia moral	1.88
Dilema moral 2	1.13

N	4
W de Kendall ^a	.750
Chi-cuadrado	3.000
Gl	1
Sig. asintót.	.083

CuCEE definitivo

El Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE) definitivo es un cuestionario diseñado para explorar la conflictividad ética en Enfermería para ser auto administrado que, conjuntamente con el Cuestionario adjunto sobre datos descriptivos de la muestra y el entorno clínico, se contestan en unos 15 o 20 minutos aproximadamente. Los dos cuestionarios se presentaron en un folleto tamaño DIN-A4 de 6 y 3 hojas, respectivamente. Se incluía en la primera página una carta de presentación donde se explicaba el objetivo, el origen, la directriz de confidencialidad de los datos y el contexto general de la investigación, así como el detalle de las instrucciones para su cumplimentación y entrega a la responsable del servicio o a la autora del estudio.

Como ya se ha ido comentando en apartados anteriores, el CuCEE estaba configurado se presentaban 19 situaciones de cuidados potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética, detalladas en la Tabla 7-10. Estas situaciones se agrupaban en 3 factores generadores de conflicto y en 12 áreas de conflicto ético, distribuidas de forma aleatoria, por lo que los participantes del estudio no podían evidenciar ningún orden u organización. Para cada una de estas situaciones de cuidados, se formularon tres preguntas correspondientes a las variables frecuencia, grado y tipo de conflicto experimentado.

Tabla 7-10. Situaciones de cuidados éticamente conflictivas del CuCEE agrupadas según los factores generadores de conflicto y las áreas de conflicto ético en SMI

Factor generador de conflicto ético	Área de conflicto ético	Situaciones potencialmente generadoras de conflicto ético
Paciente y familia	Consentimiento informado	S2. Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos y los riesgos de éstos.
		S6. Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos (cuando éste da su consentimiento a que ésta sea informada)
	Confidencialidad	S5. Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no le atiende directamente o con terceras personas.
	Intimidad corporal	S18. Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias.
	Intereses y voluntades del paciente	S4. Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la institución sanitaria por encima de los intereses del propio paciente.
		S10. Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente.
S16. Cuidar a un paciente sin conocer si dispone o no de DVA y el contenido de éste documento.		
Equipo, dinámicas de trabajo y recursos institución	Relaciones interprofesionales	S9. Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente.
		S12. Trabajar con un/a enfermero/a o con un/a auxiliar de Enfermería al que considero profesionalmente incompetente.
		S15. Tener dificultades a la hora de dar información oportuna al paciente y/o a la familia porque el equipo médico obstaculiza al profesional enfermero para que realice normalmente esta actividad.
	Agencia moral y valores profesionales	S13. Actuar en contra de las propias convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente.
	Dinámicas de trabajo y organización tareas	S17. Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional enfermero haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos.
	Entorno ético	S19. Carecer de los medios (espacio) y/o de los recursos (tiempo) para plantear en el equipo los problemas éticos que suceden en el servicio.
Gestión de recursos y tiempo	S3. Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la Unidad de críticos sino en una Unidad de hospitalización del centro sanitario.	
	S8. Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que no mejoraran de forma significativa la evolución clínica del paciente ingresado en la Unidad de críticos.	
Tratamientos, técnicas y procedimientos clínicos	Procedimientos y tratamientos	S7. Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y éste está sufriendo.
		S11. Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos demasiado agresivos dado el estado en el que se encuentra el paciente, provocándole un sufrimiento añadido.
	Limitación del esfuerzo terapéutico	S1. Administrar tratamientos y/o realizar pruebas que considero que son innecesarias porque sólo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal.
Tareas de investigación	S14. Administrar tratamientos en el contexto de un ensayo clínico o trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea.	

Fuente: elaboración propia

7.5 Procedimiento

7.5.1 Prueba piloto

Tras el proceso de validez de contenido realizada por el CEx, se llevó a cabo una prueba piloto. El CuCEE se administró a una muestra de 14 enfermeras/os que trabajaban en Unidades de Cuidados Intensivos del Hospital de Sant Pau de Barcelona y del Hospital Universitari de Bellvitge con experiencia asistencial en atención al paciente crítico. En relación a este último centro, los participantes de esta muestra del estudio piloto no formarían parte del estudio principal.

El material que se les facilitó fue, además del CuCEE, una hoja para evaluar cuestiones relativas a la aplicabilidad del cuestionario. Los parámetros sobre los que se les preguntaba en esa evaluación fueron:

- **Tiempo de cumplimentación:** ¿Cuánto tiempo ha necesitado para responder el cuestionario?
- **Longitud del cuestionario:** ¿Le parece demasiado largo?
- **Idoneidad del cuestionario:** ¿Le parece suficientemente completo para abordar los problemas éticos de las enfermeras en UCIs?
- **Claridad en las instrucciones y el cuestionario:** ¿Cree que las instrucciones y las preguntas son suficientemente claras?

Los datos se analizaron mediante el programa Excel. Los resultados revelaron que el tiempo medio de cumplimentación estaba entre los 20 y los 25 minutos; el 49% de los participantes manifestaron que les parecía correcta la longitud del cuestionario; el 72% expresaron que lo consideraban suficientemente completo. Dos profesionales señalaron que alguna situación les parecía demasiado médica.

Finalmente, el 78% manifestaron que las instrucciones y las preguntas les parecían suficientemente claras. Se procedió a revisar el redactado de las situaciones y las opciones de respuesta y se realizaron algunas pequeñas modificaciones en el CuCEE definitivo con el fin de mejorarlo.

7.5.2 Administración de los cuestionarios a la muestra

En el mes de junio de 2009 se contactó personalmente con las direcciones de Enfermería de los hospitales universitarios Bellvitge y Clínic para presentar el proyecto y sus características. Previa entrega de la documentación escrita pertinente a los responsables directivos, se les solicitó autorización para proceder a la tramitación en los respectivos Comités Éticos de Investigación Clínica y posterior implementación del proyecto.

Una vez obtenidas las autorizaciones de las Direcciones de Enfermería y de los respectivos Comités Éticos de Investigación Clínica, en septiembre del mismo año se realizó una entrevista personal con cada una de las responsables de Enfermería de los servicios y, en el caso del Hospital Universitari Bellvitge, también con la Enfermera Adjunta del área de críticos del centro. En esas reuniones se les presentó el proyecto, sus características, criterios de inclusión y exclusión de la muestra; y la dinámica operativa para proceder a la distribución y custodia de los ejemplares y los obsequios correspondientes a los participantes. Se obtuvo en ellas el número total de profesionales enfermeros que trabajaban en el servicio en todos los turnos.

A finales de octubre del 2009 se distribuyeron los cuestionarios por los SMI del Hospital Clínic Universitari. Cada responsable de Enfermería del servicio se encargaba de informar a los profesionales potencialmente participantes sobre el proyecto y hacerles entrega del cuestionario³¹. A mediados del mes de noviembre del 2009, se procedió a realizar la misma dinámica de distribución del material en el Hospital Universitari Bellvitge.

Una vez cumplimentado el cuestionario, los participantes debían entregarlo a la responsable del servicio. La recogida de los cuestionarios finalizó en diciembre de 2009, por lo que el periodo máximo total entre el inicio de la distribución y la recolección del último ejemplar fue de dos meses.

En relación al proceso de distribución global entre los dos centros se distribuyeron 242 ejemplares, de los que se retornaron 236. Dos ejemplares se extraviaron durante el proceso de distribución y dos más se entregaron nuevamente a petición de dos profesionales, con el fin de substituir otros dos en los que habían anotado por error datos

³¹ Se hace referencia al CuCEE y al cuestionario adjunto descriptivo de la muestra.

donde no correspondía, invalidando los ejemplares. De los 236 finalmente retornados, 28 estaban sin cumplimentar. De los 208 cumplimentados restantes, se descartaron 5 ejemplares porque estaban contestados de forma incompleta en la parte de datos socio demográficos o bien en la parte de conflictividad ética, hecho que no posibilitaba su correcto análisis.

Finalmente, los participantes fueron 203 profesionales, cifra que representa el 69'52% de la población de estudio enfermeras y enfermeros de los SMI de los hospitales universitarios Bellvitge y Clínic.

7.5.3 Aspectos éticos

Tal como ya se apuntaba en el apartado anterior, este trabajo de investigación recibió los informes favorables del CEIC del Hospital Universitari Bellvitge, del CEIC del Hospital Clínic Barcelona y de las respectivas Direcciones de Enfermería.

En cada ejemplar de CuCEE se informaba a los participantes sobre la finalidad y autoría de la investigación, sobre la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de los datos. Por ello, el hecho que los participantes devolviesen el cuestionario cumplimentado ya constituía una forma de consentimiento informado.

Por otra parte, su diseño en formato folleto no permitía la visualización de los datos sin ser desplegado completamente, garantizando la confidencialidad del contenido.

En algunos servicios, para la recogida de los cuestionarios se consideró conveniente construir un buzón de cartón precintado para que cada participante depositara en él su ejemplar contestado. Una vez recogidos los ejemplares de CuCEE se asignó un número externo para cada participante con el fin de identificar numéricamente cada sujeto a la hora de introducir los datos en la matriz del PASW.

Los participantes recibían a la entrega del CuCEE cumplimentado un obsequio formado por una carpeta con material profesional sobre bioética, un bolígrafo y unas hojas pequeñas autoadhesivas con el logotipo de la Universidad de Barcelona.

7.6 Análisis estadístico de los datos

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico PASW Statistics 17 y se organizaron en tres grupos de análisis: descriptivo, métrico y bivariante.

7.6.1 Análisis estadístico descriptivo

En la primera fase, se procedió a realizar un primer análisis con el fin de explorar las peculiaridades de las variables y detectar anomalías que pudieran dificultar los análisis posteriores. En esta fase se recodificaron algunas categorías y se definieron e identificaron los valores perdidos.

Seguidamente, se realizó el análisis estadístico descriptivo de los siete grupos de variables con el fin de poder observar las características detalladas de la muestra, del entorno clínico y de las dinámicas de trabajo, así como determinar la frecuencia temporal, el grado de conflicto y la tipología de conflicto éticos.

Posteriormente, se obtuvieron las frecuencias observadas, las acumuladas y los porcentajes, además de realizar una tabulación y crear tablas de contingencia para las variables cualitativas. Se estudiaron las medidas de tendencia central, la media, la mediana y la moda para las variables cuantitativas; y las medidas de variabilidad, varianza y desviación típica, máximos y mínimos y percentiles para la variable IE_{CE} .

Se obtuvieron gráficos de barras y puntos, histograma, diagrama de sectores y gráfico de caja para algunas variables, con el objetivo de destacar algunos datos especialmente relevantes o mejorar la comprensión de otros más complejos.

7.6.2 Análisis métrico del instrumento

Como ya se ha descrito en el apartado 7.4.2, el CuCEE se sometió inicialmente a la validez de contenido mediante la evaluación de dos CEx.

Por otro lado, se analizó la validez de constructo del CuCEE mediante el Análisis Factorial de Componentes Principales (ACP), prueba de reducción de la dimensión, a partir del IE_{CE} , la variable creada del producto entre las variables frecuencia temporal y grado de conflicto, para las 19 situaciones.

Se realizó previamente a la aplicación del ACP, el test de Káiser-Meyer-Olkin (KMO), prueba que tiene por objetivo determinar si la reducción de dimensión de variables está indicada o no. Se consideró que sí estaba indicada la reducción si los valores eran superiores a .70 con un máximo de 1, valores que explican que hay más relación entre las variables apoyando entonces la reducción sin pérdida de información relevante (Guàrdia 2008). En la misma línea, el test o prueba de esfericidad de Bartlett permitió determinar si las variables estaban formando una esfera, cuestión que demostraría que no tendrían relación entre ellas; o bien, estaban formando un ángulo recto, que significaría que sí tendrían relación entre estas variables, mostrándose un valor que tendería a 1 (Guàrdia, Freixa, Però, & Turbany, 2008). Se procedió al ACP con rotación Varimax, observando el gráfico de sedimentación que ayudaría a interpretar la dimensionalidad; y, posteriormente, en función de los resultados sobre la dimensionalidad, se realizó el análisis de componentes rotados con el fin de asegurar la interpretación de los resultados obtenidos en el ACP.

Para estimar la fiabilidad del instrumento se optó por el procedimiento de análisis de la consistencia interna, método basado en las intercorrelaciones entre los ítems del cuestionario, a partir del Coeficiente alfa de Cronbach para la variable IE_{CE} . El Coeficiente α muestra valores comprendidos entre 0 y 1, entendiendo el extremo 0 como sinónimo de elementos independientes y el extremo 1 como dependientes. Para la interpretación de los resultados, se considera como valores óptimos los que se sitúan en $\alpha > .70$ (Gómez, Carreras, Guilera, & Andrés, 2010; Nunnally & Bernstein, 1995; Viladrich, Doval, Prat, & Vall- Llobera, 2008), aunque algunos autores apuntan que si bien en contextos experimentales el valor óptimo puede ser algo inferior a éste en contextos clínicos son

instrumentos de alta fiabilidad aquellos cuyos valores se aproximan a un valor $\alpha = .85$ (Viladrich et al., 2008).

7.6.3 Análisis estadístico bivalente

En una tercera fase del análisis estadístico, se realizaron, con la intención de observar la conformidad de los resultados de la muestra con el modelo teórico hipotetizado, las pruebas de normalidad a partir del Test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro Wilk con el objetivo de observar la bondad de ajuste de las distribuciones (Carrasco, 1995; Carrasco & Hernán, 1993). También se realizó la baremación para la variable IE_{CE} con la intención de determinar el porcentaje de sujetos que obtenían puntuaciones iguales o inferiores a las correspondientes obtenidas.

Posteriormente se realizó el análisis bivalente con el objetivo de estudiar las relaciones entre variables, considerando como variable principal el IE_{CE} y como independientes las diferentes variables cualitativas consideradas en el CuCEE y en el cuestionario adjunto sobre datos descriptivos de la muestra. En esta línea, se analizó en primer lugar el grado de asociación lineal entre las variables cuantitativas edad y IE_{CE} mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), considerando los valores próximos a 1 como una asociación lineal positiva; los valores cercanos a -1 como una asociación lineal negativa; y los valores próximos a 0, indicativos de no asociación (Guárdia et al., 2008; Tomás-Sábado, 2009).

Seguidamente, se analizaron las varianzas con muestras independientes, ANOVA, con el objetivo de comparar las medias de los grupos y comprobar si la variable cuantitativa, en este caso el IE_{CE}, estaba influenciada por las variables cualitativas. Se estudiaron previamente los supuestos de aplicación de la prueba, entre los que había la comprobación de la igualdad de varianzas a partir del Estadístico de Levene (F). También se calculó el tamaño del efecto (Carrasco, 1995; Guárdia et al., 2008; Martín & De Luna, 1998). Se realizaron tablas con el objetivo de recoger y mostrar toda la información y se obtuvieron gráficos de las medias obtenidas.

8. RESULTADOS

8.1 Resultados referentes a las características descriptivas de la muestra y su entorno clínico

Se describen en este apartado un total de veintiuna variables organizadas en seis grupos que detallan el perfil socio demográfico de la muestra estudiada y permiten conocer también algunas características de la dinámica de trabajo del servicio y las estructuras de carácter ético disponibles en la institución.

8.1.1 Datos socio demográficos

La muestra de enfermeras y enfermeros participantes fue de n=203. Se observó que su distribución en los dos centros sanitarios era similar, con un 50.7% (n=103) de profesionales vinculados al Hospital Clínic Universitari y un 49.3% (n=100) al Hospital Universitari de Bellvitge.

Por servicios, los que aportaron mayor proporción de participantes fueron el 1-1 SMI 20.2% (n=41) y 3-2 SMI 12.3% (n=25) seguidos por la UCI Quirúrgica 10.3% (n=21). En el otro extremo, los servicios donde se observó una participación menor fueron el 2-1 SMI 6.4% (n=13) seguido por las UCI Cirugía Cardiaca y UVIR, ambos con el 7.4% (n=15).

En relación a la variable *categoría profesional*, el 94.6% (n=192) fueron enfermeras/os asistenciales, seguido a distancia por el 3.9% (n=8) de enfermeras/os supervisoras/es o clínicas/os y un 1% (n=2) fueron enfermeras adjuntas o responsables de área.

Tabla 8-1. Frecuencias y porcentajes en relación a la variable *turno de trabajo*

Turno de trabajo	n	%
No sabe No contesta	3	15
Mañana	62	30.5
Tarde	57	28.1
Mañana Fines Semana	11	5.4
Tarde Fines Semana	6	3.0
Noche Lunes / Noche Martes	64	31.5
Total	203	100.0

Respecto a la variable *turno de trabajo*, se constató que el porcentaje mayor correspondía al turno de noche, con el 31.5% (n=64); seguido de inmediato por el turno de mañana, con el 30.5% (n=62) y, en tercer lugar, el turno de tarde que agrupaba el 28.1% (n=57) de los profesionales participantes (Tabla 8-1).

En relación a la variable *sexo* se constató que, en la misma línea de ser la Enfermería una profesión mayoritariamente femenina, las mujeres representaban el 83.7% (n= 170) de la muestra frente al 14.8% (n=30) correspondiente a los hombres, observándose una proporción aproximada de 5 enfermeras por cada enfermero, aunque en los servicios UCI Coronarias y 1-1 SMI esta proporción se aproximaba a 2:1 y 3:1 respectivamente.

Respecto a la variable *edad*, 33 de los 203 participantes no hicieron constar este dato a la hora de cumplimentar el CuCEE. De los 170 restantes, se observó que la edad media fue \bar{x} =38.8 años (DT=10.6) y la mediana fue de Md =36 años, con un rango que iba de 23 a 61 años (Figura 8-1). Las edades que aglutinaron más profesionales fueron Mo =33 años (n=13) y 32 años (n=10).

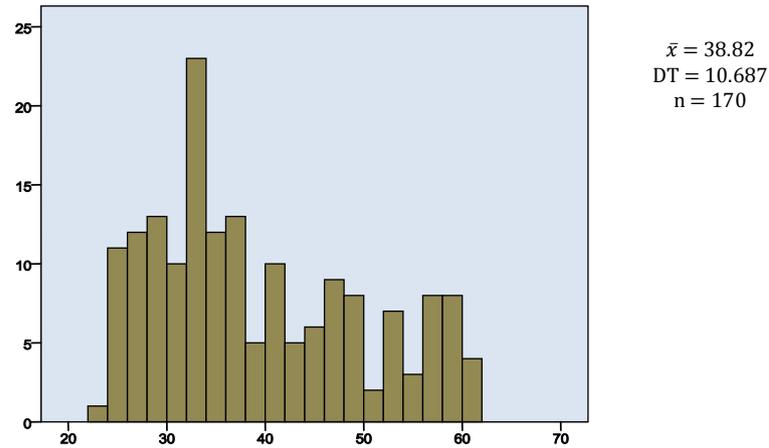


Figura 8-1. Histograma para la variable *edad*

Por grupos, las edades comprendidas entre los 31 a 35 años ($n=37$) y los 26 a 30 años ($n=33$) concentraron mayor número de profesionales, mientras que el 36.7% de la muestra ($n=65$) se distribuyó entre los 41 a más de 60 años, cuestión que explicaría la edad media de 38.8 años.

8.1.2 Datos académicos

El análisis del perfil curricular de los profesionales participantes puso de relieve que el 69% ($n=140$) tenían formación específica en atención al paciente crítico y sólo el 11.8% ($n=24$) tenía formación específica en ética o bioética.

Por servicios, destacaron el 1-1 SMI, con mayor participación y con el porcentaje más alto de profesionales formados en bioética, un 24.4% ($n=10$), seguido de la AVI, con 26.3% ($n=5$) de los profesionales del servicio. (Figura 8-2)

Por último, en los servicios 3-2 SMI y UVIR se observó que el 100% de los profesionales encuestados no tenían formación específica en bioética.

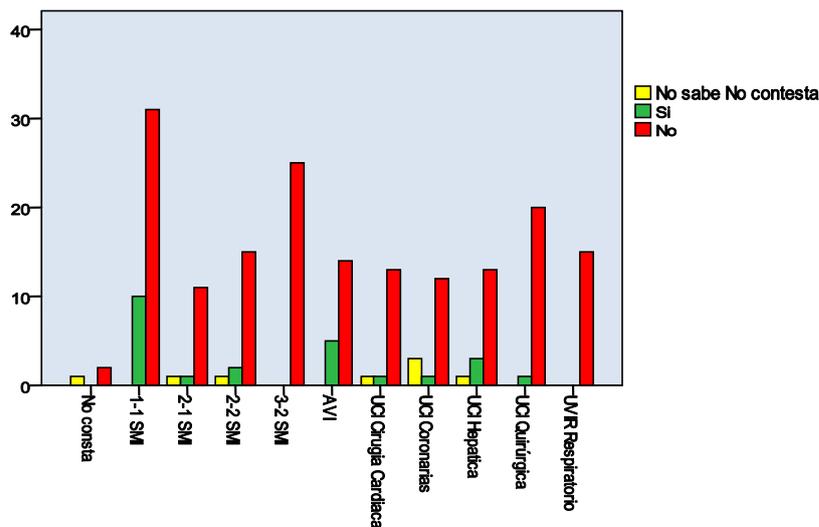


Figura 8-2. Gráfico de barras de frecuencias para la variable *formación específica en bioética* por servicios

8.1.3 Datos profesionales

El examen de la variable *experiencia asistencial* evidenció que el 31.5% (n=64) de los profesionales tenían una práctica asistencial de más de veinte años, resultado que estaba en la línea de lo anteriormente mencionado sobre el hecho que había un porcentaje similar de profesionales mayores de 41 años.

En segundo lugar, se situaba el conjunto de profesionales con una experiencia de entre uno a cinco años, seguida de inmediato por los que tenían una práctica asistencial de entre cinco y diez años (Tabla 8-2). Por servicios, se observó que el 1-1 SMI, donde hubo mayor participación, agrupaba el mayor número de profesionales experimentados, con más de veinte años de experiencia (n=21) y el mayor número de profesionales nóveles (n=7), con uno a cinco años de experiencia profesional.

Tabla 8-2. Frecuencias y porcentajes para la variable *años de experiencia asistencial*

Experiencia asistencial	n	%
No sabe No contesta	2	1.0
Entre uno y cinco años	38	18.7
Entre cinco y diez años	36	17.7
Entre diez y quince años	31	15.3
Entre quince y veinte años	32	15.8
Más de veinte años	64	31.5
Total	203	100.0

Sobre la variable *experiencia profesional en la atención y cuidado del paciente crítico*, los datos revelaron que el 24.6% (n=50) de los profesionales tenían una experiencia de entre uno y cinco años, seguida por el 20.2% (n=42) con una experiencia de entre cinco y diez años. En tercer lugar se situaba el grupo de profesionales con más de veinte años de experiencia en SMI con el 19.2% (n=39). Estos datos permitieron suponer que los profesionales tenían una experiencia asistencial previa cuando se incorporaban a los SMI.

Al estudiar si el profesional *había pensado en algún momento en cambiar de servicio por cuestiones de sobrecarga y/o estrés*, se observó que la opción del “No” era la que agrupaba más enfermeras, con un 44% (n=89), seguida de la opción “A veces” con el 32.6% (n=66) y, por último, la opción del “Sí”, con un 18.3% (n=37) de los profesionales participantes.

En la misma línea de análisis, cuando se preguntó a los participantes *si conocían algún profesional de los SMI que hubiera cambiado de servicio por cuestiones de sobrecarga y/o estrés*, el 76.4% (n=155) optó por el “Sí” frente al 13.3% que optó por el “No” (Figura 8-3).

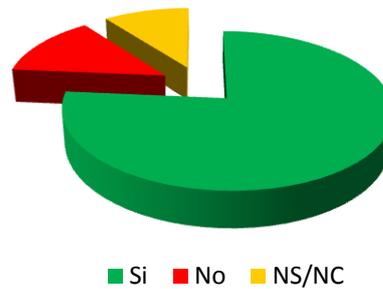


Figura 8-3. Diagrama circular de frecuencias para la variable *conocer algún profesional de UCI que haya cambiado de servicio por cuestiones de sobrecarga y/o estrés*

8.1.4 Comité ético y protocolos de la institución

El análisis de los datos destacó que el 55.2% (n=112) de la muestra estudiada afirmaba no conocer las funciones del Comité Ético de su centro y que el 84.2% (n=171) afirmaba no conocer tampoco el circuito para solicitarle apoyo (Tabla 8-3). El detalle reveló que la AVI, con el 63.1% (n=12), y el 1-1 SMI, con el 43.9% (n=18), eran los servicios donde era mayor el porcentaje de profesionales que decían conocer las funciones del Comité Ético.

Tabla 8-3. Frecuencias y porcentajes para las variables *conocimiento de las funciones del Comité Ético y conocimiento del circuito para solicitar apoyo del mismo*

Sobre Comité Ético del Centro	n Funciones CE	% Funciones CE	n Circuito CE	% Circuito CE
No sabe No contesta	16	7.9	11	5.4
Si	75	36.9	21	10.3
No	112	55.2	171	84.2
Total	203	100.0	203	100.0

Estudiando la variable *percepción sobre la disponibilidad en los servicios de protocolos específicos para tratar problemas de carácter ético*, se constató que el 49.2% (n=100) de los participantes manifestaron que “No”, mientras que un 47.2% (n=96) optó por el “No saben / No contesta”. Sólo el 3.44% (n=7) optó por el “Si”.

Por último, en relación a la variable *creo útil disponer de protocolos específicos para orientarlo en la toma de decisiones de carácter ético*, se observó entre los participantes un acuerdo del 88.2% (n=179) que "Sí" los creían útiles, frente a un 5.9 (n=12) que no creían que lo fueran.

8.1.5 Dinámicas de trabajo en el servicio

En relación a la variable *creo que en el servicio hay un entorno favorable para tratar problemas éticos* se observó que la opción "A veces" era la más frecuente en las respuestas con el 47.3% (n=96) de los profesionales encuestados. Seguidamente, el 29.6% (n=60) contestó que "No" y un 17.2% (n=35) contestó que "Sí".

Otra variable analizada fue la *participación de la enfermera en la toma de decisiones del equipo sobre aspectos clínicos*. Particularmente, la pregunta del CuCEE detallaba la participación en aspectos terapéuticos, procedimientos, pruebas y cuidados del paciente ingresado en el servicio. Respecto a ésta, el 51.2% (n=104) afirmó que lo hacía "A veces", seguido por el 40.4% (n=82) que contestó negativamente y sólo el 8.4% (n=17) optó por el "Sí" (Tabla 8-4).

Tabla 8-4. Frecuencias y porcentajes para las variables *participación en la toma de decisiones y voluntad de participación activa*

Implicación enfermera en toma de decisiones clínicas	n Participación	% Participación	n Voluntad participación activa	% Voluntad participación activa
Si	17	8.4	142	70.0
No	82	40.4	6	3.0
A veces	104	51.2	54	26.6
Total	203	100.0	202	99.5

En la misma línea, al preguntar a los profesionales si les gustaría participar más activamente en la toma de decisiones sobre los aspectos clínicos del paciente, el 70% (n=142) afirmaron que "Sí", frente a un 26.6% que afirmó quererlo hacer "A veces" y, por último, sólo el 3% (n=6) "No" le gustaría participar más activamente en la toma de

decisiones. La Figura 8-4 presenta los resultados por servicios, donde se observa la distribución de la voluntad de participar más activamente en la toma de decisiones.

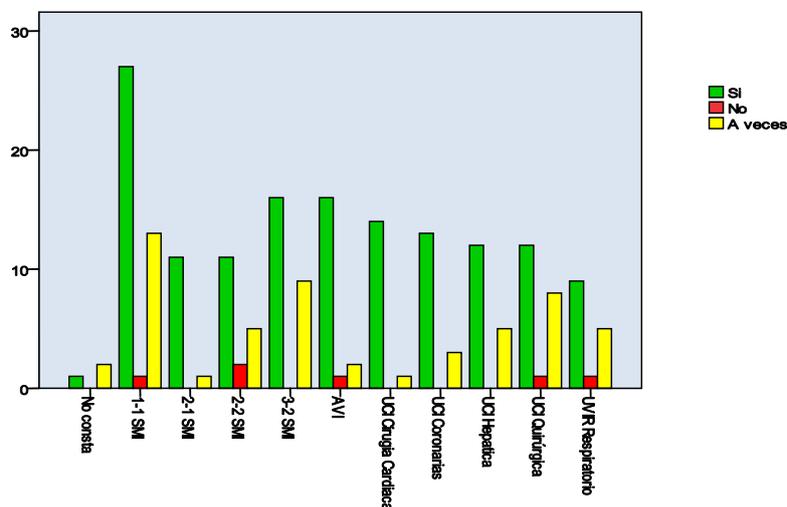


Figura 8-4. Gráfico de barras para la variable *voluntad de participar en la toma de decisiones* según servicios

8.1.6 Circunstancias para el afrontamiento positivo de los conflictos éticos

Finalmente en este primer apartado, en relación al análisis sobre si la formación y la experiencia asistencial eran circunstancias profesionales que situaban a las enfermeras/os en mejores condiciones que otros para afrontar un problema ético derivado de la atención al paciente crítico, los datos mostraron que la mayor parte de los participantes estaban de acuerdo en señalar afirmativamente sobre que estas dos circunstancias eran útiles para el afrontamiento positivo de los conflictos éticos.

Se observó, en primer lugar, que respecto a la variable *el profesional más experimentado está en mejores condiciones para afrontar un problema ético*, el 54.67% (n=111) creía que “Sí” mientras que un 31.52% (n=64) creía que “No” lo estaban.

Respecto a la otra circunstancia estudiada, la variable *la formación en bioética sitúa al profesional en mejor posición para afrontar problemas de carácter ético*, un 58.12% (n=118) de los participantes indicó que “Sí”, mientras que el 25.61% (n=52) escogió la opción del “No sabe/no contesta”, y un 16.25% (n=33) optó por la respuesta negativa.

Al detalle de los servicios, se observó que la respuesta iba en la misma línea afirmativa tanto en los que tenían participantes formados en el área de conocimiento de bioética como en los que no constaba ninguno.

8.2 Resultados referentes al análisis métrico del CuCEE

Se describen en este apartado los resultados de las pruebas del estudio de la fiabilidad y validez de constructo del CuCEE.

Tal como se ha comentado en el apartado 7.6.2, las pruebas sobre la fiabilidad del CuCEE y el Análisis Factorial de Componentes Principales se realizaron a partir del Índice de exposición a la conflictividad ética (IE_{CE}) para las 19 situaciones planteadas.

8.2.1 Fiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna

El análisis de la consistencia interna puso de manifiesto un valor Alfa de Cronbach de .882 (.887 basada en elementos tipificados) para las 19 situaciones, a partir de una n=164 que correspondía a los sujetos que contestaron el CuCEE de forma completa.

Se calculó también el valor Alfa excluyendo cada uno de los 19 Ítems, observándose que éste se situaba entre $\alpha = .871$ y $\alpha = .881$ (Tabla 8-5). Estos valores, si bien se mostraron óptimos al ser superiores a .70, apuntaban a una alta fiabilidad al aproximarse a un valor

$\alpha = .85$, recomendado como desable por Viladrich et al. (2008) para el uso de los instrumentos en el ámbito clínico.

Tabla 8-5. Alfa de Cronbach y varianza si se elimina cada ítem del CuCEE

	Alfa de Cronbach si se elimina al elemento	Media de la escala si se elimina de elemento	Varianza si se elimina el elemento
Ítem 1	.876	171.21	4702.386
Ítem 2	.875	173.88	4624.618
Ítem 3	.877	174.59	4672.146
Ítem 4	.878	172.21	4617.650
Ítem 5	.880	175.46	4729.109
Ítem 6	.876	176.96	4613.520
Ítem 7	.877	167.93	4580.547
Ítem 8	.875	170.54	4623.636
Ítem 9	.874	171.45	4454.678
Ítem 10	.877	177.49	4715.773
Ítem 11	.871	171.60	4471.701
Ítem 12	.881	170.95	4723.593
Ítem 13	.876	171.32	4452.819
Ítem 14	.875	175.28	4573.025
Ítem 15	.876	176.75	4540.385
Ítem 16	.880	172.97	4593.306
Ítem 17	.873	169.84	4497.324
Ítem 18	.880	171.91	4594.054
Ítem 19	.876	170.02	4486.515
Media escala 182.35; Varianza escala 5084.242			

8.2.2 Validez mediante el Análisis Factorial de Componentes Principales

Para analizar la dimensionalidad del CuCEE se realizó un Análisis Factorial de Componentes Principales (ACP), método exploratorio, mediante el método de rotación Varimax, considerando por tanto que los componentes son totalmente independientes

entre sí, a partir de la variable IE_{CE} que vinculaba los parámetros de frecuencia y grado de forma conjunta para cada una de las 19 situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética. Los resultados del test Kaiser-Meyer-Olkin de .871 y el test de esfericidad de Bartlett de $\chi^2 = 998.505$, con $Gl=171$ (grados libertad) y $p < .001$, apuntaron que era viable el estudio de la reducción de la dimensión del CuCEE.

Tabla 8-6. Análisis Factorial de Componentes Principales

	Componentes			
	Componente1	Componente2	Componente3	Componente4
Ítem 11	.737			
Ítem 17	.655	-.515		
Ítem 1	.643			
Ítem 2	.629			
Ítem 8	.625			
Ítem 9	.623			
Ítem 14	.616			
Ítem 6	.601			
Ítem 3	.582			
Ítem 15	.582			
Ítem 13	.578			
Ítem 10	.577			
Ítem 19	.564			
Ítem 7	.558			
Ítem 4	.534			
Ítem 18	.466			
Ítem 16	.466	-.531		
Ítem 12			.530	
Ítem 5	.439			.538

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a 4 componentes extraídos.

Una vez realizado el ACP, se evidenció que había un componente, Componente 1, que explicaba la máxima variabilidad posible, el 33.414 % de la varianza, hecho que permitió apuntar a la unidimensionalidad del CuCEE. Se observó también que todos los ítems obtenían puntuaciones superiores a .40, dato que apuntaba hacia la idoneidad de cada uno de éstos para medir el fenómeno (Tabla 8-6).

El gráfico de sedimentación acabó de confirmar la unidimensionalidad (Figura 8-5). Aún así, para la exposición de los resultados en apartados posteriores, se creyó conveniente agrupar los ítems según estuvieran vinculados al paciente y la familia; al equipo, dinámicas de trabajo y recursos de la institución; y, finalmente, a las técnicas y procedimientos, con el único objetivo de facilitar la comprensión de los resultados obtenidos en relación a las situaciones de cuidados.

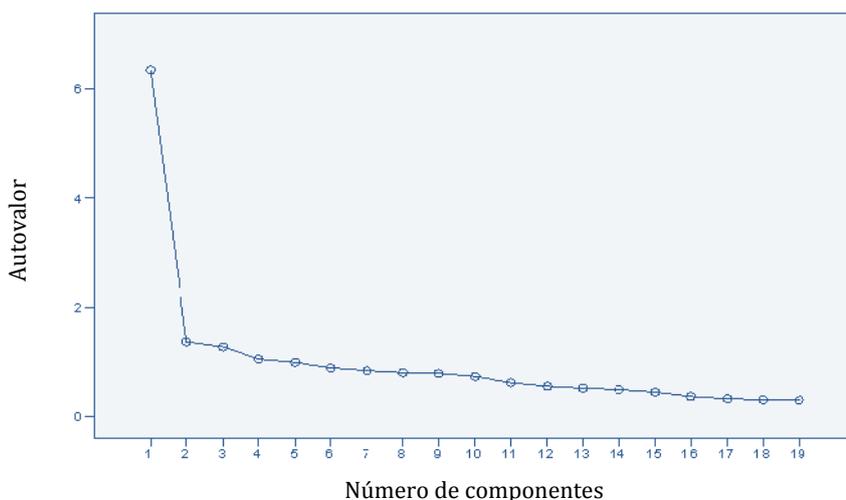


Figura 8-5. Gráfico de sedimentación

8.3 Resultados referentes al fenómeno de la conflictividad ética

En este último apartado del capítulo se detallan, en el marco del análisis descriptivo y del multivariante, los resultados obtenidos que tratan sobre el fenómeno de la conflictividad ética como tal.

8.3.1 Frecuencia temporal y grado de conflicto según las situaciones de cuidados

El análisis descriptivo de la variable *frecuencia temporal* para cada una de las 19 situaciones del CuCEE, destacó lo siguiente:

- Las situaciones más frecuentemente experimentadas según la percepción de los participantes, fueron para la categoría “**Al menos una vez a la semana**”,
 - S17-Sin participar en decisiones, con el 49.2% (n=98),
 - S16-Cuidar paciente sin conocer DVA, con un 48.7% (n=96),
 - S18-Descuidar la intimidad corporal del paciente, con el 27.4% (n=55).

- Para la categoría “**Al menos una vez al mes**”,
 - S7-Analgésia insuficiente, con un 43.3% (n=87),
 - S8-Todos los recursos sin mejoría, con el 38.1% (n=77),
 - S3-Mejor en planta que en UCI 31.7% (n=64).

- Las situaciones algo frecuentes “**Al menos una vez cada seis meses**”, fueron:
 - S1-Tratamiento innecesario que prolonga muerte, con el 40.6% (n=82);
 - S11-Tratamiento demasiado agresivo, con un 29.6% (n=60),
 - S4-Priorizar intereses del servicio, con el 27.2% (n=55).

- Las situaciones muy poco frecuentes, con una periodicidad percibida de “**Casi nunca**”, fueron:
 - S15- Médico obstaculiza enfermera, con el 35.5% (n=71),
 - S10-Familia contra paciente, con el 32.5% (n=65),
 - S6-Familia no sabe objetivos ni riesgos, con el 31.5% (n=63).

Finalmente, no se observó ninguna situación que con unas frecuencias percibidas de “**Al menos una vez al año**” o “**Nunca**” agruparan una mayoría de los profesionales encuestados. Para mayor detalle, puede consultarse en el apartado de Anexos la Tabla sobre las frecuencias y porcentajes respecto a la variable *frecuencia temporal con la que se presentan las situaciones de cuidados* éticamente conflictivas.

En relación a la variable *grado de conflicto ético*, analizada también de forma independiente de la frecuencia temporal que se presentaban las situaciones de cuidados, destacó lo siguiente:

- Las situaciones de cuidados mayoritariamente percibidas para la categoría “**Muy problemático**”, fueron:
 - S7-Analgésia insuficiente, con un 49.7% (n=99),
 - S9-Trabajar con un médico incompetente, con el 45.2% (n=90),
 - S11-Tratamiento demasiado agresivo, con el 38.7% (n=77),
 - S2-Trabajar con enfermera incompetente, con el 38.3% (n=77).

- Para la categoría “**Moderadamente problemáticas**”,
 - S1-Tratamiento innecesario que prolonga muerte, con el 38.8% (n=78),
 - S13-En contra de mis convicciones, con el 32.2% (n=64),
 - S8-Todos los recursos sin mejoría, con un 31.2% (n=63),
 - S4-Priorizar intereses del servicio, con el 30.7% (n=61).

Las situaciones de cuidados percibidas mayoritariamente como “**Algo problemáticas**”, fueron:

- S1- Tratamiento innecesario que prolonga muerte, con el 38.3% (n=77),³²
- S2-Paciente no sabe objetivos ni riesgos, con el 31.2% (n=62),
- S19-Dificultades para plantear conflictos, con un 29.7% (n=58),

³² La S1- Tratamiento innecesario que prolonga un proceso de muerte irreversible obtiene puntuaciones similares en las categorías Moderadamente problemático y Algo problemático. Puede observarse en anexos el resto de las puntuaciones obtenidas, para éste y el resto de ítems.

- S18-Descuidar intimidad corporal del paciente, con el 28.4% (n=56).
- Las situaciones de cuidados percibidas como “**Poco problemáticas**”, fueron:
- S3-Mejor en planta que en UCI, con el 36.1% (n=73),
 - S5-Quebrantar la confidencialidad, con el 22.6% (n=44),
 - S6-Familia no sabe objetivos ni riesgos, con el 21% (n=41).

Para mayor detalle de estos datos, puede consultarse en el apartado de Anexos la tabla correspondiente a las frecuencias y los porcentajes respecto a la variable *grado de conflicto ético experimentado* para cada una de las 19 situaciones del CuCEE.

8.3.2 Exposición a la conflictividad ética

El análisis de la exposición al fenómeno de la conflictividad ética se realizó a partir de la observación del IE_{CE} y su distribución en la muestra. De los 203 participantes sólo 164 habían experimentado alguna vez o más la totalidad de las 19 situaciones de cuidados planteadas en el CuCEE.

A nivel descriptivo, las medidas de tendencia central mostraron una media de $\bar{x} = 182.35$ y una mediana de $Md = 174$, para un máximo de IE_{CE} = 389 (Figura 8-6). Ambos valores, junto a los resultados de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (estadístico= .095; gl 164; p= .001) y del Test de Shapiro-Wills (estadístico= .096; gl 164; p= .004) indicaron que el fenómeno observado en la muestra no se ajustaba a la curva normal, a pesar de que las diferencias eran mínimas y existía una tendencia a la simetría, como se muestra en la Figura 8-6. Este hecho se hacía especialmente evidente si se consideraban independientemente los valores *outsiders* correspondientes a los sujetos que presentaban un IE_{CE} extremo comparado con el resto de la muestra (Figura 8-7).

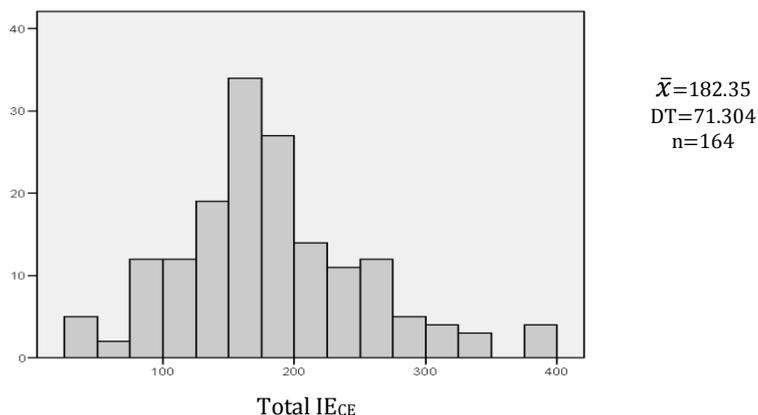


Figura 8-6. Histograma de frecuencias sobre la distribución del IE_{CE} en la muestra

En la misma línea de la observación del fenómeno, tal como se aprecia en el gráfico de caja o *box-plot* (Figura 8-8) para una n=164, el mínimo de los valores del IE_{CE} observados se situó en 31 y el mayor en 348, aunque se apreció que cinco sujetos, *outsiders*, obtenían valores superiores desplazando este máximo cerca de IE_{CE} = 389.

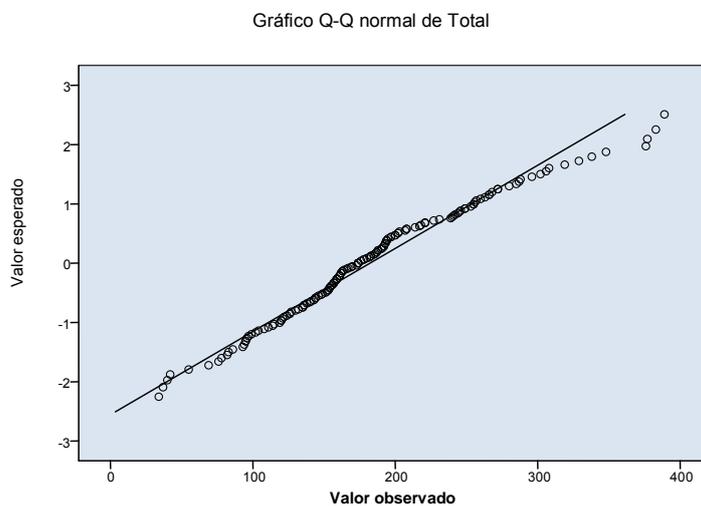


Figura 8-7. Gráfico de puntos sobre los valores observados en la muestra y su relación con los valores esperados en una curva normal

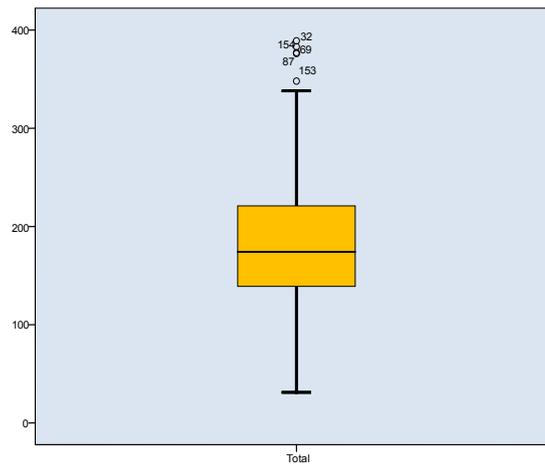


Figura 8-8. Gráfico de caja para la distribución de las puntuaciones del IE_{CE}

Las pruebas de estimación de robustez mostraron una aproximación al valor de la mediana, $Md = 174$, cuestión que permitió añadir mayor firmeza a los resultados obtenidos sobre la distribución de la muestra en relación a la exposición a la conflictividad ética en enfermería (Tabla 8-7).

Tabla 8-7. Estimadores de robustez vinculados a las pruebas de normalidad del IE_{CE}

Estimadores-M				
	Estimador-M de Huber ^a	Biponderado de Tukey ^b	Estimador-M de Hampel ^c	Onda de Andrews ^d
Total	175.91	173.28	176.27	173.21

a. La constante de ponderación es 1.339.

b. La constante de ponderación es 4.685.

c. Las constantes de ponderación son 1.700, 3.400 y 8.500.

d. La constante de ponderación es $1.340 \cdot \pi$.

Finalmente, la baremación a partir de la variable IE_{CE} permitió determinar el porcentaje de sujetos que obtenían puntuaciones iguales o inferiores a las correspondientes. Se observó que en el percentil 25 el valor del IE_{CE} era de 138.50 y para el percentil 75 fue de 221.50, valores que revelaron que, a nivel general, la muestra presentaba una exposición moderada al fenómeno. Se detalla en la Tabla 8-8 el resultado de la baremación.

Tabla 8-8. Baremación para la variable IE_{CE}

Percentiles	5	10	25	50	75	90	95
Valores IE _{CE}	76.50	95.50	138.50	174	221	276	316.25

8.3.3 Exposiciones extremas a la conflictividad ética: características de los sujetos y de los cuidados

El análisis de los datos tenía por objetivo también indagar sobre las características de los sujetos que obtenían puntuaciones extremas, ya fueran bajas o altas, en relación al IE_{CE}; y qué situaciones de cuidados destacaban según las combinaciones posibles³³ entre la frecuencia temporal y el grado de conflicto generado.

En relación al estudio de las características de los sujetos, los datos mostraron que cinco participantes obtenían unos valores de IE_{CE} bajos y, tal y como ya se apuntaba en el apartado anterior, otros cinco obtenían puntuaciones mayores al límite superior observado en la muestra, que era de IE_{CE}=348 (Figura 8-8).

Aunque fuera especialmente problemático para el profesional enfermero estar expuesto a niveles altos de conflictividad ética, era también interesante para la exploración del fenómeno observar las características que envolvían los sujetos que presentaban niveles bajos de IE_{CE}. Con este objetivo, se realizó un análisis de las variables que describían las circunstancias personales, profesionales e institucionales de los dos grupos de sujetos. Puesto que era un objetivo fundamental de este estudio proteger la identidad de los sujetos y no mostrar detalles que directa o indirectamente pudiesen asociarse a su persona, se explican aquí únicamente los datos relevantes que permiten explicar en lo posible las puntuaciones IE_{CE} obtenidas en uno u otro extremo.

³³ Sobre las combinaciones posibles de estas variables, nos referimos a muy frecuente – muy conflictiva; muy frecuente – poco conflictiva; poco frecuente – muy conflictiva, poco frecuente y poco conflictiva.

En esta línea de estudio, analizando los cinco sujetos que presentaron niveles bajos de exposición a la conflictividad ética, $IE_{CE} < 42$ (rango 0 - 475), se observó, como era de esperar, que tenían en relación a las situaciones una frecuencia temporal baja y un grado de conflictividad que iba del poco al moderadamente conflictivo. Se identificaban con estados morales correspondientes a las categorías de indiferencia y bienestar morales en varias de las situaciones del CuCEE, aunque también se observaron otras categorías asociadas a diferente complejidad de problemática ética.

Por otra parte, los cinco sujetos que obtuvieron un $IE_{CE} > 348$ tenían una frecuencia temporal alta y mayor grado o intensidad de conflicto experimentado. Se identificaban fundamentalmente con el estado moral de Indignación, aunque también se observaron otras categorías.

Al comparar los dos grupos se observó lo siguiente:

- Las edades de los sujetos que obtienen puntuaciones bajas y altas de IE_{CE} eran similares.
- Los sujetos con niveles bajos de IE_{CE} tenían mayor experiencia asistencial y de atención al paciente crítico que los sujetos con puntuaciones altas de IE_{CE} .
- Los sujetos de los dos grupos tenían formación específica en atención al paciente crítico.
- Los sujetos con niveles bajos de IE_{CE} no tenían formación específica en bioética y algunos de los sujetos con niveles altos de IE_{CE} sí.
- Los sujetos con niveles bajos de IE_{CE} percibían el entorno favorable o a veces favorable para plantear conflictos éticos, mientras que los sujetos con niveles altos de IE_{CE} no lo percibían favorable.
- Los sujetos con niveles altos de IE_{CE} manifestaban que nunca participaban en la toma de decisiones a pesar de tener voluntad de hacerlo, mientras que los de niveles bajos de IE_{CE} participaban a veces.
- Algunos de los sujetos con niveles altos de IE_{CE} habían pensado en cambiar de servicio por cuestiones de sobrecarga o estrés.

También con el objetivo de indagar sobre las características de las exposiciones extremas, en relación a las situaciones de cuidados, se observó lo siguiente:

- Las situaciones de cuidados percibidas como **frecuentes y conflictivas** eran :
 - S7-Analgésia insuficiente.
 - S8-Todos los recursos sin mejoría.

- Las situaciones de cuidados percibidas como **poco frecuentes y conflictivas** fueron:
 - S9-Trabajar con médico incompetente.
 - S11-Tratamientos demasiado agresivos.

- Las situaciones de cuidados experimentadas como **frecuentes y poco conflictivas** fueron:
 - S18-Descuidar intimidad corporal del paciente.
 - S3-Mejor planta que en UCI.

- La situación de cuidados experimentada como **poco frecuente y poco conflictiva** fue:
 - S6-Familia no sabe.

8.3.4 Tipología de conflicto ético y estructura organizativa

Los resultados del análisis descriptivo general en relación al tipo de conflicto ético más frecuentemente experimentado por los profesionales participantes, independientemente de la frecuencia temporal con la que se producían las situaciones conflictivas y el grado de conflicto percibido, era la **indignación moral**, mayoritario en 10 de las 19 situaciones del

CuCEE, con un porcentaje que osciló entre el 15.8 y el 44.3%, en función de las situaciones conflictivas.

En segundo lugar, se situaba la **angustia moral** presente en 5 de estas 19 situaciones, con un porcentaje de entre 14.8 a 41.1%. En tercer y cuarto lugar si situaron, respectivamente, la **indiferencia y el dilema morales**, estados que agruparon mayor número de sujetos en 2 de las 19 situaciones de cuidados, con unos porcentajes máximos del 34 y del 16.3%, respectivamente. Por último, la **incertidumbre moral** sólo fue la opción que agrupó mayor número de participantes en una situación de cuidados, con el 25.6%.

En relación al **bienestar moral**, no se observó ninguna situación de cuidados que fuera escogida de forma mayoritaria por los profesionales participantes. Aunque estos datos aportaron una idea global sobre la tipología de conflictos más experimentados, estos resultados sufrían ligeras variaciones cuando se analizaron según las UCIs.

En el marco de un análisis de los datos más complejo sobre las variables referentes a la conflictividad ética puede apuntarse que, en la misma línea de lo hipotetizado en el modelo teórico planteado presentado en el capítulo cuarto, hay una relación significativa entre el IE_{CE} y la tipología de conflictos, pudiéndose establecer un orden lógico entre los diferentes tipos de conflicto ético y los extremos de conflictividad. Así, se confirma el hecho de que la relación entre estos tipos de conflictos éticos en enfermería no es desorganizada sino que sigue una ordenación gradual de menor a mayor exposición, cuestión fundamental a la hora de comprender el fenómeno de la conflictividad ética como tal.

Tal como se muestra en la Tabla 8-9 sobre los resultados de la prueba ANOVA, el valor F y el nivel de significación permitieron aceptar la presencia de una relación entre el IE_{CE} y el tipo de conflicto. A partir del tamaño del efecto, ϵ^2 , se constató que el IE_{CE} era capaz de explicar entre un 30% y un 50% de la variabilidad global del tipo de conflicto ético. Concretamente, se observó que un 33 y un 37% de la variabilidad para 5 de las 19 situaciones de cuidados planteada en el CuCEE (ÍTEM 1, ÍTEM 5, ÍTEM 11, ÍTEM 18, ÍTEM 20); un 40% y un 49% para 8 situaciones (ÍTEM 2, ÍTEM 4, ÍTEM 6, ÍTEM 9, ÍTEM 13, ÍTEM 14, ÍTEM 15, ÍTEM 16) y un 52% y 57% para 4 de estas situaciones (ÍTEM 7, ÍTEM 8, ÍTEM 12, ÍTEM 17). Para las dos situaciones restantes, el valor de ϵ^2 permitió explicar un 62% de la variabilidad para una situación de cuidados (ÍTEM 19) y un 71% para la otra (ÍTEM 3).

De forma generalizada se observó que niveles bajos del IE_{CE} correspondían al tipo Indiferencia moral especialmente, pero también al de bienestar moral. En los niveles intermedios se situaron los tipos incertidumbre y dilema morales; y en los extremos de mayor IE_{CE}, estuvieron los tipos de angustia e indignación morales. Para observar esta ordenación fueron especialmente paradigmáticas las situaciones de cuidados S1, S3, S4, S10 y S17 (Figura (s) 8-10).

Tabla 8-9. ANOVA del IE_{CE} para tipo de conflicto ético (I)

Ítems IE _{CE}	Indiferencia moral	Bienestar moral	Incertidumbre moral	Dilema moral	Angustia moral	Indignación moral	F	gl	Sig.	ε ²
ÍTEM 1 TRATAMIENTO INNECESARIO PROLONGA MUERTE	3.25±0.957 n=4	5.83±3.817 n=6	9.47±3.060 n=30	11.19±4.408 n=31	12.02±3.917 n=57	12±5.082 n=71	6.422	5.198	.001	.377
ÍTEM 2 PACIENTE NO SABE OBJETIVOS NI RIESGOS	4.86±4.348 n=14	8.12±3.912 n=26	8.34±3.857 n=29	8.83±5.024 n=41	10.38±6.326 n=47	11.35±6.278 n=23	3.581	5.179	.004	.441
ÍTEM 3 MEJOR INGRESADO EN PLANTA QUE UCI	4.87±3.650 n=69	5.50±2.742 n=28	7.60±4.210 n=20	9.92±4.522 n=12	11.26±4.591 n=35	12.53±5.582 n=32	21.827	5.195	.001	.711
ÍTEM 4 PRIORIZAR INTERESES DEL SERVICIO	3.15±3.211 n=13	5.80±4.494 n=5	6.79±4.341 n=19	9.50±5.042 n=20	11.16±5.540 n=58	13.87±5.734 n=67	13.247	5.181	.001	.481
ÍTEM 5 QUEBRANTAR CONFIDENCIALIDAD	4.15±3.094 n=26	4.28±3.322 n=18	7.77±5.354 n=22	9.27±4.752 n=33	10.63±5.153 n=27	11.52±6.690 n=29	9.857	5.154	.001	.371
ÍTEM 6 FAMILIA NO SABE	3.04±2.422 n=24	4.94±4.452 n=18	4.96±3.948 n=23	8.78±4.989 n=18	10.64±6.020 n=28	10.46±6.332 n=26	10.365	5.136	.001	.466
ÍTEM 7 ANALGESIA INSUFICIENTE	Sin variabilidad	8.92±6.381 n=26	9.80±6.648 n=5	12.73±4.267 n=15	15.02±5.234 n=59	16.29±6.768 n=90	7.609	4.165	.001	.543
ÍTEM 8 TODOS RECURSOS SIN MEJORÍA	8.50±5.778 n=10	6.81±3.317 n=27	9.83±4.793 n=35	11.40±3.817 n=20	12.86±3.645 n=44	15.13±6.041 n=60	14.227	5.195	.001	.532
ÍTEM 9 TRABAJAR CON MÉDICO INCOMPETENTE	3.80±3.56 n=5	4.71±5.057 n=7	7.46±4.841 n=13	11,10±7.838 n=10	11.51±6.497 n=45	13.05±7.175 n=104	4.688	5.183	.001	.442
ÍTEM 10 FAMILIA CONTRA PACIENTE	2.50±1.291 n=4	4.38±3.462 n=8	5.61±3.238 n=18	7.24±3.745 n=25	7.64±3.880 n=45	8.08±5.372 n=37	2.652	5.136	.026	.339

Media ± Desviación Típica; gl, grados de libertad; significación si p < 0.05. ε² es tamaño del efecto

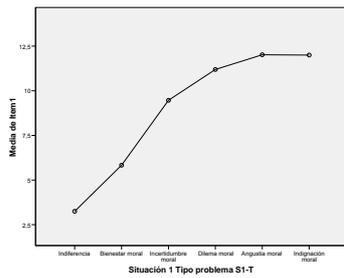
Fuente: elaboración propia

Tabla 8-9. ANOVA del IE_{CE} para tipo de conflicto ético (II)

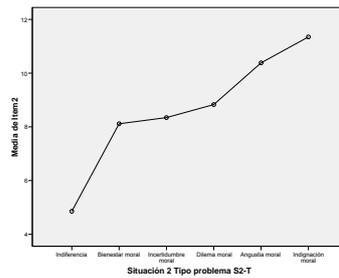
Ítems IE _{CE}	Indiferencia moral	Bienestar moral	Incertidumbre moral	Dilema moral	Angustia moral	Indignación moral	F	gl	Sig.	ε ²
ÍTEM 11 TRATAMIENTOS DEMASIADO AGRESIVOS	6±4 n=3	6.13±3.227 n=8	8.33±3.773 n=15	8.92±4.672 n=25	11.46±5.137 n=59	13.04±6.468 n=81	5.300	5.190	.001	.331
ÍTEM 12 TRABAJAR CON ENFERMERA INCOMPETENTE	3.75±2.866 n=8	9.67±6.417 n=18	8.36±4.545 n=11	9.82±5.114 n=17	10.78±5.551 n=54	13.24±6.705 n=89	5.392	5.196	.001	.521
ÍTEM 13 EN CONTRA DE MIS CONVICIONES	Sin variabilidad	6.00±7.234 n=7	10.86±6.094 n=7	9.33±4.842 n=24	13.04±6.412 n=84	15.69±7.606 n=39	5.052	4.161	.001	.411
ÍTEM 14 PARTICIPAR EN ENSAYO CLÍNICO SIN CONOCER	4±2.537 n=24	2±0.632 n=6	6.54±3.415 n=52	7.06±4.832 n=18	10.39±6.162 n=23	13.10±6.518 n=41	16.456	5.163	.001	.481
ÍTEM 15 MÉDICO OBSTACULIZA ENFERMERA	1.67±0.651 n=12	2.92±2.296 n=26	6.42±4.870 n=12	6.45±4.696 n=31	11.87±6.778 n=23	14.06±8.366 n=32	17.024	5.135	.001	.454
ÍTEM 16 CUIDAR PACIENTE SIN CONOCER DVA	6.57±3.365 n=44	7.15±4.723 n=13	11.49±5.700 n=35	11.50±6.061 n=18	16.55±6.428 n=20	17.26±8.535 n=23	15.562	5.152	.001	.492
ÍTEM 17 SIN PARTICIPAR EN DECISIONES	7.57±3.048 n=30	9±5.679 n=17	11.61±4.663 n=33	13.90±5.160 n=20	15.72±5.196 n=39	16.49±7.272 n=43	13.783	5.181	.001	.574
ÍTEM 18 DESCUIDAR INTIMIDAD CORPORAL	6.72±4.309 n=12	8.52±6.165 n=42	7.95±4.785 n=20	9.44±4.592 n=18	13.04±6.846 n=45	16.79±7.345 n=38	10.932	5.174	.001	.332
ÍTEM 19 DIFICULTADES PARA PLANTEAR CONFLICTOS	4.63±2.560 n=8	6.14±6.011 n=14	10.11±5.455 n=36	9.79±4.681 n=24	14.60±6.259 n=40	18.40±6.588 n=53	19.732	5.174	.001	.622

Media ± Desviación Típica; gl, grados de libertad; significación si p < 0.05. ε² es tamaño del efecto

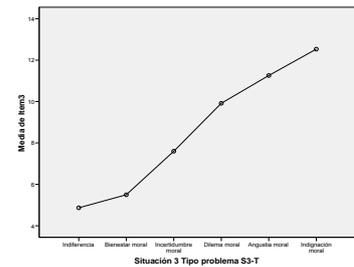
Fuente: elaboración propia



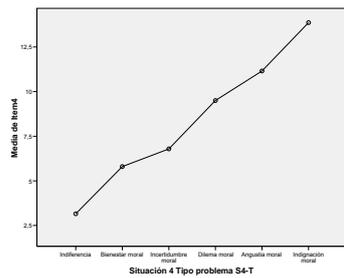
S1. TRATAMIENTO INNECESARIO QUE PROLONGA MUERTE.



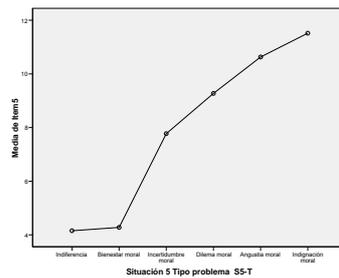
S2. PACIENTE NO CONOCE RIESGOS.



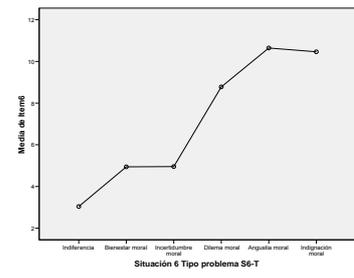
S3. MEJOR INGRESADO EN PLANTA QUE EN UCI.



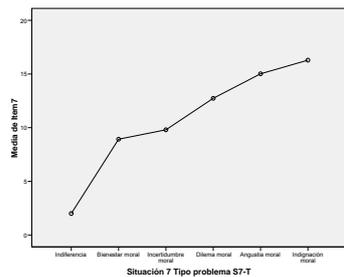
S4. PRIORIZAR INTERESES DEL SERVICIO.



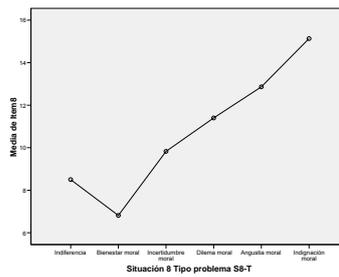
S5. QUEBRANTAR LA CONFIDENCIALIDAD.



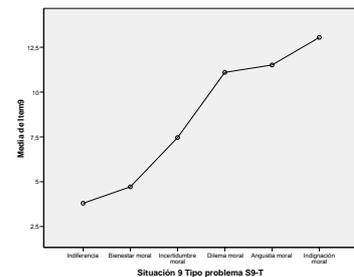
S6. FAMILIA NO SABE RIESGOS.



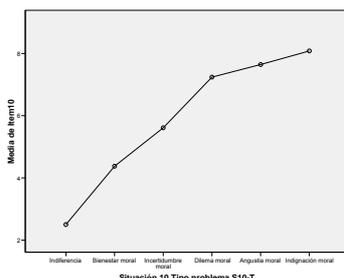
S7. ANALGESIA INSUFICIENTE.



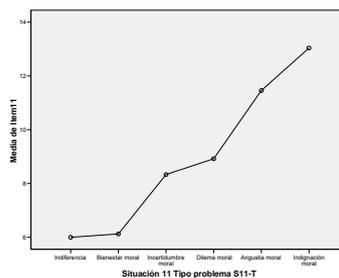
S8. TODOS LOS RECURSOS SIN MEJORÍA.



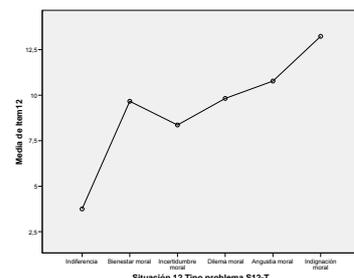
S9. TRABAJAR CON MÉDICO INCOMPETENTE.



S10. FAMILIA CONTRA PACIENTE.



S11. TRATAMIENTOS DEMASIADO AGRESIVOS.

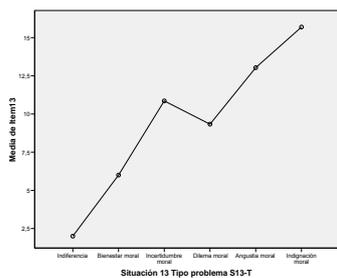


S12. TRABAJAR CON ENFERMERA INCOMPETENTE

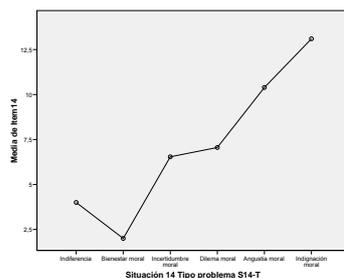
Fuente: elaboración propia

Figura (s) 8-9. Gráficos para las medias del IE_{CE} para la variable *tipo de conflicto* para cada una de las 19 situaciones de cuidados del CuCEE (I)

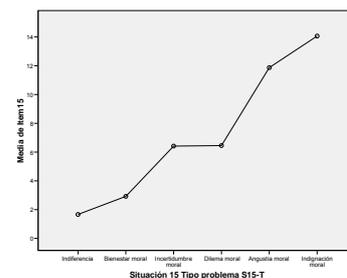
(por orden: indiferencia moral, bienestar moral, incertidumbre moral, dilema moral, angustia moral e indignación moral)



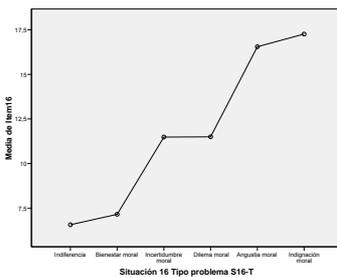
S13. EN CONTRA DE MIS PROPIAS CONVICCIONES.



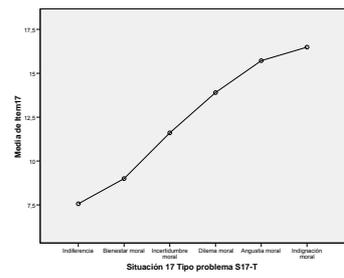
S14. PARTICIPAR EN ENSAYO CLÍNICO SIN CONOCER.



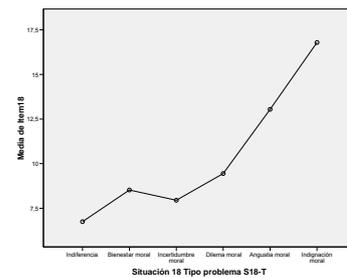
S15. MÉDICO OBSTACULIZA ENFERMERA.



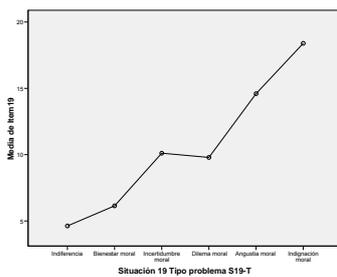
S16. CUIDAR PACIENTE SIN CONOCER DVA.



S17. SIN PARTICIPAR EN DECISIONES.



S18. DESCUIDAR INTIMIDAD CORPORAL DEL PACIENTE.



S19. DIFICULTADES PARA PLANTEAR CONFLICTOS ÉTICOS.

Fuente: elaboración propia

Figura (s) 8-9. Gráficos para las medias de IE_{CE} para la variable *tipo de conflicto* para cada una de las 19 situaciones de cuidados del CuCEE (II)

(por orden: indiferencia moral, bienestar moral, incertidumbre moral, dilema moral, angustia moral e indignación moral)

Fue especialmente interesante advertir la disposición aparejada en relación a valores próximos de IE_{CE} que adoptaba esta ordenación en las situaciones de cuidados S9, S11, S15, S16 y S19 para los distintos tipos de conflicto ético y estados morales estudiados. Se constató que todos estos resultados eran acordes al modelo teórico planteado, tanto para el extremo de ausencia de conflicto ético como para el extremo de presencia de conflicto.

Tal como presenta la Tabla 8-9, los datos mostraron que para determinadas situaciones de cuidados y para dos de los tipos de conflicto que son la indiferencia y bienestar morales, la DT era mayor que el valor de la media, observado en el ÍTEM 4, el

ÍTEM 9 y el ÍTEM 13; o bien su valor era muy similar a la media, como se mostró en los ÍTEM 2, ÍTEM 6, ÍTEM 9, ÍTEM 15, ÍTEM 19. Estas manifestaciones podían explicarse por una mayor dispersión de la respuesta de los participantes, o bien por la presencia de sujetos que se situaban en opciones de respuesta más alejadas a las de la media de la muestra. Por tanto, pudo afirmarse que había mayor discrepancia entre los participantes en 8 de las 19 situaciones en relación a la indiferencia o el bienestar morales.

Siguiendo las características sobre las diferentes situaciones de cuidados, en relación a las situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética vinculadas al **paciente y su familia** se observó que los tipos de conflicto ético más experimentados fueron los de Incertidumbre, Dilema, Angustia especialmente e Indignación morales (Tabla 8-9). El nivel de significación p valor $< .05$ de la prueba ANOVA permitió apuntar hacia la relación entre el IE_{CE} y el tipo de conflicto en todas las situaciones estudiadas. Detalladamente, los resultados fueron los siguientes:

- ÍTEM 4 – Priorizar intereses del servicio ($F=13.247$; $p = .001$; $\varepsilon^2 = .481$),
- ÍTEM 5 – Quebrantar la confidencialidad ($F=9.857$; $p= .001$; $\varepsilon^2 = .371$),
- ÍTEM 6 – Familia no sabe ($F=10.365$; $p= .001$; $\varepsilon^2= .466$),
- ÍTEM 16 – Cuidar sin conocer DVA ($F=15.562$; $p= .001$; $\varepsilon^2= .492$),
- ÍTEM 18 – Descuidar intimidad corporal ($F=10.932$; $p= .001$; $\varepsilon^2= .332$),
- ÍTEM 2 – Paciente no sabe objetivos ni riesgos ($F=3.581$; $p= .004$; $\varepsilon^2= .441$),
- ÍTEM 10 – Familia contra paciente ($F=2.652$; $p = .026$; $\varepsilon^2 = .339$),

En lo referente al **equipo, dinámicas de trabajo y recursos institucionales**, se observa, Tabla 8-9, una proporción mayor de los tipos Indignación moral especialmente pero también Angustia moral. Considerando el conjunto de las situaciones de cuidados que plantean conflictos éticos en relación al entorno, se aprecia por el valor del tamaño del efecto, que el IE_{CE} era capaz de explicar mayor variabilidad de las puntuaciones que en el caso de las situaciones relativas al paciente y la familia o a las técnicas y procedimientos. Obsérvese también el detalle de estos resultados a continuación:

- ÍTEM 3 – Mejor ingresado en planta que en UCI (F=21.827; p = .001; $\varepsilon^2 = .711$),
- ÍTEM 8 – Todos recursos sin mejoría (F=14.227; p = .001; $\varepsilon^2 = .532$),
- ÍTEM 9 – Trabajar con medico incompetente (F=4.688; p = .001; $\varepsilon^2 = .442$),
- ÍTEM 12 – Trabajar con enfermera incompetente (F=5.392; p = .001; $\varepsilon^2 = .521$),
- ÍTEM 13 – En contra de mis convicciones (F=5.052; p = .001; $\varepsilon^2 = .411$),
- ÍTEM 15 – Médico obstaculiza enfermera (F=17.024; p = .001; $\varepsilon^2 = .454$),
- ÍTEM 17 – Sin participar en decisiones (F=13.783; p = .001; $\varepsilon^2 = .574$),
- ÍTEM 19 – Dificultades para plantear conflictos (F=19.732; p = .001; $\varepsilon^2 = .622$).

Por último, también se observa (Tabla 8-9) que en relación a los **tratamientos, técnicas y procedimientos clínicos**, el tipo de conflicto experimentado mayoritariamente por los participantes de la muestra fueron la Indignación moral aunque también, en una proporción muy menor, la Incertidumbre moral. En la misma línea de lo expuesto en párrafos anteriores, los resultados obtenidos de p valor < .05 de la prueba ANOVA apuntaron también aquí hacia la afirmación que había una relación significativa entre el tipo de conflicto y el IE_{CE} en todas las situaciones. Al detalle los resultados fueron los siguientes:

- ÍTEM 1- Tratamiento innecesario prolonga muerte (F=6.422; p = .001; $\varepsilon^2 = .377$),
- ÍTEM 7- Analgesia insuficiente (F=7.609; p = .001; $\varepsilon^2 = .543$),
- ÍTEM 11- Tratamientos demasiado agresivos (F=5.300; p = .001; $\varepsilon^2 = .331$),
- ÍTEM 14 – Participar en ensayo clínico sin conocer (F=16.456; p = .001; $\varepsilon^2 = .481$),

Los resultados obtenidos permitieron confirmar el modelo teórico planteado en esta investigación, ya que se evidenció que, ciertamente, el fenómeno de la conflictividad ética en Enfermería era pluridimensional puesto que se manifestaba a través del IE_{CE} y de los tipos de conflicto ético; y que estas variables mantenían una relación ordenada, mostrando una estructura organizativa de la conflictividad ética.

8.3.5 Relación entre el IE_{CE} y las características descriptivas de la muestra y del entorno clínico.

Al relacionar el IE_{CE} con las variables descriptivas de la muestra y las del entorno clínico se observó que el fenómeno de la conflictividad ética en Enfermería era permeable a determinadas circunstancias que incidían en mayor o menor nivel.

IE_{CE} y características socio demográficas de la muestra

Un primer análisis en relación a la variable *SMI* mostró que no había ninguna influencia mutua entre esta variable y el IE_{CE} ($F= .886$; $p=0.540$). Aún así, al detalle se apreció que determinados servicios parecían más sensibles al fenómeno que otros, puesto que presentaban un IE_{CE} mayor, como fue el caso del 2-1 SMI y la UCI Coronarias, y otros, en cambio, el IE_{CE} fue más bajo que el resto, como era la UCI Quirúrgica y el 3-2 SMI.

Por otra parte, se observó que la exposición a la conflictividad ética no estaba vinculada a la edad, como demostró un coeficiente de correlación de Pearson de $r= -.28$ con un valor $p= .744$.

También se constató que respecto a la variable *turno de trabajo* ($F= 1.331$; $p= .254$), no había ninguna relación estadísticamente significativa entre éste y el fenómeno estudiado. A pesar de ello, si que se observó que eran especialmente sensibles a la conflictividad ética los turnos de tarde, mañana y noche del lunes; y que los servicios con IE_{CE} más bajo eran los de noche del martes y mañana fines de semana. En la Figura 9-10 pueden observarse las variaciones de las medias de IE_{CE} según el turno de trabajo.

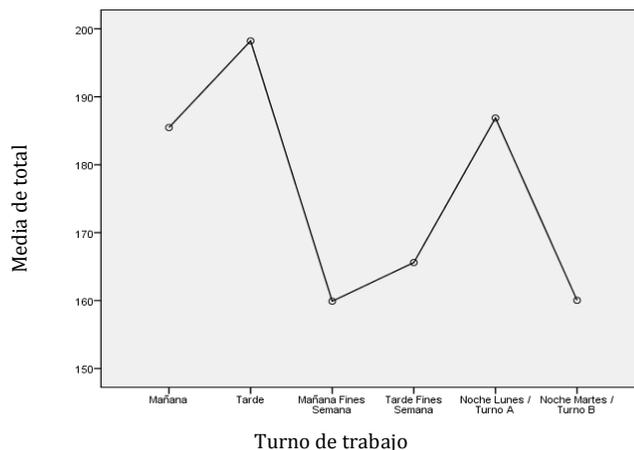


Figura 8-10. Gráficos de las medias del IE_{CE} para la variable *turno de trabajo*

Por otra parte, analizando el IE_{CE} y la variable *datos académicos*, a pesar de que la proporción de profesionales participantes con formación postgraduada en bioética era baja (11.8%), se observó que había una relación estadísticamente significativa entre esta variable el IE_{CE}, ($F=4.452$; $p= .036$; $\epsilon^2 = .367$), según la cual los profesionales con formación en bioética tenían niveles más altos de exposición a la conflictividad ética (Tabla 8-10) (Figura 8-11).

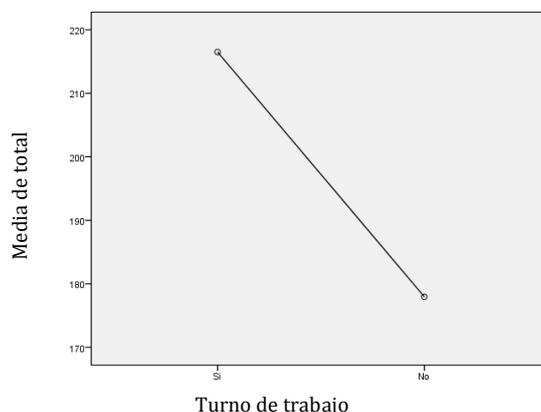


Figura 8-11. Gráfico de las medias del IE_{CE} para la variable *formación específica en bioética o ética*

En relación a las variables *experiencia asistencial* en general y *experiencia en atención al paciente crítico* en particular, si bien parecía observarse por los gráficos de las medias una tendencia inicial que permitía afirmar que los profesionales nóveles o poco

experimentados en el cuidado del paciente crítico tenían niveles más altos de IE_{CE}, se observó que la relación no era estadísticamente significativa y, por tanto, estos parámetros no protegían ni provocaban mayor conflictividad ética en los profesionales enfermeros. Concretamente, el análisis de la varianza en relación a los años de experiencia asistencial mostró los valores $F = .510$ con una $p = .728$; y, respecto a los de atención al paciente crítico, los valores obtenidos fueron $F = .264$ con una $p = .901$, datos que evidenciaron que no había relación con el IE_{CE}.

Respecto a la variable *posición que ocupan en el equipo*, teniendo en cuenta que el número de enfermeras gestoras era muy inferior al de las asistenciales, se observó que éstas últimas presentaban niveles más altos de IE_{CE} que las gestoras aunque no había una relación significativa entre el cargo y la conflictividad ética, como muestran los valores ($F = 1.031$; $p = .359$).

Tabla 8-10. ANOVA del IE_{CE} para grupos de variables referidas a datos profesionales, académicos, dinámicas de trabajo y circunstancias para el afrontamiento positivo de los conflictos éticos.

VARIABLES	Si	No	F	Gl	Sig.	ϵ^2
Conocimiento funciones Comité Ético	178.84±82.237 N=55	187.43±64.611 N=97	.508	2.151	.477	
Circuito solicitar apoyo Comité Ético	193±90.718 N=14	183.13±69.797 N=141	.240	2.154	.625	
Conocer de otros que hayan cambiado de servicio por sobrecarga	187.28±72.778 N=127	169.96±64.580 N=24	1.183	2.150	.279	
Formación en bioética mejor condiciones para afrontar conflictos éticos	188.17±71.299 N=95	183.96±72.534 N=27	.073	2.121	.788	
Mayor experiencia profesional mejor condiciones para afrontar conflictos éticos	180.93±72.782 N=89	191.02±69.412 N=52	.652	2.140	.421	
Tener formación en bioética	216.50±79.513 N=16	177.96±68.050 N=141	4.452	2.156	.036	.367
Disponer de protocolos específicos en SMI	189.40±40.228 N=5	184.09±77.012 N=80	.023	2.842	.879	
Utilidad protocolos o sesiones clínicas específicas frente a conflictos éticos	185.12±69.763 N=147	215.83±69.815 N=6	1.046	2.152	.368	
Media ± Desviación Típica; gl, dos grados de libertad; significación si $p < 0.05$. ϵ^2 es tamaño del efecto						

Fuente: elaboración propia

Analizando la variable *pensar en cambiar de servicio por sobrecarga o estrés* se observó que sí había una relación estadísticamente significativa entre la sobrecarga y la

conflictividad ética ($F=7.892$; $p= .001$; $\varepsilon^2 = .123$), de forma que la auto percepción de tener sobrecarga o estrés estaba relacionada con niveles altos de IE_{CE} y, en cambio, una auto percepción de no tener sobrecarga o estrés o tenerla a veces se asociaba a niveles bajos (Tabla 8-11) (Figura 8-12).

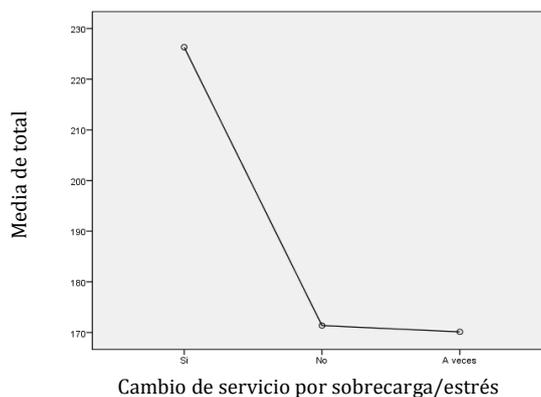


Figura 8-12. Gráfico de las medias del IE_{CE} para la variable *auto percepción de sobrecarga o estrés*

IE_{CE} y características del entorno clínico

Al analizar si había alguna relación entre la exposición a la conflictividad ética y las variables *conocimiento de las funciones del Comité Ético* y *conocimiento del circuito para solicitarle apoyo* se observó, tal como se detalla en la Tabla 8-10, que no había ninguna relación estadísticamente significativa entre estas variables ($F= .508$; $p= .477$; y $F= .240$; $p= .625$, respectivamente), aunque se constató que los niveles altos de IE_{CE} correspondían a individuos que no conocían las funciones del CE o bien sí conocían el circuito para solicitarle apoyo.

Tabla 8-11. ANOVA del IE_{CE} para grupos de variables profesionales y dinámicas de trabajo

	Si	No	A veces	F	Gl	Sig.	ϵ^2
Entorno favorable para abordar conflictos éticos en servicio	153.81±59.865 N=27	214.14±66.091 N=49	178.86±71.158 N=78	7.710	2.153	.001	.227
Participación en toma de decisiones	129±67.242 N=12	189.47±78.544 N=66	184.34±63.260 N=86	3.851	2.163	.023	.161
Voluntad de participar en toma de decisiones	194.25±70.881 N=114	156.67±42.028 N=3	156.72±66.543 N=46	5.012	2.162	.008	.118
Cambiar de servicio por sobrecarga o estrés	226.32±83.988 N=28	171.13±60.377 N=71	170.13±65.417 N=56	7.892	2.154	.001	.123

Media ± Desviación Típica; gl, grados de libertad; significación si $p < 0.05$. ϵ^2 es tamaño del efecto

Fuente: elaboración propia

En relación a otras variables descriptivas del entorno clínico, destacó que había una relación estadísticamente significativa entre la exposición a la conflictividad ética y las dinámicas de trabajo del servicio. Tal como se aprecia en la Tabla 8-11, el IE_{CE} era permeable a la percepción de un entorno favorable ($F=7.710$; $p=.001$; $\epsilon^2=.227$); al hecho de participar en la toma de decisiones ($F=3.851$; $p=.023$; $\epsilon^2=.161$) y a la voluntad de participar en ellas ($F=5.012$; $p=.008$; $\epsilon^2=.118$), aunque para éste último debe tenerse en cuenta que estos resultados se obtienen con una muy baja representación de la opción del “No” ($n=3$) (Tabla 8-11).

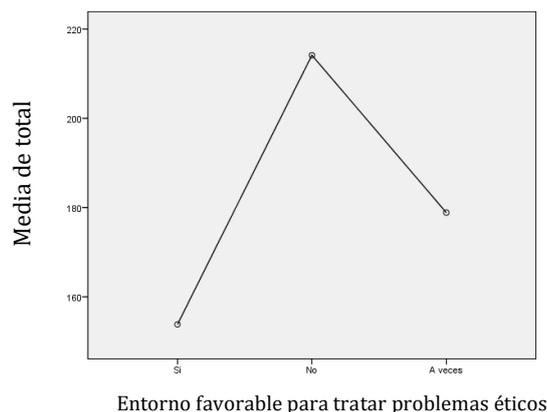


Figura 8-13. Gráfico de las medias del IE_{CE} según variable *características favorables del entorno*

Según estos resultados, el profesional enfermero experimentaba una menor exposición a la conflictividad ética cuando percibía que se encontraba en un entorno favorable para plantear conflictos éticos y una mayor exposición cuando el entorno se le mostraba desfavorable a tal efecto. Destacó también la oscilación observada en las medias de IE_{CE}, Figura 8-13, cuando esta percepción de un entorno desfavorable se sucedía “A veces”.

En la misma línea de análisis sobre las dinámicas de trabajo, los resultados mostraron que el profesional que sí participaba en la toma de decisiones, a pesar de representar éste el 8.4% de la muestra, tenía un nivel exposición a la conflictividad ética menor que los que no participaban (40.4%) o los que lo hacían a veces (51.2%) ($F=3.851$; $p= .023$; $\epsilon^2 = .161$) (Tabla 8-12). También se observó que los profesionales que manifestaban su voluntad de participar más activamente en la toma de decisiones, el 70%, presentaban niveles altos de IE_{CE}; y que los que no querían hacerlo (3%) o lo querían hacer a veces (26.6%) tenían niveles bajos similares de IE_{CE} (Figura (s) 8-14).

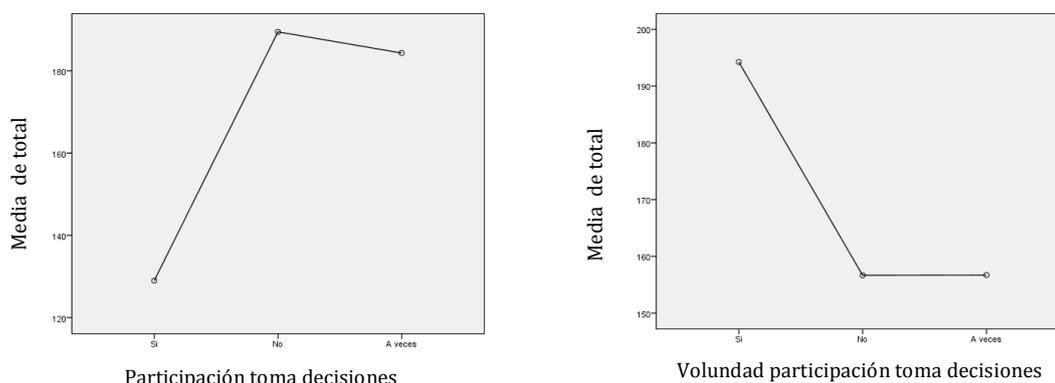


Figura (s) 8-14. Gráficos de las medias de IE_{CE} para las variables participación y voluntad de participación en la toma de decisiones clínicas

Finalmente, tal como se argumentará en el capítulo de Discusión, el conjunto de los resultados presentados en este último apartado permiten apuntar que la conflictividad ética en las UCIs estaría relacionada con las dinámicas de trabajo y las características del entorno.

9. DISCUSIÓN

9.1 Discusión de los resultados obtenidos

Los resultados de esta investigación han mostrado que los profesionales enfermeros de las UCIs presentan un índice de exposición a la conflictividad ética moderada y que, a pesar de que hay profesionales que experimentan conflictos éticos cuando se encuentran en determinadas situaciones de cuidados, se observa que éste conflicto interno es altamente sensible a las características de un entorno favorable para tratar las cuestiones de carácter ético. Esta constatación permite apuntar que el hecho de propiciar un entorno favorable en las UCIs podría disminuir el índice de exposición a la conflictividad ética de los profesionales enfermeros, mejorando así la implementación de los cuidados y el bienestar moral de éstos.

También se ha evidenciado que el fenómeno de la conflictividad ética es altamente complejo y que se estructura de forma organizativa en relación a la exposición al conflicto y a la tipología de conflicto ético experimentado.

Observando los resultados referentes a las características de la muestra analizada, se constata que el estudio de los conflictos éticos en el ámbito específico de la enfermería intensiva no es casual puesto que, en la misma línea de lo expuesto en el capítulo 2 de este manuscrito, constituyen servicios complejos y conflictivos (Azoulay et al., 2009), siendo especialmente vulnerables a la conflictividad ética (American Association of Critical Care Nurse, 2005; Bray et al., 2004; Cavaliere & Dowling 2010; Corley 2001 et al., 2001; Cronqvist et al., 2004; Elpern et al., 2005; Falcó, 2009; Mobley, Rady, Verheije, Patel, & Larson 2007); McClendon & Buckner 2007; Zuzelo 2007). De hecho, Eizenberg et al. (2009) ya evidenciaron que los niveles de *moral distress* era superiores en las enfermeras hospitalarias, entre los que estarían los profesionales enfermeros de las UCIs, que en las de atención primaria ($p < .05$). También Källemark et al. (2006) observaron que los servicios clínicos obtenían puntuaciones más elevadas en moral distress que el grupo de profesionales de los servicios de farmacia.

Los datos muestran que ni la tipología de la UCI, ni el turno de trabajo, ni la categoría profesional son variables que tengan influencia en la conflictividad ética de los

profesionales. Por tanto, la vulnerabilidad de los profesionales enfermeros frente a los conflictos éticos no estaría asociada al servicio dónde trabajan ni el cargo que ocupan, sino que vendría explicada por otras cuestiones. De hecho, ya Corley et al. (2001) concluyeron que ninguna variable demográfica o laboral podía predecir el *moral distress*. Aún así, a pesar de estas evidencias, el análisis de estos datos muestra algunas cuestiones que deben discutirse. En primer lugar, el hecho que unos servicios se muestren más sensibles a la exposición al conflicto ético que otros permite apuntar que el fenómeno es variable; aunque esta variabilidad no se explicaría ni por las características del paciente, ni por su diagnóstico o pronóstico, sino por otras variables relativas a las dinámicas de trabajo del equipo.

En segundo lugar, pertenecer a uno u otro turno presenta diferencias en relación al nivel de exposición al conflicto ético. Estas variaciones, sin ser estadísticamente significativas, apuntan hacia la misma dirección: los profesionales están más expuestos al conflicto ético en función de las dinámicas de trabajo adoptadas por cada turno y equipo del servicio.

En tercer lugar, se constata que la exposición a la conflictividad ética es mayor en las enfermeras asistenciales que en las gestoras. Aunque la proporción de enfermeras gestoras de la muestra de este estudio es muy baja (4.9%, n=10) y sería necesaria más investigación al respecto, la tendencia observada sería coherente con el hecho de que los conflictos éticos están asociados a la acción del cuidar, puesto que es en esta acción dónde confluyen las variables explicativas del fenómeno.

Respecto al sexo, no hay aún suficiente evidencia sobre si es una variable determinante de una mayor o menor exposición al conflicto ético. En la misma línea que la mayoría de estudios centrados en la profesión enfermera, la diferencia en la proporción de mujeres y hombres participantes de las muestras dificulta el análisis de esta relación. Si bien la proporción de 5:1 a favor de las mujeres se observa también en los trabajos de Glasberg et al. (2006, 2008), en estos estudios la muestra estaba formada por otros profesionales sanitarios que contaban con una mayor proporción de hombres que la enfermería, como son médicos y fisioterapeutas, entre otros colectivos estudiados. De hecho, Glasberg et al. (2006) ya alertaron entonces que eran necesarios más análisis para determinar las diferencias entre sexos en relación al *stress of conscience*. Sin embargo,

Shwenzer & Wang (2006) afirmaron que los hombres puntuaban más *moral distress* en el “Factor Engaño”¹ que las mujeres, aunque la proporción de hombres era muy inferior también en su estudio. También Forde & Aasland (2008), aunque su investigación estaba centrada en médicos, constataron que el grado de *moral distress* variaba en función del sexo, entre otras cuestiones.

En el contexto de estas investigaciones, se observa que la desproporción entre mujeres y hombres constituye una limitación para la exploración del fenómeno desde la perspectiva de género. Esta insuficiente representación masculina en las UCIs y en otros servicios podría ser menor en muestras mayores siguiendo criterios de conveniencia. En todo caso, es una cuestión que debería subsanarse si se pretende analizar el fenómeno también desde la perspectiva de género.

En relación a la edad, puede afirmarse que no es una variable que determine una mayor o menor exposición a la conflictividad ética ($r = -.28$, $p = .744$), en la misma línea que los trabajos de Cavaliere & Dowling (2010). De hecho, al analizar también las edades de los sujetos que se sitúan en las exposiciones extremas altas y bajas se observa que éstas son similares, situándose la mayoría cercanas a la edad media de la muestra ($\bar{x}=38$ años). Por otra parte, al estudiar este valor de la media y la moda, ($Mo=33$ años) en relación a la edad de los participantes de esta investigación, se observa que el perfil de la muestra es similar a otros estudios (Kälvemark et al., 2006, 2007; Mobley et al., 2007) aunque los profesionales aquí estudiados son algo más jóvenes que los de otras muestras estudiadas (Cavaliere & Dowling, 2010; Fry & Duffy, 2001; Glasberg et al., 2006; Pauly et al., 2009; Schwenzer & Wang, 2006). Partiendo de que hay diferencias entre los modelos y los instrumentos utilizados, se constata que este resultado hallado en esta investigación sobre que la edad no determina la conflictividad ética difiere con los datos apuntados por algunos autores. Corley et al. (2005) y Kälvemark et al. (2004) coinciden en afirmar que los profesionales más jóvenes presentan niveles mayores de *moral distress*, atribuido fundamentalmente a una menor experiencia. Sin embargo, Schwenzer & Wang (2006) observaron que los grupos jóvenes puntuaban menos niveles de *moral distress* que los profesionales de mayor edad.

¹ El “Factor Engaño” constituye, junto a los Factores “Responsabilidad individual” y “En contra de los intereses del paciente”, los factores principales de la *Moral Distress Scale* (MDS) de Corley, adaptada por Shwenzer en su trabajo.

El hecho que ni la experiencia asistencial ni la experiencia en las UCIs sean determinantes de una mayor o menor conflictividad ética, permite apuntar nuevamente hacia el hecho que la conflictividad, a pesar de ser un fenómeno individual, se encuentra determinada por las características del entorno dónde se encuentra el individuo que la padece. Esta cuestión, si bien hace más complejo el problema, abre la posibilidad de actuar en aquellas variables sobre las que sí se podría intervenir como sería, por ejemplo, la dinámica de trabajo adoptada por el equipo de la UCI.

Por otra parte, pocos trabajos indagan sobre la formación específica en el ámbito de críticos acreditada por los participantes de la muestra. Sí que lo hacen desde la perspectiva de la certificación académica, es decir, indagan sobre la titulación² aunque no se analiza detalladamente esta cuestión en relación al malestar ético sino como un dato puramente descriptivo de la muestra. Se observa que la formación específica en la atención al paciente crítico (69%, n=140) es muy superior a la formación en las áreas de la ética profesional y la bioética (11.8%, n=24). Este porcentaje es, a su vez, inferior al 17.7% obtenido por Santana et al. (2010).

Sin embargo, a pesar de que hay relativamente pocas enfermeras de las UCIs con formación en las áreas de ética y bioética, se observa que hay una proporción considerable de profesionales que creen que tener formación en ética y bioética es una ventaja para poder afrontar mejor los problemas éticos (58.12%, n=118). Si bien en una primera apreciación, ésta cuestión podría entenderse como sinónima de un mayor bienestar ético se observa, sin embargo, que los profesionales enfermeros con formación específica en ética y bioética presentan mayor exposición a la conflictividad ética ($F=4.452$; $p=.036$, $\varepsilon^2=.367$). Este hallazgo puede explicarse fundamentalmente por dos razones: en primer lugar, es evidente que la formación específica en ética y bioética aumenta la sensibilidad ética en los profesionales que la reciben y esto, a su vez, aumenta también su capacidad para identificar las situaciones conflictivas. En segundo lugar, es de esperar que los profesionales con inquietudes derivadas de una mayor exposición al conflicto ético busquen formarse para aumentar sus conocimientos y estrategias para enfrentarse a ellos. De ahí, la percepción general entre los profesionales sobre que tener formación específica en bioética aumenta el afrontamiento positivo frente a los conflictos. Estos datos son coherentes y muestran, ante todo, que los profesionales enfermeros de las UCIs están

² En relación a esta cuestión, aunque son sistemas equivalentes en la mayoría de casos, debe tenerse en cuenta que los sistemas de formación y acreditación profesional en España son distintos a los establecidos en EEUU y algunos países europeos, donde proceden los trabajos sobre *moral distress* y *stress of conscience*.

formados a nivel de la enfermería intensiva pero no a nivel de la bioética, como también ha constatado Zuzelo (2007). Esta cuestión representa un déficit y una barrera para la adquisición de las competencias éticas profesionales y aunque la mayoría de profesionales actúen de buena fe, bajo su intuición, experiencia o recomendación, la complejidad de las decisiones en la práctica asistencial actual, de forma especial en las UCIs, requieren una preparación específica también en el ámbito de la bioética.

En otra línea de discusión sobre los resultados referentes a las características socio demográficas de la muestra, si bien no ha sido un objetivo de esta investigación estudiar la relación entre la conflictividad ética y el síndrome de *burnout* de forma específica, sí se ha querido analizar algunas cuestiones relacionadas.

Como era de esperar, conocer a alguien que haya cambiado de servicios por cuestiones de sobrecarga o estrés no tiene un impacto sobre la exposición a la conflictividad ética de uno mismo. Sin embargo, el hecho de haber pensado alguna vez en cambiar de servicio por cuestiones de sobrecarga o estrés sí que muestra una relación significativa con la exposición al conflicto ($F=7.892$; $p= .001$; $\varepsilon^2= .123$), en la misma línea de los hallazgos del trabajo de Fogel (2007) en relación al *moral distress*. Aunque estos datos no analizarían las dimensiones del síndrome de *burnout*, sí que reflejarían la repercusión profesional de la vivencia del conflicto ético. De hecho, Mobley et al. (2007) observaron que el *moral distress* crecía con el tiempo en los servicios de intensivos y que podía ser el resultado de un agotamiento emocional y *burnout*. De hecho, ya Meltzer & Huckabay (2004) observaron que el *moral distress* podía explicar el 10% de la varianza del agotamiento emocional y que había una correlación positiva ($r= .317$; $p= .05$) entre éste y padecer *burnout*. Los hallazgos observados en estas investigaciones estarían en la misma línea que los aportados por Glasberg (2007; Glasberg et al., 2008) y Juthberg et al. (2007, 2008), en el sentido de que el hecho de percibir barreras para actuar según la moral provoca un agotamiento emocional y una despersonalización, aspectos que según Maslach & Jackson (1997) indican que la situación sobrepasa a la persona y reduce su capacidad de adaptación al entorno. En relación a esta cuestión, se considera necesario profundizar más en este tema, explorando a fondo la relación entre la conflictividad ética y el síndrome de *burnout*.

Por otra parte, al observar detalladamente las características del entorno y de las dinámicas de trabajo en las UCIs, las evidencias permiten afirmar que la exposición a la conflictividad ética está influenciada, también en nuestro contexto, por determinadas características del entorno donde se encuentra el profesional enfermero. La percepción de un entorno favorable para tratar cuestiones de carácter ético ($F=7.710$; $p=.001$; $\varepsilon^2=.227$) y el hecho de que las enfermeras puedan participar en la toma de decisiones ($F=3.851$; $p=.023$; $\varepsilon^2=.161$) constituyen atributos, favorable y participativo, que protegen al profesional de la exposición al conflicto ético.

Respecto al primero atributo, algunos autores han explorado esta relación administrando conjuntamente instrumentos que medían el *moral distress* o intensidad de conflicto ético y otros cuestionarios validados que exploraran un entorno favorable para tratar los conflictos éticos (Corley et al., 2005; Fogel, 2007; Forde et al., 2008). En este sentido, Pauly et al. (2009) constataron, asimismo que un entorno favorable para tratar los conflictos éticos correlacionaba negativamente con el grado o intensidad de conflicto ($r=-.160$; $p<.001$) y la frecuencia de *moral distress* ($r=-.419$; $p<.001$). En esta misma línea, el hecho que se observe una variación de los niveles de exposición entre los diferentes turnos de un mismo servicio apunta también a la afirmación de que la conflictividad ética está relacionada con las dinámicas de trabajo del equipo asistencial.

Por otra parte, respecto a la participación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones sobre cuestiones de carácter ético, puede afirmarse que ésta es aún muy baja y se aleja de la recomendación general sobre que estas cuestiones deben ser tratadas a nivel interdisciplinar, que permita la aportación de todos los integrantes del equipo de la UCI, especialmente las decisiones en torno al abordaje de la muerte del paciente crítico (Galvez et al., 2011; Pattison, 2011).

Además de ser la baja participación de los profesionales enfermeros una situación muy frecuente que sucede semanal o mensualmente (71.8%, $n=143$), ésta se revela como una cuestión que genera grados de intensidad de conflicto ético a los profesionales (Moderadamente – Algo problemático 48.9%, $n=95$). En la misma línea, cuando se analiza esta cuestión en forma de pregunta dicotómica, los resultados apuntan en la misma dirección: la participación de las enfermeras en la toma de decisiones es intermitente, está sujeta a condicionantes (A veces 51.1%, $n=104$) o bien es nula (No 40.4%, $n=82$). Se

evidencia, por tanto, que las enfermeras perciben participar poco o muy poco, a pesar de querer participar de forma activa (Si 70%, n=142).

Los datos han mostrado una relación significativa entre una mayor exposición al conflicto ético y el hecho de no participar en la toma de decisiones. Y, en la misma línea, el hecho de que querer participar en la toma de decisiones ($F=5.012$; $p= .008$; $\varepsilon^2= .118$).

Sobre esta cuestión, ya el *Conflicus Study* (Azoulay et al., 2009) evidenció que si bien las enfermeras participaban en el pase de visita diario (91.4%) y había una colaboración entre la enfermera y el médico en relación a las decisiones e intervenciones al final de la vida del paciente (52%), se observó que había un porcentaje elevado (43%) de enfermeras que no participaban nunca o raramente en estas decisiones. En este sentido, Pattison (2011) afirma que parece como si los médicos asumieran que el hecho de que la enfermera esté permanentemente en la habitación y en contacto con el paciente y la familia, esto implicara ya que participan, aunque está claro que la presencia no implica por sí intervención. También Gálvez et al. (2010) explican que el hecho de que las enfermeras desconozcan la información facilitada por el médico a la familia sobre la gravedad y el pronóstico grave del paciente crítico, motiva que ellas mismas no sepan qué decir y esto las lleva a asumir un papel pasivo que no se ajusta, sin duda, a su responsabilidad profesional ni área de competencia.

Respecto a la toma de decisiones y la participación en ésta, es necesario constatar también, en la misma línea que lo comentado en el apartado 2.6 de este manuscrito, que algunos trabajos han evidenciado las discrepancias existentes entre las prescripciones médicas y el grado de acuerdo de los profesionales enfermeros (Cronqvist et al., 2004; Del Barrio et al., 2007; Ferrand et al., 2003; Hamric & Blackhall, 2007; Kim & Kjervik, 2005; Mobley et al., 2007). Para Pattison (2011) hay evidencias suficientes que las enfermeras pueden sentirse disconformes o en desacuerdo con el proceso de toma de decisiones en las UCIs, especialmente a lo que refiere a decisiones relativas a la LTSV y en torno a los cuidados en el final de la vida.

A la vista de estos resultados y aportaciones, la participación de los profesionales enfermeros deviene fundamental y se muestra más acorde con los tiempos actuales y los paradigmas vigentes en el ámbito sanitario. Además, la participación activa se muestra especialmente relevante a la hora de prevenir los conflictos éticos y, en el caso particular

de las sesiones clínicas conjuntas en las UCIs, se ha mostrado especialmente útil para las enfermeras (Vertura, Portillo, Verdaguer, Carrasco, & Cabré, 2002). Aún así, es necesario recordar que una mayor implicación de los profesionales enfermeros en la toma de decisiones, si bien es necesario, conlleva, sin duda alguna, mayor responsabilidad y mayor conocimiento sobre la evidencia científica en relación a los beneficios de los procedimientos y sus límites cuando ya se muestran tratamientos fútiles en un determinado paciente. Esta cuestión añade, quizás, más complejidad puesto que debería indagarse, aún sabiendo que puede ser una medida que reduzca el nivel de conflicto ético, hasta qué punto la enfermera quiere asumir este nivel de responsabilidad. Aún así, en la misma línea de lo apuntado por Zaforteza et al. (2010), sobre que *la cultura* (biomédica) *dominante en las UCIs enfatiza en la atención del cuerpo de los pacientes y en aspectos medibles de su proceso* (p.56), descuidando aspectos que, aunque difíciles de objetivar, exigen también atención; la aportación diferencial de la enfermera en la toma de decisiones es la aportada por la ética del cuidar, perspectiva aún minoritaria en las UCIs.

En otra línea de análisis sobre las características del entorno, analizando en particular algunas de las herramientas para orientar los profesionales en la toma de decisiones de carácter ético, los resultados han evidenciado que el hecho de conocer las funciones del Comité Ético y el circuito para solicitarle apoyo no contribuye en una mayor o menor exposición a la conflictividad ética. Tampoco tiene influencia en ésta exposición disponer de protocolos ni el hecho de reconocerlos útiles frente a los conflictos éticos.

Respecto a los protocolos, se observa también que si bien el 96.4% (n=196) de los participantes manifiestan no tenerlos o bien dudan sobre la disponibilidad de tenerlos en el servicio, este dato no coincide con el aportado por los responsables del área de críticos de los centros participantes. En el caso particular del Hospital Universitari de Bellvitge, de donde procede aproximadamente la mitad de la muestra, se constata que los profesionales tienen accesible en la intranet del centro protocolos específicos que tratan sobre maneras de proceder en determinadas situaciones clínicas, como son el final de la vida o en relación a la evaluación de la competencia de los pacientes para tomar decisiones, entre algunos otros. Estos protocolos van dirigidos a todos los profesionales asistenciales del centro, no

siendo específicos del área de intensivos³. Aunque sería necesario un análisis más preciso *in situ* para determinar las causas de estas diferencias entre la opinión de los profesionales y de los gestores, las razones que podrían explicar esta falta de conocimiento o duda sobre la disponibilidad de protocolos específicos podrían ser varias: en primer lugar, la falta de participación de las enfermeras en la toma de decisiones sobre cuestiones éticas explicaría que no tuvieran necesidad o el interés personal de conocer estos protocolos detalladamente. En segundo lugar, el hecho de que las enfermeras de críticos no estuvieran implicadas en la elaboración de estos protocolos. En tercer lugar, hay la posibilidad de que estos protocolos no estén suficientemente adaptados al perfil del paciente crítico y a la realidad de los SMI, cuestión que los desestimaría para ser utilizados. Y en cuarto lugar, quizás las medidas de difusión de estos protocolos entre los profesionales enfermeros de las UCIs no han sido suficientes efectivas.

Aún así, a pesar de que los datos revelan esta falta de conocimiento o duda sobre los protocolos específicos en las UCIs, hay un acuerdo general entre las enfermeras de las UCIs sobre su utilidad a la hora de orientarlos en la toma de decisiones (88.8%, n=179).

En otra línea de discusión, los resultados del análisis psicométrico del CuCEE permiten afirmar que éste es un instrumento altamente fiable ($\alpha = .882$) que lo hace especialmente indicado para explorar la conflictividad ética en contextos clínicos, tal como señalan Viladrich et al. (2008). El valor α obtenido significa que los ítems que lo integran miden un mismo concepto, mostrándose idóneo para tal efecto. Al detalle de cada uno de sus ítems, también se observa que la variación del valor α al eliminar un ítem no hace fluctuar excesivamente el resultado, ni tampoco los valores de la media y la varianza, cuestión que demuestra la elevada consistencia interna del instrumento.

Aunque el CuCEE es solvente en relación a la fiabilidad, comparándolo con otros instrumentos parecidos diseñados para medir constructos afines a la conflictividad ética, como son el *moral distress* y el *stress of conscience*, se observa que el CuCEE presenta en algunos casos una fiabilidad mayor (Corley et al., 2001, 2005; Eizenberg et al., 2009;

³ La recogida de datos fue entre octubre y diciembre de 2009, considerándose solamente los protocolos disponibles por aquel entonces.

Glasberg 2007; Gaslberg et al., 2006, 2007, 2008; Källemark et al., 2006, 2007; Nordman et al., 2008) y en otros una fiabilidad algo menor (Fry & Duffy, 2001).

Respecto a la validez, 16 de los 19 ítems han obtenido valores superiores a .50 y sólo 3 han obtenido valores entre .40 y .50. El ACP apunta hacia la idoneidad de cada uno de los ítems para explorar el fenómeno, a diferencia de otros instrumentos dónde las puntuaciones para algunos ítems han aconsejado su eliminación. Los resultados principales del ACP y el gráfico de sedimentación apuntan claramente a la unidimensionalidad del CuCEE, cuestión que no ha permitido establecer una vinculación fuerte entre los tres factores generadores de situaciones conflictivas identificados a nivel teórico (paciente y familia; equipo y dinámicas; tratamientos y procedimientos) y los componentes del CuCEE. En relación a esta cuestión, se observa que la mayoría de instrumentos afines al CuCEE tienen entre 2 y 3 factores, aunque en algunos casos se sospecha que los resultados obtenidos han forzado de algún modo la relación entre éstos y el modelo teórico, en la misma línea de lo apuntado por Juthberg (Juthberg et al., 2008) sobre que no todos los resultados matemáticos viables deben ser interpretables. Así, algunos resultados parecen ser más atribuibles a artefactos estadísticos (Corley et al., 2001, 2005; Källemark et al., 2006, 2007; Nordman et al., 2008; Schwenger & Wang, 2006) que no a una estructura teórica conforme con el modelo adoptado en el análisis de los conflictos éticos.

Otros instrumentos, sin embargo, muestran una relación coherente entre el estudio de la validez y la coherencia teórica (Eizenberg et al., 2009; Fry & Duffy, 2001; Glasberg, 2007; Glasberg et al., 2006, 2008).

Finalmente, en relación al instrumento, si partimos de que el proceso de validación es un proceso continuo, si bien el CuCEE ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas a partir de los análisis de fiabilidad y validez realizados en esta investigación, se cree necesario realizar en un futuro más análisis que ayuden a configurar un mejor instrumento, más perfeccionado. En esta línea, sería necesario realizar otros estudios para administrar el CuCEE a una muestra mayor; o bien, plantear diseños que permitieran analizar sus características métricas cuando se administra asociado a intervenciones concretas, como sería por ejemplo, analizar la fiabilidad test-retest y determinar la eficacia de las medidas implementadas.

En otra línea de discusión, analizando las situaciones generadoras de mayor conflicto ético en las UCIs se encuentran relacionadas fundamentalmente con los tratamientos, las técnicas y los procedimientos clínicos, por una parte; y con el equipo, las dinámicas de trabajo y los recursos de la institución, por otra. Las vinculadas a las relaciones con el paciente y la familia, si bien son generadoras de conflicto ético, se encuentran en un segundo plano debido a una menor frecuencia y a un menor grado de conflicto ético, probablemente porque en las UCIs analizadas se realizan medidas preventivas para evitar estas situaciones.

En este sentido, los profesionales participantes coinciden en identificar el insuficiente control del dolor del paciente crítico como una de las situaciones que generan mayor grado de conflicto ético, al igual que Raines (2000); además de ser ésta una situación que sucede con frecuencia (Al menos una vez al mes 43.3%, n=87). En la misma línea que otros estudios (Cavaliere & Dowling, 2010; Corley et al., 2001; Schwenzer & Wang, 2006), también identifican como una situación especialmente conflictiva el hecho de tener que administrar tratamientos que consideran demasiado agresivos que generan un sufrimiento añadido para el paciente (Muy-Moderadamente problemático 70.3%, n=142) y perciben con niveles algo menores de grado de intensidad de conflicto las situaciones donde administran tratamientos que prolongan un proceso de muerte irreversible (Moderadamente-Algo problemático 77.1%, n=155). Estas situaciones se suceden al menos una vez cada seis meses, cuestión a considerar a la hora de analizar el fenómeno de la conflictividad ética. La diferencia observada en el grado de intensidad de conflicto experimentado por los profesionales estaría explicada por la vivencia del sufrimiento ajeno, cuestión que se revela como una problemática moralmente algo más grave que la futilidad. Se evidencia aquí que el hecho de que se perciba un tratamiento fútil significaría que se trata de medidas que retrasan la muerte, pero no implicaría que el paciente tuviera un sufrimiento añadido, puesto que se sobreentiende que la sedación sería suficientemente efectiva. En la misma línea, algunos autores han apuntado que en ocasiones, en las UCIs se mantienen medidas de soporte vital a petición de la familia o bien a la espera de que ésta pueda asumir un desenlace tan nefasto (Gamboa, 2010).

Respecto a la LTSV puede afirmarse que los profesionales enfermeros experimentan mayor conflicto ético frente a los tratamientos fútiles porque prolongan un proceso irreversible que frente a otras formas de LTSV, como es el hecho de cuidar a un paciente en la UCIs que debería estar ingresado en una planta de hospitalización. Aunque se trata

también de una forma de LTSV, el hecho que la toma de decisiones sobre los criterios de ingreso sea únicamente médica, explicaría estos resultados. Considerando que también es responsabilidad de la enfermera la correcta gestión y utilización de los recursos, el hecho de tener la sensación de no participar en la toma de decisiones o hacerlo de forma parcial o intermitente puede conllevar una barrera o falta para asumir dicha responsabilidad.

Comparativamente con otros trabajos, aunque algunos resultados varían, si bien las situaciones referentes a la LTSV son reconocidas también como conflictivas, se observa que los profesionales enfermeros de distintos países han identificado otras circunstancias como más estresantes o generadoras de problemática ética. Estas situaciones, además de ser también más frecuentes, son aquellas en las que se observa que el equipo de enfermería es numéricamente insuficiente para cuidar de manera correcta al paciente; o, también aquellas donde la falta de tiempo dificulta llevar a cabo un cuidado óptimo (Austin et al., 2005; Corley et al., 2001; Eizemberg et al., 2009; Kälvemark et al., 2006; Pauly et al., 2009; Zuzelo, 2007), como se ha reflejado en la presente investigación al percibir moderadamente problemático el hecho de tener que actuar en contra de las propias convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente. Si bien estas situaciones pueden ser generadoras de conflicto ético, en la misma línea de lo desarrollado en los capítulos 2 y 3 de este manuscrito, respecto a la vinculación entre los planteamientos teóricos y los diseños de algunos instrumentos, se considera que algunos de estos resultados podrían explicarse desde la confusión entre el concepto *moral distress* y otras clases de estrés, como sería el laboral. Es decir, se observa que no acaba de quedar suficientemente claro la raíz ética vulnerada en estas situaciones dónde hay un problema laboral, motivo que explicaría la falta de sensibilidad respecto a la capacidad de éstos para diferenciar el conflicto ético de aquello que no lo es. De hecho, la misma Kälvemark et al. (2007) reconocen que el MDQ puede no ser suficientemente sensible a la hora de precisar el *moral distress* de otros tipos de malestar.

También se constata que el modelo de conflictividad ética propuesto en esta investigación permite observar también diferentes extremos en relación a las variables frecuencia temporal e intensidad de conflicto experimentado. Esta particularidad ha revelado situaciones de cuidados que generan baja intensidad de conflicto pero se producen muy frecuentemente como es, por ejemplo, el hecho de descuidar la intimidad corporal del paciente. Y otras situaciones, en cambio, generan alta intensidad de conflicto

ético pero son poco frecuentes, como es el hecho de trabajar con profesionales médicos o enfermeros a los que se les considera poco competentes. Aunque tanto un extremo como otro son descriptivos del grado de exposición al fenómeno, el segundo supuesto, muy conflictivo aunque poco frecuente, se muestra como una situación de especial relevancia para analizar el malestar ético ya experimentado en el pasado y en el presente. Y, de la misma forma, el hecho de experimentar situaciones poco conflictivas pero muy frecuentes podrían generar problemática ética en el futuro, afectando de algún modo el grado de bienestar moral de los profesionales. Por este motivo, este tipo de situaciones son también de interés para el estudio de la conflictividad ética, especialmente para implementar medidas fundamentalmente preventivas.

Finalmente, en otra línea de discusión sobre los resultados obtenidos en el estudio del fenómeno de la conflictividad ética, puede afirmarse, tal como se apuntaba en el primer párrafo de este capítulo, que los profesionales enfermeros de las UCI están expuestos a una conflictividad ética moderada ($\bar{x}=182.35$; $Md=174$), resultados que estarían en la línea de otros trabajos a pesar de las diferencias entre los enfoques teóricos y los instrumentos analizados (Cavaliere & Dowling, 2010; Corley et al., 2005). Estos resultados permiten apuntar a que, de forma general, en las UCIs estudiadas se llevan a cabo actividades correctas que impiden la generación de más conflictos éticos. Aún así, hay algunos profesionales y determinados servicios que presentan niveles más altos que otros de exposición al conflicto. Y es precisamente esta evidencia la que justifica que deben mejorarse aquellas dinámicas que se muestran relacionadas con el fenómeno, puesto que el hecho de que las enfermeras perciban estar expuestas a la conflictividad ética ya representa un problema sobre el que deben establecerse medidas preventivas y terapéuticas para minimizar el nivel de exposición, que debería ser mucho menor. En relación a esta exposición, considerando que una proporción mayor de instrumentos contemplan las variables *frecuencia temporal* y *intensidad de conflicto ético experimentado*, el análisis conjunto de estas dos variables sólo ha sido considerado en la obra de Glasberg (2007; Glasberg et al., 2006), quien trata el producto como sinónimo *stress of conscience*, el constructo por ella estudiado. También Corley et al. (2005) y Pauly et al. (2009) indagaron sobre la relación entre la frecuencia y la intensidad del *moral distress*, mostrándose positiva y significativa. Sin embargo, estos últimos reconocieron que este tipo de conflicto debía ser explicado a partir de la intensidad de conflicto cuando éste había sucedido.

Respecto al tipo de conflicto ético, la indignación moral se revela, con diferencia, como el tipo mayormente experimentado por los profesionales enfermeros de las UCIs en el mayor número de las situaciones de cuidado planteadas en el CuCEE y es el que presenta un nivel mayor de exposición al conflicto ético. Este hallazgo, observado en el marco de un nuevo modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética, plantea dos cuestiones que es necesario considerar. En primer lugar, no hay estudios que analicen la indignación moral de forma particular ni que consideren este tipo de conflicto al estudiar el malestar ético. Por tanto, este dato se revela también como una novedad, que evidencia que las enfermeras intensivistas sienten en su actividad profesional que aquello que hacen otros no es éticamente correcto y no pueden hacer nada. En segundo lugar, este resultado inesperado sorprende en la medida que cada ítem del CuCEE sitúa la acción enfermera en el centro de la situación conflictiva; y, si bien podría explicarse la indignación moral experimentada en alguna situación, el hecho de que sea éste el tipo de conflicto ético mayormente experimentado podría estar asociado a una falta o insuficiente aceptación del paradigma de la *nurse advocacy* por parte de las enfermeras. Esta cuestión, sin embargo, no se generaría por una falta de responsabilidad consciente sino por la observación reiterada de las barreras, los impedimentos y las dificultades para desarrollar cuidados enfermeros, cuestión que provocaría un alejamiento emocional cuando debería experimentarse un sentimiento de implicación. De hecho, ya Jameton (1993) afirmó que en la indignación y la angustia morales se generaban sentimientos de rabia e impotencia. También Camps (2011) ha afirmado, recientemente, que *lo que provoca indignación es la falta de consideración, el no reconocimiento de lo que uno es, el ser tildado de inferior, el ser anulado o, sencillamente, no visto (p. 154)*. En esta línea, el sentimiento de indignación moral experimentado por las enfermeras intensivistas vendría explicado por la falta de reconocimiento de su aportación cuidadora y el hecho de no ser tomadas en consideración en las decisiones del equipo en los servicios de las UCIs, como así apuntan los datos sobre la percepción de no participación y las relaciones estadísticamente significativas observadas en relación a la exposición, las características del entorno y el hecho de haber pensado en cambiar de servicio por sobrecarga o estrés.

También se posicionaron Mobley et al. (2007) cuando afirmaron que la ausencia de mecanismos para aliviar el *moral distress* experimentado frente a encuentros continuados con tratamientos y procedimientos percibidos como fútiles, podía generar un agotamiento

emocional que podía ser subsanado a través del desarrollo, por parte de las enfermeras, de una adaptación hedonista, de pensar en ella mismas, que las conduciría nuevamente al equilibrio psicológico. Aunque, considerando estas afirmaciones y las consecuencias personales que implica experimentar determinados tipos de conflicto ético, detalladas en el apartado 2.4 de esta investigación, el hecho de pensar en sí mismas e intentar protegerse de este sufrimiento plantea un interrogante sobre cómo este mecanismo de protección repercutiría en el cuidado del paciente. Es decir, el hecho de que las enfermeras desarrollen mecanismos para protegerse frente a los conflictos éticos no tendría que implicar un estado de indiferencia moral, puesto que si así fuere, el problema ético no quedaría resuelto y, obviamente, habría una repercusión negativa en el cuidado del paciente.

Además de estas cuestiones relevantes para el análisis de la conflictividad ética, el hecho que la indignación moral se revele como el tipo de conflicto mayormente experimentado en la mitad de las situaciones explica la razón por la que este tipo de conflicto ético se muestra asociado a un nivel mayor de exposición al conflicto que la angustia moral, cuestión que difiere del modelo teórico planteado para el análisis del fenómeno de la conflictividad ética, donde la angustia moral se situó en el extremo superior de la exposición al conflicto. Esta evidencia se revela también como una novedad, puesto que hasta ahora nunca se habían considerado la tipología de conflictos de forma simultánea, tal como se ha desarrollado en el capítulo 4 de este manuscrito.

9.2 Limitaciones del estudio

La limitación principal de esta investigación es su carácter subjetivo. Todos los profesionales participantes han expresado su opinión, sentimiento o creencias cuando han contestado el CuCEE. Aunque éste ha sido el método escogido en esta investigación para analizar la conflictividad ética y es obvio que los datos han aportado información de interés sobre el fenómeno a partir de estas experiencias y sobre la percepción de determinadas características de la muestra y el entorno clínico, es necesario considerar que representa una limitación del estudio el hecho de que estos datos no han sido contrastados por otros

medios, como podrían ser la observación directa *in situ* o a partir del análisis de documentos u otras fuentes de información.

Otra limitación a considerar es en relación a la perspectiva de género, fundamentalmente por dos cuestiones. En primer lugar, los miembros de los Comités de Expertos en ética y en enfermería intensiva eran siete mujeres y un hombre. Por otra parte, si bien se constata que la proporción de mujeres enfermeras es mucho mayor que la de hombres enfermeros en la práctica profesional, éstos representan solamente el 14.8% de la muestra estudiada en esta investigación; y, aunque no se han constatado aún indicios sobre si hay o no diferencias en relación a la experimentación del conflicto ético, esta cuestión debe tenerse en cuenta a la hora de analizar el fenómeno desde una perspectiva de género.

Por otra parte, el hecho de haber creado un nuevo modelo para el análisis de la conflictividad ética y de diseñar un instrumento específico coherente con este modelo representa, sin embargo, una limitación al no poder disponer de un instrumento semejante para poder analizar la validez de criterio. Aún así, en el marco de un proceso continuado de validez del instrumento, se cree necesario administrar en el futuro el CuCEE a otra muestra de profesionales enfermeros que no pertenezcan a las UCIs, con el objetivo de fortalecer la validez discriminante.

9.3 Propuestas y recomendaciones para la práctica asistencial, la gestión sanitaria, la formación universitaria y la investigación

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten apuntar una serie de recomendaciones dirigidas a fomentar el bienestar moral entre los profesionales y propiciar entornos favorables para tratar las cuestiones de carácter ético que normalmente se producen en el contexto clínico. Además de potenciar aquellas actitudes o dinámicas que potencian este bienestar moral, es necesario también mejorar las medidas preventivas y el tratamiento de los conflictos éticos en los profesionales de enfermería, especialmente los

que desarrollan su actividad en la atención al paciente crítico. Estas medidas, para ser efectivas, deben implementarse en los diferentes ámbitos profesionales: la práctica asistencial, la gestión, la formación y la investigación.

En el ámbito de la práctica asistencial, se considera necesario que las enfermeras se formen en el área específica de la bioética y de las éticas influyentes en la profesión enfermera, con el fin de adquirir conocimientos y habilidades que les serán útiles para tomar decisiones, además de aumentar su sensibilidad a la hora de identificar situaciones potencialmente generadoras de conflicto, con el fin de prevenirlas. También se cree necesario formar a los profesionales enfermeros del ámbito específico de las UCIs en aspectos técnicos relacionados con los índices de gravedad y pronóstico, sobre futilidad terapéutica y sobre LTSV, con el objetivo de poder interpretar su significado e identificar las situaciones dónde estos conceptos son relevantes.

Por otra parte, se cree necesario que los equipos de los servicios analicen sus dinámicas de trabajo y si hay un entorno favorable o no para plantear y tratar los conflictos éticos. En esta línea, se cree primordial modificar aquellas dinámicas que dificulten la participación activa de las enfermeras en la toma de decisiones, o bien aquellas que, simplemente, no consideren ésta participación. Y, igualmente importante en este cambio, es el hecho de que los profesionales enfermeros se formen en el ámbito específico de la bioética para poder aportar suficientes elementos de juicio en la toma de decisiones. Este cambio de las dinámicas implicaría a otros profesionales, como los médicos, a los que les sería positivo y necesario identificar la aportación diferencial representada por el profesional enfermero. Por ello, se recomienda contar con todos los profesionales miembros del equipo para iniciar este cambio positivo en relación a la conflictividad ética.

En relación a la gestión, los responsables de los servicios deben implantar las medidas necesarias para propiciar un entorno favorable para tratar los conflictos éticos en sus servicios y fomentar las condiciones para potenciar el bienestar moral, puesto que se ha evidenciado su relación significativa en relación a la exposición al conflicto ético. Esto implica, tal como ya se ha comentado en el párrafo anterior, instaurar nuevas dinámicas organizativas y de trabajo que permitan a los profesionales enfermeros y a otros colegas, como por ejemplo los médicos, formarse en bioética y poder analizar los casos sensibles de

conflicto ético con suficiente detalle y detenimiento, disponiendo de un espacio físico que permita este trabajo de análisis y de intercambio, considerado como positivo y altamente preventivo de la conflictividad ética. En la misma línea, también se considera necesario que los responsables de los servicios y de las direcciones enfermera y médica de los centros hospitalarios implanten sesiones clínicas dónde se traten estas cuestiones; e implementen de forma conjunta programas de formación específica para los equipos, en relación a los problemas éticos que plantea el cuidado del paciente crítico. También se recomienda que impulsen la elaboración de protocolos que recojan el consenso en la intervención frente a las situaciones que se identifiquen como especialmente conflictivas desde una perspectiva ética. Es aconsejable que en la elaboración de estos protocolos participen de forma activa los profesionales enfermeros de los servicios.

Respecto a los gestores responsables de enfermería de los centros hospitalarios, es recomendable que consideren en sus objetivos operativos la implementación de medidas preventivas del conflicto ético, medidas que se han demostrado altamente eficaces para reducir un fenómeno que puede comportar a medio y largo plazo, una repercusión negativa en los equipos profesionales y en la calidad de la atención al paciente ingresado en estas instituciones. También sería recomendable que los gestores consideraran como un mérito positivo en el currículum de los profesionales enfermeros aspirantes a las plazas vacantes, la formación en bioética y ética enfermera además de la formación requerida para ocupar un determinado servicio.

En la misma línea sobre las recomendaciones, en el ámbito específico de la formación universitaria, se recomienda incluir en los programas de ética y bioética del Grado aspectos descriptivos de los conflictos éticos y de su génesis, especialmente en relación al estado de bienestar moral y sobre los tipos indiferencia, incertidumbre y dilema morales. Por otra parte, es recomendable incluir en toda la formación de Postgrado, aunque de forma especial en los másters referentes a la atención al paciente crítico, programas específicos de bioética y ética enfermera y que se analicen de forma detallada los conflictos éticos, especialmente en relación al dilema, la indignación y la angustia moral. También se recomienda incluir en los programas formativos de ética profesional y bioética de otras disciplinas de las ciencias de la salud cuestiones relativas a la conflictividad ética, con el objetivo de que los futuros profesionales tengan unas nociones que les permitan prevenir o detectar precozmente este fenómeno y, en todo caso, afrontarlos en equipo.

Por último, partiendo de la concepción de que el fenómeno de la conflictividad ética es universal, se recomienda analizarlo en diferentes grupos profesionales de las ciencias de la salud y estudiarlo en muestras mixtas. Asimismo, es recomendable estudiarlo en diferentes ámbitos profesionales y servicios, tanto en atención primaria como en la hospitalaria, con el fin de observar diferencias que permitan comprender mejor el fenómeno.

Finalmente, es recomendable también para la investigación, el uso de la terminología de forma adecuada y unificada; y la utilización de un modelo, como el propuesto en el presente trabajo, que considere la exposición al conflicto ético y la tipología del conflicto ético, con el fin de contemplar todas las perspectivas que ha demostrado tener el fenómeno de la conflictividad ética. El modelo aquí desarrollado puede ser aplicado en otros contextos de cuidados y en otras profesiones.

10. CONCLUSIONES

10. Conclusiones

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación permite concluir lo siguiente:

1. El modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética propuesto en esta investigación, que considera la exposición al conflicto ético, producto de la frecuencia y la intensidad; y el tipo de conflicto ético experimentado, se revela como un modelo válido para explorar el fenómeno (Objetivo 1).
2. El índice de exposición a la conflictividad ética permite considerar tanto la frecuencia con la que se producen las situaciones de cuidados éticamente conflictivos cómo la intensidad de conflicto ético experimentado; e introduce el concepto de exposición al conflicto como variable dependiente de la tipología de conflicto ético (Objetivo 1.1).
3. Los profesionales enfermeros de las UCIs presentan niveles moderados de exposición al conflicto ($\bar{x} = 182.35$, intervalo 0-475) (Objetivo 1.1).
4. El fenómeno de la conflictividad ética sigue una estructura organizada dónde los tipos de conflicto se asocian a niveles de menor a mayor grado de exposición al conflicto. De este modo, los tipos de **bienestar** e **indiferencia morales** se sitúan en niveles de exposición bajos; la **incertidumbre** y el **dilema morales** corresponden a niveles moderados de exposición al conflicto; y la **angustia** y la **indignación morales** se sitúan en niveles altos de exposición al conflicto ético (Objetivo 1.2).
5. El CuCEE es un instrumento unidimensional con una fiabilidad alta, con un valor $\alpha = .882$, que se revela como un cuestionario válido para medir la conflictividad ética en las UCIs (Objetivos 2, 2.1 y 2.2).

6. Las situaciones de cuidados descritas en el CuCEE que se presentan con mayor frecuencia, semanal o mensualmente, en las UCIs analizadas, según la opinión de los profesionales son: (Objetivos 3 y 3.1)

- Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional enfermero haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos.
- Cuidar a un paciente sin conocer si dispone o no de Documento de Voluntades Anticipadas.
- Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias.
- Comprobar que el tratamiento analgésico o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y éste está sufriendo.
- Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que no mejorarán de forma significativa la evolución clínica del paciente ingresado en la unidad de críticos.
- Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la unidad de críticos sino en una unidad de hospitalización del centro sanitario.

7. Las situaciones de cuidados descritas en el CuCEE que generan a los profesionales enfermeros de las UCIs grados elevados de conflictividad ética, de muy a moderadamente problemático, son: (Objetivos 3 y 3.2)

- Comprobar que el tratamiento analgésico o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y éste está sufriendo.
- Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente.
- Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos demasiado agresivos dado el estado en el que se encuentra el paciente, provocándole un sufrimiento añadido.
- Tener que administrar y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos y los riesgos de éstos.
- Administrar tratamientos y/o realizar pruebas que considero que son innecesarias porque sólo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal.
- Actuar en contra de las propias convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente.

-Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que no mejorarán de forma significativa la evolución clínica del paciente ingresado en la unidad de críticos.

- Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la institución sanitaria por encima de los intereses del propio paciente.

8. La indignación y la angustia morales son los tipos de conflicto ético mayormente experimentados por los profesionales enfermeros de las UCIs (Objetivos 3 y 3.3).

9. Hay una relación negativa significativa entre la percepción de los profesionales de estar en un entorno favorable para tratar las cuestiones de carácter ético y el hecho de participar en las decisiones; y el grado de exposición al conflicto ético (Objetivos 3 y 3.4).

10. Hay una relación positiva significativa entre el pensamiento de los profesionales de querer cambiar de servicio por cuestiones de sobrecarga o estrés y el grado de exposición al conflicto al conflicto ético (Objetivos 3 y 3.4).

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, F. (1999). *El diàleg bioètic albirant el tercer mil·leni*. Barcelona: Reial Academia de Medicina de Catalunya.
- Abidanza, R., & Mas-Font, S. (2011). Consideraciones de los sistemas pronósticos de supervivencia en medicina intensiva. En J.M. Nicolás, J. Ruiz, X. Jiménez, & A. Net. *Enfermero crítico y emergencias* (pp. 929-936). Barcelona: Elsevier.
- American Association of Critical Care Nurse. (2005). *The 4A's to rise above moral distress*. USA: Autor.
- Anton, P. (2003). *Ética y legislación en Enfermería*. Barcelona: Masson.
- Argimón, J.M., & Jiménez, J. (2000). Diseño de cuestionarios. En J.M. Argimón & J. Jiménez (Ed.), *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (pp. 184-195). Madrid: Elsevier.
- Aristóteles, & Calvo, J.L. (2001). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Alianza.
- Arroyo, M.P., Cortina, A., Torralba, M.J., & Zugasti, J. (1997). *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Austin, W., Bergum, V., & Goldberg, L. (2003). Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry*, *10*(3), 177-183.
- Austin, W., Lerner, G., Goldberg, L., Bergum, V., & Johnson, M. (2005). Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. *HEC Forum*, *17*(1), 33-48.
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., & Lerner, G. (2005). To say or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior*, *15*(3), 197-212.
- Azoulay, E., Timsit, J.F., Sprung, C.L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A.,...Schulema, B. (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the Conflicus Study. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, *180*, 853-860.
- Barbero, J. (2004). Experiencia de sufrimiento y responsabilidad moral. En R. Bayés (Ed.), *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica* (pp.25-42). Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Beauchamp, T.L., & McCullough, L.B. (1987). *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Labor.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (1999). *Principios de ética biomédica*. Madrid: Masson.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6th ed.). New York: Oxford University Press.

- Bernat, A., Hernández, L., Cudak, E., Tschugg, H., & Poiroux, L. (2007). *Positions Statement on workforce requirements within European Critical Care Nursing*. European Federation of Critical Care Nursing Associations - EfCCNa. Disponible en: <http://www.efccna.org/downloads/position%20statement%20workforce%20Efcc%202007.pdf>.
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., & O'Leary, M. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *British Association of Critical Care Nurses Nursing in Critical Care*, 9(5), 199-212.
- Breslin, J.M., MacRae, S.K., Bell, J., Singer, P.A., & University of Toronto Joint Center for Bioethics Clinical Ethics Group. (2005). Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. *BMC Medical Ethics*, 6(5), 1-8. DOI 10.1186/1472-6939-6-5.
- Bulechek, M.G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones de Enfermería NIC* (5ª ed.). Barcelona: Elsevier-Mosby.
- Burkhardt, M.A., & Nathaniel, A.K. (2002). *Ethics and issues in contemporary nursing* (2n ed.). Albany (EEUU): Delmar Thompson Learning.
- Burkhardt, M.A, Nathaniel, A.K, & Walton, N.A. (2010). *Ethics and issues in contemporary nursing*. Canada: Nelson.
- Busquets, M. (2004). La autonomía en el cuidado de la salud. *Revista de debat polític. Elements de Bioètica*, 9, 115-127.
- Busquets, M. (2008). La importancia ética del tenir cura. *Annals de Medicina*, 91,71-74.
- Busquets, E., & Mir, J. (2005). *Infermeria i bioètica*. Esplugues de Llobregat: Institut Borja de Bioètica.
- Busquets, E., & Mir, J. (2006). *Infermeria i comitès de bioètica*. Esplugues de Llobregat: Institut Borja de Bioètica.
- Cabré, L., Abizanda, R., Baigorri, F., Blanch, L., Campos, J.M., Iribarren, S.,...Solsona, J.F. (2006). Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades de Coronarias - SEMICYUC. *Medicina Intensiva*, 30(2),68-73.
- Cabré, L., & Martín, M.C. (2011). Consideraciones bioéticas en el enfermo crítico. En J.M. Nicolás, J. Ruiz, X. Jiménez & A. Net. *Enfermero crítico y emergencias* (pp. 901-906). Barcelona: Elsevier.

- Cabré, L., Solsona, J., & Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. (2002). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*, 26(6), 304-311.
- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Canadian Nurses Association. (2003). *Ethical distress in health care environments*. Ethics in Practice for Registered Nurses (No. 1480-9990). Disponible en: http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_e.pdf.
- Carrasco, J.L. (1995). *El método estadístico en la investigación médica* (6ª ed.). Madrid: Editorial Ciencia.
- Carrasco, J.L., & Hernán, M.A. (1993). *Estadística multivariante en las ciencias de la salud*. Madrid: Editorial Ciencia.
- Cavaliere, T.A., & Dowling, D. (2010). Moral distress in Neonatal Intensive Care Unit RNs. *Advances in Neonatal Care*, 10(3), 145-156.
- Coates, C. (2008). The evolution of measuring caring: moving toward construct validity. En J. Watson (Ed.), *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (2on ed., pp. 261-66). New York: Springer Publishing Company.
- Collière, M.F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw - Hill.
- Consejo Internacional de Enfermería. (2006). *Código Deontológico*. Ginebra: Autor.
- Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. (2006). *Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Factors que influencien en la pràctica*. Barcelona: Autor.
- Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. (2009). *Codi d'Ètica*. Barcelona: Autor.
- Corley, M. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-285.
- Corley, M. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Corley, M., Elswick, R.K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.
- Corley, M., Minick, P., Elswick, R.K., & Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390.

- Cortina, A. (1996). *El quehacer ético. Guía para la educación moral*. Madrid: Aula XXI Santillana.
- Cortina, A. (2000). *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica* (6ª ed). Madrid: Tecnos.
- Cronqvist, A., & Nyström, M. (2007). A theoretical argumentation on the consequences of moral stress. *Journal of Nursing Management*, 15, 458-465.
- Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., & Lützén, K. (2004). Caring about- caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 63-76.
- Dahlqvist, V., Eriksson, S., Glasberg, A.L., Lindahl, E., Lützen, K., Strandberg, G.,...Norberg, A. (2007). Development of the perceptions of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 14(2),181-192.
- Davis, A.J. (2006, junio). *Tenir cura i l'ètica del tenir cura en el segle XXI: què sabem i què hem de qüestionar*. Conferencia presentada en la Jornada d'Ètica del Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Barcelona, Barcelona.
- Davis, A.J., & Aroskar, M.A. (1991). *Ethical Dilemmas and Nursing practice* (3ª ed). EEUU: Appleton & Lange.
- Davis, A.J., Tschudin, V., & Reave, L. (Eds). (2009) *Ética en enfermería. Conceptos fundamentales en su enseñanza*. Madrid: Triacastella.
- Del Barrio, M., Jimeno, L., López, P., Ezenarro, A., Margall, M.A., & Asiain, M.C. (2007). Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(1),3-14.
- Dierckx de Casterlé, B., Izumi, S., Godfrey, N.S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 540-549.
- Eizenberg, M.M., Desivilya, H.S., & Hirschfeld, M.J. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 885-892.
- Elies, A., Esteve, C., Esteve, N., Pagés, J., Pera, I., & Peya, M. (2011). *Competències de la professió*. Barcelona. Disponible en <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=431&idMenu=212>.
- Elpern, E.H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 16(6), 523-530.
- Ellenchild, W.J., & Haddad, A. (Eds.). (2008). *Nursing and Health Care Ethics. A legacy and a vision*. USA: American Nursing Association.

- Falcó, A. (2005). Cuidar siguiendo los valores y principios éticos propios de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(5), 287-90.
- Falcó, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos: aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enfermería Intensiva*, 20(3), 104-109.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluations of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories*. Philadelphia: FA Davis Company.
- Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st-century updates- Jean Watson. *Nursing Science Quarterly*, 15(3), 214-219.
- Fealy, G.M. (2004). The "good nurse": vision and values in images of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (6), 649-56.
- Feito, L. (2005a). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 15(3),167-74.
- Feito, L. (2005b). La ética del cuidado como modelos de la ética enfermera. *Metas de Enfermería* 8, (8), 14-8.
- Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P.,...Duvaldestin, P. (2003). Discrepances between perceptions by physicians and nursing staff on intensive care unit end-of-life decisiones. *American Journal of Respiratory and critical care medicine*, 167,1310-1315.
- Fibla, P. (1995). *Educació i valors. El patrimoni ètic de la modernitat*.Vic: Eumo Editorial.
- Fogel, K.M. (2007). *The relationships of moral distress, ethical climate and intent to turnover among critical care nurses*. (Doctoral dissertation). Disponible en ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3280688).
- Forde, R., & Aasland, G. (2008). Moral distress among norwegian doctors. *Journal of Medicine Ethics*, 34, 521-525.
- Fowler, M.D. (1989). Moral distress and the shortage of critical care nurses. *Heart & Lung*, 18,314-315.
- Fowler, M.D., & Tschudin, V. (2009). Ética en Enfermería: perspectiva histórica. En A.J. Davis, V. Tschudin & L. de Reave (Ed.), *Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (pp. 35-52). Madrid: Triacastella.

- Fry, S.T., & Duffy, M.E. (2001). The development and psychometric evaluation of the Ethical Issues Scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3),273-277.
- Fry, S.T., Harvey, R.M., Hurley, A.C., & Foley, B.J. (2002). Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*, 9(4), 373-387.
- Fry, S.T., & Johnstone, M.J. (2002). *Ethics in Nursing practice. A guide to ethical decision making* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Fry, S.T, & Johnstone, M.J. (2010). *Ética en la práctica enfermera. Una guía para la toma de decisiones éticas*. México: Manual Moderno.
- Gálvez, M., Ríos, F., Fernández, L., Del Águila, B., Muñumel, G., & Fernández, C. (2011). El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 13-21.
- Gamboa, F. (2010). Limitación de esfuerzo terapéutico. ¿Es lo mismo retirar un tratamiento de soporte vital que no iniciarlo?. *Medicina Intensiva*, 135(9), 410-416.
- Gárate, L. (2007). "Nursing advocacy" en los ancianos: el concepto y la práctica. *Metas de Enfermería*, 10 (2), 69-73.
- García, C. & Martínez, M.L. (2001). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Harcourt.
- García, A., Sánchez, F., Amorós, S.M., Balaguer, F., Díez, M., Durán, M.T.,...Zaforzeta, C. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 20-27.
- Georges, J.J., & Grypdonck, M. (2002). Moral problems experienced by nurse when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics*, 9 (2), 155-178.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría psicológica del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Glasberg, A.L (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare: the danger of deadening one's conscience* (Doctoral dissertation). Disponible en: <http://www.dissertations.se/dissertations/54d8db47a41>.
- Glasberg, A.L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A.,...Norberg, A. (2006). Development and initial validations of the stress of conscience questionnaire. *Nursing Ethics*, 13(6), 633-648.

- Glasberg, A.L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403.
- Glasberg, A.L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2008). Factors associated with "Stress of conscience" in healthcare. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 249-258.
- Goberna, J. (2009). *Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement*. (Tesi Doctoral). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/1762>.
- Gordon, S. & Nelson, S. (2005). An end to angels. *American Journal of Nursing* 5, (105),62-69.
- Gómez, J.A. (2002). *Ètica en medicina crítica*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Gómez, J., Carreras, V., Guilera, G., & Andrés, A. (2010). *Exercicis pràctics de psicometria amb PASW*. Barcelona: Publicacions i Edicions UB
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioètica*. Madrid: Eudema.
- Gracia, D. (2007). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastella.
- Guàrdia, J., Freixa, M., Però, M., & Turbany, J. (2008). Análisis de datos en psicología, 2 ed. Madrid: Delta Publicaciones Universitarias.
- Gutierrez, K.M. (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), 229-41.
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G., & Norberg, A. (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: a pilot study. *Nursing Ethics*, 17(1), 23-38.
- Hamric, A. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*, 48(5), 199-201.
- Hamric, A., & Blackhall, L.J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429.
- Hanna, D.R. (2004). Moral distress: the state of the science. *Research and Theory for Nursing Practice: An Internacional Journal*, 18(1), 73-93.
- Hanna, D.R., & Romana, M. (2007). Debriefing after a crisis. What's the best way to resolve moral distress? Don't suffer in silence. *Nursing Management*, 8, 39-47.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la enfermería: una definición y repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill

- Helft, P.R, Bledsoe, P.D., Hancock, M., & Wocial, L.D. (2009). Facilitated ethics conversations. A novel program for managing moral distress in bedside nursing staff. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 11(1), 23-33.
- Hernández, A., Hermana, M.T., Hernández, R., Cambra, F.J., Rodríguez, A., Rodríguez, A., ...Faile, I. (2006). Encuesta ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españolas. *Anuales de Pediatría*, 64(4), 542-549.
- Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 439-445.
- Hidalgo, I., Vélez, Y., & Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidado Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106-114.
- Hottois, G. (2011). ¿Qué papel tiene el principio de dignidad en la toma de decisiones?. En M. Boladeras (Ed.), *Bioética: la toma de decisiones* (pp.17-48). Capellades: Proteus.
- Iribarren, S., Latorre, K., Muñoz, T., Poveda, Y., Dudagoitia, J.L., Martínez, S.,...Hernández, M. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Medicina Intensiva*, 31(2), 68-72.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The ethical issues*. New Jersey: Prentice - Hall.
- Jameton, A. (1993). Dilemmas of Moral Distress: moral responsibility and nursing practice *WHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4, 542-551.
- Jolley, M., & Brykczynska, G. (1992). *Nursing Care. The challenge to change*. Great Britain: Edward Arnold.
- Jonsen, A., Siegler, M., & Wislade, W.J. (2005). *Ética Clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel.
- Johnstone, M.G. (2009). *Bioethics a nursing perspective* (5th ed.). NSW Australia: Churchill Livingstone Elsevier.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A., & Sundin, K. (2007). Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing Ethics*, 14(3), 329-343.
- Juthberg, C., Eriksson, S., Sundin, K. (2008). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1897-1906.

- Kälvemark, S., Arnetz, B., Hansson, M., Westerholm, P., & Höglund, A. (2007). Developing ethical competence in health care organizations. *Nursing Ethics*, *14*(6), 826-837.
- Kälvemark, S., Höglund, A., & Arnetz, B. (2006). Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nursing Ethics*, *13*(4), 417-427.
- Kälvemark, S., Höglund, A., Hansson, M., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in health care system. *Social Science and Medicine*, *58*, 1075-1084.
- Kavathatzopoulos I. (2004). Making Ethical Decisions in Professional Life. En H. Montgomery, R. Lipshitz & B. Brehmer (Eds.), *How professionals make decisions*. Mahwah NJ : Lawrence Erlbaum Associates. Disponible en http://www.mb.utwente.nl/oohr/news/activities/eben_platform/kawathatzopoulos_making_ethica.pdf.
- Kelly, L.Y., & Joel, L.A. (1999). *Dimensions of professional nursing* (5th ed). New York, USA: McGraw-Hill.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Kielholz, P. (1987). *Angustia: aspectos psíquicos y somáticos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kim, S., & Kjervik, D. (2005). Deferred decisions making: patients' reliance on family and physicians for CPR decisions in critical care. *Nursing Ethics*, *12*(5), 493-506.
- Kopala, B., & Burkhart, L. (2005). Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, *16*(1), 3-13.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and practice*. New York: Wiley & Sons.
- Llamas, F., Flores, J., Acosta, M.E., González, J., Albar, M.J., & Macías, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, *20*(2), 50-57.
- López-Aranguren, J.L. (1994). *Ética*. Madrid: Trotta.
- Losa, M.E., Becerro, R., & Salvadores, P. (2010). Moral distress related to ethical dilemmas among spanish podiatrists. *Journal Medical Ethics*, *36*, 310-4.
- Luis, M.T. (2008). *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica* (8ª ed.). Barcelona: Elsevier - Masson.

- Luis, M.T., Fernández, C., & Navarro, M.V. (2005). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (3ª ed.). Barcelona: Masson.
- Lütznén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: Synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 313-322.
- Maccioli, G., Dorman, T., Brown, B., Mazuski, J., McLean, B., & Kuszaj, J. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies. American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Critical Care Medicine*, 31(11), 2665-76.
- MacIntyre, A. (2008). *Tras la virtud* (3ª ed.). Barcelona: Editorial Crítica.
- Martin, A., & De Luna, J. (1998). *Bioestadística para las ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Norma.
- Marsé, P. (2000). Muerte encefálica y toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 24, 189-192.
- Mashiach, M., Syna, H., & Hirschfeld, M. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 885-892.
- Maslach, C., & Jackson S.E. (1997). *Manual MBI inventario "Burnout" de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA-Publicaciones de Psicología Aplicada.
- McCaffree, D. (2006). Moral distress and the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34(12), 3049-3050.
- McCarthy, J. (2006). A pluralist view of nursing ethics. *Nursing Philosophy*, 7,157-164.
- McCarthy, J. & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254-262.
- McClendon, H. & Buckner, E.B. (2007). Distressing situations on the intensive care unit. *Dimensions of critical care nursing*, 26(5),199-206.
- McDaniel, C. (1998). Ethical environment reports of practicing nurses. *The Nursing Clinics of North America*, 33(2), 363-372.
- Medina, C.D. (2000). *Ética y legislación*. Madrid: Ediciones DAE.
- Meltzer, L.S., & Huckabay, L.M. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 202-8.

- Mobley, M., Rady, M.Y., Verheijde, J.L., Patel, B., & Larson, J.S. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23, 256-263.
- Moland, L. (2006). Moral integrity and regret in nursing. In S.Nelson & S.Gordon (Ed.), *The complexities of care. Nursing reconsidered* (pp. 50-68) USA: Cornell University Press.
- Monzón, J.L., Saralegui, I., Abidanza, R., Campos, I., Cabré, L., Iribarren, S,... Martínez, K. (2008). Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 32(3), 121-133.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011*. Madrid: Elsevier.
- Nathaniel, A.K. (2003). *A grounded theory of moral reckoning in nursing*. (Doctoral dissertation). Disponible en: http://wvuscholar.wvu.edu:8881//exlibris/dtl/d3_1/apache_media.pdf.
- Nelson, S., & Gordon, S. (Eds.). (2006). *The complexities of care. Nursing reconsidered*. New York: IRL Cornell University Press.
- Nordmann, T., Santavirta, N., & Eriksson, K. (2008). Developing an instrument to evaluate suffering related to care. *Journal of Nordic College of Caring Science (journal compilation)*, 608-615.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Padilla, J.L, González, A., & Pérez, C. (1998). Elaboración del cuestionario. En A. Rojas, J. Fernández & C. Pérez (Eds.), *Investigar mediante encuestas* (pp. 115-140). Madrid: Editorial Síntesis.
- Paley, J. (2004). Commentary: the discourse of moral suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356-367.
- Pattison, N. (2011). End of life in critical care: an emphasis on care. *Nursing Critical Care*, 16(3),113-115.
- Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., & Newton, L.(2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics* 16(5),561-573.
- Pearson, A., Vaughan, B., & Fitzgerald, M. (1996). *Nursing models for practice* (2ª ed.). Edimbrug: Butterworth-Heinemann Elsevier.

- Persky, G.J., Nelson, J.W., Watson, J., & Bent, K. (2008). Creating a profile of a nurser effective in caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32 (1), 15-20.
- Quintero, B. (2001). Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad*, 26(1), 16-22.
- Raeve, L. (2009). Ética de la virtud. En A.J. Davis, V. Tschudin & L. de Reave (Ed.), *Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza* (pp. 141-55). Madrid: Triacastella.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier Mosby.
- Raines, M.L. (2000). Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 2(1), 29-41.
- Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. (Tesis Doctoral). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/2867>.
- Rendtorff, J.D., & Kemp, P. (2000). *Basic ethical principles in european bioethics and biolaw. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project* (Vol. I). Sant Cugat del Vallès: Center of Ethics and Law from Copenhagen and Institut Borja de Bioètica.
- Ricart, A. (2011). Comunicación con el enfermo crítico y la política de visitas en UCI. En JM. Nicolás, J. Ruiz, X. Jiménez, & A. Net. *Enfermero crítico y emergencias* (pp. 907-913). Barcelona: Elsevier.
- Rittenmeyer, L., & Huffman, D. (2009). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Joanne Briggs Library of Systematic Reviews*, 7(28),1260-1317.
- Robbins, S. (2004). Conflicto y negociación. En S. Robbins (Ed.), *Comportamiento organizacional* (10ª ed., pp. 395-420). México: Pearson Educación.
- Rodríguez, M., Rodríguez, F., Ronsero, A., Morgado, M., Theodor, J., Flores, L.,... Almeida, C. (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 14(3), 96-108.
- Roman, B. (2011). Ética de la decisión para las prácticas del cuidado. En M. Boladeras (Ed.), *Bioética: la toma de decisiones* (pp.299-324). Capellades: Proteus.
- Royes, A. (2005). Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Calidad Asistencial*, 20(7), 391-395.

- Ruiz, J., Corcuera, R., Sanz, M., & Martínez, G. El enfermero crítico y sus profesionales: enfoque histórico. (pp, 3-9). En J.M. Nicolás, J. Ruiz, X. Jiménez, & A. Net. *Enfermero crítico y emergencias*. Barcelona: Elsevier.
- Rushton, C.H. (2006). Defining and addressing moral distress. Tools for critical care nursing leaders. *American Association of Critical-Care Nurses Advanced Critical Care*, 17(2), 161-168.
- Rushton, C.H. (2007). A framework for analysis of ethical dilemmas in critical care nursing. *American Association of Critical-Care Nurses Advanced Critical Care*, 3 (18), 323-328.
- Santana, L., Gil, N., Méndez, A., Marrero, I., Alayón, S., Martín, J.C.,... Sánchez, M. (2010). Percepción de las actitudes éticas de la enfermera de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enfermería Intensiva*, 21(4), 142-149.
- Sasso, A., Stievano, A., González, M., & Rocco, G. (2008). Code of Ethics and Conduct for European Nursing. *Nursing Ethics*, 15 (6), 821-836.
- Schwenzer, K., & Wang, L. (2006). Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical Care Medicine*, 34(12), 2967-2973.
- Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, 5, 59-66.
- Sierra, J.C, Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividad*, 3(1), 10-59.
- Sundin-Huard, D., & Fahy, K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 8-13.
- Subirana, M., Guillaumet, M., Fargues, I., & Bros, M. (2005). Teoría del cuidado humano: un café con Watson. *Metas de Enfermería*, 8(2), 28-32.
- Thompson, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M., & Horsburgh, D. (2006). *Nursing ethics* (5th ed.) Philadelphia, USA: Churchill Livingstone.
- Tomas, J. (2009). *Fonaments de bioestadística i anàlisi de dades per a infermeria*. Barcelona: Servei de Publicacions UAB.
- Torralla, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Institut Borja de Bioética & Fundación Mapfre Medicina.

- Torralba, F. (2000). Constructos éticos del cuidar. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 136-141.
- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioética & Fundación Mapfre Medicina.
- Torjuul, K., & Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 404-413.
- Tschudin, V. (2004). *Ethics in nursing. The caring relationship* (3r ed.). United Kingdom: Betterworth-Heinemann.
- Tschudin, V. (2010). Nursing ethics: the last decade. *Nursing Ethics*, 17(1), 127-131.
- Valls, R. (1998). Ética para la bioética. En M. Casado (Ed.), *Bioética, derecho y sociedad* (pp.15-33). Barcelona: Trotta.
- Vázquez, M. (2010). La vulnerabilidad y su relación con el cuidado. *Metas de Enfermería*, 13(3), 72-4.
- Velasco, J.M., Prieto, J.F., Castillo, J., Merino, N., & Perea, E. (2005). Organización de las visitas de los familiares en las unidades de cuidados intensivos de España. *Enfermería Intensiva*, 16, 73-78.
- Ventura, M.R., Portillo, E., Verdaguer, G., Carrasco, G., & Cabré, L. (2002). Sesiones clínicas conjuntas en UCI y satisfacción de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 13(2), 68-77.
- Viladrich, M.C., Doval, E., Prat, R., & Vall-llovera, M.(2008). *Psicometría*. Barcelona: Editorial UOC.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and ciencia of caring*. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (2005). Caring Science: Belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*, 18(4):304-305.
- Watson, J. (2006). Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nursing Administration Quarterly*, 20(1):48-55).
- Watson, J. (2007). Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En J. Rihel Sisca (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 91-104). Barcelona: Doyma.
- Watson, J. (2008). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. Springer Publishing Company LLC. Disponible en: <http://lib.myilibrary.com?ID=196426>>
- Watson, J. (2011, 11 noviembre). Watson's caring science institute. International caritas consortium. Disponible en <http://www.watsoncaringscience.org>.

- White, B.C. (1994). *Competence to consent*. Washington DC: Georgetown University Press.
- World Health Organization. (2011). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care from 1978. Disponible en:
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Wilkinson, J.M. (1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- Wilkinson, J.M. (1989). Moral distress: a labor and delivery nurse's experience. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 18(6), 513-519.
- Wurzbach, M.E. (1996). Comfort and nurses' moral choices. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 260-264.
- Wurzbach, M.E. (1999a). Acute care nurses' experiences of moral certainty. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 287-293.
- Wurzbach, M.E. (1999b). The moral metaphors of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 94-99.
- Wurzbach, M.E. (2008). Moral conviction, moral regret, and moral comfort. Theoretical perspectives. In W.J. Ellenchild & A.M. Haddad (Eds.), *Nursing and Health Care Ethics. A Legacy and a Vision* (pp. 57-66). USA: American Nursing Association.
- Zaforteza, C., García, A., Quintana, R., Sánchez, C., Abadía, E., & Miró, A. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva*, 21(2), 52-57.
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14(3), 344-359.

12. FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

12.1 Financiación

Esta investigación obtuvo una beca PREUI 09/2009 dotada de 1500 euros, en el marco de la convocatoria interna de ayuda a la investigación de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

12.2 Difusión de la investigación

Durante la elaboración de esta investigación y hasta la fecha actual, se ha iniciado un proceso de difusión de una parte de los resultados obtenidos en relación a la elaboración del instrumento CuCEE y el proceso de validez de contenido. Se describen a continuación los eventos científicos y las publicaciones realizados hasta ahora:

Congresos científicos

1. ***I Congreso Internacional de Bioética “La toma de decisiones en el ámbito bioético”***, organizado por el Grupo de Investigación Bioética: dignidad humana, los estadios de la vida y el respeto a la diferencia, de la Universidad de Barcelona, celebrado en noviembre de 2010, en Barcelona.

Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, MT. *Estudio de los conflictos éticos en las Unidades de Cuidados Intensivos: construcción y validación de contenido del Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os*. Comunicación oral.

2. ***XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades de Coronarias “Cuidados intensivos; nuevos tiempos, nuevos modelos”***, organizado por la SEEIUC, celebrado en junio de 2011, en Bilbao.

Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, MT. *Explorar los conflictos éticos en las Unidades de Cuidados Intensivos a través del Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE): análisis métrico inicial*. Comunicación oral.

3. ***XV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería***, organizado por INVESTEN celebrado en noviembre de 2011 en Madrid.

Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, MT. *Áreas de conflicto ético en las UCIs de hospitales de tercer nivel*. Comunicación poster.

Publicaciones

1. Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, MT. *Explorar los conflictos éticos en las Unidades de Cuidados Intensivos a través del Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE): análisis métrico inicial*. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/18350>.
2. Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, MT. Estudio de los conflictos éticos en las Unidades de Cuidados Intensivos: construcción y validación de contenido del Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (p.545-554). En M. Boladeras (ed). *Bioética: la toma de decisiones*. Capellades: Editorial Proteus. 2011.

13. INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1. Diferentes perspectivas de cuidados según el enfoque ético y preguntas para la reflexión en la práctica clínica. PÁGINA 29.

Tabla 1-2. Factores de cuidados descritos en la filosofía de Watson. PÁGINA 31.

Tabla 2-1. Tipos de conflicto ético en Enfermería según varios autores. PÁGINA 52.

Tabla 2-2. Tipos de dilemas biomédicos a partir de la obra de Beauchamp & Childress. PÁGINA 55.

Tabla 2-3. Términos próximos al concepto de moral distress según autores y año de publicación. PÁGINA 61.

Tabla 2-4. Situaciones de cuidados generadoras de conflicto ético en relación al paciente y la familia. PÁGINA 65.

Tabla 2-5. Situaciones de cuidados clínicos generadoras de conflicto ético en relación al equipo, las dinámicas de trabajo y los recursos de la institución. PÁGINA 66.

Tabla 2-6. Situaciones de cuidados generadoras de conflicto ético en relación a los tratamientos, técnicas y procedimientos clínicos. PÁGINA 67.

Tabla 3-1. (I) (II).Instrumentos diseñados con el objetivo de medir constructos afines a la conflictividad ética, características y hallazgos principales. PÁGINAS 85 y 86.

Tabla 4-1. Relación entre el estado experimentado por la persona, tipos de conflicto éticos y extremos de conflictividad ética correspondientes. PÁGINA 107.

Tabla 7-1. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra. PÁGINA 119.

Tabla 7-2. Distribución de la población según centro y servicio. PÁGINA 120.

Tabla 7-3. (I)(II) Artículos del Código Ético de Enfermería potencialmente comprometidos en las situaciones de cuidados enfermeros desarrolladas para la exploración del fenómeno. PÁGINAS 127 y 128.

Tabla 7-4. Miembros de los Comités de Expertos participantes en el proceso de validez de contenido. PÁGINA 129.

Tabla 7-5. Resultados método Fehring para la variable *relevancia*. PÁGINA 132.

Tabla 7-6. Resultados método Fehring para la variable *grado de conflicto ético*. PÁGINA 133.

Tabla 7-7. Resultados método Fehring para la variable *frecuencia*. PÁGINA 134.

Tabla 7-8. Resultados del Coeficiente de concordancia de Kendall (I). PÁGINA 135.

Tabla 7-9. Resultados del Coeficiente de concordancia de Kendall (II). PÁGINA 136.

Tabla 7-10. Situaciones de cuidados éticamente conflictivas del CuCEE agrupadas según los factores generadores de conflicto y las áreas de conflicto ético en SMI. PÁGINA 137.

Tabla 8-1. Frecuencias y porcentajes en relación a la variable *turno de trabajo*. PÁGINA 148.

Tabla 8-2. Frecuencias y porcentajes para la variable *años de experiencia asistencial*. PÁGINA 151.

Tabla 8-3. Frecuencias y porcentajes para las variables *conocimiento de las funciones del Comité Ético* y *conocimiento del circuito para solicitar apoyo del mismo*. PÁGINA 152.

Tabla 8-4. Frecuencias y porcentajes para las variables *participación en la toma de decisiones* y *voluntad de participación activa*. PÁGINA 153.

Tabla 8-5. Alfa de Cronbach y varianza para cada ítem del CuCEE. PÁGINA 156.

Tabla 8-6. Análisis Factorial de Componentes Principales. PÁGINA 157.

Tabla 8-7. Estimadores de robustez vinculados a las pruebas de normalidad del IE_{CE}. PÁGINA 163.

Tabla 8-8. Baremación para la variable IE_{CE}. PÁGINA 164.

Tabla 8-9.(I) (II) ANOVA del IE_{CE} para tipo de conflicto ético. PÁGINAS 169 y 170.

Tabla 8-10. ANOVA del IE_{CE} para grupos de variables referidas a datos profesionales, académicos, dinámicas de trabajo y circunstancias para el afrontamiento positivo de los conflictos éticos. PÁGINA 177.

Tabla 8-11. ANOVA del IE_{CE} para grupos de variables profesionales y dinámicas de trabajo. PÁGINA 179.

14. INDICE DE FIGURAS

Figura 2-1. Algoritmo descriptivo comparativo entre el dilema y la angustia morales. PÁGINA 57.

Figura 2-2. Grados de aproximación para el análisis de los conflictos éticos. PÁGINA 64.

Figura 4-1. Relación inclusiva entre los componentes del fenómeno de la conflictividad ética. PÁGINA 100.

Figura 4-2. Modelo teórico para el análisis de la conflictividad ética en Enfermería. PÁGINA 102.

Figura 7-1. Estructura formal del IE_{CE}. PÁGINA 123.

Figura 7-2. Fases del proceso de construcción del cuestionario preliminar. PÁGINA 125.

Figura 7-3. Parámetros sobre los que se realiza la valoración de los dos CEx respecto al CuCEE. PÁGINA 130.

Figura 8-1. Histograma para la variable *edad*. PÁGINA 149.

Figura 8-2. Gráfico de barras de frecuencias para la variable *formación específica en bioética por servicios*. PÁGINA 150.

Figura 8-3. Diagrama circular de frecuencias para la variable *conocer algún profesional de UCI que haya cambiado de servicio por cuestiones de sobrecarga y/o estrés*. PÁGINA 152.

Figura 8-4. Gráfico de barras para la variable *voluntad de participar en la toma de decisiones según servicios*. PÁGINA 154.

Figura 8-5. Gráfico de sedimentación. PÁGINA 158.

Figura 8-6. Histograma de frecuencias sobre la distribución del IE_{CE} en la muestra. PÁGINA 162.

Figura 8-7. Gráfico de puntos sobre los valores observados en la muestra y su relación con los valores esperados en una curva normal. PÁGINA 162.

Figura 8-8. Gráfico de caja para la distribución de las puntuaciones del IE_{CE}. PÁGINA 163.

Figura (s) 8-9. (I) (II). Gráficos de las medias del IE_{CE} para la variable *tipo de conflicto* para cada una de las 19 situaciones de cuidados del CuCEE. PÁGINAS 171 y 172.

Figura 8-10. Gráficos de las medias del IE_{CE} para la variable *turno de trabajo*. PÁGINA 176.

Figura 8-11. Gráfico de las medias del IE_{CE} para la variable *formación específica en bioética o ética*. PÁGINA 176.

Figura 8-12. Gráfico de las medias del IE_{CE} para la variable *autopercepción de sobrecarga o estrés*. PÁGINA 178.

Figura 8-13. Gráfico de las medias del IE_{CE} según la variable *características favorables del entorno*. PÁGINA 179.

Figura (s) 8-14. Gráficos de las medias del IE_{CE} para las variables participación y voluntad de participación en la toma de decisiones clínicas. PÁGINA 180.

ANEXOS

Anexo 1. Cartas de presentación estudio Comité de Expertos, prueba piloto y muestra de estudio

Distinguido/a Sr. Sra.: _____, Miembro del Comité de Expertos.

Tiene usted en sus manos un cuestionario que forma parte de una investigación sobre problemas éticos en enfermería. Concretamente, se trata de un estudio sobre el tipo de conflicto moral que puede experimentar el profesional enfermera/o frente determinadas situaciones que potencialmente pueden ser conflictivas desde una perspectiva ética para las enfermeras que trabajan en las Unidades de Críticos o Servicios de Medicina Intensiva de Centros Hospitalarios de nuestro entorno.

Se le solicita, en calidad de profesional miembro del Comité de Expertos, que una vez leído el cuestionario, valore cada uno de los ítems o proposiciones según se pretenda medir.

Esta valoración que usted realizará servirá para medir el grado de consenso entre los miembros de un Comité de Expertos, sobre aspectos formales y de contenido, siguiendo el método Ferhing.

Los ítems del cuestionario han sido formulados a partir de bases racionales, una revisión bibliográfica sobre el tema, y la experiencia docente y clínica de la investigadora.

En el texto, el término enfermera designa tanto profesionales del género femenino como el masculino.

Usted tiene a su disposición la siguiente documentación:

1. Criterio de respuestas y valoración de cada apartado.
Por favor, tenga en cuenta esta *matriz base* para poder valorar los ítems del cuestionario.
2. Ítems del cuestionario.
3. Definición de los grados de conflictividad moral.
4. Modelo de ítem – cuestionario para administrar a la muestra (enfermeras de la unidad de críticos)

La autora del estudio le agradece sinceramente su colaboración desinteresada. Si durante la cumplimentación del cuestionario usted necesita alguna aclaración o tiene alguna duda, no dude en contactar con la investigadora.

Cualquier comentario, sugerencia o crítica adicionales que usted desee hacer será de gran utilidad.

Al final del cuestionario hay un apartado para esta finalidad.

Anna Falcó Peguerols. annafalco@ub.edu

Teléfono: 93-402-42-28

L'Hospitalet de Llobregat, julio de 2009.

L'Hospitalet de Llobregat, septiembre 2009.

Prueba piloto

Apreciada/o colega enfermera/o:

En primer lugar quiero agradecerte que destines parte de tu tiempo en leer esta información. Soy una enfermera que estoy realizando mi tesis doctoral con una investigación sobre **los problemas éticos que pueden experimentar las enfermeras/os que trabajan en la Unidades de atención al paciente crítico**. Esta investigación está prevista llevarse a cabo en dos centros hospitalarios de tercer nivel, y, por ello, los participantes no pueden formar parte de la Prueba piloto. Le he pedido a la Sra. Pilar Delgado si podía hacer llegar estos ejemplares del cuestionario a compañeras/compañeros de intensivistas y pedirles a través de la presente su participación anónima, muy valiosa para la investigación. Por ello, quisiera pedirte tu colaboración a nivel individual, para participar en la **prueba piloto**, contestando el cuestionario que se adjunta. Por ello, he creído oportuno explicarte lo siguiente:

- Este documento forma parte de una investigación que ha recibido la autorización de los CEIC y las Direcciones de Enfermería de dos hospitales de tercer nivel de la provincia de Barcelona.
- El presente Cuestionario y los datos obtenidos forman parte de la Tesis Doctoral de la autora y ésta está sujeta a los requerimientos académicos y de propiedad intelectual de un documento de estas características. Está registrado en el Programa de Doctorat en Ciències Infermeres de la Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.
- Tu participación es anónima y los datos son confidenciales.

Como integrante del grupo Piloto de enfermeras/ros experimentadas/dos de los Servicios de Medicina Intensiva, se te pide que contestes el cuestionario para poder valorar la idoneidad en la formulación de las preguntas y las respuestas, sobre si te parece correcto el diseño del cuestionario, además de recoger posibles aportaciones sobre el diseño, si las hubiere. Para contestar sólo tienes que marcar con una X la opción indicada en cada caso que tú escojas según tu experiencia profesional y si quieres escribir alguna aportación puedes hacerlo directamente con bolígrafo o lápiz encima el texto.

Una vez hayas entregado el cuestionario a la Sra. Pilar Delgado, compañera de tu servicios de intensivistas y/o hospital, ella te entregará el mismo día o en días posteriores, un pequeño obsequio que he preparado como agradecimiento a tu participación. Por favor, retorna el cuestionario también aunque no quieras participar puesto que el ejemplar no servirá para otra persona.

Sin más, recibe un cordial saludo. Sepas que estoy a tu disposición para cualquier cuestión que estimes conveniente. Si tienes alguna duda puedes contactar conmigo a los datos que figuran en el remitente.

Muy agradecida por tu participación, hasta pronto.

Anna Falcó annafalco@ub.edu
93-402-42-28.

Infermera. Professora Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica. Escola Universitària d'Infermeria. Universitat de Barcelona.
Octubre 2009.

Hospital de Clínic.
L'Hospitalet de Llobregat, octubre de 2009.

Apreciada/o colega enfermera/o:

En primer lugar quiero agradecerle que destines parte de tu tiempo en leer esta información que puede ser de interés para ti. Soy una enfermera que estoy realizando mi tesis doctoral con una investigación sobre los problemas éticos que pueden experimentar las enfermeras/os que trabajan en la Unidades de atención al paciente crítico.

Quisiera pedirte tu colaboración contestando el cuestionario que se adjunta. Por ello, poniéndome en tu lugar, he creído oportuno explicarte antes las siguientes cuestiones:

¿Qué es este documento que tengo en mis manos?

Es un cuestionario diseñado específicamente para obtener datos sobre situaciones potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética y determinar el grado de problema que le puede generar al profesional de enfermería que trabaja en las Unidades de atención al paciente crítico.

¿Quién lo ha hecho?

Lo he diseñado yo misma bajo la tutorización de la profesora Dra. M^a Teresa Lluch Canut, con la revisión y evaluación favorable de un Comité de Expertos que han sido consultados para reforzar la validez de contenido del Cuestionario.

La investigación está registrada en el Programa de Doctorat en Ciències Infermeres de la Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.

¿Está autorizada esta investigación? ¿Por quién?

Sí, ésta investigación ha recibido previamente la autorización expresa del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) y la de la Dirección de Enfermería de tu hospital.

¿Quién participa?

Esta investigación se está desarrollando en dos centros hospitalarios de tercer nivel de la provincia de Barcelona. Están invitados a participar todas las enfermeras y enfermeros que trabajan en todos los turnos, de todas las Unidades de atención al paciente crítico de estos centros.

¿Qué tengo que ver yo con él? ¿Qué beneficio me puede aportar?

Como profesional que trabajas en estos servicios puedes aportar tu valioso testimonio anónimo y ayudar a que estas cuestiones puedan tener protagonismo tanto en las comunidades científica y profesional como en tu ámbito de trabajo.

Como enfermera/o puede beneficiarte el hecho de conocer si has estado expuesto a esta problemática y si te ha afectado en alguna medida, para poder iniciar en un futuro actuaciones preventivas que puedan contribuir a mejorar tu trabajo diario.

Tal como se ha informado a la Dirección de Enfermería, una vez analizados los datos y realizadas las conclusiones, se hará una sesión informativa sobre los resultados en tu centro para todos los profesionales que habéis participado en la investigación.

¿Qué se me pide?

Se te pide tu colaboración desinteresada para contestar el cuestionario y para entregarlo a la responsable de Enfermería de tu Servicio o bien a la Sra. Neus Guasch, Supervisora de Enfermería de la Área de Vigilancia Intensiva (AVI).

¿Es anónimo?

Sí, es anónimo y los datos son confidenciales. Serán custodiados por la investigadora principal y por la persona de referencia del estudio en tu centro, la Sra. Neus Guasch.

¿A donde irán las respuestas que yo escriba en él?

Los datos obtenidos forman parte de la Tesis Doctoral de la autora y ésta está sujeta a los requerimientos académicos y de propiedad intelectual de un documento de estas características.

Es probable, también, que formen parte de una publicación en una revista especializada de enfermería en un futuro. Dado el caso, la autora hará mención especial de agradecimiento a todos los participantes.

¿Cómo debo rellenar el cuestionario y cuándo debo entregarlo?

El cuestionario se rellena de forma muy sencilla. Las preguntas que se plantean tienen diferentes respuestas alternativas; tú solo tendrás que leer atentamente estas alternativas y señalar con una X la que mejor se adecue a tu modo de pensar, sentir o estar.

Por favor, entrégalo a la Supervisora de tu Servicio o a la Sra. Neus Guasch en un plazo máximo de una semana.

Cuando lo entregues, la Supervisora de Enfermería de tu Servicio te hará entrega de un obsequio que he preparado como muestra de agradecimiento por tu participación.

¿A quién debo recurrir si tengo alguna duda más?

Puedes contactar conmigo, Anna Falcó en annafalco@ub.edu, o por teléfono al 93-402-42-28. También puedes contactar con la Sra. Neus Guasch, Supervisora de la AVI, en NGUASCH@clinic.ub.es.

¿Y si no quiero participar?

Te pedimos por favor que entregues el cuestionario a la responsable de enfermería de tu Servicio, puesto que nos servirá para otro participante.

Muchas gracias por tu inestimable testimonio. Como enfermera e investigadora te agradezco mucho tu tiempo y la sinceridad en tus respuestas.

Estoy a tu disposición para cualquier cuestión que estimes conveniente o te interese.
Hasta pronto,

Anna Falcó annafalco@ub.edu

Infermera. Professora Departament d'Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica. Escola Universitària d'Infermeria. Universitat de Barcelona.

Octubre 2009.

Instrucciones para contestar el Cuestionario.

El documento que tiene usted en sus manos está estructurado en dos partes:

Parte 1: Cuestionario de Conflictividad Moral para Enfermeras/os (CuCME). En el CuCME se detallan diversas situaciones de cuidados de enfermería potencialmente conflictivas desde una perspectiva ética en las que usted se ha podido encontrar y se le pregunta para cada una de estas situaciones sobre tres parámetros, que son: la frecuencia, el grado de conflicto moral y por último, el tipo de conflicto moral.

En este último parámetro, el tipo de conflicto moral, usted deberá seleccionar uno entre los seis criterios que se le ofrecen. Los tipos de conflicto moral y su definición son:

- Indiferencia, porque usted no se encuentra moralmente implicada/o en esta situación.
- Bienestar moral, porque usted puede actuar según sus valores éticos y sus convicciones morales.
- Incertidumbre moral, porque usted intuye que hay un problema ético pero no sabe identificar los valores éticos implicados ni está seguro de la acción moralmente correcta a seguir.
- Dilema moral, porque usted percibe que hay dos posibles opciones éticamente correctas y debe escoger sólo una de ellas para poder actuar.
- Angustia moral, porque usted sabe cual es la acción éticamente correcta a seguir, según sus valores éticos y sus convicciones, pero hay elementos externos a su voluntad (órdenes médicas, legislación, voluntad paciente/familia, protocolos, dinámicas trabajo, etc....) que le impiden obrar en consecuencia o bien, le llevan a actuar de forma diferente a la que usted cree moralmente correcta.
- Indignación moral, porque usted es testigo directo o indirecto de una acción éticamente incorrecta realizada por otro profesional o persona y siente que usted no puede hacer nada para impedirlo.

Parte 2: Datos relativos a la experiencia profesional. En esta última parte del documento se le formulan preguntas con el objetivo de recabar datos sobre el perfil demográfico, la experiencia y la formación profesional.

Muchas gracias por su tiempo y la sinceridad de sus respuestas.

Anexo 2. Cuestionario sobre las características descriptivas de la muestra y el entorno clínico

El presente cuestionario es el que se administró a la muestra de participantes del Hospital Universitari Bellvitge. El correspondiente a la muestra de participantes del Hospital Clínic Universitari era igual a excepción de las opciones de respuesta: servicio, turno y cargo, opciones adaptadas a la idiosincrasia de cada centro

Marque con una X la casilla que usted elija

1. Por favor, especifique el servicio donde usted desarrolla su actividad asistencial en el Hospital de Bellvitge:

1-1 Medicina Intensiva

2-2 Medicina Intensiva

2-1 Medicina Intensiva

3-2 Cirugía Cardíaca

2. Género

Mujer

Hombre

3. Año nacimiento

19_____

4. Ha realizado usted formación postgraduada específica en cuidados críticos:

Si

No sabe / No contesta

No

5. Años trabajados como profesional en el ámbito asistencial/sanitario.

Menos de un año

Entre 10 y 15 años

Entre 1 y 5 años

15 y 20 años

Entre 5 y 10 años

Más de 20 años

6. Años trabajados en este servicio de Medicina Intensiva y/o Área de Críticos.

Menos de un año

Entre 10 y 15 años

Entre 1 y 5 años

Entre 15 y 20 años

Entre 5 y 10 años

Más de 20 años

7. Turno actual

Mañana

Noche Lunes

Tarde

Noche Martes

8. Especifique la posición que representa dentro del equipo

Enfermera/o Asistencial

Enfermera/o Gestora / Supervisión

Enfermera/o Clínica

Enfermera/o Cap d'Àrea

9. ¿Conoce usted las funciones del Comité Ético del Hospital?.

Si, las conozco

No, no las conozco

No sabe/ No contesta

10. ¿Conoce usted el circuito o la manera de solicitar apoyo en el Comité Ético del Hospital?.

Si, lo conozco

No, no lo conozco

No sabe/ No contesta

11. En su tarea profesional como enfermera/o de críticos, ¿se ha encontrado usted con alguna situación compleja o conflictiva desde un punto de vista ético?.

Si

No

No sabe / No contesta

12. Siguiendo con la pregunta anterior número 11, ¿cree usted que en su servicio hay un entorno favorable para plantear o abordar problemas éticos derivados de la atención al paciente crítico ingresado?.

Si

A veces

No

No sabe / No contesta

13. ¿Participa usted en la toma de decisiones del equipo sobre aspectos clínicos (terapéuticos, procedimientos, pruebas, cuidados) del paciente ingresado en su Servicio?.

Si

A veces

No

No sabe / No contesta

14. Siguiendo con la pregunta anterior sobre participación en la toma de decisiones, número 13, le gustaría participar más activamente en la toma de decisiones sobre estos aspectos clínicos del paciente?.

- Si A veces
 No No sabe / No contesta

15. ¿Ha pensado alguna vez en cambiar de Servicio por cuestiones de sobrecarga y/o estrés?

- Si A veces
 No No sabe / No contesta

16. Conoce usted algún profesional de unidades de críticos que haya cambiado de servicio por cuestiones de sobrecarga y/o estrés?.

- Si No
 No sabe/No contesta

17. Cree usted que la enfermera/o que tiene formación en ética y/o bioética está en mejores condiciones para afrontar un problema ético derivado de la atención al paciente crítico, que otra enfermera/o que no tenga esta formación específica?.

- Si No
 No sabe/ No contesta

18. Cree usted que la enfermera/o que lleva más tiempo en el servicio está en mejores condiciones para afrontar un problema ético derivado de la atención al paciente crítico que otra enfermera/o novel?.

- Si No
 No sabe/ No contesta

19. ¿Tiene usted formación postgraduada sobre ética o bioética?.

- Si No
 No sabe/ No contesta

20. ¿Tiene usted en su servicio protocolos específicos que orienten sobre cómo actuar frente a una situación éticamente conflictiva del paciente crítico?.

- Si No sabe/ No contesta
 No

21. Siguiendo con la pregunta anterior, número 20, ¿cree usted que podría ser útil disponer de guías, protocolos y/o realizar sesiones interdisciplinarias en el servicio sobre cómo actuar mejor frente a situaciones éticamente conflictivas del paciente crítico?.

Si

No

No sabe/ No contesta

**Anexo 3 Cuestionario de Conflictividad Ética para
Enfermeras/os (CuCEE)**

Situación 1 Administrar y/o realizar pruebas que considero que son innecesarias porque sólo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 1. Marque una X sobre la respuesta elegida	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	Nunca (No respondida B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático					
Situación 2 Tener que administrar y/o realizar procedimientos sin el consentimiento del paciente que está consciente y que sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de éstos.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 2. Marque una X sobre la respuesta elegida.	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	Nunca (No respondida B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático					

Fuente: elaboración propia

Situación 3 Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la Unidad de críticos sino en una Unidad de hospitalización del centro sanitario.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 3. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicado en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	Nunca (No responda B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático			
Situación 4 Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 4. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicado en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	Nunca (No responda B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático			

Fuente: elaboración propia

Situación 5 Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no le atiende directamente o con terceras personas.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 5. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.
	Nunca (No respondida B ni C)	Casi nunca	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones.
Situación 6 Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos (cuando el paciente da su consentimiento a que ésta sea informada).	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 6. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.
	Nunca (No respondida B ni C)	Casi nunca	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones.
							Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
							Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.

Fuente: elaboración propia

Situación 7 Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y éste está sufriendo.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted con esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 7. Marque una X sobre la respuesta elegida.	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	Nunca (No responde B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.			
Situación 8 Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que no mejorarán de forma significativa la evolución clínica del paciente ingresado en la Unidad de críticos.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted con esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 8. Marque una X sobre la respuesta elegida.	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	Nunca (No responde B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.			

Fuente: elaboración propia

Situación 9 Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nunca (No respondida B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 9. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida			B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida			C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 10. Marque una X sobre la respuesta elegida.		
Situación 10 Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nunca (No respondida B ni C) Casi nunca Al menos una vez al año Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 10. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida			B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida			C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 10. Marque una X sobre la respuesta elegida.		

Fuente: elaboración propia

Situación 11 Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos demasiado agresivos dado el estado en el que se encuentra el paciente, provocándole un sufrimiento añadido.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 11. Marque una X sobre la respuesta elegida.	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.
	Nunca (No respondida B ni C) Casi nunca Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.				
Situación 12 Trabajar con una enfermera/o o con un/a auxiliar de enfermería al que considero profesionalmente incompetente.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida	Nada problemático Poco problemático Algo problemático Moderadamente problemático Muy problemático	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 12. Marque una X sobre la respuesta elegida.	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.
	Nunca (No respondida B ni C) Casi nunca Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al mes Al menos una vez a la semana	Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.				

Fuente: elaboración propia

Situación 13 Actuar en contra de las propias convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 13. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.			
	Nunca (No respondida B ni C)	Casi nunca	Al menos una vez al año	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana		Nada problemático	Poco problemático	Algo problemático
Situación 14 Administrar tratamientos en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 14. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.			
	Nunca (No respondida B ni C)	Casi nunca	Al menos una vez al año	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana		Nada problemático	Poco problemático	Algo problemático

Fuente: elaboración propia

Situación 15 Tener dificultades a la hora de dar información oportuna al paciente y/o la familia porque el equipo médico obstaculiza al profesional de enfermería que realice normalmente esta actividad.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted con esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 15. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.		
	Nunca (No responde ni C)	Casi nunca	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Nada problemático		Poco problemático	Algo problemático
Situación 16 Cuidar a un paciente sin conocer si dispone o no de Documento de Voluntades Anticipadas y el contenido de este documento.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted con esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida		C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 16. Marque una X sobre la respuesta elegida.		Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación. Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones. Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores. Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas. Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia. Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.		
	Nunca (No responde ni C)	Casi nunca	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	Nada problemático		Poco problemático	Algo problemático

Fuente: elaboración propia

<p>Situación 17</p> <p>Administrar y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos.</p>	<p>A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted con esta situación?</p> <p>Marque una X sobre la respuesta elegida</p>	<p>Nunca (No respondida B ni C)</p> <p>Casi nunca</p> <p>Al menos una vez al año</p> <p>Al menos una vez cada seis meses</p> <p>Al menos una vez al mes</p> <p>Al menos una vez a la semana</p>	<p>B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted?</p> <p>Marque una X sobre la respuesta elegida</p>	<p>Nada problemático</p> <p>Poco problemático</p> <p>Algo problemático</p> <p>Moderadamente problemático</p> <p>Muy problemático</p>	<p>C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 17.</p> <p>Marque una X sobre la respuesta elegida.</p>	<p>Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.</p> <p>Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones.</p> <p>Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores.</p> <p>Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas.</p> <p>Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia.</p> <p>Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.</p>
<p>Situación 18</p> <p>Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias.</p>	<p>A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted con esta situación?</p> <p>Marque una X sobre la respuesta elegida</p>	<p>Nunca (No respondida B ni C)</p> <p>Casi nunca</p> <p>Al menos una vez al año</p> <p>Al menos una vez cada seis meses</p> <p>Al menos una vez al mes</p> <p>Al menos una vez a la semana</p>	<p>B. ¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted?</p> <p>Marque una X sobre la respuesta elegida</p>	<p>Nada problemático</p> <p>Poco problemático</p> <p>Algo problemático</p> <p>Moderadamente problemático</p> <p>Muy problemático</p>	<p>C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 18.</p> <p>Marque una X sobre la respuesta elegida.</p>	<p>Indiferencia, porque no me siento implicada/o en esta situación.</p> <p>Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones.</p> <p>Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores.</p> <p>Dilema moral, porque percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas.</p> <p>Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia.</p> <p>Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.</p>

Fuente: elaboración propia

Situación 19 Carecer de los medios (por ejemplo un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo tiempo) para plantear en el equipo los problemas éticos que suceden en el servicio.	A. ¿Con qué frecuencia se ha encontrado usted esta situación? Marque una X sobre la respuesta elegida		Nunca (No responda B ni C)		B. ¿Hasta qué punto situación ha sido un problema ético para usted? Marque una X sobre la respuesta elegida	C. Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación 19. Marque una X sobre la respuesta elegida.	Indiferencia, porque no me siento implicado en esta situación.
	Casi nunca		Al menos una vez al año				
	Al menos una vez cada seis meses		Al menos una vez al mes		Poco problemático	Bienestar moral, porque puedo actuar según mis valores éticos y mis convicciones.	Incertidumbre moral, porque intuyo que hay un problema ético pero no sé identificar los valores implicados ni las acciones mejores.
	Al menos una vez a la semana				Algo problemático		
					Moderadamente problemático	Angustia moral, porque sé cual es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia.	Indignación moral, puesto que soy conocedor de una acción éticamente incorrecta realizada por otros y siento que no puedo hacer nada.
					Muy problemático		

Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Tabla frecuencias y porcentajes respecto a la variable *periodicidad temporal*

Tabla A-4. Frecuencias y porcentajes respecto a la variable periodicidad temporal con la que se presentan las situaciones de cuidados éticamente conflictivas

Situaciones de cuidados potencialmente conflictivas		Nunca	Casi nunca	Al menos una vez al año	Al menos una vez cada seis meses	Al menos una vez al mes	Al menos una vez a la semana	N			
1	TRATAMIENTO INNECESARIO QUE PROLONGA MUERTE	2	13	18	82	40,6%	73	36,1%	14	6,9%	202
2	PACIENTE NO SABE OBJETIVOS NI RIESGOS	15	50	25	30	14,9%	47	23,4%	34	16,9%	201
3	MEJOR INGRESADO EN PLANTA QUE UCI	5	28	32	58	28,7%	64	31,7%	15	7,4%	202
4	PRIORIZAR INTERESES DEL SERVICIO	17	41	23	55	27,2%	44	21,8%	22	10,9%	202
5	QUEBRANTAR CONFIDENCIALIDAD	36	57	19	25	12,6%	37	18,7%	24	12,1%	198
6	FAMILIA NO SABE OBJETIVOS NI RIESGOS	57	63	22	19	9,5%	28	14%	11	5,5%	200
7	ANALGESIA INSUFICIENTE	2	26	20	35	17,4%	87	43,3%	31	15,4%	201
8	TODOS RECURSOS SIN MEJORÍA	6	3	26	62	30,7%	77	38,1%	28	13,9%	202
9	TRABAJAR CON MÉDICO INCOMPETENTE	15	58	36	32	15,8%	36	17,7%	26	12,8%	203
10	FAMILIA CONTRA PACIENTE	62	65	37	31	15,4%	4	2%	2	1%	201
11	TRATAMIENTOS DEMASIADO AGRESIVOS	10	37	41	60	29,6%	47	23,2%	8	3,9%	203
12	TRABAJAR CON ENFERMERA INCOMPETENTE	3	50	45	45	22,2%	38	18,7%	22	10,8%	203
13	EN CONTRA DE MIS CONVICCIONES	36	38	21	38	18,8%	42	20,8%	27	13,4%	202
14	PARTICIPAR EN ENSAYO CLÍNICO SIN CONOCER	32	53	48	41	20,4%	19	9,5%	8	4%	201
15	MÉDICO OBSTACULIZA ENFERMERA	60	71	23	16	8%	15	7,5%	15	7,5%	200
16	CUIDAR PACIENTE SIN CONOCER DVA	41	17	11	11	5,6%	21	10,7%	96	48,7%	197
17	SIN PARTICIPAR EN DECISIONES	10	12	11	23	11,6%	45	22,6%	98	49,2%	199
18	DESCUIDAR INTIMIDAD CORPORAL PACIENTE	17	45	14	31	15,4%	39	19,4%	55	27,4%	201
19	DIFICULTADES PARA PLANTEAR CONFLICTOS	20	32	18	31	15,5%	53	26,5%	46	23%	200

Fuente: elaboración propia

Anexo 5. Tabla frecuencias y porcentajes respecto a la variable *grado de conflicto ético*

Tabla A-5. Frecuencia y porcentajes respecto a la variable grado de conflicto ético experimentado

(las frecuencias y porcentajes restantes corresponden a que no se ha producido el conflicto por no estar expuesto a la situación)

Situaciones de cuidados potencialmente conflictivas	Nada problemático		Poco problemático		Algo problemático		Moderadamente problemático		Muy problemático		N
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
1 TRATAMIENTO INNECESARIO QUE PROLONGA MUERTE	6	3%	24	11,9%	77	38,3%	78	38,8%	14	7%	201
2 PACIENTE NO SABE OBJETIVOS NI RIESGOS	15	7,5%	42	21,1%	62	31,2%	51	25,6%	14	7%	199
3 MEJOR INGRESADO EN PLANTA QUE UCI	40	19,8%	73	36,1%	39	19,3%	40	19,8%	5	2,5%	202
4 PRIORIZAR INTERESES DEL SERVICIO	7	3,5%	22	11,1%	58	29,1%	61	30,7%	34	17,1%	199
5 QUEBRANTAR CONFIDENCIALIDAD	16	8,2%	44	22,6%	44	22,6%	34	17,4%	21	10,8%	195
6 FAMILIA NO SABE OBJETIVOS NI RIESGOS	12	6,2%	41	21%	36	18,5%	34	17,4%	15	7,7%	195
7 ANALGESIA INSUFICIENTE	6	3%	14	7%	21	10,6%	57	28,6%	99	49,7%	199
8 TODOS RECURSOS SIN MEJORÍA	16	7,9%	34	16,8%	47	23,3%	63	31,2%	36	17,8%	202
9 TRABAJAR CON MÉDICO INCOMPETENTE	2	1%	12	6%	30	15,1%	50	25,1%	90	45,2%	199
10 FAMILIA CONTRA PACIENTE	2	1%	19	9,5%	28	14%	49	24,5%	40	20%	200
11 TRATAMIENTOS DEMASIADO AGRESIVOS	1	0,5%	15	7,4%	34	16,8%	65	32,2%	77	38,1%	202
12 TRABAJAR CON ENFERMERA INCOMPETENTE	3	1,5%	9	4,5%	36	17,9%	73	36,3%	77	38,3%	201
13 EN CONTRA DE MIS CONVICCIONES	2	1%	8	4%	30	15,1%	64	32,2%	60	30,2%	199
14 PARTICIPAR EN ENSAYO CLÍNICO SIN CONOCER	9	4,6%	35	17,9%	46	23,5%	44	22,4%	30	15,3%	196
15 MÉDICO OBSTACULIZA ENFERMERA	11	5,6%	31	15,7%	33	16,8%	39	19,8%	23	11,7%	197
16 CUIDAR PACIENTE SIN CONOCER DVA	33	17%	40	20,6%	34	17,5%	22	11,3%	24	12,4%	194
17 SIN PARTICIPAR EN DECISIONES	14	7,2%	46	23,7%	48	24,7%	47	24,2%	29	14,9%	194
18 DESCUIDAR INTIMIDAD CORPORAL PACIENTE	9	4,6%	40	20,3%	56	28,4%	43	21,8%	33	16,8%	197
19 DIFICULTADES PARA PLANTEAR CONFLICTOS	2	1%	22	11,3%	58	29,7%	52	26,7%	41	21%	195

Fuente: elaboración propia

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Angustia moral	Tipo de conflicto ético que describe la situación dónde el individuo no puede llevar a cabo la opción moral escogida porque algo o alguien se lo impiden. Equivale al término <i>moral distress</i> acuñado por Andrew Jameton en 1984. En el contexto de la conflictividad ética en los profesionales de la salud, la angustia moral implica que el profesional no sólo no puede actuar según los valores y principios éticos propios sino que se ve obligado a actuar de una forma diferente o contraria de la elegida.
Área de conflicto ético	Sinónimo de área generadora de conflicto ético. Aquello que puede ser susceptible de no ser respetado desde una perspectiva ética.
Bienestar moral	Estado moral positivo en el que se evidencia una coherencia entre la moral y la acción llevada a cabo. En el ámbito específico de la ética profesional, el bienestar moral parte de la asunción de los valores y principios éticos profesionales y, a su vez, su conformidad con los referentes éticos personales. El bienestar moral representa uno de los estados morales presentes en la ausencia de conflicto ético.
Caring	Término introducido por la llamada Escuela del <i>Caring</i> representada por las aportaciones teóricas de Madeleine Leininger y Jean Watson en los años 80. Esta Escuela constituye una corriente de pensamiento de gran influencia en la enfermería actual y en la concepción de los cuidados profesionales. <i>Caring</i> es un término inglés que engloba los cuidados humanizadores con base científica, centrados en la persona y su individualidad, que tienen por objetivo ayudarlo a mejorar su estado de salud.
Conflicto	Problema o inconveniente que enfrenta a individuos, vinculado a situaciones complejas que se desarrollan en contextos sociales, económicos, culturales, religiosos, profesionales o de otra índole. Del latín <i>conflictus</i> , significa combate, lucha, pelea o apuro.
Conflicto ético	Problema experimentado por un individuo al intuir o percibir que la idea de “bien” o de “correcto” en relación al bienestar o a los intereses primordiales de las personas se encuentra comprometida. En el ámbito de los profesionales de la salud, la literatura ha descrito diferentes tipos de conflicto ético que el individuo puede llegar a experimentar frente a una situación conflictiva desde una perspectiva ética. Cada uno de éstos tiene unas características distintas y, probablemente, tengan un tratamiento también distinto.
Conflictividad ética	Fenómeno que se produce cuando la persona experimenta un conflicto ético generado frente a una situación éticamente conflictiva. Se expresa a partir de la relación entre la exposición al conflicto ético y la tipología de conflicto experimentado.

Constructo	Concepto o cuestión teórica desarrollada con el fin de analizar un problema científico determinado.
Dilema moral	Tipo de conflicto ético caracterizado por el hecho de constatar que dos o más principios éticos se encuentran implicados en una situación y establecen cursos de acción distintos. Una situación dilemática es aquella en la que la persona debe escoger entre dos cursos de acción diferentes, moralmente correctos a priori o con diferentes extremos de moralidad pero con pocas evidencias sobre la calidad de estos extremos.
Entorno favorable desde una perspectiva ética	Ambiente en el que confluyen unas determinadas circunstancias que favorecen la idónea gestión de las situaciones éticamente conflictivas que se presenten, con el fin de tomar buenas decisiones. En un contexto profesional sanitario, algunas de las circunstancias que caracterizan los entornos favorables son: dinámicas de trabajo en equipo; participación de todos los profesionales implicados en la atención al paciente; adopción de un método de toma de decisiones bioéticas que considere y respeto a las diferentes opciones, si las hay; consenso en las formas de proceder, voluntad de búsqueda de soporte especializado y apoyo en las acciones de los profesionales.
Estado moral	Situación en la que se encuentra una persona en relación a lo moral. Son estados morales cada uno de las situaciones morales situadas en el continuo de presencia y ausencia de conflicto moral.
Exposición al conflicto ético	Circunstancia en la que un individuo se encuentra en o frente a una situación éticamente conflictiva que le genera un determinado menor o mayor grado de malestar ético.
Factor generador de conflicto ético	Elemento temático que describe aquello que puede crear situaciones conflictivas desde una perspectiva ética. En el marco de la conflictividad ética en los profesionales de la salud, son factores generadores de conflicto ético las relaciones que se establecen con el paciente y su entorno familiar; las relaciones profesionales con los miembros del equipo sanitario, sus dinámicas de trabajo y la gestión de los recursos de la institución; y las cuestiones referentes a determinados tratamientos, técnicas y procedimientos clínicos.
Futilidad terapéutica	Característica de determinados tratamientos considerados inútiles desde una perspectiva médico-clínica puesto que no aportan un claro beneficio terapéutico al paciente.

Incertidumbre moral	Tipo de conflicto ético que se presenta cuando un individuo intuye un problema de naturaleza ética pero no es capaz de identificar los valores y principios éticos, cuestión que le impide tomar decisiones desde una perspectiva ética.
Índice exposición al conflicto ético	Parámetro que describe la relación entre la frecuencia temporal con la que un individuo se encuentra con situaciones conflictivas desde una perspectiva ética y el grado o intensidad de conflicto ético generado frente a éstas. En el marco del fenómeno de la conflictividad ética, el índice de exposición al conflicto ético está relacionado al tipo de conflicto o estado moral experimentado.
Indiferencia moral	Estado moral en el que el individuo no siente ni inclinación ni declinación respecto a las cuestiones de naturaleza ética. En el contexto de la conflictividad ética en los profesionales de la salud, responde a una falta de sensibilidad ética y, por tanto, implica también una falta de responsabilidad ética en relación a la persona atendida y/o cuidada.
Indignación moral	Tipo de conflicto ético en el que el individuo es testigo de una acción inmoral perpetrada por otros. Este tipo de conflicto fue definido por Judith M. Wilkinson en 1988. En el marco de la conflictividad ética en los profesionales de las ciencias de la salud, el profesional puede tener sentimientos de ira o impotencia al sentir que debería hacer algo, siguiendo la responsabilidad ética, para prevenir o impedir las consecuencias a otros.
Limitación del tratamiento de soporte vital	Conjunto de decisiones dirigidas a no iniciar, restringir o cancelar determinados tratamientos cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios. Estas decisiones tienen por objetivo fundamental el evitar caer en la obstinación terapéutica.
Malestar ético	Concepto contrario al bienestar ético, caracterizado por la percepción de no poder tomar decisiones desde una perspectiva ética.
Principio ético	Regla de conducta que emana de un valor ético. Por ejemplo: del valor ético “vida humana” emanan los principios éticos de “respeto de la vida humana” y “fomento de la vida humana”.
Problema ético	Dificultad de carácter ético. Para el individuo que siente que está frente a un problema ético, esta dificultad puede experimentarse desde diferentes tipos de conflicto ético. Término similar a conflicto ético.

Responsabilidad ética	Capacidad del responder de los actos o los deberes morales. Partiendo de la ética de la responsabilidad definida por H. Jonas, la responsabilidad ética significa el actuar considerando las consecuencias que la propia acción puede tener para otros seres humanos, otros seres vivos y ecosistemas.
Unidad de cuidados intensivos	Unidad o servicio sanitario especializado o especial que se encuentra situado en un complejo hospitalario. Se caracteriza por concentrar recursos tecnológicos y profesionales especializados, que tienen como finalidad última tratar el paciente que, por su condición de crítico, tiene o puede tener comprometidas sus funciones vitales. Término similar a Servicio de medicina intensiva.
Sensibilidad ética	Capacidad del individuo para identificar situaciones o problemas que plantean alguna dificultad de carácter ético. La sensibilidad ética está vinculada a la responsabilidad ética y, en el ámbito específico de los profesionales de la salud, a la responsabilidad generada al cuidar o atender una persona. Término similar a sensibilidad moral.
Servicio de medicina intensiva	Término similar a Unidad de Cuidados Intensivos. Servicio sanitario especializado caracterizado por concentrar tecnología y profesionales especializados, que tratan al paciente crítico que, por su condición, tiene o puede tener comprometidas sus funciones vitales. Los Servicios de medicina intensiva incluyen las Unidades de cuidados intensivos.
Síndrome de burnout	Conjunto de signos y síntomas negativos que se presentan como respuesta a la sobrecarga psicológica, constituyendo una reducción de la capacidad de adaptación del individuo frente a situaciones problemáticas. Según el Maslach Burnout Inventory (MBI) creado en 1981, las dimensiones que definen el síndrome son agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
Situación éticamente conflictiva	Escenario real dónde se plantea un problema de naturaleza ética, es decir, una dificultad frente a la que se requiere un criterio y un modelo de toma de decisiones relativo a lo ético o a lo moral.
Sufrimiento moral	Término que deriva del <i>moral distress</i> definido por Andrew Jameton en 1984. En el contexto de la conflictividad ética y la tipología de conflictos en las ciencias de la salud, es aconsejable utilizar el término angustia moral por sus características definitorias y su relación con la exposición al conflicto ético. En el ámbito específico de la Enfermería es un diagnóstico enfermero definido en las taxonomías diagnósticas.
Valor ético	Cualidad ética intrínseca de algo que genera estimación por parte de los individuos. Por ejemplo: son valores éticos en el ámbito de las profesionales sanitarias “vida”, “calidad de vida”, “bienestar”, “beneficencia”, “buena muerte”, “empatía”, “compasión”, entre otros muchos.

