

Angustia moral y educación médica: revisión temática para la visibilización de un problema en expansión

Moral Anguish and Medical Education: Thematic Review to Make a Growing Problem Visible

Recibido: 18/08/2021 | Aceptado: 14/10/2021

DIEGO ARIAS-DELGADO

Médico residente de Geriátría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad
Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0508-8083>

JERÓNIMO RAMÍREZ PAZOS

Médico residente de Geriátría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad
Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5607-0791>

DARÍO VELÁSQUEZ ROBLES

Estudiante de Antropología. Miembro del Semillero de Artes, Salud y
Humanidades, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0901-5906>

MARIA PAULA CUERVO LANDINEZ

Estudiante de Antropología. Miembro del Semillero de Artes, Salud y
Humanidades, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7675-5264>

ANDREA LÓPEZ SANMIGUEL

Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina. Miembro del Semillero de Artes,
Salud y Humanidades, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8558-8194>

ANDRES SALGADO-CENDALES

Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina. Miembro del Semillero de Artes,
Salud y Humanidades, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1880-9671>

ANA MARÍA MEDINA CH.^a

Profesora investigadora, Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9132-0557>

^a Autora de correspondencia: medina.ana@javeriana.edu.co

Cómo citar: Arias-Delgado D, Ramírez Pazos J, Velásquez Robles D, Cuervo Landinez MP, López Sanmiguel A, Salgado Cendales A, Medina Chávez AM. Angustia moral y educación médica: revisión temática para la visibilización de un problema en expansión. Univ. Med. 2022;63(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-1.amem>

RESUMEN

La angustia moral (AM) es un fenómeno descrito en el personal de salud, que poco a poco va ganando interés por estar involucrado en la cotidianidad de la toma de decisiones clínicas. El objetivo del artículo fue estructurar una visión general del concepto. Se realizó una revisión temática con análisis cualitativo del contenido de 40 artículos relacionados con el tema y obtenidos de la base de datos Pubmed. Así, se obtuvo que la AM es un fenómeno multicausal del cual no se tiene aún un modelo concreto que permita entenderla e interpretarla, por lo que, a ciencia cierta, no se conoce su frecuencia, su intensidad o el alcance de su impacto. La AM es un fenómeno sin un cuerpo teórico, por lo que se hace necesario diseñar herramientas interdisciplinarias que permitan su comprensión y abordaje.

Palabras clave

angustia moral; final de vida; cuidados paliativos; educación médica.

ABSTRACT

Moral Distress (MD) is a phenomenon described amongst healthcare personnel, that's been gathering interest little by little due to its involvement in the daily dynamics of clinical decision making. The current work's objective was to structure an overview of the MD concept. A narrative review was made with a qualitative analysis of 40 article's content related with the topic and obtained from the PubMed database. MD is a polycausal phenomenon that still lacks a concrete model with which to understand and interpret it which is why its frequency, intensity or the scope of its impact is unknown. MD is a phenomenon that lacks a complete theoretical background that would allow us to understand it fully, which is why it's necessary to design interdisciplinary tools that'd allow a full comprehension and approach.

Keywords

moral distress; palliative care; end of life; education; medical; undergraduate.

Introducción

Como componente central del sufrimiento humano, se ha identificado la angustia como una emoción con un efecto inmovilizante y que produce sobrecogimiento. Asociada con el término alemán *Angst*, que hace referencia a algo estrecho y angosto, cuyo cruce produciría malestar, constricción o paralización. La angustia es un fenómeno de carácter complejo, difuso y desagradable, con repercusiones psíquicas y orgánicas en quienes la padecen y que aparece frente a una amenaza (1).

Como la ansiedad, presenta un desafío en su abordaje, por cuanto las distintas corrientes psicológicas y filosóficas la definen de manera diversa y se entrelaza con otras entidades, como el estrés y el temor. El uso de los términos en otros idiomas y sus traducciones han traído, además, la problemática de la equivalencia. Dentro de los estudios contemporáneos sobre la angustia, resalta la *angustia moral* (AM), que se entiende como “el malestar psicológico que surge cuando un individuo tiene un juicio moral claro sobre una práctica específica, pero encuentra su respuesta limitada por restricciones sociales o institucionales” (2). Es un fenómeno que el

personal de salud deberá afrontar en su formación y en su práctica profesional, dado que debe afrontar la muerte o enfermedades graves, con pronóstico reservado, cuyo tratamiento requiere un juicio para la acción que puede tener múltiples restricciones de orden ético, económico o social.

Estudios similares se han hecho a otras profesiones o actividades, en particular en contextos de guerra, y se ha usado el término *daño moral*. En el campo de la formación en salud, la AM se encuentra en proceso de consolidación y, poco a poco, se empieza a considerar relevante, por sus repercusiones en los sistemas sanitarios, en la prestación de servicios de salud y en la educación médica, ya que se asocia con la salud mental de los profesionales y se relaciona con temáticas de discusión actuales, como la futilidad médica y el agotamiento profesional (*burnout*). Cada vez se reportan más sus efectos negativos en el bienestar de los profesionales de salud, así como en la calidad de la atención, la práctica clínica, el trabajo en equipo y la relación con los pares. Aun así, existen muy pocos estudios desarrollados en el interior de los currículos en la formación del personal de salud.

El objetivo del artículo es presentar una visión general del concepto de AM que incluya los modelos usados para explicarla, sus causas, consecuencias, para así identificar el papel que ha tenido hasta ahora en la educación médica. Los resultados del análisis formaron parte del estado del arte del protocolo titulado: *Tratamientos no benéficos (TNB), angustia moral (AM) y buen morir (BM): aproximaciones cualitativas a la atención y cuidado de la persona mayor en estado crítico o con enfermedad crónica en estadio final en un hospital en la ciudad de Bogotá*, aprobado en el 2021 por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y del Hospital San Ignacio.

Métodos

Se buscaron artículos para el periodo 2000-2020 en la base de datos Pubmed, centrados específicamente en el campo de la práctica y educación médica. Para la pesquisa se

seleccionaron los términos iniciales, que se indexaron en el tesoro MeSH y que arrojaron los siguientes resultados: *emotions, stress, psychological, physicians, education, medical, undergraduate, moral distress, palliative care, end of life, terminal care*. El término *moral distress* (AM) aún no está registrado en los tesauros, por lo que se incluyó literalmente. Dos investigadores se encargaron de la búsqueda inicial y, posteriormente, la socializaron con el resto de grupo. En la tabla 1 se muestran los patrones de la investigación y el número de resultados que arrojó cada uno. Los datos de la metodología de selección de los documentos están en la figura 1.

Tabla 1
Patrones de búsqueda con operadores booleanos y cantidad de resultados

Patrón de búsqueda	Resultados
"Emotions" AND "Stress, Psychological" AND ("Physicians" NOT "patients")	71
"Moral distress" AND ("Physicians" NOT "patients")	63
"Emotions" AND "Stress, Psychological" AND ("Physicians" NOT "patients") AND "Education, Medical, Undergraduate"	1
"Moral distress" AND ("Physicians" NOT "patients") AND "Education, Medical, Undergraduate"	2
"Emotions" AND "Stress, Psychological" AND ("Palliative care" OR "End of life" OR "Terminal Care") AND ("Physicians" NOT "patients") AND "Education, Medical, Undergraduate"	0
"Moral distress" AND ("Palliative care" OR "End of life" OR "terminal Care") AND ("Physicians" NOT "patients") AND "Education, Medical, Undergraduate"	1
"moral distress" AND ("Palliative care" OR "End of life" OR "terminal Care") AND "Education, Medical, Undergraduate"	2
("moral distress" OR "Emotions" OR "Stress, Psychological") AND ("Palliative care" OR "End of life" OR "terminal Care") AND "Education, Medical, Undergraduate"	23
Total de resultados	163

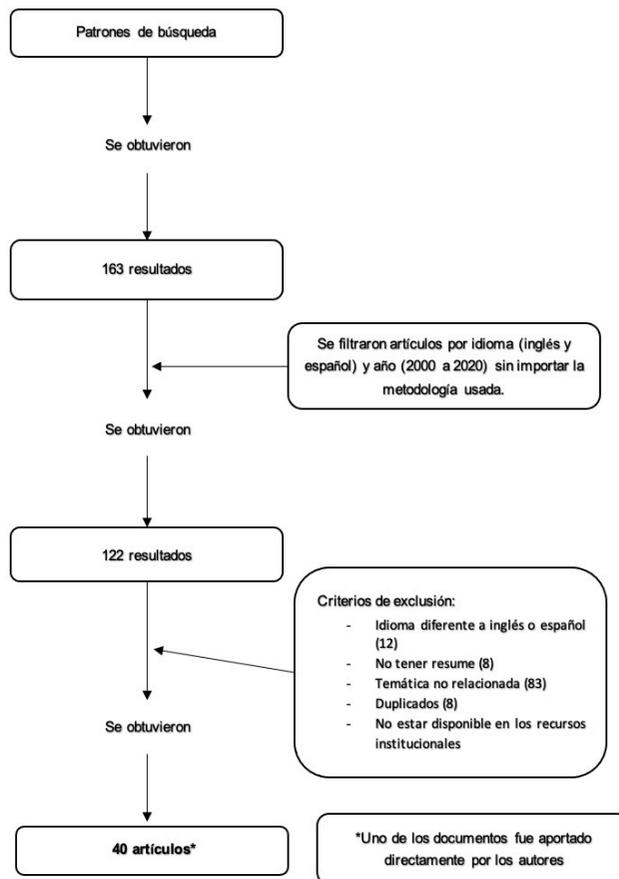


Figura 1
Metodología de selección de los documentos

Los documentos los analizó el equipo investigador, conformado por siete personas, dentro del cual hay un antropóloga con PhD en Salud Pública, dos médicos, dos estudiantes de Antropología y dos estudiantes de Medicina. Se diligenció una matriz de recolección de datos en la que se incluyó el problema central de cada artículo, el lugar de desarrollo, los objetivos, la metodología de recolección y análisis de información, las características de la muestra y el muestreo poblacionales, el marco teórico, los hallazgos explícitos, las conclusiones y las consideraciones éticas de los documentos.

Una vez completado el análisis de los artículos y socializados los resultados entre el grupo investigador, se sintetizó la información respondiendo las preguntas objetivo: 1) ¿cómo

se define la AM en la literatura? 2) ¿Cómo se distribuye su presentación o intensidad? 3) ¿Cómo se explica y cuáles son sus causas, factores de riesgo y factores protectores? 4) ¿Cuáles son las consecuencias de la AM? 5) ¿Qué se hace en la educación médica frente a la AM?

La información que responde a cada una de las preguntas anteriores fue sintetizada por los miembros del equipo mediante la extracción de la información directamente de la matriz inicial, contrastando con los documentos originales cuando fuera necesario, para luego triangular las interpretaciones de cada uno y los resultados. La discusión y las conclusiones se desarrollaron en sesiones de plenaria con el equipo de trabajo, quienes desde sus distintas formaciones y experiencias discutían los resultados.

Resultados

El concepto

La AM es un término que empleó por primera vez, en 1984, el filósofo Jameton (3) para describir el malestar psicológico que surge cuando un individuo tiene un juicio moral claro sobre una práctica específica, pero encuentra su respuesta limitada por restricciones sociales o institucionales (4). Inicialmente, fue un constructo empleado para el estudio del fenómeno en el personal de enfermería, pero posteriormente se empezó a reconocer su impacto en el resto de los trabajadores de la salud (4).

En los artículos analizados existe heterogeneidad en las definiciones aportadas, cada una haciendo énfasis en un aspecto diferente: algunos autores centran la atención en las cualidades de las emociones generadas, otros en las causas de la angustia y algunos se interesan en los actores involucrados.

En los artículos se identificaron las siguientes definiciones: Fumis et al. (5) se refieren a la AM como “la inhabilidad moral de un agente para actuar de acuerdo con sus valores y obligaciones percibidas frente a restricciones internas y externas”. Jameton y Wikinson (6), en 1984, la definieron como “la angustia que

siente una persona cuando tiene un juicio sobre una actividad a realizar que genera preocupación sobre una decisión”.

Después, Varcoe amplió el término, al entenderlo como “la experiencia de estar seriamente comprometido como agente moral en la práctica de acuerdo con los valores y estándares profesionales aceptados” (6). Por otro lado, Wocial y Weaver lo comprendieron como “una forma de angustia que ocurre cuando uno sabe lo que es moralmente correcto, pero se le impide actuar según esa obligación percibida” (6). Larson et al. (7) se refieren a “las experiencias de frustración y fracaso que surgen de las luchas de un individuo para cumplir con sus obligaciones morales con los pacientes, las familias y el público”. Otros la definen como un “Sentimiento de fuerte arrepentimiento frente a situaciones difíciles en los pacientes. Este es referido a cómo el profesional juzga la calidad del cuidado que ofrece, especialmente el inadecuado. Se relaciona también con la pérdida de control, estrés de conciencia, y error médico” (8).

Adicionalmente, se describe como “El dolor o la angustia que afecta la mente, el cuerpo o las relaciones en respuesta a una situación en la que la persona es consciente de un problema moral, reconoce la responsabilidad moral y hace un juicio moral sobre la acción correcta; sin embargo, como resultado de restricciones reales o percibidas, participa en la fechoría moral percibida” (9). También lo que sucede cuando “las lógicas del cuidado se ven cruzadas por el arrepentimiento”. Según los autores, esta se ve mediada por tres aspectos: un gran arrepentimiento, la suma de pequeños arrepentimientos y las estrategias para lidiar con estos (10).

La definición más común entre los artículos revisados es la provista por Dodek et al. (11), que se comprende como “el enojo, la frustración, culpa y falta de poder (impotencia) que experimentan los profesionales en salud cuando no son capaces de llevar su práctica de acuerdo con sus estándares éticos”. Esta última es la definición desarrollada en varios artículos con leves variaciones. Otros autores (12) retoman el concepto desarrollado por

Jameton y lo amplían, agregando elementos como desequilibrio psicológico, sentimientos de dolor, pérdida de control, estrés de conciencia y error médico, y lo diferencian de los dilemas morales o la tristeza. Sin embargo, reconocen y tienen en común que la definición original compone un fenómeno en el cual el sujeto está constreñido por fuerzas del contexto en su capacidad para actuar según sus propios criterios.

Es necesario resaltar que Prentice y Gillam (4) consideran dos tipologías: AM inicial y la reactiva. La primera se refiere a la sensación de impotencia o malestar generada por la decisión misma. La segunda se refiere a las sensaciones relacionadas con “no hacer nada al respecto”. La angustia inicial suele ser momentánea y se resuelve en cuanto pasa el evento. Sin embargo, la reactiva conlleva sensaciones que se acumulan y desembocan cada vez mayores respuestas negativas a eventos similares, también descrito como “residuo moral” (11,13). Es decir, para estos hay una AM evaluable en cuanto a la temporalidad de esta.

Modelos explicativos

En general, los modelos explicativos de la AM hacen una aproximación multicausal al fenómeno, donde las condiciones laborales estresantes, como las largas horas de trabajo o la alta carga laboral, son reconocidas como factores de riesgo y desempeñan un rol determinante (5,12,14-20). Por otro lado, barreras en el sistema de aseguramiento, conflictos burocráticos (11-14,20-22) o la falta de recursos tangibles e intangibles (13,20) se han asociado con el origen de la AM.

Del mismo modo, fueron evidenciados como causa frecuente los problemas de comunicación tanto con el paciente y la familia (6,12,15,16,20,23,24) como dentro del equipo de trabajo (12,21,25). Aquí se incluye al personal de enfermería (5), al no ser tomado en cuenta. En contraparte, el compartir con compañeros (14,20), conformar un buen equipo de trabajo (22) que permita responder a las barreras que

emergen en el proceso y tener una buena relación médico-paciente (4) son factores protectores.

Por otro lado, se han descrito otros elementos causales, como las jerarquías de trabajo (11,12,19,23,25,26), los planes inconsistentes de cuidado (16,20,25,26), los cuestionamientos respecto a la atención brindada por otros trabajadores en salud (14,16,20,24) y la futilidad médica (5,12,13,22,26,27); asimismo, la controversia entre el equipo de salud y la familia emergen como causas de AM (6,12,21). Todo lo anterior se exagera en situaciones relacionadas con la toma de decisiones y su puesta en marcha en el final de vida (4,16,20,23,27).

En cuanto a los estudiantes, se identifica como causa la poca exposición a la muerte y la falta de experiencia en esta situación (10,19,28-31). Esto se vincula con el hecho de que menos años de trabajo sean un factor de riesgo (21). No obstante, en enfermeras se da el fenómeno opuesto, pues a mayor tiempo de trabajo se presenta más AM (11).

Distintas investigaciones han encontrado múltiples factores que se le asocian, si bien no como causantes directos, sí como mecanismos que exponen al profesional de la salud a sufrir AM. Situaciones como pertenecer al género femenino (19,32), la insatisfacción laboral (19), formar parte de unidades o servicios como cuidado intensivo, el contexto de conflicto armado (18), tener una subespecialidad médica (20,21), entre muchos otros.

En los estudios se encuentran también factores protectores para la AM, que se relacionan con la capacidad de regular emociones (9,33), libertad en la toma de decisiones (16), distanciamiento emocional y minimización del contacto con los pacientes (19,20), como se señala en la tabla 2.

Tabla 2
Modelos explicativos

Factores protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Buena relación médico-paciente • Regulación emocional • Distanciamiento emocional • Libertad en la toma de decisiones • Minimización del contacto con pacientes
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Género femenino • Insatisfacción laboral • Condiciones laborales adversas (e. g. largas horas de trabajo, aumento en la carga laboral, falta de recursos tangible e intangibles) • Subespecialidad médica • Toma de decisiones y su puesta en marcha en el final de vida • Poco tiempo de experiencia clínica (estudiantes) • Mayor tiempo de experiencia
Elementos causales	<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquías de trabajo • Problemas de comunicación (paciente, familia y equipo de trabajo) • Planes inconsistentes de cuidado • Cuestionamientos sobre la atención brindada por otros trabajadores en salud • Futilidad médica • Controversia entre el equipo de salud y la familia • Poca exposición a la muerte y la falta de experiencia en esta situación (estudiantes)

Los contextos en que sucede

Los artículos revisados desarrollan sus investigaciones principalmente en las unidades de cuidado intensivo (UCI) y las unidades de oncología, que aparecen como los lugares más asociados con AM en el personal médico (25). Las UCI, así como unidades de hematología y hospicios, también son escenarios de investigación y de formación del talento humano en salud asociados a procesos de fin de vida o enfermedades crónicas (8). Estos entornos involucran estudiantes de pregrado de medicina y de posgrado de diversas especialidades, además de otros actores. Son descritos como lugares que exponen a los individuos a largas horas de trabajo, alta demanda emocional y laboral, tiempos limitados para el descanso, falta de comunicación, escasez apoyo emocional entre compañeros y horarios irregulares (15).

La prevalencia e intensidad

La AM se presenta en los artículos revisados en términos de prevalencia o intensidad, asociada con el estrés emocional y *burnout*. Whitehead

et al. (26) y Henrich et al. (25) señalan que el personal de enfermería reporta una mayor intensidad de AM. Al-Dubai et al. (17) discriminan por especialidad y reportan una prevalencia del 36,6% en estudiantes de especialización médico-quirúrgica. En otro tipo de personal de salud como terapeutas y capellanes varía, siendo en estos últimos de mayor magnitud (22).

Las consecuencias y desenlaces

Las consecuencias o desenlaces señalados por los distintos estudios pueden ser organizados en tres niveles: las consecuencias individuales y personales; las consecuencias en las relaciones sociales, familiares y laborales, y las posibles repercusiones para el sistema de salud.

En el plano individual, la literatura señala la AM como predictor independiente del *burnout* (5,12,16,25). Los artículos señalan la generación de sentimientos como estrés y angustia (15,34), la desmoralización, los sentimientos de derrota, la afección en futuros casos cercanos o similares y sentir que las opiniones son minadas (20). Los estudios diseñados para validar las escalas que evalúan la intensidad de la AM han demostrado la presencia de síntomas físicos (35), agotamiento y desgaste (12,25), cambios en las nociones propias de autonomía por parte del personal de enfermería, disminución de la autopercepción de salud (8) y se han relacionado significativamente con agotamiento (11) que, a su vez, se relaciona con estrés traumático secundario e inversamente con satisfacción por compasión (21).

Dentro de las consecuencias de la AM en el plano social se señalan el bajo desempeño laboral (15,19) la renuncia al trabajo (12,21,22), la tendencia a considerar renunciar (en especial en enfermeras y profesionales no médicos) (11,26) y ausentismo laboral (8,21). Los sentimientos asociados a la AM se pueden expresar en una necesidad de hipervigilar a sus pacientes (20) y en angustia psicológica que incrementa la propensión al arrepentimiento en cuanto a la toma de decisiones (18). Se señala, además, que afecta la integridad y el desempeño profesional

(4), ya que en respuesta a la AM se pueden presentar estrategias maladaptativas, descritas en el personal de enfermería, que pueden comprometer la prestación del cuidado (8). Un estudio señala el abandono de casos y aumento de la objeción de conciencia (12).

La AM tiene repercusiones fuera del espacio laboral, ya que puede asociarse con un aumento de los conflictos familiares (17). Es considerada causante de estrés que lleva al individuo a perder su habilidad para actuar de acuerdo con los ideales profesionales y éticos (32). Finalmente, un solo estudio explora la relación de la AM con la eficacia del sistema de salud, señalando que esta aumenta el número de días de licencias en el personal de enfermería (8), como se señala en la tabla 3.

Tabla 3
Consecuencias y desenlaces

Individual	Social	Institucional
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Burnout</i> • Estrés • Desmoralización • Sentimientos de derrota • Síntomas físico (agotamiento, desgaste) • Disminución en la autopercepción de salud • Angustia • Abandono de casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo desempeño laboral • Ausentismo laboral • Renuncia laboral • Hipervigilancia de los pacientes • Aumento en conflictos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento en días de licencias en el personal de enfermería • Compromiso en la prestación del cuidado

La angustia moral en la educación médica

En la formación médica se identifican cuatro momentos relacionados con la AM: la formación teórica en ciencias básicas, la práctica clínica formal (28), las especializaciones médico-quirúrgicas y el ejercicio profesional. Frente a la AM y sus efectos, incluido el *burnout*, en los contextos clínicos y hospitalarios, se desarrollan diversas intervenciones que incluyen grupos de apoyo, *coaching*, meditación y *mindfulness* (14,15).

El aprendizaje de los estudiantes sobre el contexto de fin de vida, cuidados paliativos y sufrimiento es una necesidad que es reconocida por los currículos académicos en el ámbito internacional (10,29 -31,33,36-38). Sin embargo,

muchos estudiantes expresan que se sienten poco preparados para el manejo de pacientes en fin de vida (29,37-39), en el contexto de una visión estereotipada de la educación médica occidental, que interpreta la muerte como un fracaso (33,37), o conductas no profesionales por parte del personal médico ligadas al concepto del currículo oculto (14,28,33), donde se transmiten valores o normas de forma no intencionada que pueden llevar a erosión moral (31).

Los espacios destinados al aprendizaje de estas habilidades son, de manera predominante, servicios de oncología, cuidados paliativos (36),(37), unidades de cuidado intensivo (10) y hospicios (28),(31),(36)-(39), con la participación de equipos multidisciplinarios (37) en donde los estudiantes se involucran en revistas médicas supervisadas, cursos académicos (36), (37), casos simulados (10), talleres opcionales (40), clases magistrales (31), mentoría individual (30) y discusiones en grupo (37).

Se identifica que los espacios donde se presentan oportunidades académicas están ligados a interacción clínica con pacientes y su propia historia individual (35),(41), casos simulados (39) y reflexiones generadas por los estudiantes sobre su proceso de aprendizaje (14,37,41). Esto lleva a desenlaces, como el desarrollo de la introspección sobre emociones o sentimientos desencadenados por su experiencia académica (36-38), tal como la pena por el sufrimiento del paciente, culpa por ofrecer cuidado percibido como inadecuado, y el desarrollo de la responsabilidad personal sobre el cuidado ofrecido (14). Otros desenlaces son el desarrollo de habilidades de afrontamiento (36), discusiones entre pares (10,28), actitudes positivas frente a los cuidados en fin de vida (28), mejoría en habilidades de comunicación (38,39,41) y gratitud hacia pacientes y sus familias (14).

Las principales barreras que experimentan los estudiantes en el aprendizaje de estas habilidades son el número reducido de oportunidades de encuentro con pacientes en fin de vida (31), la evasión por parte del estudiante, un personal de salud sobreprotector que evita el contacto (36,39), el riesgo de *burnout* o ansiedad por

los temas tratados (13,36,41), la falta de retroalimentación por parte de sus superiores (10,14,29,31,33), la ridiculización de muestras emotivas como respuesta al sufrimiento (32) y la ausencia de tiempo para reflexionar sobre la muerte (29).

El proceso en el aprendizaje de estas habilidades involucra retos, como el balance entre las muestras de empatía y profesionalismo (28,36), que pueden llevar a manifestaciones de desapego emocional extremo (37,39), experimentar emociones fuertes (10,28,29,33), despersonalización (28,40) y evitación física hacia el paciente o su familia (14,39). Retos adicionales son la participación y discusión con un grupo multidisciplinario, que ayuda al estudiante a entender su rol y diferentes puntos de vista (37,42), cambios de expectativas con respecto a la formación médica (13) y el desarrollo de la identidad profesional (28,31).

Se proponen estrategias para disminuir el *burnout* y para dar respuesta a necesidades emocionales y académicas de los estudiantes, como la reflexión narrativa (14,28,42), trabajo creativo (41), programas de bienestar (14), grupos de apoyo estudiantiles (33), discusiones en grupo (37) o *debriefings* (10,23,28,29,33, revista tipo Schwartz™ (23), apoyo por parte del personal docente y mentoría (28), educación sobre el concepto de muerte de manera temprana en el currículo (29,38) y líneas de contacto de emergencia con la facultad en caso de rotaciones externas (29).

Discusión

Uno de los primeros elementos que resalta la revisión de la literatura es el constante uso del concepto de AM sin que esté claramente asociado con un modelo teórico de conocimiento, lo que hace que frecuentemente se confunda su uso, se mezcle con otros fenómenos y se mida su intensidad o frecuencia sin tener claro un marco de referencia para la correcta interpretación de los datos.

La comprensión de la AM ha sido un proceso interdisciplinar y, por lo tanto, ha tenido variedad

de abordajes. Las definiciones son múltiples: incluyen componentes ambiguos que dificultan el desarrollo de un modelo teórico que dé cuenta del problema, por lo que hasta el momento persiste como un concepto heterogéneo en desarrollo. Esta pluralidad terminológica impacta metodológicamente en los diferentes estudios, pues la ausencia de un marco teórico lleva a una variedad de hallazgos que no se pueden estructurar dentro de un esquema que logre descomponer el fenómeno para interpretarlo y problematizarlo adecuadamente.

De este modo, la falta de claridad en las definiciones se transmite a una inconsistencia en el reporte de las conclusiones de la investigación, pues, a pesar que en varios casos los conceptos se expresan de forma diferente, son frecuentemente similares, equivalentes o clasificables dentro de categorías como futilidad, desconfianza respecto al criterio profesional de pares, falta de comunicación con el paciente, entre otras. Complejizando aún más la situación, se encuentra que algunos elementos identificados en la revisión pueden constituirse simultáneamente como causas, factores de riesgo y desenlaces de la AM.

Por otro lado, puede que como parte del proceso de deshumanización de la medicina se pase por alto la presencia de este fenómeno, pues al personal de salud se le promueve ocultar las respuestas emocionales a su ejercicio profesional en el contexto del currículo oculto, y se ve inmerso en un ambiente que exige de ellos la mayor productividad y competitividad posible, limitando no solo el estudio de la AM, sino también su discusión académica.

En los artículos consultados, el estudio de la AM se ve limitado por la forma en que se aborda el problema. Algunos dan cuenta del fenómeno desde los saberes netamente biomédicos y estadísticos; mientras que otros lo hacen de forma cualitativa y psicosocial, sin comprender la totalidad de la AM como situación emergente. La AM requiere ser comprendida como un problema teórico mixto, en el cual múltiples abordajes encuentren un campo común que asigne sentido lógico al proceso multicausal. Resaltamos que hasta el presente no se ha

realizado una aproximación como la sugerida, lo que podría dar cuenta del porqué hasta el momento la AM no tiene criterios diagnósticos, ni es reconocida como un síndrome clínico y ha permanecido como un concepto indefinido.

La AM no es un proceso netamente individual; esta surge como parte de la interacción con otros sujetos (sean pacientes, colegas o familiares). Es consecuencia de un proceso en que están inmersos todos los agentes ligados a la salud donde hay encuentros, conflictos y desenlaces que contribuyen al desarrollo de la AM como un fenómeno social. Esto explica por qué emerge la AM en diferentes referentes socioculturales, asociada con jerarquías de poder: por ejemplo, las directrices de cuidado indicadas por los médicos, que pueden generar sentimientos de impotencia en el resto de integrantes del equipo de salud, los cuales tienen grados variables de cercanía con el paciente o en contextos donde hay disparidad de opiniones con familiares por las diferentes preconcepciones culturales, morales, académicas y situaciones de escasez de recursos tangibles o intangibles como el tiempo destinado a la atención de pacientes.

El entender la AM como un proceso derivado de la interacción entre el personal de salud podría implicar que no sea un contexto específico el que la genera (por ejemplo, los procesos de final de vida); más bien se trata del contraste entre diferentes individuos e instituciones a la hora de tomar decisiones que tienen consecuencias inmediatas. Aun así, la insistencia de estudiarla en este contexto se comprende en parte por la presencia de la muerte como un desenlace cercano que, al estar concebido en la cultura médica como un fracaso, podría interpelar con mayor gravedad que el resto de las situaciones o los ámbitos en los que se toman decisiones en el campo de la salud. Esta aproximación a la muerte parece estar influida por una estructura deficiente de la formación médica, en la que en muchas ocasiones no hay educación formal en el tema y es aprendido en el currículo oculto.

Conclusiones

En síntesis, la AM es un fenómeno con historia propia, pero cuyas formas de estudio hasta el presente encuentran diferentes barreras que dificultan la consolidación de un corpus teórico interdisciplinar. Es pertinente, en estudios futuros, realizar abordajes diferentes a los llevados a cabo hasta el momento, que se han orientado por metodologías estrictamente cuantitativas o cualitativas, e intentar aproximaciones de tipo mixtas que permitan comprender la experiencia de la AM desde los marcos estructurales, como de los propios actores involucrados. Estos enfoques permiten dar cuenta de la realidad de los fenómenos interseccionales que posicionan el concepto en la formación del personal de la salud.

Es también necesario reconocer que el entendimiento de la AM despierta interés y, a pesar de su aspecto difuso, hay una cantidad de literatura considerable que aborda el tema desde la perspectiva de los diversos integrantes de los equipos de salud. Los estudios revisados han permitido visibilizar que el abordaje compele no solo al profesional de medicina o enfermería, sino que reconoce la vulnerabilidad de todos los agentes del campo de la salud susceptibles de sufrir AM.

Sabemos que la AM carece de formas “totales” para su comprensión e intervención. Hemos demostrado que el corpus teórico no está consolidado y que su abordaje, hasta el momento, es limitado. Sin embargo, esperamos contribuir con la identificación de la AM como situación relevante, con el fin de modificar la formación del personal de salud y que surja como interés colectivo e institucional para evitar o minimizar sus efectos negativos.

Dada la reflexión anterior y retomando las contribuciones de los diversos equipos de autores explorados durante la investigación, proponemos la siguiente definición para la AM, con la que buscamos abordar de manera amplia las complejidades que esta puede suscitar: *una experiencia negativa que surge de la incapacidad de actuar acorde con los valores propios en el momento de tomar decisiones respecto al cuidado*

de un paciente. Dicha limitación está condicionada por la presencia de barreras o conflictos de índole individual, social o institucional, y genera consecuencias físicas o emocionales en quien la padece.

Por último, debe reconocerse que este artículo es parte de la identificación de un problema, por lo que funge como punto de partida para nuevas investigaciones que puedan demostrar la realidad de la AM, profundizar en su comprensión, comprender su impacto en la relación médico-paciente, evaluar las economías morales que se encuentran vinculadas, explorar la formación curricular en este tema, implementar estrategias pedagógicas y herramientas de intervención para la atención de la AM del personal de la salud.

Conflicto de intereses

Los autores no reportan ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-estar Subj* [internet]. 2003;3(1):10-59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
2. Beng TS, Chin LE, Guan NC, Yee A, Wu C, Pathmawathi S, et al. The experiences of stress of palliative care providers in Malaysia: a thematic analysis. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(1):15-28. <https://doi.org/10.1177/1049909113503395>
3. Jameton A. *Práctica de enfermería: las cuestiones éticas*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
4. Prentice TM, Gillam L. Can the ethical best practice of shared decision-making lead to moral distress? *J Bioeth Inq*. 2018;15(2):259-68. <https://doi.org/10.1007/s11673-018-9847-8>
5. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017;7(1):71. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
6. Mehlis K, Bierwirth E, Laryionava K, Mumm FHA, Hiddemann W, Heußner P, et al. High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making. *Psychooncology*. 2018;27(12):2733-9 <https://doi.org/10.1002/pon.4868>
7. Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, Parshuram CS. Moral distress in PICU and neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation. *Pediatr Crit Care Med*. 2017;18(8):e318-e26. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001219>
8. Cullati S, Cheval B, Schmidt RE, Agoritsas T, Chopard P, Courvoisier DS. Self-rated health and sick leave among nurses and physicians: the role of regret and coping strategies in difficult care-related situations. *Front Psychol*. 2017;8:623. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00623>
9. Rushton CH, Kaszniak AW, Halifax JS. A framework for understanding moral distress among palliative care clinicians. *J Palliat Med*. 2013;16(9):1074-9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0490>
10. Curtis JR, Levy MM. Our responsibility for training physicians to understand the effect patient death has on them: the role of the intensivist. *Chest*. 2014;145(5):932-4. <https://doi.org/10.1378/chest.13-2600>
11. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is

- associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care.* 2016;31(1):178-82. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>
12. Lamiani G, Setti I, Barlascini L, Vegni E, Argentero P. Measuring moral distress among critical care clinicians: validation and psychometric properties of the Italian moral distress scale-revised. *Crit Care Med.* 2017;45(3):430-7. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002187>
13. St Ledger U BA, Reid J, Prior L, McAuley D, Blackwood B. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2013;69(8):1869-80. <https://doi.org/10.1111/jan.12053>
14. Clay AS, Ross E, Chudgar SM, Grochowski CO, Tulsy JA, Shapiro D. The emotions of graduating medical students about prior patient care experiences. *Patient Educ Couns.* 2015;98(3):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.023>
15. Mache S, Vitzthum K, Hauschild I, Groneberg D. A pilot study evaluation of psychosocial competency training for junior physicians working in oncology and hematology. *Psychooncology.* 2017;26(11):1894-900. <https://doi.org/10.1002/pon.4403>
16. Dodek PM, Norena M, Ayas N, Wong H. Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel. *J Crit Care.* 2019;50:122-5. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.030>
17. Al-Dubai SA, Ganasegeran K, Perianayagam W, Rampal KG. Emotional burnout, perceived sources of job stress, professional fulfillment, and engagement among medical residents in Malaysia. *ScientificWorldJournal.* 2013;2013:137620. <https://doi.org/10.1155/2013/137620>
18. Ben-Ezra M, Bibi H. The association between psychological distress and decision regret during armed conflict among hospital personnel. *Psychiatr Q.* 2016;87(3):515-9. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9406-y>
19. Tremolada M, Schiavo S, Tison T, Sormano E, De Silvestro G, Marson P, et al. Stress, burnout, and job satisfaction in 470 health professionals in 98 apheresis units in Italy: a SIdEM collaborative study. *J Clin Apher.* 2015;30(5):297-304. <https://doi.org/10.1002/jca.21379>
20. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al. Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *Am J Crit Care.* 2017;26(4):e48-57. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017786>
21. Austin CL, Saylor R, Finley PJ. Moral distress in physicians and nurses: impact on professional quality of life and turnover. *Psychol Trauma.* 2017;9(4):399-406. <https://doi.org/10.1037/tra0000201>
22. Houston S, Casanova MA, Leveille M, Schmidt KL, Barnes SA, Trungale KR, et al. The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. *J Clin Ethics.* 2013;24(2):98-112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23923809/>
23. Rosenthal MS, Clay M. Initiatives for responding to medical trainees' moral distress about end-of-life cases. *AMA J Ethics.* 2017;19(6):585-94. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.6.stas1-1706>
24. Whitehead BR. Health behaviors in older adults: considering age, affect, and attitudes. *J Health Psychol.* 2017;22(13):1652-7. <https://doi.org/10.1177/1359105316631814>

25. Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Causes of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *J Crit Care.* 2016;35:57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.04.033>
26. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(2):117-25. <https://doi.org/10.1111/jnu.12115>
27. Epstein EG. End-of-life experiences of nurses and physicians in the newborn intensive care unit. *J Perinatol.* 2008;28(11):771-8. <https://doi.org/10.1038/jp.2008.96>
28. Smith-Han K, Martyn H, Barrett A, Nicholson H. "That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die": death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Med Educ.* 2016;16:108. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0631-3>
29. Jones R, Finlay F. Medical students' experiences and perception of support following the death of a patient in the UK, and while overseas during their elective period. *Postgrad Med J.* 2014;90(1060):69-74. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131474>
30. Leombruni P, Loera B, Miniotti M, Zizzi F, Castelli L, Torta R. Confirmatory factor analysis of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B) among Italian medical students. *Palliat Support Care.* 2015;13(5):1391-8. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000139>
31. Ratanawongsa N, Teherani A, Hauer KE. Third-year medical students' experiences with dying patients during the internal medicine clerkship: a qualitative study of the informal curriculum. *Acad Med.* 2005;80(7):641-7. <https://doi.org/10.1097/00001888-200507000-00006>
32. Førde R, Aasland OG. Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics.* 2008;34(7):521-5. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021246>
33. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, et al. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med.* 2005;80(7):634-40. <https://doi.org/10.1097/00001888-200507000-00005>
34. Bekkema N, de Veer AJ, Hertogh CM, Francke AL. "From activating towards caring": shifts in care approaches at the end of life of people with intellectual disabilities; a qualitative study of the perspectives of relatives, care-staff and physicians. *BMC Palliat Care.* 2015;14:33. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0030-2>
35. Lamiani G, Dordoni P, Argentero P. Value congruence and depressive symptoms among critical care clinicians: The mediating role of moral distress. *Stress Health.* 2018;34(1):135-42. <https://doi.org/10.1002/smi.2769>
36. Boland JW, Dikomitis L, Gadoud A. Medical students writing on death, dying and palliative care: a qualitative analysis of reflective essays. *BMJ Support Palliat Care.* 2016;6(4):486-92. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001110>
37. Bovero A, Tosi C, Miniotti M, Torta R, Leombruni P. Medical students reflections toward end-of-life: a hospice experience. *J Cancer Educ.* 2018;33(3):634-9. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1171-1>

38. Tse CS, Morrison LJ, Ellman MS. Preclinical medical students' diverse educational and emotional responses to a required hospice experience. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017;34(8):704-12. <https://doi.org/10.1177/1049909116652574>
39. Lewis C, Reid J, McLernon Z, Ingham R, Traynor M. The impact of a simulated intervention on attitudes of undergraduate nursing and medical students towards end of life care provision. *BMC Palliat Care*. 2016;15:67. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0143-2>
40. Kearsley JH, Lobb EA. "Workshops in healing" for senior medical students: a 5-year overview and appraisal. *Med Humanit*. 2014;40(2):73-9. <https://doi.org/10.1136/medhum-2013-010438>
41. McBain L, Donnelly S, Hilder J, O'Leary C, McKinlay E. "I wanted to communicate my feelings freely": a descriptive study of creative responses to enhance reflection in palliative medicine education. *BMC Med Educ*. 2015;15:180. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0465-4>
42. Devlin MJ, Cutler JL, Harper OL. Taking it personally: exploring medical students' emotional responses and professional roles during the psychiatry clerkship. *Acad Psychiatry*. 2012;36(3):243-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.11060109>