



## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

# Conflictividad ética en enfermeras/os de unidades de cuidados críticos en un hospital del sur de Chile



T. Wood-Molina<sup>a,\*</sup> y E. Rivas-Riveros<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Escuela de Enfermería, Universidad Santo Tomás, Los Ángeles, Chile

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Recibido el 9 de diciembre de 2016; aceptado el 30 de julio de 2017

Disponible en Internet el 19 de octubre de 2017

### PALABRAS CLAVE

Análisis ético;  
Daño moral;  
Ética en enfermería;  
Enfermería de  
cuidados críticos;  
Chile

### Resumen

**Introducción:** La conflictividad ética ocurre cuando las enfermeras/os no pueden actuar según sus creencias y valores debido a que algo o alguien se lo impiden.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conflictividad ética en enfermeras/os de unidades críticas de un hospital del sur de Chile.

**Métodos:** Estudio transversal y de asociación en 38 enfermeras/os de unidades de críticas. Se aplicó el Cuestionario de Conflictividad Ética (CuCEE), con un alfa de Cronbach de 0.82; se adicionó un ítem sociolaboral-académico. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y la prueba Chi-cuadrado de Pearson (nivel de confianza del 95%). Se cumplieron los criterios de rigor ético.

**Resultados:** El 68.4% eran mujeres, con una edad promedio de 33.6 años ( $DE \pm 8.2$ ), del servicio clínico unidad de paciente crítico (UPC) adulto en un 60.5%, con un promedio de antigüedad profesional de 8.7 años y un promedio de trabajo en unidades críticas de 6.9 años ( $DE \pm 4.6$ ). Se observaron niveles altos en frecuencia e intensidad del fenómeno. «Indignación moral» fue el tipo de conflictividad ética predominante, con un índice de exposición (IEce) moderado. Las situaciones de mayor conflictividad fueron: «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo» y «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente». No existió asociación significativa entre variables sociolaborales-académicas e IEce.

**Conclusiones:** Las situaciones de mayor conflicto se relacionan con el sufrimiento de los pacientes y las dinámicas de trabajo. Existen barreras que impiden la acción de cuidar según los valores al observar que otros no proceden éticamente, lo que debe ser considerado dentro de las unidades estudiadas para generar conductas preventivas.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [e.uucista@gmail.com](mailto:e.uucista@gmail.com) (T. Wood-Molina).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

**KEYWORDS**

Ethical analysis;  
Moral damage;  
Ethics nursing;  
Critical care nursing;  
Chile

**Ethical conflicts among nurses in critical care units in a southern Chile hospital****Abstract**

*Introduction:* Ethical conflicts arise when nurses cannot perform based on their values and beliefs because someone or something prevents them from doing so.

*Objective:* To determine the level of ethical conflict among nurses in critical care units in a southern Chile hospital.

*Methods:* This is a transversal and association study with 38 nurses of critical care units. The Questionnaire on Ethical Conflict (CuCEE) which has a Cronbach alfa of 0.82 was used. An item on social and work-related issues was added. Descriptive statistics including Pearson Chi square (95% ci) were calculated according to criteria of ethical rigor.

*Results:* 68.4% were women. The average age was 33.6 years old ( $SD \pm 8.2$ ). 60.5% work in adult Critical Patient Unit. The working experience average was 8.7 years. The working experience average within units of critical care was 6.9 years ( $SD \pm 4.6$ ). High levels in frequency and severity of ethical conflicts were observed. Moral indignation was the main type of ethical conflict, though with a moderate exposition index (IEce). The most conflictive situations were: 'Acknowledging that the analgesic and sedative treatment given to the patients was not effective enough resulting in their suffering' and 'Working with medical staff who was considered professionally incompetent'. No significant associations were found among the social and work-related and academic variables and IEce.

*Conclusions:* The situations with greater conflict are related to the suffering of the patients and the working dynamics. There are barriers which prevent the provision of a care based on the values. Moreover, observing those who do not proceed ethically further supports the necessity to promote preventive conducts of these behaviors.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**PALAVRAS-CHAVE**

Análise ética;  
Dano moral;  
Ética em enfermagem;  
Enfermagem de cuidados críticos;  
Chile

**Conflitualidade ética em enfermeiras/os de unidades de cuidados críticos em um hospital do sul do Chile****Resumo**

*Introdução:* A conflitualidade ética ocorre quando as enfermeiras/os não podem agir segundo suas crenças e valores devido a que algo o alguém o impede.

*Objetivo:* Determinar o nível de Conflitualidade Ética, em enfermeiras/os de Unidades Críticas de um hospital do sul do Chile.

*Métodos:* Estudo transversal e de associação em 38 enfermeiras/os de Unidades Críticas. Aplicou-se Questionário de Conflitualidade Ética (CuCEE), com alfa de Cronbach 0.82, adicionou-se um item sociolaboral-acadêmico. Para a análise utilizou-se estatística descritiva e Chi quadrado de Pearson (nível de confiança de 95%), cumprimento de critérios de rigor ético.

*Resultados:* Mulheres (68.4%), idade média 33.6 anos ( $DE \pm 8.2$ ), de UPC adulto (60.5%), com média de antiguidade profissional de 8.7 anos e uma média de trabalho em Unidades Críticas ( $DE \pm 4,6$ ) de 6.9 anos. Observaram-se níveis altos em frequência e intensidade do fenômeno. Indignação Moral foi o tipo de Conflitualidade Ética predominante, com um Índice de exposição (IEce) moderado. As situações de maior conflitualidade foram «Comprovar que o tratamento analgésico e/o sedante que se administra ao paciente não é suficientemente efetivo e este está sofrendo» e «Trabalhar com pessoal médico ao qual considero profissionalmente incompetente». Não existiu associação significativa entre variáveis sócio-laborais - acadêmicas e IEce.

*Conclusões:* . As situações de maior conflito relacionam-se com o sofrimento dos pacientes e as dinâmicas de trabalho, existem barreiras que impedem a ação de cuidar segundo os valores, ao observar que outros não procedem eticamente, o que deve ser considerado dentro das unidades estudadas para gerar condutas preventivas.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Un conflicto es un proceso dinámico que se produce por el desplazamiento o interacción de estructuras dentro de un sistema<sup>1</sup>; en términos filosóficos se produce al contraponer valores o como antagonismo entre normas morales, ya sean intra o interpersonales<sup>1,2</sup>.

Un aspecto que con frecuencia genera conflicto en la práctica de enfermería está relacionado con la ética. Es conocido que, desde sus inicios, la esencia de la profesión se ha visto reflejada en el cuidado, el cual se ha dimensionado de diferentes formas para intentar dar respuestas integrales a las necesidades de las personas en situación de enfermedad<sup>3</sup>. El cuidado involucra comunicación y relación entre dos personas moralmente distintas cuyos valores pueden ser opuestos. Si se parte del principio de que en toda relación de ayuda existe por naturaleza una confrontación de culturas, expectativas, creencias, que determinan el modo en que se ha de dar y aceptar la ayuda, se darán entonces conflictos que afectarán en distintas magnitudes la relación terapéutica<sup>4</sup>. Es así como «la sensibilidad ética está condicionada por la cultura, la región, la educación y las experiencias vitales»<sup>5</sup>. Es, entonces, específica a cada enfermera/o e influye en la forma de tomar decisiones relacionadas con el cuidado de los pacientes, que proporciona razonamiento moral para determinar lo que debe hacerse en una situación determinada. Es un proceso cognoscitivo, en el que se formula un curso de acción éticamente definible para resolver un conjunto de valores o principios<sup>5</sup>.

En el ejercicio de su labor, las/os enfermeras/os con frecuencia tienen que tomar decisiones que requieren juicios morales que son influenciados no solo por los principios éticos que guían su profesión, sino por una serie de valores internos y por el contexto de la situación. Estas decisiones se fundan en un pensamiento crítico, el cual va más allá de las destrezas del análisis lógico, e implica poner de manifiesto las formas habituales de pensar y actuar<sup>4</sup>.

Elegir entre un abanico de posibilidades involucra una repercusión positiva o negativa sobre otra persona o grupo de personas; esto es el comportamiento práctico moral, e incluye la generación de expectativas tanto del paciente como de la/el enfermera/o que puede provocar frustraciones o conflictos éticos<sup>4</sup>. Visto desde esta perspectiva, no es posible que ninguna de las acciones de cuidados quede excluida de esta condición.

En el contexto clínico, la toma de decisiones en las unidades críticas debe ser rápida, así como tener a su disposición alta tecnología para brindar cuidados a pacientes gravemente enfermos. Las/os enfermeras/os son quienes están más próximas a los pacientes y a sus familias, y por lo tanto conocen mejor sus necesidades; en muchas ocasiones actúan como mediadoras y soportan grandes cargas de trabajo durante las 24 h del día<sup>6,7</sup>.

La conflictividad ética fue definida por primera vez en 1984, denominada como *moral distress*<sup>8</sup>, un fenómeno que ocurre cuando las/os enfermeras/os no pueden actuar según sus creencias y valores debido a que son contrarias a lo que la institución, médicos o familiares consideran correctos<sup>7</sup>. Esto se desarrolla mediante dos procesos: el primero ocurre en el momento cuando la situación conflictiva se presenta, produce una reacción aguda de angustia, en la que puede

mantenerse un remanente o residuo de esta manifestación en forma crónica, transformándose entonces en el segundo elemento del proceso<sup>9</sup>.

Las consecuencias generadas pueden ir desde un malestar o preocupación al percibir que el actuar es incorrecto hasta sentimientos de ansiedad o depresión, que producen un tipo particular de sufrimiento, puesto que amenaza el sentido de autoestima de la profesión y la integridad, lo cual constituye un problema con repercusiones físicas y emocionales, que impactan negativamente en los cuidados<sup>10</sup> y que llevan al profesional incluso a abandonar su carrera o a cambiar de puestos de trabajo<sup>11</sup>.

Dentro de la conflictividad ética existe una clasificación propuesta por diversos autores, los cuales determinan la intensidad en que los problemas afectan a las/os enfermeras/os. Estas son: a) *bienestar moral*, estado ideal, que aporta equilibrio. Sin embargo, podría dirigir a la persona a una situación excesivamente complaciente<sup>12</sup>; b) *indiferencia moral*, estado no deseable desde un punto de vista ético, puesto que no hay inclinación ni declinación respecto a algo o alguien, que puede implicar una actitud de falta de sensibilidad ética<sup>13</sup>; c) *incertidumbre moral*, que se presenta cuando el profesional intuye un conflicto de naturaleza ética, pero no es capaz de definir los valores y los principios implicados, hecho que obstruye la toma de decisiones<sup>12</sup>; d) *dilema moral*, se presenta cuando dos o más principios éticos se encuentran implicados y establecen cursos de acción distintos<sup>14</sup>; e) *angustia moral*, describe aquellas situaciones en las que las/os enfermeras/os no pueden cumplir con las obligaciones éticas ni con los compromisos asumidos relacionados con el paciente; aquí 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<sup>8,12</sup>, y f) *indignación moral*, sentimiento generado al observar la acción inmoral perpetrada por otros. En esta situación, la/el enfermera/o no participa en el acto y no se siente responsable de la acción, pero se siente impotente al percibir que debería hacer algo para prevenirlo o impedirlo<sup>12</sup>.

La relevancia de estudiar la conflictividad ética en unidades críticas surge al destacar que es una realidad no abordada en Chile a pesar de que se encuentra estudiada y aceptada en la Asociación Americana de Enfermería Crítica (AACCN) como un riesgo inherente a la profesión<sup>13</sup>. Asimismo, reconoce que las unidades de estudio poseen una alta carga emocional y laboral, que de estar presente el fenómeno de estudio puede afectar la entrega de cuidados a los pacientes y causar, en la/el enfermera/o, desde pérdida del bienestar en la actividad profesional hasta desequilibrio emocional, por lo cual experimenta desesperanza, depresión e incertidumbre<sup>15</sup>, disminuye la calidad de la atención, y genera vulnerabilidad, rechazo y abandono de la profesión<sup>11</sup>, lo cual se refleja en la alta rotación de enfermeras/os y en el aumento del absentismo laboral. En cuanto a la magnitud del problema, estudios describen que el 54% de las/os enfermeras/os que presentan *distress* moral ven afectada la calidad de su atención<sup>16,17</sup>.

Finalmente, investigar sobre la conflictividad ética en todas sus dimensiones, y bajo las condiciones laborales características de las unidades críticas, propone una tarea

interesante, en tanto que permite vislumbrar la complejidad de los problemas morales a los cuales se enfrentan día a día las/os enfermeras/os, cuyo propósito es contribuir a la generación de estrategias que faciliten la toma de decisiones con componente ético. Es por esto que el objetivo del estudio es determinar el nivel de conflictividad ética en enfermeras/os de unidades críticas de un hospital del sur de Chile.

## Métodos

La investigación se desarrolló bajo el paradigma positivista, con diseño descriptivo de corte transversal<sup>18</sup>. El objetivo fue determinar el nivel de conflictividad ética en enfermeras/os adscritos a unidades críticas de adultos en un hospital de alta complejidad del sur de Chile, durante el año 2015; como objetivos específicos se establecieron: a) caracterizar la muestra de estudio según datos sociodemográficos (edad, sexo, religión), laborales (unidad de desempeño, años de experiencia laboral, años de experiencia en unidades críticas) y académicos (grado académico, especialización en cuidados críticos, formación en ética); b) identificar frecuencia, grado y tipo de conflictividad ética; c) determinar el nivel de exposición (IEce) que enfrentan y la asociación entre IEce con las variables sociolaborales y académicas. La población correspondió a enfermeras/os clínicas/os de la Unidad de Paciente Crítico Adulto y de Urgencias. La muestra se constituyó con 38 personas; se establecieron como criterios de inclusión: antigüedad laboral mayor o igual a un año y que estuvieran de acuerdo con participar del estudio, además de firmar el formulario de consentimiento informado. La recolección de los datos se realizó una vez autorizado y aprobado el proyecto por las autoridades del establecimiento. Se utilizó el Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE), elaborado en España, que fue creado en base a los fundamentos teóricos entregados por estudios anteriores y al Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE)<sup>12</sup>, en el cual se incorporaron todos los posibles tipos de conflictividad ética y no solo centrándose en la angustia, como ocurre con otros instrumentos<sup>19</sup>. La confiabilidad del instrumento medida con el alfa de Cronbach fue de 0.882<sup>12</sup>. Para su utilización se obtuvo la autorización por parte de la autora; a la vez se realizó una adecuación semántica y una validez de contenido del instrumento para la población chilena a través de juicios de expertos y de una prueba piloto aplicada a una muestra de 10 enfermeras/os que cumplieran los requisitos de inclusión, con la cual se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.82, calificándose como bueno<sup>18</sup>. El CuCEE está elaborado con 19 situaciones de cuidado con 3 subgrupos de variables (frecuencia, grado y tipo) a través de 2 preguntas: «¿Con qué frecuencia usted se ha encontrado con esta situación?» «¿Hasta qué punto esta situación ha sido un problema ético para usted?» y una indicación: «Señale la opción que mejor describe el estado moral que usted experimenta cuando se encuentra con esta situación». Cada respuesta está aboradada con una escala Likert. El CuCEE se caracteriza por ser autoadministrado, con una duración de 15 a 20 min<sup>12</sup>. Finalmente, se anexó al cuestionario preguntas para medir las variables sociolaborales y académicas de los participantes a través de preguntas de selección.

**Tabla 1** Perfil variables cuantitativas de los sujetos de estudio

	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad	38	25	60	33.6	8.2
Años de trabajo como enfermero	38	1	30	8.7	6.7
Años de trabajo en unidad	38	1	25	6.9	4.6

Una vez aplicado el instrumento, se realizó un primer análisis descriptivo con el fin de poder observar las características detalladas de los sujetos de estudio y determinar la frecuencia, el grado y los tipos de conflictos éticos. Para el cálculo del IEce se procedió a utilizar el valor numérico de la escala Likert, la frecuencia multiplicada por el grado, lo cual proporcionó posibles valores que iban desde 0 a 475<sup>13</sup>. Se utilizó el valor promedio y luego la baremación según percentiles, conforme a los cuales se determinaron 3 niveles de IEce: bajo, moderado o alto.

En una segunda etapa se analizó el grado de asociación de variables sociolaborales y académicas con el IEce, a través del índice de dependencia Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

Durante la investigación se consideraron los principios éticos de Ezekiel Emanuel<sup>20</sup>.

## Resultados

La muestra se caracteriza por tener una edad promedio de 33.6 años (DE ± 8.2), con una media de 8.7 (DE ± 6.7) años como enfermeras/os y 6.9 años de promedio de trabajo en unidades críticas (DE ± 4.6) (tabla 1). Mayormente son mujeres (68.4%), de religión católica (71.1%), y del servicio clínico UPC adulto (60.5%). En perfil académico, el 94.7% de las personas son licenciadas, el 68.4% no tienen formación o especialización en unidades críticas y el 76.3% no poseen formación en ética (tabla 2).

La situación de mayor frecuencia de conflictividad ética, (al menos una vez a la semana), es «Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de estos», con un 56.2%; le continúan con un 47.4% las situaciones n.º 7, 9 y 18: «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo», «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente» y «Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias» (tabla 3). El grado de conflictividad se presenta también en la tabla 3; las situaciones percibidas como «muy problemáticas» fueron las n.º 9, 12, 13 y 7: «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente», con un 77.1%; «Trabajar con un/a enfermero/a o un/a técnico de enfermería al que considero incompetente», con un 60%; «Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente», con un 57.7%, y «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se

**Tabla 2** Perfil de los sujetos de estudio según variables cualitativas

Variables	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	12	31.6
Femenino	26	68.4
<b>Religión</b>		
Católica	27	71.1
Evangélica	5	13.2
Ninguna	6	15.8
<b>Servicio clínico</b>		
Urgencia	15	39.5
UPC adulto	23	60.5
<b>G. académico</b>		
Enfermero	2	5.3
Licenciado	36	94.7
<b>Formación o especialización en cuidados críticos</b>		
Ninguna	26	68.4
Diplomado	9	23.7
Especialización	3	7.9
<b>Formación en ética</b>		
Ninguna	29	76.3
Curso	8	21.1
Diplomado	1	2.6

administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo», con un 56.8%.

En tipo de conflictividad ética (es así mismo otra sección de la [tabla 3](#)), se puede observar que en las situaciones destaca la «indignación moral», especialmente en las n.º 9, 13, 12 y 7: «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente», con un 71.4%; «Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente», con un 53.8%; «Trabajar con un/a enfermero/a o un/a técnico de enfermería al que considero incompetente», con un 51.4%, y «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo», con un 45.9%. Las medias del IEce para cada una de las 19 situaciones asumen valores que van desde 0 a 20; sobresalen: «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente», con un promedio de 13.3 (DE ± 7.3), «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo», con una media de 13.2 (DE ± 6.8) y «Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica», con un promedio de 12.1 (DE ± 6.2). En términos generales, la muestra en estudio evidencia una media de IEce de 170.4 (DE ± 93.2), con un mínimo de 0 y un máximo de 370 puntos, que demostraría un nivel medio de conflictividad, corroborado en la baremación según percentiles, donde el 52.6% de la muestra se encuentra en el nivel moderado.

En la asociación, se observa en general que en todas las variables cualitativas se tiende a rangos moderados de IEce: destaca el sexo femenino con un 57.7%, trabajar en

UPC adulto con un 65.2% y tener especialidad en cuidados críticos con un 66%, pero ninguna categoría presenta significación estadística en la prueba Chi-cuadrado de Pearson ( $p > 0.05$ ). Lo mismo ocurre con las variables cuantitativas, donde las/os enfermeras/os menores de 35 años, con una experiencia de entre 11 y 20 años de profesión, y tener entre 6 y 10 años trabajando en unidades críticas presentan mayor asociación con el nivel moderado de IEce, con un 53.8, 58.3 y 62,5%, respectivamente, aunque sin valor estadístico significativo ( $p > 0.05$ ).

## Discusión

Los resultados de la investigación evidencian que el fenómeno de la conflictividad ética se encuentra presente en enfermeras/os de unidades críticas, sobre todo en situaciones referentes al sufrimiento del paciente y a las dinámicas de trabajo respecto a la participación en la toma de decisiones clínicas; esto genera sentimientos desagradables que al no ser resueltos pueden perdurar en el tiempo, los cuales pueden causar un residuo moral<sup>9</sup> que lleve incluso al abandono de la profesión<sup>11</sup>.

Por lo tanto, estas situaciones deben ser observadas bajo una mirada crítica, ya que ocurren cotidianamente en este tipo de unidades o servicios clínicos estudiados. Por todo lo anterior, esta investigación arrojó, en cuanto a frecuencia y grado de conflictividad ética, que las situaciones: «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo» y «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente» destacan por sobre otras, esto fortalece, por un lado, la importancia que tiene en el cuidado que brinda enfermería, evitar el dolor y sufrimiento del paciente crítico, tal como lo señala la literatura y estudios que avalan estos resultados<sup>12,21</sup>. Por otro parte, coincide con la gran problemática que presentan los equipos de trabajo en la toma de decisiones en estas unidades, con respecto a la falta de comunicación y participación de enfermería<sup>22</sup>, que lleva según las investigaciones internacionales a generar *distress* moral<sup>23-26</sup>.

Un punto importante a discutir y que diferencia los resultados de esta investigación es lo que respecta a los cuidados fútiles, que se presentan en la literatura como generadores de conflictividad ética<sup>21,23-32</sup>; sin embargo, en el presente estudio se encuentra en quinto lugar de frecuencia (39.5%) y décimo puesto en términos de grado (39.5%); a los enfermeras/os participantes les genera mayor *distress* moral el sufrimiento de los pacientes que la futilidad, lo cual puede estar relacionado con que el uso óptimo de analgesia y sedación es relevante incluso al término de la vida para que este proceso sea menos doloroso tanto para el usuario como para la familia.

Cabe destacar que si bien hay diferencias entre los modelos y los instrumentos utilizados en otras investigaciones, los resultados encontrados en los estudios relacionados con el servicio de urgencias<sup>30</sup> y en cuidados intensivos médicos y quirúrgicos<sup>28</sup> son similares a los de la presente investigación. Por consiguiente, queda demostrado que ambas unidades son lugares donde el problema de estudio es importante y debe ser considerado por supervisores y directivos para otorgar mayor satisfacción laboral y por tanto menor rotación

**Tabla 3** Frecuencia, grado y tipo de conflictividad ética en enfermería (porcentajes)

Situación	Frecuencia de conflictividad ética (n = 38)						Grado de conflictividad ética					Tipo de conflictividad ética							
	Nunca		Casi nunca		Al menos una vez		Problemático					Moral							
			Al año	Cada 6 meses	Al mes	A la semana	n	Nada	Poco	Algo	Moderadamente	Muy	n	Indiferencia	Bienestar	Incertidumbre	Dilema	Angustia	Indignación
S1. Administrar tratamientos y/o realizar exámenes que considero son innecesarios porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal	0.0	2.6	15.8	18.4	28.9	34.2	38	5.3	10.5	13.2	28.9	42.1	38	2.6	0.0	15.8	21.1	15.8	44.7
S2. Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de estos	13.2	15.8	0.0	7.9	10.5	52.6	33	12.1	24.2	15.2	15.2	33.3	33	12.1	24.2	15.2	9.1	9.1	30.3
S3. Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la unidad crítica sino en una unidad de hospitalización de cama básica	0.0	2.6	2.6	13.2	36.8	44.7	38	10.5	13.2	26.3	21.1	28.9	38	10.5	21.1	7.9	13.2	18.4	28.9
S4. Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente	15.8	28.9	13.2	10.5	13.2	18.4	32	15.6	25.0	6.3	21.9	31.3	32	18.8	15.6	6.3	12.5	15.6	31.3
S5. Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no le atiende directamente o con terceras personas	18.4	18.4	10.5	18.4	18.4	15.8	31	16.1	16.1	19.4	29.0	19.4	31	16.1	6.5	19.4	19.4	25.8	12.9

Tabla 3 (continuación)

Situación	Frecuencia de conflictividad ética (n = 38)						Grado de conflictividad ética					Tipo de conflictividad ética								
	Nunca	Casi nunca	Al menos una vez				n	Problemático					n	Moral						
			Al año	Cada 6 meses	Al mes	A la semana		Nada	Poco	Algo	Moderadamente	Muy		Indiferencia	Bienestar	Incertidumbre	Dilema	Angustia	Indignación	
S6. Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos	13.2	15.8	15.8	15.8	13.2	26.3	33	15.2	18.2	27.3	21.2		18.2	33	15.2	18.2	6.1	21.2	15.2	24.2
S7. Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo	2.6	10.5	0.0	18.4	21.1	47.4	37	5.4	5.4	8.1	24.3		56.8	37	2.7	10.8	10.8	8.1	21.6	45.9
S8. Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica	0.0	10.5	10.5	10.5	28.9	39.5	38	2.6	5.3	15.8	36.8		39.5	38	2.6	7.9	5.3	21.1	31.6	31.6
S9. Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente	7.9	5.3	18.4	5.3	15.8	47.4	35	2.9	5.7	0.0	14.3		77.1	35	2.9	8.6	5.7	2.9	8.6	71.4
S10. Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente	18.4	28.9	7.9	15.8	18.4	10.5	31	25.8	0.0	16.1	16.1		41.9	31	25.8	6.5	3.2	22.6	16.1	25.8
S11. Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos demasiado agresivos dado el estado en el que se encuentra el paciente, provocándole un sufrimiento añadido	13.2	23.7	7.9	7.9	15.8	31.6	33	6.1	3.0	18.2	27.3		45.5	33	6.1	3.0	9.1	15.2	30.3	36.4

Tabla 3 (continuación)

Situación	Frecuencia de conflictividad ética (n = 38)						Grado de conflictividad ética					Tipo de conflictividad ética								
	Nunca	Casi nunca	Al menos una vez				n	Problemático					n	Moral						
			Al año	Cada 6 meses	Al mes	A la semana		Nada	Poco	Algo	Moderadamente	Muy		Indiferencia	Bienestar	Incertidumbre	Dilema	Angustia	Indignación	
S12. Trabajar con un/a enfermero/a o un/a técnico de enfermería al que considero incompetente	7.9	7.9	15.8	26.3	15.8	26.3	35	2.9	2.9	2.9	31.4		60.0	35	2.9	14.3	8.6	2.9	20.0	51.4
S13. Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente	31.6	7.9	10.5	10.5	2.6	36.8	26	3.8	7.7	7.7	23.1		57.7	26	3.8	3.8	3.8	15.4	19.2	53.8
S14. Administrar tratamiento 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	81.6	7.9	5.3	2.6	0.0	2.6	7	0.0	28.6	14.3	14.3		42.9	7	0.0	14.3	0.0	28.6	42.9	14.3
S15. Tener dificultades a la hora de dar información oportuna al paciente y/o a la familia porque el equipo médico obstaculiza al profesional de enfermería que realice esta actividad	21.1	36.8	10.5	7.9	5.3	18.4	30	33.3	3.3	26.7	20.0		16.7	30	33.3	6.7	10.0	13.3	20.0	16.7
S16. Cuidar al paciente sin conocer si dispone o no del documento de consentimiento informado	28.9	18.4	7.9	5.3	7.9	31.6	27	22.2	22.2	22.2	18.5		14.8	27	25.9	18.5	14.8	11.1	7.4	22.2



Tabla 3 (continuación)

Situación	Frecuencia de conflictividad ética (n = 38)						Grado de conflictividad ética					Tipo de conflictividad ética							
	Nunca		Casi nunca		Al menos una vez		n	Problemático					n	Moral					
			Al año	Cada 6 meses	Al mes	A la semana		Nada	Poco	Algo	Moderadamente	Muy		Indiferencia	Bienestar	Incertidumbre	Dilema	Angustia	Indignación
S17. Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional de enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos	10.5	15.8	10.5	18.4	15.8	28.9	34	8.8	8.8	23.5	29.4	29.4	34	8.8	5.9	11.8	32.4	11.8	29.4
S18. Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias	15.8	5.3	7.9	5.3	18.4	47.4	32	6.3	3.1	15.6	21.9	53.1	32	9.4	9.4	15.6	15.6	21.9	28.1
S19. Carecer de los medios (por ejemplo, de un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo, tiempo) para plantear en el equipo de salud los problemas éticos que suceden en el servicio	13.2	7.9	7.9	2.6	28.9	39.5	33	0.0	6.1	18.2	30.3	45.5	33	3.0	15.2	9.1	18.2	24.2	30.3

de enfermeras/os con experiencia en el área, para de esta forma conservar calidad en la atención.

En otra línea de discusión, respecto al tipo de conflictividad ética, la «indignación moral» se revela como el sentimiento mayormente experimentado por las/os enfermeras/os, en un gran número de las situaciones de cuidado planteadas en el CuCEE. Este hallazgo observado, al igual que el estudio de validación del instrumento utilizado<sup>12</sup>, se manifiesta como una novedad, ya que no hay otros instrumentos que analicen la «indignación moral», que muestren que las/os enfermeras/os de unidades críticas sienten en su actividad profesional que aquello que hacen otros no es éticamente correcto y no pueden hacer nada, lo cual refleja que en estos servicios clínicos las decisiones deben ser tomadas en equipo, que deben ser analizados cuáles son los impedimentos para realizar el cuidado y por qué las/os enfermeras/os no participan en la toma de decisiones, ya que se encuentra demostrado que a menor participación, mayor generación de conflictos y malestar laboral<sup>21,33</sup>.

En cuanto al IEce, se puede afirmar que las/os enfermeras/os están expuestas a una conflictividad ética moderada (media de 170.4, DE  $\pm$  93.2), similar a lo presentado en la validación del CuCEE en España<sup>12</sup>. Este resultado, si bien muestra que hay situaciones que no generan problemas, indica que hay profesionales y actividades con alta exposición y es donde deben ir enfocados los esfuerzos para mejorar las dinámicas de trabajo y disminuir las barreras que provocan el fenómeno. Esto se refleja al analizar el IEce para cada situación, en donde se evidencia que el escenario al que más se enfrentan los profesionales del cuidado es «Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente» y «Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo», similar a lo expresado particularmente en términos de frecuencia y grado del fenómeno estudiado, manifestándose nuevamente que es de real importancia la participación y el enfoque de cuidado que entregan las/os enfermeras/os en el abordaje de usuarios con patologías complejas.

Cabe señalar que entre las situaciones que presentan mayor IEce se encuentran los cuidados fútiles, en términos de «Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica», con una media de 12.1 (DE  $\pm$  6.2) de un total de 20 puntos, por lo que si bien no destaca individualmente con alta frecuencia o intensidad, es un fenómeno que debe ser atendido para que no produzca mayor conflictividad en las/os enfermeras/os representados en la muestra de estudio.

Finalmente, en lo referente a la asociación de las variables sociolaborales y académicas con el IEce, todas tienden al nivel moderado de exposición y, si bien no existe valor estadísticamente significativo ( $p > 0.05$ ), estos resultados están limitados por el tamaño de la muestra y la baja frecuencia en algunas variables, aunque en general reflejan que la conflictividad ética se relaciona más con las dinámicas de trabajo y participación de las/os enfermeras/os dentro del equipo que con las características personales, punto de encuentro con el estudio de validación del instrumento CuCEE en España<sup>12</sup>.

## Conclusiones

En términos de frecuencia y grado, las/os enfermeras/os participantes mostraron altos niveles en ambas subvariables (al menos una vez a la semana-muy problemático), en las que destacan situaciones que tienen relación con el sufrimiento de los pacientes y las dinámicas de trabajo por sobre otras como la futilidad, que sobresale en la literatura consultada. La «indignación moral» se revela como el tipo de conflictividad ética mayormente experimentada, por tanto, se infiere que existen barreras que impiden la acción de cuidar según los valores y poder manifestarlos al ver que otros no proceden éticamente, punto que debe ser considerado y evaluado dentro de las unidades estudiadas para proceder a generar conductas preventivas al respecto; además, sería valioso estudiar a futuro cuáles son las barreras que imposibilitan realizar la gestión del cuidado moralmente satisfactorio. Por otro lado, se demuestra que ambas unidades son servicios vulnerables a presentar el problema, y por tanto se genera una evidencia que justifica tomar acciones para establecer que las/os enfermeras/os puedan tomar decisiones éticas.

Los resultados deben ser utilizados para mejorar la implementación de los cuidados en unidades críticas, donde el trabajo en equipo junto con la toma de decisiones es fundamental para contribuir al bienestar moral de las/os enfermeras/os.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

1. López de Lizaga JL, Maliandi, Ricardo, *Ética convergente. Fenomenología de la Conflictividad*, Las cuarenta, Buenos Aires, 2010 (Reseña). *CONVIVIUM*. 2012;25:239-43.
2. Escobar J, Ovalle C. Fundamentos bioéticos para pensar el conflicto. *Rev Colomb Bioét*. 2014;9:27-34 [consultado 20 Ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2vHOIZr>
3. Contreras S. El acto de enfermería, entre prudencia y arte. Algunas reflexiones sobre la ética del cuidado. *Enferm Glob*. 2013;12:250-9 [consultado 20 Ago 2105]. Disponible en: <http://bit.ly/2fmjTCZ>
4. Carnevale F. Enfrentando la angustia moral en enfermería: reconociendo las enfermeras/os como agentes morales. *Rev Bras Enferm*. 2013;66:33-8, <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700004>.

5. Fry S, Johnston M. *Ética en la práctica de Enfermería. Una guía para la toma de decisiones éticas*. México: El Manual Moderno; 2010.
6. García V, Paredes P, Rivas E. Aproximaciones a la ética y responsabilidad profesional de enfermería. *Rev Iberoam Educ Invest Enferm*. 2012;2:48–57 [consultado 20 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2vFKG32>
7. Pallarés A. *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*. España: Universidad Rovira i Virgili; 2003 [consultado 20 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2uivlpx>
8. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993;4:542–51 [consultado 20 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2fmpJ7L>
9. Epstein E, Baile A. Moral distress, moral residue and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009;20:330–42 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2v143M>
10. Zuzelo RP. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics*. 2007;14:344–59 [consultado 16 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2vejTbH>
11. Atashzade Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Responses of ICU nurses to moral distress: A qualitative study. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;4:159–68 [consultado 24 Dic 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2vFpxk>
12. Falcó A. *Análisis de la conflictividad ética en los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos*. Universidad de Barcelona: programa de Doctorado en Ciencias Enfermeras; 2012 [consultado 20 Oct 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2fmr0C>
13. American Association Critical Care Nurses. *The 4A's to Rise Above Moral Distress*. American Association Critical Care Nurses: Ethics Work Group; 2004 [consultado 23 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2ve1zj7>
14. Padilla D, Silva S. Dilemas y toma de decisiones éticas del profesional de enfermería en unidades de cuidado intensivo. *Rev Actual Enferm*. 2007;10:20–5 [consultado 23 Ago 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/2vcjbnU>
15. Zambrano A, Guevara B, Maldonado M, et al. Humanizando el cuidado a personas críticamente enfermas. *Rev Educ Valores*. 2010;1:68–77 [consultado 16 Ago 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2vxvsNN>
16. Beumer M. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008;27:263–7, <http://dx.doi.org/10.1097/01.DCC.0000338871.77658.03>.
17. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015;22:15–31, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013502803>.
18. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 5.ª ed México: McGraw-Hill; 2010.
19. Corley M, Elswick R, Gorman M, et al. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;33:250–6 [consultado 20 May 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2fIceVr>
20. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación sea ética? Siete requisitos éticos. En: Lolas F, Quezada A, editores. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas*. Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p. 83–96.
21. O'Connell C. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2015;22:32–42, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013513216>.
22. Moreno E, Villegas J, Prieto F, et al. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Med Intensiva*. 2011;35:3–5 [consultado 10 Ene 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2uiFhzk>
23. Browning A. Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care*. 2013;22:143–52, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013437>.
24. Karagozoglou S, Yildirim G, Ozden D, et al. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2017;24:1–16, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733015593408>.
25. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, et al. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015;22:64–76, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014534874>.
26. Kleinknecht-Dolf M, Frei I, Spichiger E, et al. Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a pilot study. *Nurs Ethics*. 2015;22:77–90, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014534875>.
27. Elpern E, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2005;14:523–30 [consultado 20 Ago 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2fmfDTo>
28. Rice E, Rady M, Hamrick A, et al. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008;16:360–73, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00798.x>.
29. Wilson M, Goettemoeller D, Bevan N, et al. Moral distress: Levels, coping and preferred interventions in critical care and transitional care nurses. *J Clin Nurs*. 2013;22:415–24, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12128>.
30. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses moral distress: A content analysis. *Nurs Ethics*. 2012;19:464–78, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012437988>.
31. Hamric A, Blackhall L. *Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate*. *Crit Care Med*. 2007;35:422–9.
32. Zavotsky K. *Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing (ETDs)*. New Jersey: Seton Hall University; 2015 [consultado 20 Dic 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2vcl6B1>
33. Navarro J. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de España. *Enferm. Glob*. 2012;11:267–89, <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200018>.