



Angustia moral en enfermería: los retos de formar en autocuidado

Moral distress in nursing: the challenges of training in self-care

Claudia Patricia Roa Mendoza^{1,a}, Catalina López Gómez^{2,b}

Resumen

La angustia moral ha sido descrita como una situación prevalente entre profesionales de enfermería, la cual se manifiesta en expresiones conductuales, cognitivas y emocionales que afectan tanto el bienestar subjetivo, como los procesos de atención a pacientes y el mismo ambiente organizacional. **Objetivo:** explorar los desafíos asociados con la formación en autocuidado y su conexión con la angustia moral. **Metodología:** enfoque cualitativo, aproximación fenomenológica, alcance descriptivo. Se seleccionó una muestra de 45 participantes de 475 profesionales de enfermería con experiencia en el área asistencial que participaron en la validación de la escala de angustia moral en el contexto colombiano. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas. Para el análisis de datos se realizó un proceso categorial de cuatro unidades de análisis asociadas a la angustia moral: a. experiencias profesionales; b. expresión cognitiva, conductual y emocional; c. factores relacionados con su manejo; y, d. procesos formativos y estrategias asociadas al autocuidado. **Resultados:** los participantes reportan altos niveles de angustia moral y revelaron que la formación en enfermería aún no incorpora estrategias específicas para preparar a los estudiantes en la prevención y manejo de procesos de gestión emocional, abordaje de dilemas éticos, ni promoción de su autocuidado destacando la necesidad de estrategias pedagógicas más efectivas. **Conclusión:** se evidencia una marcada necesidad de apoyo social y acompañamiento clínico, educativo e institucional con el fin de abordar la angustia moral experimentada y diseñar procesos orientados a su prevención desde estrategias de formación en enfermería que incluyan tanto el autocuidado como el componente ético.

Palabras claves: angustia moral, autocuidado, capacitación, enfermería.

Abstract

Moral distress has been described as a prevalent situation among nursing professionals, manifesting in behavioral, cognitive, and emotional expressions that impact both subjective well-being, patient care processes, and the organizational environment. **Objective:** To explore the challenges associated with self-care training and its connection to moral distress. **Methodology:** qualitative approach, phenomenological method, descriptive scope. A sample of 45 participants was selected from a population of 475 nursing professionals with experience in the care area who participated in the validation of the Moral Distress Scale in the Colombian context. Data collection was carried out through semi-structured interviews. For data analysis, a categorical process was applied across four units associated with moral distress: a. professional experiences; b. cognitive, behavioral, and emotional expression; c. factors related to its management; and d. training processes and strategies related to self-care. **Results:** Participants report high levels of moral distress and revealed that nursing education still does not incorporate specific strategies to prepare students for the prevention and management of emotional regulation processes, ethical dilemma resolution, or self-care promotion, highlighting the need for more effective pedagogical strategies. **Conclusion:** There is a marked need for social support and clinical, educational, and institutional guidance to address experienced moral distress and design processes aimed at its prevention through nursing training strategies that encompass both self-care and ethical components.

Keywords: moral distress, self-care, training, nursing.

Recibido el

24 de abril de 2024

Aceptado

20 de febrero de 2025

¹Universidad de La Salle, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-7234-4748>

²<https://orcid.org/0000-0002-9004-8408>

clopez@unisalle.edu.co

*Correspondencia:

Claudia Patricia Roa Mendoza

Correo electrónico:

claroa@unisalle.edu.co

DOI:

<https://doi.org/10.47993/gmb.v48i1.867>

La angustia moral se ha convertido en una experiencia cada vez más reconocida en los profesionales de la salud, especialmente en enfermería, donde el trabajo diario implica enfrentar dilemas éticos complejos y exigencias emocionales profundas. Este fenómeno no solo afecta la salud mental de los profesionales, sino que también repercute en la calidad de la atención brindada y en el entorno organizacional en su conjunto. En este contexto, comprender y abordar la angustia moral es fundamental para el desarrollo de estrategias formativas que incluyan el autocuidado y la gestión ética, contribuyendo así a la resiliencia y bienestar de los enfermeros(as). Este estudio explora los retos específicos en la formación para el autocuidado en enfermería y cómo dicha formación podría mitigar los efectos de la angustia moral, orientando el diseño de programas educativos más integrales y efectivos.

La angustia moral es definida 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 limitaciones reales o percibidas, participa en una vulneración moral

percibida¹, se conceptualiza como la experiencia perturbadora que surge de una situación donde los valores profesionales entran en conflicto en un modo tal que, el bienestar psicológico se ve afectado²⁻⁵.

Esta angustia moral ha sido ampliamente documentada en profesionales de enfermería, vinculándose a síntomas psicósomáticos, agotamiento e ideación suicida⁶⁻⁸. Se considera que su presentación se asocia a tres tipos de factores de manera general: de orden organizacional, situaciones clínicas complejas y relaciones interpersonales⁹.

La evidencia señala que está creciendo significativamente su presentación, llegando a uno de sus puntos más altos durante la pandemia de COVID-19, con “tasas de prevalencia >50% de depresión y >70% angustia con mayor reporte... de enfermeras mujeres [China], en un estudio de Nueva York se reportan... 57% para reacciones de estrés agudo, 48% para síntomas depresivos y 33% para síntomas de ansiedad especialmente en personal de enfermería y personal especialista”¹⁰. En el contexto latinoamericano en el 2020 se realizó un estudio en 11 países de la región con 14,502 trabajadores en salud, encontrando que en promedio el 20% de los participantes manifestaban síntomas asociados a depresión y entre un 5 y 15% informaron tener ideación suicida, lo anterior ligado a su contexto laboral y los procesos de toma de decisiones asociados¹¹. Esto se asocia a menudo con déficit en formación sobre herramientas para la deliberación de dilemas éticos y estrategias efectivas de autocuidado¹².

En América Latina, la angustia moral ha sido objeto de estudio en diversas áreas, particularmente en la educación médica y el trabajo del personal sanitario. Se ha identificado que este fenómeno tiene implicaciones significativas para la salud mental de los profesionales, afectando su bienestar y la calidad de la atención que proporcionan¹³.

Respecto a su manifestación se presentan variaciones significativas entre diferentes países, influenciadas por factores sociales, económicos y culturales, las que se enuncian a continuación se asocian a estudios de salud mental ya que específicamente sobre angustia moral, existen pocas investigaciones en el contexto latinoamericano. Por ejemplo, En Colombia, se reportó que aproximadamente el 70% de la población muestra síntomas de ansiedad, en Perú, el 10% de los participantes en un estudio reportaron indicadores de ansiedad, con una mayor incidencia en mujeres y jóvenes¹⁴.

Si bien la educación en ética ha sido incorporada en los currículos de enfermería, su orientación sigue siendo predominantemente teórica¹⁵. Escasean diseños pedagógicos que de forma vivencial preparen para el manejo emocional, relacional y valórico involucrado en la toma de decisiones en la práctica clínica. Esta limitación formativa acrecienta la vulnerabilidad de profesionales a la angustia moral^{16,17}.

La creciente prevalencia de alteraciones en salud mental y de la angustia moral entre los profesionales de enfermería, evidenciada en manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales que afectan tanto su bienestar subjetivo como la calidad de atención al paciente, plantea un desafío crítico para el ámbito formativo en esta disciplina, el cual es abordado en la investigación. A pesar de los esfuerzos por integrar la ética en los programas de formación, persisten vacíos en la preparación práctica para afrontar situaciones complejas en el entorno asistencial, lo cual expone a los profesionales a conflictos éticos sin herramientas adecuadas para gestionar sus efectos. Este déficit formativo en la gestión de dilemas éticos y en el autocuidado refuerza la vulnerabilidad emocional de los profesionales y subraya la necesidad de desarrollar estrategias pedagógicas que promuevan no solo el conocimiento teórico, sino también habilidades de autocuidado y competencias éticas aplicadas, elementos esenciales para mitigar la angustia moral y mejorar la resiliencia en el ejercicio de su labor.

La formación ética profesional emerge como un pilar fundamental en la mitigación de la angustia moral. Sin embargo, a pesar de los avances en la comprensión teórica de la ética en la práctica de enfermería, persisten lagunas en la preparación de los profesionales para enfrentar dilemas éticos de manera efectiva. De allí que se plantee como objetivo de la investigación: Explorar los desafíos asociados con la formación en autocuidado y su conexión con la angustia moral

Material y métodos

El diseño de la investigación fue de tipo fenomenológico-interpretativo, de enfoque cualitativo y alcance descriptivo. Este abordaje permite comprender en profundidad las vivencias subjetivas de un fenómeno desde las voces de los participantes. La muestra fue intencionada, constituida por 40 mujeres y cinco hombres de 475 profesionales de enfermería con experiencia en el área asistencial que participaron en la validación de la escala de angustia moral en el contexto colombiano y que fue realizada entre el 2021 y el 2024. Las características generales de los participantes se describen en la tabla 1.

La técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada, la cual posibilita obtener descripciones detalladas de las experiencias de los participantes. Adicionalmente, se emplearon relatos escritos sobre vivencias representativas asociadas a cuatro unidades de análisis, a saber: a. experiencias profesionales asociadas a angustia moral; b. expresión cognitiva, conductual y emocional de la angustia moral; c. factores asociados al manejo de la angustia moral; y, d. procesos formativos y estrategias asociadas al autocuidado.

En cuanto al análisis, las entrevistas y relatos fueron transcritos y se identificaron unidades de significado a través del proceso de las tres T: Traducir, Traslapar, Teorizar¹⁸. Posteriormente, las unidades se articularon en categorías conceptuales mayores. Finalmente, se establecieron lecturas intercategoriales e intrasujeto para comprender de manera relacional los hallazgos y erigir esquemas interpretativos sobre esta problemática en la formación y experiencia inicial de los profesionales de enfermería.

Tabla 1. Características participantes

Datos	Sexo			Rango de edad			Lugar residencia			
Demográficos	40	5	25	20	31	14				
	mujeres	hombres	25 a 30	31 a 40	Capitales	Municipios				
Educativos	Año graduación				Nivel de formación					
	16	29	2	30	13					
	2011 a 2015	2016 a 2020	Pregrado	Pregrado + Cursos	Posgrado + Cursos					
Laborales	Tipo institución		Nivel de atención - complejidad				Jornada Laboral			
	9	34	2	4	35	6	12	4	10	19
	Pública	Privada	Mixta	Baja	Mediana	Alta	AM	Tarde	PM	Rotativo
	Tipo de contrato				Horas de trabajo semanal					
	4	20	11	5	30	7	3			
	Indefinido	Fijo	Prestación de servicios	Menos de 40	40 a 48	49 a 60	Más de 60			
	Vínculos laborales activos			Servicio en el que presta mayoritariamente su labor						
	8	35	2	2	2	10	20	5	6	
	1	2 a 3	Más de 3	Unida d básica	Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	UCI	Ambulatorio	

Resultados

A continuación, se presentan los resultados en cada una de las unidades de análisis planteadas, se incluyen algunas de las verbalizaciones de los participantes codificadas con la letra E de 1 a 45.

a. Experiencias profesionales asociadas a angustia moral

Las experiencias profesionales vinculadas a la angustia moral entre los profesionales de enfermería se manifiestan como episodios críticos, siendo recurrente la sensación de restricción ante la escasez de recursos, generando un dilema entre el conocimiento ético y las limitaciones operativas, “Cuando voy y pido algo para el servicio, para el paciente, y me dicen no hay, o será que si se necesita, o mejor, usted si pide, nos va a quebrar, me siento atrapada entre lo que sé que es correcto y lo que puedo hacer” (E23).

Además, se percibe una angustia significativa derivada de la falta de respaldo del equipo en circunstancias éticamente complejas, impactando no solo la toma de decisiones, sino también la confianza profesional, “Nosotros aquí estamos solos, si algo sale bien, es trabajo del médico o del gestor del servicio, pero si algo sale mal, eso son los enfermeros, yo por lo menos me siento solo, no sé a quién acudir sin ser señalado o de flojo, o de novato” (E36).

Asimismo, se evidencian conflictos entre los valores personales y las decisiones administrativas, suscitando una angustia moral substancial, “yo me pongo a pensar, ¿para esto me forme?, ¿esto fue lo que me enseñaron en la casa?, toda la lora que me dieron en la universidad, ¿para hacer esto?, y miro a los demás como tan frescos [tranquilos], que pienso el problema es mío, y eso me retumba todo el tiempo, creo que por eso duermo tan mal” (E12).

Puede afirmarse que, respecto a las experiencias profesionales asociadas a angustia moral, los participantes describieron eventos estresantes como la imposibilidad de brindar un tratamiento por restricciones institucionales (E1, E5, E12); ser testigos de negligencias de colegas sin poder reportarlas (E7, E23, E30); dar malas noticias a pacientes sin el entrenamiento adecuado (E3, E15, E21); entre otros incidentes que les generaron frustración e impotencia.

b. Expresión cognitiva, conductual y emocional de la angustia moral

Las dimensiones cognitiva, conductual y emocional de la angustia moral se manifiestan en formas diversas y complejas.

Cognitivamente, los profesionales experimentan una constante revisión de la coherencia ética de sus decisiones “yo todo el tiempo me estoy cuestionando, me digo ¿qué estoy haciendo!, ¿cómo es posible esta vaina!, pero miro para los lados y todos igual, pienso y pienso qué hacer y lo único que saco es una migraña” (E7), asociado a la tensión entre reconocer los recursos que se requieren para una atención de calidad y valorar críticamente con lo que se cuenta, “Me sentía en shock, no podía creer que no

había más camas en UCI” (E5).

Conductualmente, se observa una evitación de situaciones propensas a dilemas éticos para minimizar el malestar, “yo ya tengo una super técnica, hacerme la boba, si me piden A hago A, si me dicen que eso es rojo, aunque yo sé que es azul, digo es rojo, suena fácil, pero es frustrante tener un título que solo me sirva para decir ¡Si señor!” (E18).

Emocionalmente, la angustia se traduce en sentimientos persistentes de frustración y tristeza que trascienden el entorno laboral, “mire con decirle solo una cosa de esta semana, llegue a mi casa, con un nudo en la garganta, quizás de todo lo que no puedo decir aquí en el servicio, y mi perro ladró para que lo sacará y me puse a llorar, pensé hasta el perro me da órdenes, imagínese el nivel de sensibilidad en el que estoy” (E31); “Lloraba cada noche luego de salir del hospital” (E12). Sumado a esto se identificaron conductas de evitación, aislamiento de colegas e irritabilidad, “No quería volver a mi próximo turno por la angustia de revivir eso” (E24).

c. Factores asociados al manejo de la angustia moral

Los factores que más surgen en el discurso de los participantes están asociados a los procesos de comunicación, las dinámicas institucionales y la valoración del aporte que la enfermería hace en la calidad de vida de los pacientes.

Se reconoce que la comunicación abierta y la supervisión adecuada son factores cruciales para abordar efectivamente la angustia moral, “tener con quien contar alivia mucho, por ejemplo, cuando tenemos al jefe X en el servicio, el tramita todo, con las de trabajo social si falta algo lo consigue, entonces uno sabe que los turnos con él se pueden hacer bien” (E9); en general se enfatiza mucho en que se facilitan los procesos y procedimientos cuando se cuenta con una buena actitud por parte de los superiores y se asume el trabajo en equipo. (E1, E9, E17; E42)

La falta de apoyo institucional fue determinante: “Sentí que debía enfrentar esto sola, no había protocolos ni a quién acudir” (E17). Otros factores relevantes fueron el autocuidado previo y la contención familiar: “Meditar me ayudaba a calmar mi mente luego de un evento así” (E38); “Hablar con mi madre era mi válvula de escape” (E43).

Por otro lado, la carencia de políticas institucionales claras o la ambivalencia en la aplicación de las mismas, emerge como un factor contribuyente a la incertidumbre, complicando el manejo adecuado de la angustia, “si desde el principio, cuando a uno lo contratan le dicen, estas son las restricciones, esto no se puede hacer, uno decide si se vincula o no, pero si te dicen haz el trabajo de la mejor manera pero no te brindan los recursos, ni el apoyo, pues uno queda como sin saber qué hacer” (E27).

En cuanto a uno de los factores que los profesionales consideran más favorece la gestión emocional esta la percepción de tener un impacto positivo en la vida del paciente, esto emerge como un contrapeso significativo para mitigar la angustia moral, “saber que ayude, que hice que esa persona, esa familia saliera mejor, porque le brinde información, porque ejercí éticamente mi profesión, eso es maravilloso, cuando dicen jefe gracias, jefe usted me ayuda, entonces yo digo, cumplí, todo esto valió la pena” (E42).

d. Procesos formativos y estrategias asociadas al autocuidado:

En el ámbito de la formación y el autocuidado, la voz de los profesionales destaca la necesidad de enfoques específicos. La inclusión de simulaciones éticas en la formación es propuesta como una estrategia esencial para preparar a los profesionales de enfermería ante situaciones éticamente complejas, “clase de ética tuvimos en la universidad, pero una cosa es leer los principios en un libro y otra vivirlos, ojalá esa materia fuera más práctica” (E14); “por mucha clase de ética, nada lo prepara a uno para dar respuesta a lo que pasa aquí todos los días, esas clases deberían ser en campo, con eso así uno entiende más porque a veces el gremio tiene fama de inhumano, y es que no todo está en nuestras manos” (E22)

La promoción activa del autocuidado, integrada como eje central en la formación continua, surge como imperativa para fortalecer la resiliencia emocional ante desafíos éticos recurrentes “¿Cómo puedo cuidar bien a otros si ni siquiera tengo tiempo y espacio para cuidar de mí misma dentro de este sistema de salud?” (E11), “... el discurso que se tiene en las facultades es que la enfermería se especializa en el cuidado del otro, nosotras somos quienes recibimos todo, más lo malo de los servicios en salud que lo bueno, de allí que sea necesario que nos formen en el cuidado de nosotras mismas, en el establecer una línea de cuidado, en saber canalizar nuestros sentimientos frente a todo lo que acontece” (E7).

Asimismo, se aboga por la implementación de espacios de reflexión y apoyo entre colegas como estrategia valiosa para gestionar la angustia moral de manera colectiva “sería buenísimo tener un par, para uno poder hablar, ser escuchado, sin ser juzgado” (E38), “...lo otro es poder desde la Universidad aprender a pedir ayuda, a reconocer los límites, a saber, hasta dónde puedo y cómo elaboro lo que no está a mi alcance” (E25).

Sobre los procesos formativos, la mayoría de las participantes expresó no haber recibido preparación suficiente sobre manejo de dilemas éticos (E6, E28, E39) o estrategias de autocuidado (E2, E19, E33), “Tuve que aprender sobre autocuidado cuando ya estaba agobiada” (E11).

En síntesis, se revelan profundas vivencias de angustia moral ante eventos críticos en los profesionales de enfermería, ligados de forma particular a tres grandes condiciones, la primera de ellas, relacionada con las circunstancias del sistema de salud y las dinámicas institucionales que se considera, muchas veces no se alinean con el beneficio del paciente. La segunda vinculada a vacíos formativos respecto a procesos de gestión emocional, prácticas de autocuidado y establecimiento de límites funcionales

para asumir una postura de promoción y prevención en el campo de la salud mental, y de manejo de situaciones asociadas a dilemas éticos y manejo del estrés. Por último, la necesidad de reconocer y pedir ayuda para evitar que la insatisfacción y angustia se acumule al punto de un desborde emocional.

Al sumar lo anterior se encuentra en las voces de los profesionales participantes un llamado hacia una formación integral que contemple las competencias emocionales y éticas necesarias en la práctica de enfermería, y una articulación intersectorial entre salud y educación.

Discusión

Respecto a las situaciones generadoras de angustia moral, los hallazgos concuerdan con lo planteado por Bedoya¹⁹, Macaya & Aranda²⁰, Cardoso & Freire²¹ sobre los detonantes de este fenómeno en enfermería, como la falta de recursos, errores en los tratamientos, dilemas éticos, y la tensión entre valores personales y dinámicas institucionales. Asimismo, la impotencia, frustración e incertidumbre descrita reafirma lo planteado por Corley, Minick, Elswick, & Jacobs² sobre la angustia moral como experiencia perturbadora ante un evento estresante, donde los propios valores profesionales se ven comprometidos al no poder cambiar o aportar a las condiciones del paciente.

La identificación de las experiencias profesionales que generan angustia moral entre los profesionales de enfermería resuena con las teorías existentes sobre la ética en la atención médica²², haciendo evidente el conflicto ético arraigado en la distribución justa de recursos, la calidad como horizonte de sentido en la atención alineándose con lo propuesto por Beauchamp & Childress²³, con sus principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia, los cuales son una serie de orientaciones morales en la toma de decisiones en situaciones médicas concretas que impliquen dilemas éticos.

La percepción de falta de respaldo del equipo revela la importancia de la ética organizacional, donde la falta de apoyo puede erosionar la integridad moral individual, concordando con lo remarcado por Jameton²⁴, sobre la angustia moral en contextos de equipo.

La manifestación de la angustia moral en sus dimensiones cognitiva, conductual y emocional subraya la complejidad del fenómeno, corroborando lo planteado en la literatura existente, que la conceptualiza como un conflicto interior que puede resultar en evitación conductual y afectar el bienestar emocional. La constante revisión cognitiva refleja la lucha por la coherencia ética, resonando con lo argumentado por Rest²⁵, sobre la importancia de mantener la congruencia moral al contemplar cuatro componentes: interpretación de la situación, cálculo de lo que se debería hacer, evaluación de los diferentes cursos de acción y la ejecución de un plan de acción.

Estas expresiones reflejan las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que conllevan al síndrome de burnout producto de la angustia moral, según lo descrito por Corley, Minick, Elswick, & Jacobs².

Las verbalizaciones dan cuenta de pensamientos y emociones intrusivos, comportamientos de evitación, así como sensación de fracaso profesional frente a la imposibilidad de resolver dilemas éticos en el ejercicio, impactando su salud mental, en concordancia con Whitehead, et al.⁵ y Lotfi-Bejestani, et al.⁶.

Sobre los factores asociados al manejo de la angustia moral, estos hallazgos relevan el rol primordial del apoyo institucional, social y de prácticas de autocuidado previas para mitigar estos efectos, reforzando los planteamientos de Whitehead, et al.⁵, en torno a que la falta de recursos organizacionales exacerba la angustia moral crónica o recurrente en el personal de enfermería.

Estos factores también encuentran respaldo en la necesidad del apoyo social y acompañamiento, con el fin de prevenir la presentación del residuo moral, definido como lo que se produce “cuando las personas sienten que han dejado que algo afecte gravemente a sus valores esenciales”²⁶.

La comunicación abierta y la supervisión adecuada, destacadas por los participantes, refuerzan la importancia de las relaciones interpersonales y la orientación ética en el entorno laboral. La falta de políticas claras destaca la relevancia de las estructuras institucionales como factor de riesgo o protección en el desarrollo de angustia moral.

En el ámbito formativo y de autocuidado, la discusión se enriquece al contrastar lo planteado por los participantes cuando indican de manera reiterativa la necesidad de desarrollar estrategias desde su proceso pregradual que unan los componentes éticos en contextos prácticos y de autocuidado, asunto que han puesto en relevancia diversos autores^{14,27}.

La inclusión de simulaciones éticas refleja la influencia de lo propuesto por Benner²⁸, que aboga por la experiencia práctica en la formación profesional. La promoción del autocuidado pone de relieve la discusión sobre la importancia de la atención a uno mismo en la práctica de enfermería y de otras áreas de las ciencias de la salud. La propuesta de espacios de reflexión y apoyo coincide con la necesidad de generar intervenciones grupales e individuales para gestionar la angustia moral.

Finalmente, en materia formativa, se ratifica lo expuesto por Deschenes & van Kessel¹⁴, respecto a las limitadas estrategias pedagógicas existentes en las escuelas de enfermería para encarar los desafíos éticos y el consiguiente malestar moral implicados en el cuidado clínico, demandando modelos que integren lo reflexivo, vivencial y dialógico en pro de un adecuado desarrollo del carácter moral y resiliencia en los futuros profesionales.

En conclusión, puede afirmarse que la angustia moral se erige como un desafío urgente de encarar en el campo de la ética del cuidado y la salud mental de las y los profesionales de enfermería, y por extensión a sus colegas en salud y ciencias sociales que abordan a sujetos con dificultades físicas y psicológicas.

Como fenómeno creciente, sus implicaciones están aún por dimensionarse cabalmente en la región latinoamericana y el país. Se requieren más y mejores investigaciones de corte cualitativo que sigan develando sus determinantes, impactos y modulaciones en nuestros contextos particulares. Ello sentará bases para el diseño de intervenciones situadas y orientadas a la protección de quienes inician una vocación de servicio tan necesaria y a la vez tan exigente como lo es el cuidado de la vida y el sufrimiento humano.

Urge así repensar los modelos pedagógicos en enfermería para la formación de un nuevo tipo de profesional, más consciente de sus propios procesos internos, empático con la vulnerabilidad humana, y habilitado para lidiar constructivamente con la complejidad moral implicada en su trabajo. Hoy las universidades están llamadas a formar sujetos éticos, capaces de preservarse y reconstruirse frente a los embates que esta labor supone. Esto demandará innovaciones curriculares y, la generación de espacios protectores de cuidado mutuo y reflexión dialógica que permitan ensayar y madurar este delicado ejercicio de esperanza y resiliencia.

Se trata, en definitiva, de concebir la excelencia profesional articulando de modo fluido las competencias clínicas y tecnológicas con las humanas, sociopolíticas y existenciales que se ponen en juego a la hora de aliviar el sufrimiento y acompañar los tránsitos de la vida. Si no dignificamos todas las dimensiones de este noble ejercicio de cuidado, seguiremos expuestos como sociedad a sus sombras más dolorosas.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño muestral, por lo que se requieren estudios más amplios para ratificar estos hallazgos con representatividad nacional, conservando el enfoque cualitativo.

No obstante, se buscó cumplir con los criterios de rigor metodológico asociados a: la autenticidad de los resultados a partir de la triangulación realizada y el evidenciar el fenómeno tal y como es percibido por los sujetos participantes; en segundo lugar la reflexividad presente en todo el proceso de la investigación, y por último la adecuación teórico epistemológica.

Los resultados a partir de las voces de los participantes, aportan conocimientos relevantes para el campo de la salud y educativo, al revelar la necesidad de modelos formativos que aborden las competencias éticas, socioemocionales y de autocuidado vinculadas al manejo de dilemas morales y el consiguiente malestar psicológico.

Considerando los hallazgos y limitaciones del presente estudio, se recomienda que investigaciones futuras en este campo amplíen la muestra al contexto latinoamericano para corroborar la prevalencia y manifestaciones de la angustia moral en diferentes sistemas de salud. Además, sería valioso incluir enfoques cuantitativos o métodos mixtos que permitan medir la incidencia de la angustia moral y su correlación con variables como el tiempo de experiencia profesional, la carga laboral y el apoyo organizacional percibido. Estas investigaciones también podrían centrarse en evaluar la efectividad de intervenciones específicas en el currículo, tales como simulaciones de dilemas éticos y talleres de autocuidado. A la luz de trabajos previos estas estrategias podrían fortalecer la resiliencia y la salud mental de los profesionales de enfermería en sus primeros años de práctica.

Conflictos de interés: Todos los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

Declaración sobre uso de Inteligencia artificial

Los autores declaramos no haber utilizado inteligencia artificial para la elaboración de este artículo científico. Asimismo, los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- Awosoga O, Pijl EM, Hagen B, Hall B, Sajobi T, Spenceley S. Development and validation of the Moral Distress in Dementia Care Survey instrument. *J Adv Nurs* [Internet]. 2018;74(11):2685-700. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.13803> [consultado el 8 de febrero de 2024]
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nurs Ethics* [Internet]. 2005;12(4):381-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1191/0969733005ne809oa> [consultado el 6 de febrero de 2024]
- Ferrell BR. Understanding the Moral Distress of Nurses Witnessing Medically Futile Care. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2006;33(5):922-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1188/06.onf.922-930> [consultado el 8 de febrero de 2024]
- Harrowing JN, Mill J. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: A critical ethnography. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010;47(6):723-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.010> [consultado el 6 de febrero de 2024]
- Whitehead PB, Haisch CE, Hankey MS, Mutcherson RB, Dewitt SA, Stewart CA, Stewart JD, Bath JL, Boone SM, Jileeva I, Faulks ER, Musick DW. Studying moral distress (MD) and moral injury (MI) among inpatient and outpatient healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00912174231205660> [consultado el 29 de febrero de 2024]
- Habibzadeh SM, Masouleh SR, Mitra Chehrzad M, Kazemnejad Leili E. Moral Distress and Related Factors in Nurses Working in Intensive Care Units. *J Holist Nurs Midwifery* [Internet]. 2020;166-73. Disponible en: <https://doi.org/10.32598/jhnm.30.3.1092> [consultado el 1 de febrero de 2024]
- Wocial LD, Lynch JJ, Hannan A. Unmasking grief: Reflections on the complicated relationship between moral distress and grief. *Semin Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2023. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.siny.2023.101445>

8. Rezaei Z, Nematollahi M, Asadi N. The relationship between moral distress, ethical climate, and attitudes towards care of a dying neonate among NICU nurses. *BMC Nurs* [Internet]. 2023;22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01459-7> [consultado el 12 de febrero de 2024]
9. Vargas Celis I, Concha Méndez CA. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan* [Internet]. 27 de febrero de 2019 [consultado el 5 de febrero de 2024];19(1):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.3>
10. Hernández-Lira S, Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández KL, Perea-Martínez A, Reyes-Hernández MU, López-Cruz G, Quero-Hernández A, Ríos-Gallardo PT, Santiago-Lagunes LM, Yalaupari-Mejía JP, Arellano-Galindo J, Chuck-Sepúlveda JA, Cuevas-López LL. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud. *Salud Jalisco* [Internet]. 2023 [consultado el 10 de marzo de 2024];10(2):91-7. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/112487>
11. Organización Panamericana de la Salud. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES). [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022. Informe Regional de las Américas. OPS/NMH/MH/COVID-19/22-0001. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563> [consultado el 13 de febrero de 2024]
12. Kaldjian LC. Moral Distress, Conscientious Practice, and the Endurance of Ethics in Health Care through Times of Crisis and Calm. *J Med Philos* [Internet]. 2024;49(1):11-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhad041> [consultado el 1 de abril de 2024]
13. Jofré P, Vergara R, Irrarázaval L. Fenomenología de la angustia moral: implicancias para la humanización de la educación y la práctica médica. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2023;151(7):934-940. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872023000700934&lng=es [citado 2024 Nov

01]

14. Álvarez-Bermúdez J, Meza-Peña C. Ansiedad y adaptación a la pandemia en México: Un estudio transversal. *Interacciones*. [Internet]. 2022;8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24016/2022.v8.242> [consultado el 19 de febrero de 2024]
15. Numminen O, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Development and validation of Nurses' Moral Courage Scale. *Nurs Ethics* [Internet]. 2018;26:2438-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733018791325> [consultado el 3 de febrero de 2024]
16. Deschenes S, van Kessel C. Moral Distress and Nursing Education: Curricular and Pedagogical Strategies for a Complex Phenomenon. *Health Care Anal* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10728-023-00468-6> [consultado el 13 de marzo de 2024]
17. Deschenes S, Kunyk D. Situating moral distress within relational ethics. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019;27(3):767-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733019884621> [consultado el 13 de marzo de 2024]
18. Roa-Mendoza C. Miradas y voces de la investigación educativa V. Innovación educativa con miras a la justicia social: Aportes desde la investigación educativa. Currículum, saberes y prácticas [Internet]. 5a ed. Argentina: Editorial Comunic-Arte; 2022. C.U.R.R.I.C.U.L.O: propuesta de lineamientos para el ajuste curricular. 2022:34-59. Disponible en: http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/3114/1/L_Ferreira_Guzman_V.pdf [consultado el 23 de noviembre de 2023]
19. Bedoya Jojoa CM. Covid-19: La pandemia del maltrato contra el personal de la salud en tiempos de pandemia. *Interdiscip J Epidemiology Public Health* [Internet]. 2020;3(1):e-6276. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.6276> [consultado el 25 de enero de 2024]
20. Macaya B P, Aranda G F. Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Rev Chil Anest* [Internet]. 2020;49(3):356-62. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanstv49n03.014> [consultado el 3 de febrero de 2024]

21. Cardoso da Costa BR, Freire Pinto IC. Stress, Burnout and Coping in Health Professionals: A Literature Review. *J Psychol Brain Stud* [Internet]. 2017;1(4):1-8. Disponible en: <https://www.imedpub.com/articles/stress-burnout-and-coping-in-healthprofessionals-a-literature-review.php?aid=18812> [consultado el 10 de enero de 2024]
22. Patiño R. La ética en la atención médica. *Pers Bioet* [Internet]. 2009;(17):6-11. Disponible en: <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/21953> [consultado el 23 de noviembre de 2023]
23. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. [New York]: Oxford University Press. 2019:512. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31647760/>
24. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA J Ethics*. 2017;19(6):617-628. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28644792/>
25. Rest J. Morality, moral behavior and moral development. Toronto: Wiley-Interscience publication; 1984. The major components of morality. 1995:385-400. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/313099978_The_four_components_of_acting_morally_Moral_behavior_and_moral_development_An_introduction
26. Karakachian A, Colbert A. Angustia moral: un caso práctico. *Nurs (Ed Espanola)* [Internet]. 2018;35(3):7-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2018.05.002> [consultado el 5 de marzo de 2024]
27. Sasso L, Bagnasco A, Bianchi M, Bressan V, Carnevale F. Moral distress in undergraduate nursing students. *Nurs Ethics* [Internet]. 2016;23(5):523-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0969733015574926> [consultado el 25 de junio de 2024]
28. Benner P. The Wisdom of Our Practice. *Am J Nurs*. 2000;100(10):99-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11059330/>