

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MAGNITUD DEL DISTRÉS MORAL EN MÉDICOS Y ENFERMEROS

INTENSIVISTAS VENEZOLANOS

www.bdigital.ula.ve

Autor:

Pedro José Quijada Martínez

Tutores:

Dra. Elia Figueira

Lic. Guillermo Terán Ángel

C.C.Reconocimiento

MAGNITUD DEL DISTRÉS MORAL EN MÉDICOS Y ENFERMEROS INTENSIVISTAS
VENEZOLANOS

www.bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL
MEDICO CIRUJANO Y ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
PEDRO JOSÉ QUIJADA MARTÍNEZ CI: 17.957.546, ANTE EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES,
COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA
EN TERAPIA INTENSIVA Y MEDICINA CRITICA MENCIÓN ADULTOS

Autor.

Pedro José Quijada Martínez.

Médico Cirujano, especialista en Medicina Interna. Residente de segundo año del postgrado de Terapia Intensiva y Medicina Crítica Mención Adultos de la Universidad de Los Andes. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

Tutores.

Elia Figueira.

Médico Cirujano, especialista en Psiquiatría. Especialista Adjunto al servicio de Terapia Intensiva y Medicina Crítica Mención Adultos del instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Profesor invitado del postgrado de Terapia Intensiva y Medicina Crítica de la Universidad de Los Andes.

Guillermo Terán Ángel

Licenciado en Biología, MSc en Inmunología, Profesor asistente de la cátedra de Inmunología clínica de la Universidad de Los Andes. Adjunto del Instituto de Inmunología Clínica (IDIC-ULA).

www.bdigital.ula.ve

Dedicado a:

Mi amada familia; mis padres: Cristina Martínez y Pedro Quijada, mi hermana: Gabriela Rosa Quijada, mis abuelitas o mis segundas madres: Eduarda Aguilera y Rosa Aguilera.

III

C.C.Reconocimiento

AGRADECIMIENTOS

A DIOS todo poderoso que permite en su infinita bondad que culmine esta etapa en mi vida y formación profesional.

A mis padres, mi hermana y mis abuelas quienes me apoyan y brindan su amor incondicional para darme ánimos de continuar los proyectos que me propongo, sin ustedes nada de esto sería posible.

A los tutores de la investigación, Dra. Elia Figueira y Lic. Guillermo Terán Ángel ejemplos de excelencia y dedicación, sin su valioso aporte éste sueño no sería posible.

A la Ilustre Universidad de Los Andes, que ha brindado sus espacios para mi formación como médico en pregrado y postgrado.

A la unidad de Terapia Intensiva y Medicina Crítica cuyos adjuntos me han guiado en el aprendizaje de los cuidados al paciente críticamente enfermo.

Al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del HULA por brindarme su amistad y cariño durante tantas guardias y eventos vividos, ejemplos de humanidad, ética y calidad profesional.

A mis compañeros de postgrado con los que he compartido tantas vivencias durante éstos dos años de formación.

A los pacientes quienes me inspiran a continuar aprendiendo, estudiando e intentando comprender la fisiopatología de los fenómenos clínicos observados.

Pedro J. Quijada M.

INDICE DE CONTENIDO

Resumen	1
Summary	2
Introducción	3
• Justificación	5
• Antecedentes	6
• Marco Teórico	10
• Objetivos	20
Marco Metodológico	21
• Diseño de la investigación	21
• Materiales y Métodos	21
• Análisis estadístico	24
Resultados	23
Discusión	47
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Limitaciones	57
Bibliografía	58
Anexos	63

www.bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas o raíces del Distrés Moral.....	14
Tabla 2. Características demográficas de los Médicos y Enfermeros Intensivistas Venezolanos....	25
Tabla 3. Evaluación de las características demográficas y puntaje en la escala de Distrés Moral (MMD-HP).....	28
Tabla 4. Medición de la Intención de abandonar un puesto de trabajo o si ya ha dejado un puesto de trabajo en el pasado y puntaje de la escala de Distrés Moral.....	33
Tabla 5. Evaluación de la pregunta, ¿Está considerando dejar su cargo actual debido a Distrés Moral? Y puntaje en la escala MMD-HP.....	34
Tabla 6. ¿Ha sentido el deseo de no asistir al trabajo debido al Distrés Moral? Y puntaje total en la escala MMD-HP.....	36
Tabla 7. Análisis de regresión logística binaria para los factores de riesgo de la intención de abandono laboral.....	38
Tabla 8. ¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral? Y tiempo de ejercicio en Terapia Intensiva discriminado por profesión.....	39
Tabla 9. ¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral? Y tiempo de ejercicio en Terapia Intensiva discriminado por profesión.....	40
Tabla 10. ¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral? Discriminado por cargo y profesión.....	41
Tabla 11. ¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral? Discriminado por cargo y profesión.....	42
Tabla 12. Evaluación de las correlaciones de las diferentes dimensiones que componen las raíces de Distrés Moral.....	43
Tabla 13. Evaluación de los parámetros de Validez y Seguridad de la capacidad predictiva del puntaje de la escala MMD-HP para discriminar los casos con intención de abandono laboral.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo del efecto creciente y el residuo Moral.....	17
Figura 2. Nivel de Distrés Moral en Médicos y Enfermeros Intensivistas.....	31
Figura 3. Intención de abandonar un puesto de trabajo y puntaje en la escala de Distrés Moral.....	34
Figura 4. Deseo de abandonar el actual puesto de trabajo y puntaje en la escala de Distrés Moral.....	35
Figura 5. ¿Ha sentido el deseo de no asistir al trabajo debido al Distrés Moral?.....	36
Figura 6. Análisis de componentes principales para los factores de riesgo demográficos asociados a la intención de abandono laboral.....	37
Figura 7. Curva operador-receptor (ROC) para la evaluación de los valores del puntaje de la escala MMD-HP.....	44
Figura 8. Capacidad de discriminación entre Personal con Distrés Moral y sin Distrés Moral....	45

www.bdigital.ula.ve

◆ RESUMEN

Objetivo: Determinar la magnitud de Distrés Moral en médicos, enfermeros especialistas y residentes en Terapia Intensiva de Venezuela mediante la aplicación de la encuesta MMDHP. **Materiales y Métodos:** Se aplicó un cuestionario *online* con la finalidad de obtener los datos demográficos de los Médicos y Enfermeros intensivistas y medir el Nivel de Distrés Moral (escala MMD-HP), durante el periodo Mayo-Julio 2018. Luego se procedió a realizar el análisis estadístico de los datos obtenidos con la finalidad de hacer un diagnóstico de la situación del Distrés Moral en Médicos y Enfermeros intensivistas venezolanos e identificar sus posibles causas. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 101 Médicos y Enfermeros Intensivistas procedente de 7 ciudades del país y 13 Unidades de Cuidados Intensivos públicas y privadas. La prevalencia de Distrés Moral moderado y severo fue de 72,2% con mayor afectación del personal Médico, al mismo tiempo los que refirieron ser especialistas son lo más afectados que los residentes (personal en formación). Se manifiesta la influencia de trabajar en un ambiente con fuertes restricciones y limitaciones externas como causa del Distrés Moral. Hubo una fuerte asociación estadística entre el nivel de Distrés Moral y el deseo de abandonar el actual puesto laboral. **Conclusiones:** Hay gran prevalencia del Distrés Moral entre los Médicos y Enfermeros Intensivistas venezolanos, se pone en evidencia la necesidad de abordar este problema a fin de evitar sus consecuencias deletéreas en los profesionales, el sistema de salud y la calidad de atención al paciente. **Palabras Clave:** Distres Moral, Unidad de Cuidados Intensivos, Médicos, Enfermeras, Venezuela.

◆ ABSTRAC

Objective: To determine the magnitude of Moral Distress in specialists, residents and nurses who work in the intensive care unit (ICU) of the University Hospital of The Andes (UHTA), Merida, Venezuela, through the application of the MMD-HP survey. **Materials and Methods:** An total of 101 intensivist physicians and nurses was obtained from 7 cities of the country and 13 Public and Private Intensive Care Units. An online questionnaire was applied in order to obtain the demographic data of the Physicians and Nurses and to measure the level of Moral Distress (scale MMD-HP) during the period May-July 2018. Then proceeded to perform statistical analyzes in order to make a diagnosis of the situation of the Moral Distress in Physicians and Nurses and identify possible causes. **Results:** The prevalence of moderate and severe Moral Distress was 72.2% with greater affectation of the medical personnel, at the same time those who reported being specialists were more affected than the residents (trainees). There is an important relationship between working in an environment with strong restrictions and external limitations with the presence of Moral Distress. There was a strong statistical association between the level of Distress and the desire to leave the current job position. **Conclusions:** There is a high prevalence of Moral Distress among Intensivist Doctors and Nurses. It is necessary to address this problem in order to avoid its deleterious consequences in the professionals the health system and the quality of care that patient care. **Key Words:** Moral Distress, Intensive Care Unit, Physicians, Nurses, Venezuela.

◆ INTRODUCCIÓN

El cuidado directo de pacientes, en especial de aquellos críticamente enfermos, con frecuencia representa una situación emocional demandante¹. En la práctica diaria los profesionales de la salud tienden a enfrentar experiencias que le obligan a actuar o tomar decisiones difíciles, muchas veces en contra de sus valores éticos fundamentales². Ésto crea un conflicto interno según la percepción de lo que es o no apropiado³. Si estas vivencias se presentan de forma frecuente pueden generar malestar emocional en los involucrados^{3,4}.

El malestar o sufrimiento emocional que resulta de éste conflicto es descrito desde 1984 por Jameton en el personal de enfermería como el fenómeno resultante de situaciones en las que por razones externas, por lo general de índole institucional, es imposible actuar en consonancia con lo que se cree y se siente como correcto. Dadas las características de dicho fenómeno, que engloba un estado patológico de malestar emocional y la ruptura de valores éticos, se dio el nombre de Distrés Moral^{5,6}.

Estudios posteriores han ampliado el concepto original y en la actualidad el Distrés Moral es definido como un ente fisiológico, psicológico y emocional que con frecuencia lleva al desarrollo de rabia, frustración, culpa e impotencia y de todo sentimiento negativo que el personal de salud experimenta cuando es incapaz de brindar atención de acuerdo con sus estándares éticos^{7,8} y que puede ser percibido por el afectado como la descalificación de su valor profesional y deberes laborales¹.

Desde su identificación se ha puesto en evidencia que ésta entidad tiene una gran prevalencia, afecta entre el 40 y el 60% del personal de salud^{2,6,9}. En años recientes se ha incrementado el interés en su estudio con especial atención en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde el nivel de complejidad demandado por las peculiaridades de los

pacientes asociado al constante contacto con la muerte generan situaciones de malestar emocional e incrementan el riesgo de desarrollar Distrés Moral^{1,4,5,10,11}. Se le considera hoy en día un importante problema que amenaza y afecta no sólo la integridad física y psicológica del profesional, si no que puede poner en riesgo la integridad de todo el sistema de salud³.

Los profesionales con Distrés Moral tienden a desarrollar problemas psiquiátricos como ansiedad, depresión, burnout, rabia, frustración, rechazo a la atención de pacientes y trastornos del sueño, con sus consecuencias deletéreas para el desempeño profesional^{12,13}, además con frecuencia se manifiesta el deseo de abandonar su puesto de trabajo o incluso en casos severos, la profesión^{1,3,4,8}.

Por éstos motivos el Distrés Moral con frecuencia afecta al individuo de tal forma que éste ve disminuidas sus capacidades para satisfacer las demandas que los cuidados de los pacientes críticos exigen^{7,14}, lo que repercute en forma directa en la calidad de atención que reciben los enfermos, e impacta en forma negativa la atención prestada a los pacientes, disminuye la satisfacción profesional y la longevidad laboral^{1,7}.

El Distrés Moral también tiene consecuencias tangibles en la salud física de los profesionales. Diversos estudios han asociado el malestar emocional y el Distrés Moral en las Unidades de Cuidados Intensivos con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, patologías coronarias agudas, síndrome metabólico y trastornos del sueño^{2,13,15}.

A través de los años se han identificado y propuesto múltiples causas de Distrés Moral. Entre éstas causas se ha propuesto; la preocupación por la calidad o la desaprobación a la atención brindada por otro profesional o colega, conflictos con el nivel de atención que recibe algún paciente, fuertes restricciones externas y pérdida de la autonomía laboral, falta

de apoyo de colegas, comunicación deficiente del personal, inconsistencia en los planes y estrategias para el manejo de pacientes, posición de subordinación y el contacto permanente con el final de la vida se han identificado como causantes de Distrés Moral en trabajadores de salud^{1,7}. Los efectos del Distrés Moral van mas allá de lo individual^{7,16} y atañen a todo el entorno laboral. Afecta la relación con los pacientes, familiares y colegas, así como la satisfacción profesional^{14,16,17}.

Finalmente el Distrés Moral se ha asociado con un efecto residual emocional creado por la situación estresante. Éste “residuo emocional” se ha propuesto como duradero y acumulativo, en relación con el tiempo de ejercicio profesional y la constante exposición a situaciones demandantes desde el punto de vista moral, que a la larga se manifiestan como la pérdida de la integridad moral del individuo y el desarrollo de sentimientos negativos y el deseo de abandono laboral⁴.

Es necesario tener un amplio conocimiento de éste complejo problema, por lo que se han aplicado y creado múltiples escalas con la finalidad de medir de forma cuantitativa el fenómeno^{1,3,18,19}, conocer su incidencia y factores desencadenantes, para poder plantear estrategias de superación y resiliencia que permitan mejorar la salud individual y colectiva, así como fortalecer el sistema laboral en las unidades de terapia intensiva con la consecuente mejoría directa en la calidad de atención percibida por los pacientes¹⁷.

En Venezuela para el momento no existen estudios sobre Distrés Moral en personal Médico y de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos, por lo tanto, se desconoce su incidencia en el el país.

◆ ANTECEDENTES

syndrome among critical care providers² cuenta con 470 camas de UCI. médicos intensivistas, **Métodos:** Des agosto a septiembre y se asoció

Autores: Fumis RRL, de 2015 se aplicó un cuestionario con significativamente con
Junqueira Amarante GA, datos demográficos, el Inventario de desarrollo de burnout
de Fátima Nascimento A, Maslach Burnout (MBI) y la escala
Vieira Junior JM. de distrés moral revisada (MDS-R).

Publicado: 2017 **Muestra:** 283 participantes

www.bdigital.ula.ve

TÍTULO/AUTOR/FECHA	DISEÑO/MÉTODOS	CONCLUSIONES
<p>Título: Measuring Moral Distress Among Critical Care Clinicians: Validation and Psychometric Properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised.¹</p> <p>Autores: Lamiani G, Setti I, Barlascini L, Vegni E, Argentero P.</p> <p>Publicado: 2017</p>	<p>Diseño: transversal y de validación.</p> <p>Lugar: 8 unidades de cuidados intensivos del norte de Italia.</p> <p>Métodos: Desde enero a diciembre de 2015 se aplicó un cuestionario con la escala MDS-R para medir distrés moral y la escala Beck Depression Inventory-Second Edition.</p> <p>Muestra: 64 intensivistas, 94 enfermeros y 14 residentes</p>	<p>El estudio reveló el impacto negativo que causa el distrés moral en los trabajadores al estar relacionado con alta incidencia de síntomas de depresión y la intención de abandonar el puesto de trabajo.</p>
<p>Título: Consequences Of Moral Distress In The Intensive Care Unit: A Qualitative Study⁷</p> <p>Autores: Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al</p> <p>Publicado: 2017</p>	<p>Diseño: Descriptivo transversal.</p> <p>Lugar: Se realizó en 13 Unidades de cuidados intensivos en Vancouver Canadá.</p> <p>Métodos: Entre 2011 y 2012 se seleccionaron grupos con puntajes altos en la escala MDS-R a los que se aplicó una entrevista para hablar libremente de sus emociones y experiencias en UCI.</p> <p>Muestra: 56 profesionales.</p>	<p>El distrés Moral es frecuente en la UCI y se relaciona con altos niveles de frustración y repercusión negativa en la atención de los pacientes. Existe una marcada relación entre distrés moral y el deseo de abandonar el trabajo.</p>

TÍTULO/AUTOR/FECHA	DISEÑO/MÉTODOS	CONCLUSIONES
<p>Título: Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience.¹²</p> <p>Autores: Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al.</p> <p>Publicado: 2016</p>	<p>Diseño: transversal observacional descriptivo.</p> <p>Lugar: Un total de 13 unidades de cuidados intensivos en la Columbia Británica</p> <p>Métodos: Se suministró vía correo electrónico una encuesta para recolectar datos demográficos y la escala MDS-R.</p> <p>Muestra: 30 intensivistas, 428 enfermeros y 211 profesionales de otras áreas.</p>	<p>El distrés moral es mayor en el personal de enfermería y otros profesionales de la UCI que en el personal médico. Es mayor en enfermeros con más años de experiencia y es asociado con la tendencia y el deseo a dejar el puesto de trabajo.</p>
<p>Título: Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution Wide Survey²²</p> <p>Autores: Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM</p> <p>Publicado: 2015</p>	<p>Diseño: Descriptivo.</p> <p>Lugar: Un hospital de tercer nivel ubicado en Virginia EE. UU.</p> <p>Métodos: En enero de 2011 se aplicó una encuesta en línea que recolectó datos de las escalas MDS-R y Hospital Ethical Climate Scale-Shortened (HECS-S).</p> <p>Muestra: 489 enfermeros, 156 médicos y 109 de otras áreas.</p>	<p>El sufrimiento moral es una experiencia común en médicos sin relación con su especialidad y está fuertemente asociado con agotamiento e intención de dejar el puesto de trabajo.</p>

TÍTULO/AUTOR/FECHA	DISEÑO/MÉTODOS	CONCLUSIONES
<p>Título: Moral Distress in Physicians Practicing in Hospitals Affiliated to Medical Sciences Universities²¹.</p> <p>Autores: Abbasi M, nejadsarvari N, kiani M, Borhani F, Rasouli H, Bazmi shabnam.</p> <p>Publicado: 2014</p>	<p>Diseño: transversal.</p> <p>Lugar: Hospitales asociados a Universidades de Ciencias médicas en Teherán, Iran.</p> <p>Métodos: Entre mayo de 2013 y enero de 2014 se aplicó un cuestionario, que recopiló datos demográficos de los médicos y la escala MDS-R para medir distrés moral.</p> <p>Muestra: 399 médicos</p>	<p>El personal médico se enfrenta con frecuencia a situaciones que contribuyen al desarrollo de Distrés Moral y éste repercute negativamente en su desempeño y estado emocional.</p>
<p>Título: Moral Distress Among Healthcare Professionals At A Health System⁴</p> <p>Autores: Allen R, Judkins-Cohn T, deVelasco R, Forges E, Lee R, Clark L, et al</p> <p>Publicado:2013</p>	<p>Diseño: Descriptivo transversal.</p> <p>Lugar: Se realizó en 6 unidades de cuidados intensivos para adultos y un hospital para niños y 2 hospitales rurales en Estados Unidos.</p> <p>Métodos: durante 3 meses se aplicó una encuesta en línea vía email que recolectó datos de la escalas MDS-R.</p> <p>Muestra: 323 participantes entre médicos y personal de enfermería.</p>	<p>Este estudio demostró que los profesionales de la salud con frecuencia se enfrentan a situaciones que generan Distres Moral y esto se relaciona con sentimientos negativos y la intención de abandonar el puesto de trabajo.</p>

◆ MARCO TEÓRICO

Distrés Moral: Los estudios originales de este fenómeno se llevaron a cabo en personal de enfermería por lo cual las definiciones iniciales están orientadas a estos profesionales. Sin embargo, se sabe que éste fenómeno afecta con frecuencia a todos los profesionales implicados en el cuidado de pacientes³.

El concepto fue descrito por primera vez en 1984 por Jameton en el personal de enfermería, como las emociones consecuentes de situaciones en donde “uno sabe lo que es correcto hacer, pero las limitaciones institucionales hacen que sea casi imposible perseguir ese curso de acción”²³. Esta definición plantea como condiciones necesarias para desarrollar Distrés Moral el emitir un juicio moral personal basado en las experiencias y valores del individuo y las restricciones para actuar según ese juicio, con importante énfasis en las restricciones para el desarrollo de Distrés Moral²⁴, se basa en la compleja negociación entre actuar según lo que se sabe es correcto en presencia de limitaciones²⁵.

Múltiples conceptos han surgido a partir de este primer acercamiento, todos buscan ampliar la definición original, es así como Corley en 2001 plantea que: “Es el desequilibrio psicológico, los sentimientos negativos y el sufrimiento experimentado cuando los enfermeros toman decisiones según su moral y luego no lo hacen o sienten que no pueden cumplir con la acción elegida debido a limitaciones institucionales”¹⁸.

Hamric en 2013 plantea que: “El Distrés Moral ocurre cuando la integridad moral del individuo se ve seriamente comprometida, ya sea porque se siente incapaz de actuar de acuerdo con los valores fundamentales, o cuando las acciones no logran el resultado deseado”²⁶. Acá se incluye un evento nuevo; “cuando las acciones no cumplen el efecto deseado”. Aquellos pacientes críticamente enfermos en los que se espera un desenlace fatal

o el cotidiano enfrentamiento con la muerte en la unidad de cuidados intensivos pueden ser ejemplo de ello y contribuir en el desarrollo de Distrés Moral^{11,27}.

Campbell en 2016 argumenta que el Distrés Moral es: “Una o más emociones o actitudes negativas autodirigidas que surgen en respuesta a la percepción de la participación personal en una situación que se considera moralmente indeseable”²⁸.

Todos los conceptos planteados parecen incluir los dos factores originales y fundamentales planteados por Jameton en 1984, la presencia de un juicio moral y de limitaciones para actuar según ese juicio como suficientes para el desarrollo de Distrés Moral²⁵.

El juicio moral definido como la capacidad de diferenciar lo que está bien de lo que está mal, resultado de procesos cognitivos complejos que envuelven factores emocionales, ambientales, recuerdos, enseñanzas, motivación, personalidad y valores nucleares entre otros²⁹. El conflicto o dilema moral ocurre cuando se actúa y se toman decisiones ante una situación difícil desde el punto de vista moral y que posterior a una introspección o reflexión profunda se es capaz de identificar el curso moralmente correcto de acciones. En la literatura revisada se usa juicio moral, dilema moral y conflicto moral como sinónimos²⁵.

Restricciones o limitaciones: El concepto de Distrés Moral es netamente un fenómeno laboral²³ y múltiples autores responsabilizan la presencia de limitantes o barreras para actuar como fundamentales en su desarrollo^{24,26,28}. Se definen como la presión o imposibilidad para la práctica asistencial óptima por presiones institucionales y administrativas²⁵ con resultado de pérdida de autonomía laboral del individuo⁸.

Epidemiología: Desde la introducción del concepto de distrés moral se ha señalado ampliamente su incidencia en profesionales de la salud en gran cantidad de estudios. Dodek P.M *et al*¹² en el 2016 en un estudio realizado en 13 unidades de cuidados intensivos en la

Columbia Británica reveló que 428 enfermeros (49%), 30 médicos (44%) y 211 (47%) trabajadores de otras áreas de la salud sufrían Distrés Moral con niveles más altos en el personal de enfermería. Shaefer *et al* 2017⁸ señalan en su estudio que 63.1% de los enfermeros encuestados sufría de altos niveles de Distrés Moral y pensaban abandonar su puesto de trabajo. Allen *et al*⁴ en 2013 para una muestra de 62 médicos y 207 enfermeros describen que todo el personal experimentaba niveles moderados y altos de Distrés Moral. Estudios mas recientes como el realizado por Hiler *et al* en 2018¹⁶ en una población de 461 enfermeros de la unidad de terapia intensiva encontró altos niveles de Distrés Moral en todo el personal investigado y todos percibieron este como un efecto negativo que interfirió en la calidad de atención otorgada al paciente. De igual forma Thorne *et al* en 2018³⁰ en una investigación cuya población estuvo conformada por 28 profesionales de una unidad de terapia intensiva neonatal demostró que el 80% de los trabajadores presentaba altos puntajes en la escala de Distrés Moral y señalan que éste ha representado un impacto negativo en sus vidas personales y profesionales.

El Distrés Moral es una entidad con gran incidencia en los profesionales de salud que puede tener consecuencias negativas físicas y emocionales que pueden deteriorar la calidad de atención brindada y debilitar el sistema de salud.

Causas: El Distrés Moral es un problema complejo y desafiante con múltiples características y causas identificables³¹. Es un evento propio del ámbito laboral y tiene como principio esencial la violación del núcleo fundamental de valores y deberes morales laborales y personales del individuo^{3,31}, ésta característica lo hace diferente de otras entidades cómo: Distrés Emocional, Compasión Fatiga y Estrés Postraumático.

El Distrés Moral puede variar su presentación, causas y consecuencias de un individuo a otro³¹, sin embargo, a lo largo de estudios cuantitativos y cualitativos se han descrito tres causas fundamentales o raíces del Distrés Moral: Factores referentes a la situación clínica, inherentes a restricciones internas y a restricciones externas. Éstas “raíces” surgen de la identificación de situaciones comunes descritas por los profesionales de la salud como causantes de Distrés Moral³ (Tabla 1).

El ámbito inherente a la situación clínica incluye: continuar brindando tratamiento extraordinario o agresivo en situaciones donde no cambiaría el desenlace, brindar atención no centrada en lo mejor para el paciente y trabajar con colegas o proveedores de salud incompetentes. Las restricciones internas se refieren a características propias del cuidador como sentimientos, impotencia y falta de asertividad que limitan la capacidad de opinar o tomar decisiones en situaciones moralmente desafiantes. Las restricciones externas se refieren a factores inherentes a las políticas de la institución o de la administración de salud, como las jerarquías, mala priorización de los cuidados necesarios para el paciente, falta de apoyo de colegas, falta de recursos entre otros. Éste último ámbito fue el principal descrito por Jameton en 1984 como generador de Distrés Moral en el personal de enfermería³.

Tabla 1 Causas o raíces del Distrés Moral

Situación Clínica	
Dar tratamiento innecesario	Usar recursos de forma inapropiada
Prolongar innecesariamente la muerte a costa de tratamientos extraordinarios	Proporcionar cuidados sin tomar en cuenta lo mejor para el paciente
Manipular la información suministrada para buscar el consentimiento informado de los familiares y o pacientes	Manejo inadecuado del dolor
Trabajar con colegas que no son competentes para los requerimientos del paciente	Dar falsas esperanzas a pacientes y familiares
Falta de consensos y planes de tratamiento	Apresurar el proceso de muerte
Falta de continuidad en los tratamientos	No decir la verdad
Conflicto de deberes	Indiferencia a los deseos del paciente
Restricciones internas	
Sentimiento de Impotencia	Falta de conocimiento de planes alternativos de tratamiento
Inhabilidad para detectar los problemas éticos	Sensibilidad moral aumentada
Falta de comprensión de la situación como un todo	Falta de asertividad
Restricciones externas	
Comunicación inadecuada entre los miembros del equipo de salud	Tolerancia al comportamiento disruptivo o agresivo
Diferentes perspectivas inter o intra profesionales	Comprometer la atención por presión para disminuir costos
Personal no calificado y alta tasa de rotación laboral	Jerarquías del sistema de salud
Políticas de prioridades que entran en conflicto con los cuidados necesarios para el paciente	Falta de relaciones sociales entre colegas
Seguir los deseos de los familiares para el cuidados extraordinario del paciente por miedo a una demanda	Posición de enfermería desligada del proceso de toma de decisiones
Falta de apoyo administrativo	Comprometer la atención debido a presiones del seguro o miedo a demandas

Tomado de Hamric *et al* 2012³

Consecuencias: En las unidades de cuidados intensivos el Distrés Moral tiene un efecto marcado en todos los profesionales⁷. La frustración ha sido con frecuencia encontrada en los trabajadores que sufren Distrés Moral⁷ otras emociones como tristeza, rabia, culpa, impotencia y desilusión. Además estudios cualitativos han identificado el consumo de alcohol dentro de las estrategias adoptadas por los médicos de la terapia intensiva para intentar “aliviar” estas emociones negativas⁷.

El burnout, conocido como la fatiga, desapego y cinismo producto de altas cargas de estrés laboral que, en la Terapia Intensiva se ve asociado a sobrecarga de trabajo, niveles de complejidad y exigencia muy elevados, cambios constantes en las guías de manejo, retos emocionales frecuentes determinados por condiciones propias de los pacientes críticos y sus familiares³². Es también a menudo identificado en los profesionales que tienen altos niveles de Distrés Moral, por lo que es indudable el papel que juega en su desarrollo^{2,15}. Por lo tanto la asociación de burnout y Distrés Moral puede tener efectos negativos profundos en los profesionales, como poca satisfacción laboral, depresión, ansiedad y otros problemas psicológicos^{13,33}. Además, específicamente en la UCI el burnout se ha asociado con el desarrollo de síndrome metabólico, problemas coronarios y finalmente en mayor morbimortalidad³⁴.

La pérdida de personal calificado, como enfermeros y médicos intensivistas es influenciada por el Distrés Moral. La presencia de altos niveles de Distrés Moral y el deseo de abandonar su puesto de trabajo es evidenciada en múltiples investigaciones^{1,3,7,12,21}. Ésto debilita la atención brindada al paciente al sobrecargar al personal restante y pone en riesgo a todo el sistema de salud al disminuir la longevidad profesional^{1,7}.

Finalmente se ha encontrado asociación entre la presencia de distrés moral y disminución en la calidad de atención prestada al paciente. Estudios cualitativos han identificado que si un caso en particular es causante de Distrés Moral el personal puede experimentar rechazo a enfrentar la situación moralmente desafiante, lo que se puede traducir en sentimientos de rechazo a la atención del paciente, también se invierte tiempo extra en tratar de solventar la situación causante de Distrés Moral, esto crea una distracción de los puntos claves en la atención del paciente y pone en riesgo el desarrollo de algoritmos diagnósticos y de manejo, además de comprometer la distribución equitativa del tiempo entre todos los pacientes. Se puede además experimentar sentimientos negativos a la hora de hablar con los familiares del caso en específico, lo que limita la calidad de información suministrada, información que puede ser crucial al momento de tomar decisiones terapéuticas en conjunto⁷.

El Distrés Moral se asocia con una especie de efecto residual, cuando se enfrenta una situación moralmente estresante se sufre de un evento agudo de Distrés Moral, que va dejando un residuo moral una vez pasado el evento desafiante²³. Éste residuo se relaciona con un efecto creciente el cual se asocia con el acumulo de Distrés Moral a medida que se enfrentan más eventos de ésta naturaleza³¹ (Figura 1). por lo tanto cada vez existe menos tolerancia a eventos causantes de Distrés Moral^{13,31} y explica porque algunos investigadores han identificado que los profesionales con más años de servicio tenían niveles más elevados de Distrés Moral y un fuerte deseo de renunciar a su trabajo actual¹².

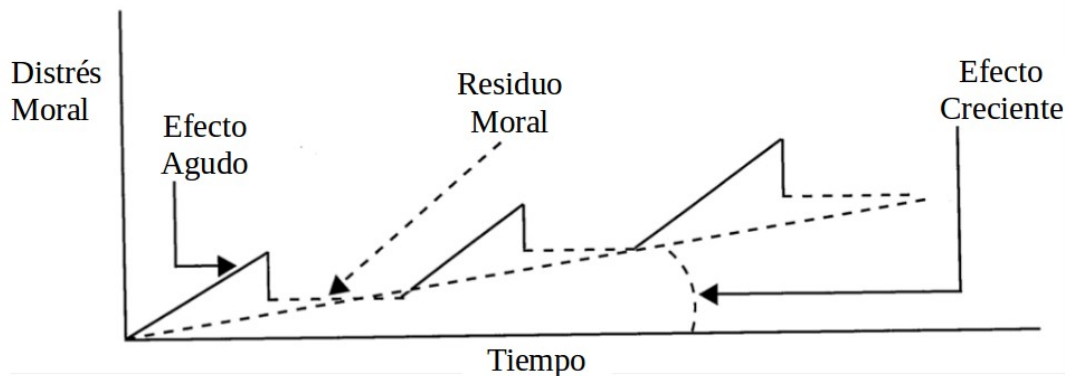


Figura 1. Modelo del efecto creciente y el residuo Moral. Hamric *et al* 2009³¹

En la figura anterior se puede apreciar cómo la situación causante de Distrés Moral tiene un efecto inmediato (efecto agudo), y que posterior a éste no se regresa a la línea basal anterior, dejando un “residuo moral” que se va acumulando y es el responsable del efecto creciente.

Medición del Distrés Moral: A través del tiempo diversos autores han intentado medir de forma cualitativa y cuantitativa el fenómeno de Distrés Moral. La escala MDS (Moral Distress Scale)¹⁸ propuesta en el 2001 fue desarrollada y validada para su aplicabilidad en el personal de enfermería. Sin embargo, éste instrumento de medición se ha sometido a diversas modificaciones y ampliaciones a través del tiempo.

Con la evidencia creciente de que el Distrés Moral no sólo afecta al personal de enfermería^{14,28} en 2012 se propone la escala MDS-R (Moral Distress Scale Revised), la cual tenía tres modelos distintos destinados a diferenciar entre médicos, enfermeros y personal que trabaja con niños o adultos³.

La escala MDS-R ha sido utilizada, validada y traducida a varios idiomas demostrando su gran valor y utilidad^{1,3,12,21,31} sin embargo, el hecho de tener tres variantes y la constante puesta en evidencia de otras causas o “raíces” del Distrés Moral obligan a la constante revisión y desarrollo dinámico de escalas cada vez más específicas, inclusivas y sensibles.

En marzo de 2018 la Profesora Ann Hamric reconocida investigadora en el campo de Distrés Moral propone y valida la escala Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals (MMD-HP)³⁵ la cual incluye en un solo cuestionario a todos los profesionales de la salud, (médicos, enfermeros y otros) y toma en cuenta todas las raíces o causas que se han identificado hasta el presente.

No cabe duda de que el Distrés Moral es un grave problema que con frecuencia involucra a los profesionales que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos. Afecta la salud física y emocional del personal y pone en riesgo la integridad del sistema de salud. Es importante destacar que debido a las complejas causas y nefastas consecuencias de dicho fenómeno, es el paciente quien a última instancia termina viendo disminuida la calidad de salud que recibe, poniendo en riesgo su evolución y final desenlace.

Es posible que características propias e idiosincráticas de la población y el momento sociopolítico que viven las sociedades influyan en el eventual desarrollo y aparición de Distrés Moral.

En Venezuela, en la actualidad no hay conocimiento de dicho problema. Hasta la fecha no hay mediciones del nivel de Distrés Moral, sus posibles orígenes y consecuencias y de cómo éste fenómeno contribuye a la disminución de la longevidad laboral y deserción de profesionales altamente calificados en el país.

Por lo tanto su medición puede ser crucial para hacer un acercamiento a la satisfacción profesional y ambiente laboral que se vive en las Unidades de Cuidados Intensivos del país, desarrollar estrategias de abordaje para mitigar sus nefastas consecuencias y determinar su impacto en el deterioro de la longevidad laboral evidenciado por el abandono de mano de obra especializada que para el momento ya se ve influenciado por condiciones propias del

momento social venezolano, con su reflejo final en el deterioro de la calidad de atención percibida por el enfermo crítico.

www.bdigital.ula.ve

◆ OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Determinar la magnitud de Distrés Moral en médicos y enfermeros residentes y especialistas en Terapia Intensiva de Venezuela mediante la aplicación de la encuesta MMD-HP durante el periodo Mayo-Julio 2018.

Objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas de los médicos y enfermeros intensivistas venezolanos.
2. Medir el nivel de Distrés Moral en médicos y enfermeros intensivistas venezolanos.
3. Identificar las principales causas de Distrés Moral en la población de estudio.
4. Relacionar las características demográficas con el nivel de Distrés Moral.
5. Comparar el nivel de Distrés Moral entre médicos y enfermeros intensivistas.
6. Relacionar el Distrés Moral y la intención de permanecer en el puesto de trabajo.
7. Identificar condiciones propias de la situación socioeconómica venezolana causantes de Distrés Moral.

◆ MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio transversal, observacional y analítico.

Población de estudio: Todos los médicos y enfermeros especialistas y residentes con al menos 6 meses de ejercicio en el área de terapia intensiva que ejerzan sus funciones en el territorio de Venezuela durante el periodo de Mayo a Julio de 2018.

Criterios de inclusión:

1. Médicos y enfermeros especialistas en Terapia Intensiva y Medicina Crítica con al menos 6 meses de ejercicio continuo y activo en unidades de Terapia Intensiva públicas y privadas en el territorio de Venezuela.
2. Residentes de medicina y enfermería pertenecientes a los diferentes postgrados universitarios y asistenciales en Terapia Intensiva con al menos 6 meses de ejercicio profesional en área.

Criterios de exclusión:

1. Médicos y enfermero (especialistas y residentes) que para el momento de estudio no ejerzan sus labores en el área de la Terapia Intensiva y Medicina Crítica.
2. Todos aquellos que no cumplan con el periodo mínimo de 6 meses de ejercicio en el área de Terapia Intensiva.
3. Profesionales que voluntariamente manifiesten su deseo de no participar en el estudio.
4. Todos aquellos médicos y enfermeros especialistas y residentes que laboren fuera del territorio de Venezuela.

Recolección de datos: Durante el periodo de Mayo a Julio de 2018 a cada participante se le permitió el acceso a través de correo electrónico a un enlace que le permitió completar un

formulario compuesto de dos partes. La primera parte fue destinada a la recolección de datos demográficos básicos y la segunda parte constituida por la escala Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals (MMD-HP), diseñada y validada para medir el Distrés Moral en los profesionales de la salud.

Instrumento a utilizar

1. Datos demográficos

El cuestionario constó de preguntas con la finalidad de acceder a los siguientes datos demográficos: edad, género, lugar de trabajo, profesión, tiempo de ejercicio en la terapia intensiva, estado civil, tipo de ejercicio profesional (público, privado o mixto), especialidades, años de experiencia en terapia intensiva e ingreso mensual promedio.

2. Cuestionario Measure of Moral Distress-Healthcare Professionals (MMD-HP)

Previa autorización de la investigadora Ann Hamric (anexo) se utilizó el cuestionario MMD-HP³⁵. El cual posee 27 preguntas. Cada una tiene dos dimensiones; frecuencia e intensidad. La frecuencia permite acceder a información de la ocurrencia del evento, mientras que la intensidad habla de que tan perturbador o del grado de afectación del individuo frente a la situación específica planteada.

Cada ítem del cuestionario se categorizó en una escala de Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (muy frecuente) para la frecuencia y desde 0 (nada) hasta 4 (muy afectado) para la intensidad. Posteriormente para cada pregunta se obtuvo un valor ponderado, resultado de multiplicar Frecuencia x Intensidad con un rango que va desde 0 hasta 16 y ofreció una visión individual de las situaciones específicas causantes de Distrés Moral, y excluyó aquellos eventos que no fueron identificados como moralmente distresantes. Luego se

procedió a sumar el valor ponderado para obtener el resultado global de la escala que va desde 0 hasta 432 y ofreció un acercamiento al nivel de Distrés Moral total de cada individuo.

Operacionalización de variables:

Objetivo general	Objetivo específico	Dimensión	Indicador	Ítem
Determinar la magnitud de Distrés Moral en médicos y enfermeros residentes y especialistas en Terapia Intensiva de Venezuela mediante la aplicación de la encuesta MMD-HP durante el periodo Mayo-Julio 2018.	Conocer las características sociodemográficas de los médicos y enfermeros intensivistas venezolanos.	Demográfica	Edad, sexo, Estado civil, Lugar de trabajo, tipo de ejercicio, profesión, años de experiencia en la terapia intensiva, ingreso mensual promedio, Cargo, Especialidad base.	Sección 1 del instrumento
	Medir el nivel de Distrés Moral en médicos y enfermeros intensivistas venezolanos.	psicológica	Cuestionario (MMD-HP) Leve, Moderado, Severo	Anexo 1
	Identificar las principales causas de Distrés Moral en la población de estudio	Etiológica	Situación Clínica Restricciones Internas Restricciones externas	Preguntas: 1, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 24, 26 y 27. Preguntas: 6, 7, 20, 21. Preguntas: 2, 3, 4, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 13 y 25. Del cuestionario MMD-HP
	Relacionar las características demográficas con el nivel de Distrés Moral	Estadística	Pruebas de significación estadística.	Análisis estadístico
	Comparar el nivel de Distrés Moral entre médicos y enfermeros intensivistas	Estadística	Pruebas de significación estadística.	Análisis estadístico
	Relacionar el Distrés Moral y la intención de permanecer en el puesto de trabajo	Estadística	Pruebas de significación estadística.	Análisis estadístico
	Identificar condiciones propias de la situación socioeconómica venezolana causantes de distrés moral	Etiológica	Pruebas de significación estadística.	Análisis estadístico

Análisis estadístico: Los datos cuantitativos se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión (Medianas y rangos intercuartílicos) y con gráficos de puntos. Los datos cualitativos se representaron con valores de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Se realizó la valoración del cuestionario MMD-HP ponderando la frecuencia con la intensidad de las diferentes situaciones planteadas en el mismo. La puntuación individual de cada ítem se categorizó estableciendo puntos de corte (cut off) propios para la población evaluada. Se establecieron las categorías: Leve, Moderado y Severo. La relación entre el nivel de Distrés Moral y las diferentes variables demográficas y psicológicas se evaluó a través de análisis bi-variado (prueba chi cuadrado) y multivariado (regresión múltiple y logística binaria). Se determinó indicadores de riesgo como el Exponente β .

Se tomó como valores estadísticamente significativos para p aquellos menores a 0,05. Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS versión 21 (IBM Corporation, New York, US), y los gráficos con el software Past versión 3.06 (Natural History Museum, Oslo Norway) y Prism Graphpad versión 5 (GraphPad Software, Inc. La Jolla, USA).

◆ RESULTADOS

En éste trabajo, pionero en el área de Distrés Moral en el país, se determinaron las características socio demográficas de los médicos y enfermeros intensivistas de las principales ciudades y hospitales de Venezuela (tabla 2), además se abordó el nivel de Distrés Moral en los profesionales que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos y se determinó su posible origen y cómo éste influye en el deseo de deserción laboral.

Tabla 2. Características demográficas de los Médicos y Enfermeros Intensivistas Venezolanos.

Característica	Profesión				Total		p
	Médicos		Lic. Enfermería		N	%	
Edad	N	%	N	%	N	%	
<30 años	7	6,9%	14	13,9%	21	20,8%	0,02
31 a 40 años	19	18,8%	23	22,8%	42	41,6%	
41 a 50 años	11	10,9%	2	1,9%	13	12,8%	
51 ó más	15	14,9%	10	9,9%	25	24,8%	
Sexo							
Masculino	23	22,8%	9	8,9%	32	31,7%	0,005
Femenino	29	28,7%	40	39,6%	69	68,3%	
Tipo de ejercicio profesional							
Mixto	37	36,7%	9	8,9%	46	45,6%	0,0001
Privado	3	2,9%	2	1,9%	5	4,8%	
Público	12	11,9%	38	37,7%	50	49,6%	
Tiempo de ejercicio profesional							
<5 años	23	22,8%	23	22,8%	46	45,6%	0,6
5,1 a 10 años	7	6,9%	10	9,9%	17	16,8%	
10,1 a 20 años	13	12,9%	10	9,9%	23	22,8%	
20,1 ó más	9	8,9%	6	5,9%	15	14,8%	

(continuación) **Tabla 2.** Características demográficas de los Médicos y Enfermeros Intensivistas Venezolanos.

Característica	Profesión				Total		p
	Médicos		Lic. Enfermería		N	%	
	N	%	N	%			
Salario Promedio Mensual (Bolívares Soberanos)							
<50	22	21,8	41	40,7	63	62,5	0,0001
50,1–150	7	6,9	7	6,9	14	13,8	
150,1–500	14	13,9	1	0,9	15	14,8	
500,1 ó más	9	8,9	0	0	9	8,9	

Se recolectó información de 101 participantes distribuidos en 7 ciudades y 13 hospitales de Venezuela. La muestra estuvo compuesta por 51,5% de médicos y 48,5% de enfermeros. Hubo diferencias significativas en la distribución por edades. El grupo etario más numeroso fue el de 31 a 40 años, el cual abarca el 41,6% del total de encuestas realizadas. Éste grupo estuvo en su mayoría conformado por enfermeros, quienes representan el 22,8% en comparación a 18,8% de médicos. En segundo lugar el grupo etario de más de 51 años agrupó 24,8% de la población y en éste caso 14,9% es personal médico y 9,9% es personal de enfermería.

El género más numeroso para ambos grupos profesionales fue el femenino, el cual abarcó el 68,3% de la muestra. 55,7% de los médicos y 81,6% de los enfermeros son del género femenino. A su vez es equivalente al 28,7% y 39,6% respectivamente del total de la población.

La mayoría de los profesionales estudiados, representado por 49,6% respondió trabajar sólo en el sector público al momento de la encuesta. Sin embargo, destaca que 71,1% de los

médicos ejerce su profesión de forma mixta (público y privado) frente a sólo el 18,3% de los enfermeros. Lo que a su vez representa el 36,7% y 8,9% respectivamente del total de las encuestas. En contraste 77,5% del total de enfermeros contestó trabajar sólo en la administración pública. Ésta diferencia es francamente significativa desde el punto de vista estadístico.

Al analizar el tiempo de ejercicio profesional en la terapia intensiva se evidencia que 45,6% de los encuestados tenían para el momento del estudio 5 o menos años de ejercicio en UCI. En segundo lugar, el grupo de 10,1 a 20 años de ejercicio profesional agrupó 22,8% de los médicos y enfermeros intensivistas. Hubo una distribución homogénea entre ambas profesiones para todos los demás grupos de cohorte de tiempo establecidos.

El 62,5% de los encuestados respondió que para el momento del estudio ganaba menos de 50 BsS (43USD), de éste grupo 65% pertenece al personal de enfermería. Sólo el personal médico refirió devengar un sueldo en el corte salarial más alto del estudio (más de 500 BsS ó 400 USD).

Tabla 3. Evaluación de las características demográficas y puntaje en la escala de Distrés Moral (MMD-HP).

Característica	Puntaje total Escala Distrés Moral								p
	<100		101 a 200		201 ó más		Total		
Edad	N	%	N	%	N	%	N	%	
<30	6	5,9	5	4,9	10	9,9	21	20,7	0,025
31 a 40	8	7,9	25	24,9	9	8,9	42	41,6	
41 a 50	3	2,9	8	7,9	2	1,9	13	12,7	
51 ó más	11	10,9	7	6,9	7	6,9	25	24,9	
Sexo									
Femenino	16	15,8	30	29,7	23	22,8	69	68,3	0.1
Masculino	12	11,9	15	14,9	5	4,9	32	31,7	
Estado Civil									
Casado(a)	11	10,9	16	15,9	6	5,9	33	32,7	0,4
Divorciado(a)	2	1,9	6	5,9	2	1,9	10	9,7	
Soltero(a)	15	14,9	21	20,9	18	17,9	54	53,7	
unión estable	0	0	2	1,9	2	1,9	4	3,8	
Profesión									
Médicos	13	12,8	24	23,8	15	14,8	52	51,4	0,8
Enfermería	15	14,8	21	20,9	13	12,8	49	48,5	
Cargo									
Especialista	24	23,8	36	35,7	20	19,8	80	79,3	0,4
Residente	4	3,9	9	8,9	8	7,9	21	20,7	
Tipo de ejercicio profesional									
Mixto	11	10,9	23	22,8	12	11,8	46	45,5	0,05
Privado	0	0	5	4,9	0	0	5	4,9	
Público	17	16,8	17	16,9	16	15,9	50	49,6	

(continuación) **Tabla 3.** Evaluación de las características demográficas y puntaje en la escala de Distrés Moral (MMD-HP).

Característica	Puntaje total Escala Distrés Moral								P
	<100		101 a 200		201 ó más		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tiempo de ejercicio en años									
<5 años	10	9,9	18	17,9	18	17,9	46	45,5	0,1
5,1 a 10 años	5	4,9	11	10,9	1	0,9	17	16,8	
10,1 a 20 años	7	6,9	10	9,9	6	5,9	23	22,8	
20,1 ó más	6	5,9	6	5,9	3	2,9	15	14,8	
Salario Promedio Mensual (Bolívares Soberanos)									
<50	21	20,9	23	22,9	19	18,9	63	62,7	0,3
50,1–150	2	1,9	9	8,9	3	2,9	14	13,7	
150,1–500	3	2,9	7	6,9	5	4,9	15	14,7	
500,1 ó más	2	1,9	6	5,9	1	0,9	9	8,7	
Ciudad de procedencia									
Barcelona	0	0	1	0,9	2	1,9	3	2,9	0,9
Caracas	5	4,9	7	6,9	5	4,9	17	16,9	
Carúpano	1	0,9	1	0,9	0	0	2	1,9	
Guanare	0	0	1	0,9	1	0,9	2	1,9	
Maturín	1	0,9	2	1,9	1	0,9	4	3,9	
Mérida	21	20,9	32	31,9	19	18,9	72	71,3	
San Cristobal	0	0	1	0,9	0	0	1	0,9	
Especialidad Adicional (49 médicos)									
Anestesiología	0	0	2	4,1	2	4,1	4	8,1	0,8
Emergenciología	0	0	1	2,1	0	0	1	2,1	
Ginecología y Obstetricia	0	0	2	4,1	0	0	2	4,1	
Medicina Interna	6	12,2	8	16,2	6	12,2	20	40,7	
Medicina Ocupacional	0	0	1	2,1	0	0	1	2,1	
Nefrología	1	2	0	0	1	2,1	2	4,1	
Neumonología	1	2,1	3	6,1	1	2,1	5	10,2	
Pediatría	4	8,1	8	16,3	2	4,1	14	28,5	

Se establecieron tres puntos de corte para evaluar el nivel de Distrés Moral según el puntaje obtenido en la escala MMD-HP (leve <100, moderado 101 a 200 y severo >200). Luego estos puntos de corte se cruzaron con las características demográficas de la población estudiada, Tabla 3.

La muestra se distribuyó según el puntaje obtenido en la escala MMD-HP en: 27,6% con menos de 100 ó leve; 44,6% se ubicó en la categoría de 101 a 200 puntos o moderado y el restante 27,6% obtuvo un resultado mayor de 200 puntos o Distrés Moral severo.

En la distribución por edad destaca que el grupo etario de 31 a 40 años ocupa 24,9% de la categoría de 101 a 200 puntos correspondiente a Distrés Moral moderado. En el grupo de participantes más jóvenes (30 años o menos) hubo tendencia a obtener mayor puntaje en la escala. En dicho grupo 5,9% se ubica en Distrés Moral leve, 4,9% en moderado y 9,9% obtuvo una puntuación de más de 200 puntos. Se observa una tendencia inversa (hacia menor puntaje) en el grupo de mayor edad (51 años o más).

La mayoría de los profesionales del género femenino, representado por 29,7% tienen Distrés Moral moderado, seguido en éste caso por el grupo de Distrés Moral severo que agrupa 22,8% de las participantes. En el género masculino, 14,9% se ubica en el cohorte de 101 a 200 puntos o de Distrés Moral moderado, en éste caso el segundo lugar es ocupado por la categoría leve (menos de 100) que agrupa 11,9% de los participantes.

El 53,7% de los encuestados se encontraban solteros al momento del estudio, seguidos por 32,7% que respondieron estar casados. En el grupo de solteros 29,9% se ubica en la categoría de Distrés Moral moderado seguido por 17,9% que se ubica en la categoría de Distrés Moral severo. Del mismo modo 15,9% de los casados tienen Distrés Moral moderado y 10,9% Distrés Moral leve.

Hubo una distribución homogénea para ambas profesiones (médicos y enfermeros) en relación al puntaje en la escala de Distrés Moral. 23,8% de los médicos y 20,9% de los enfermeros resultaron con Distrés Moral moderado. El personal médico tuvo una ligera tendencia a obtener mayor puntaje en la última categoría, se encuentra 14,8% de los médicos en la categoría de Distrés Moral severo, frente a 12,8% de los enfermeros. Sin embargo, como se aprecia en la figura 2. Los médicos presentan una agrupación homogénea, con una moda cercana a los 150 puntos, mientras que el personal de enfermería se agrupa en una distribución bifásica (dos picos), la tendencia del pico principal representa una moda que se encuentra alrededor de 200 puntos en la escala MMD-HP. Los médicos alcanzan mayores puntajes finales en la escala con resultados que incluso superan los 400 puntos.

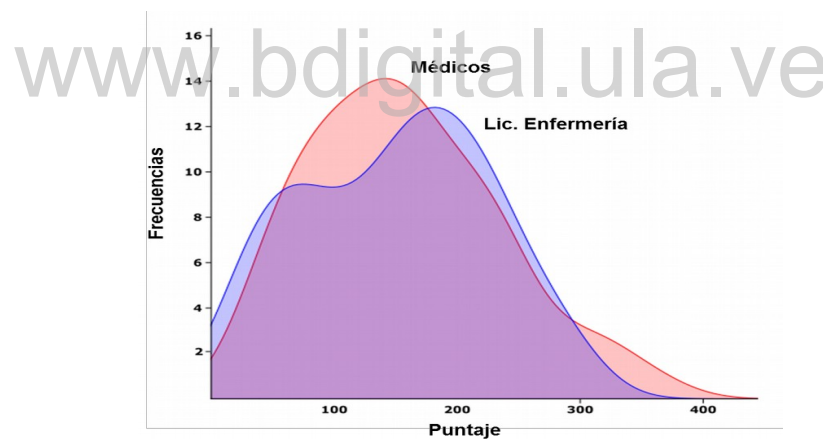


Figura 2. Nivel de Distrés Moral en Médicos y Enfermeros Intensivistas.

El 79,3% de la muestra respondió ser especialista en Terapia Intensiva (Médicos y Enfermeros Intensivistas) y el restante 20,7% se encontraba en etapa de formación para el momento. El 35,7% de los que refirieron ser especialistas se ubicó en la categoría de Distrés Moral moderado seguido de 23,8% en leve y el restante 19,8% en severo. De igual

forma 8,9% de los profesionales en etapa de formación entran en la categoría de Distrés Moral moderado, seguido en éste caso por una ligera tendencia hacia el Distrés Severo con 7,9% en dicho grupo.

De los encuestados 22,8% de los que refieren trabajar en el sector público y todos los que trabajan en el sector privado mostraron un resultado compatible con Distrés Moral moderado. Los profesionales que trabajan en el sector público de salud evidenciaron una distribución homogénea en las tres categorías con 16,8% 16,9% y 15,9% respectivamente.

Hubo una tendencia no significativa desde el punto de vista estadístico del personal con menos tiempo de ejercicio hacia el Distrés Severo que va desapareciendo con el pasar de los años. Para todos los grupos establecidos en relación al tiempo de ejercicio en la terapia Intensiva la categoría de 101 a 200 puntos o de Distrés Moral moderado es la que domina.

El salario percibido para el momento del estudio no fue un factor predisponente para presentar mayor o menor nivel de Distrés Moral, con mayor presencia de Distrés Moral moderado en todas las categorías salariales establecidas. Del mismo modo hubo una distribución equitativa entre las categorías leve y severo en relación a los honorarios percibidos para ambas profesiones.

La procedencia (ciudad de residencia) y poseer una especialidad adicional a la Terapia Intensiva en el personal médico no influyó a la hora de la medición del Distrés Moral, mostrando una distribución en relación al resultado de la escala MMD-HP no significativa desde el punto de vista estadístico.

Tabla 4. Intención de abandonar un puesto de trabajo o si ya ha dejado un puesto de trabajo en el pasado y puntaje de la escala de Distrés Moral.

¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral?	Puntaje total Escala Distrés Moral										p
	<100		101 a 200		201 ó más		Total				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
No, nunca he considerado irme o dejar un cargo	14	13,9	12	11,9	1	0,9	27	26,7			
Sí, consideraré irme pero no lo hice	10	9,9	26	25,8	14	13,9	50	49,6		0,0001	
Sí, he dejado un trabajo por esa razón	4	3,9	7	6,9	13	12,9	24	23,7			
Total	28	27,7	45	44,6	28	27,7	101	100			

En la tabla 4 Se hace una correlación entre el nivel de Distrés Moral y la intención de dejar un cargo clínico o si ya ha dejado un cargo en el pasado motivado por el Distrés Moral. El 25,8% de los participantes ha considerado dejar un puesto laboral y éstos al mismo tiempo son diagnosticados con Distrés Moral moderado. De igual modo 23,7% refirió haber dejado un cargo en el pasado motivados por el Distrés Moral. Además se observa una tendencia significativa ($p \leq 0,005$) de que a mayor Distrés Moral hay mayor intención de abandonar un cargo clínico o haberlo dejado en el pasado. Esto se aprecia mejor en la figura 3.

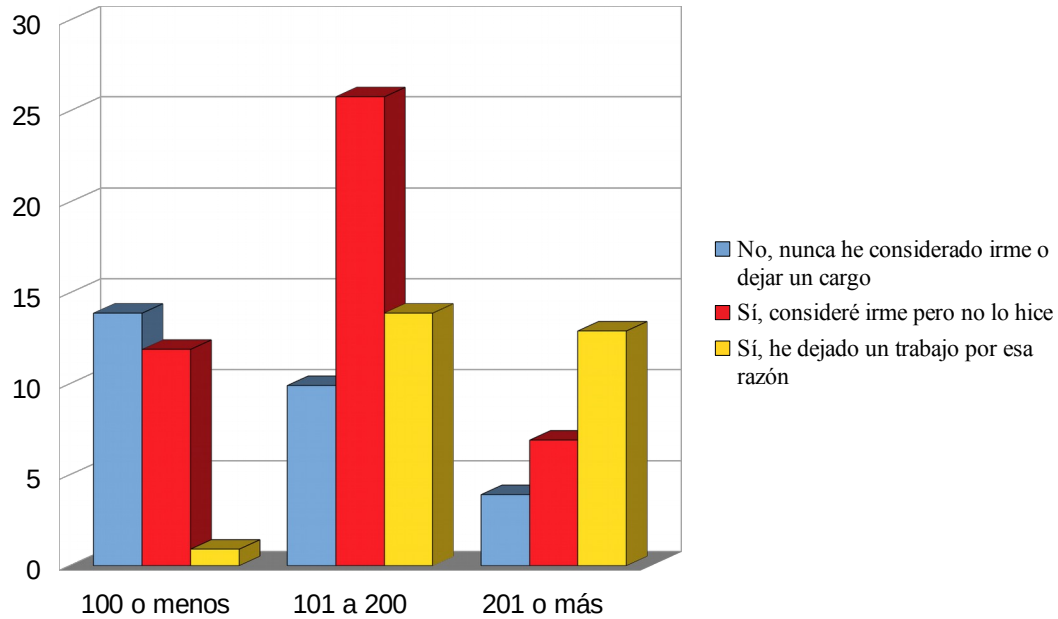


Figura 3. Intención de abandonar el puesto de trabajo y puntaje de la escala MMD-HP.

La barra azul, que representa la opción: “No, nunca he considerado irme o dejar un cargo” se hace más pequeña a medida que aumenta el puntaje en la escala de Distrés Moral, dando paso a las otras opciones. Además se puede apreciar que la barra amarilla que representa los que han abandonado un cargo en el pasado se agrupan en los puntajes más altos.

Tabla 5. Evaluación de la pregunta, ¿Está considerando dejar su cargo actual debido a Distrés Moral? Y puntaje en la escala MMD-HP.

¿Está considerando dejar su cargo actual debido a Distrés Moral?	Puntaje total Escala Distrés Moral								p
	<100		101 a 200		201 ó más		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
No	22	21,8	22	21,7	7	6,9	51	50,4	0,0001
Si	6	5,9	23	22,9	21	20,8	50	49,6	
Total	28	27,7	45	44,6	28	27,7	101	100	

En la tabla 5 se muestra el deseo de abandonar el actual puesto de trabajo y su relación con el nivel de Distrés Moral. 50,4% respondió que no desea abandonar su cargo actual, en

contraste 49,6% de los encuestados manifiestan su deseo de abandonar el actual cargo desempeñado motivados por el Distrés Moral, con una tendencia significativa desde el punto de vista estadístico. Ésto se evidencia mejor en la figura 4.

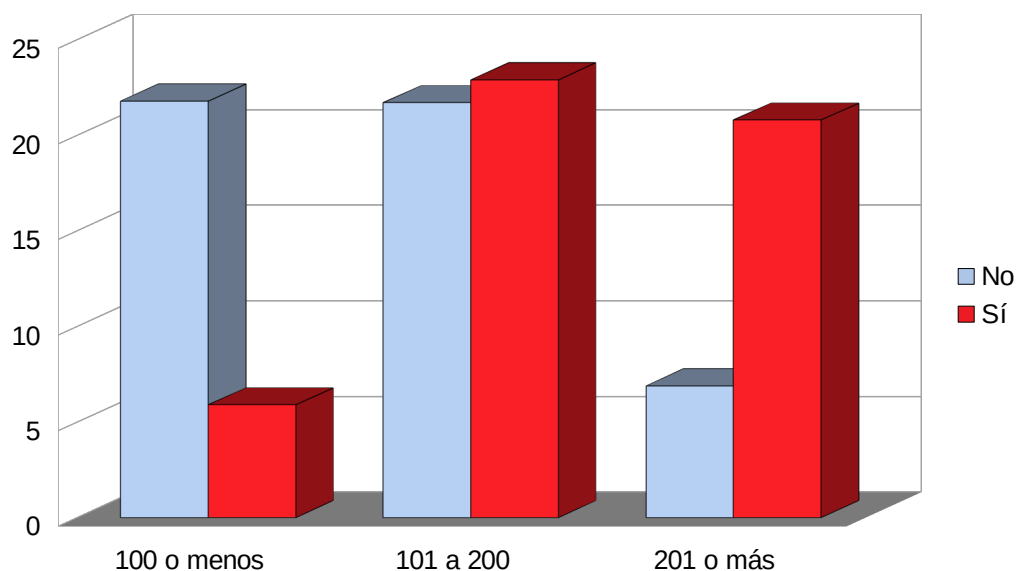


Figura 4. Deseo de abandonar el actual puesto de trabajo y puntaje en la escala de Distrés Moral.

La barra roja que representa la opción positiva a la pregunta: ¿Está considerando dejar su cargo actual debido a Distrés Moral? Aumenta significativamente a medida que también aumenta también el puntaje total en la escala de Distrés Moral hasta hacerse francamente dominante.

Tabla 6. ¿Ha sentido el deseo de no asistir al trabajo debido al Distrés Moral? Y puntaje total en la escala MMD-HP.

¿Ha sentido el deseo de no asistir a su trabajo debido al distrés moral?	Puntaje total Escala Distrés Moral									p
	<100		101 a 200		201 ó más		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
No	18	17,8	12	11,9	0	0	30	29,7		
Si	10	9,9	33	32,7	28	27,7	71	70,3	0,0001	
Total	28	27,7	45	44,6	28	27,7	101	100		

La pregunta de la Tabla 6 no forma parte del cuestionario MMD-HP y fue incluida por el equipo de investigadores con la finalidad de poner en evidencia la intención o el deseo de no asistir a trabajar en un momento determinado motivado por el Distrés Moral. Se observa que 70,3% de los encuestados han sentido el deseo de no asistir al trabajo en un momento específico debido a alguna situación que les cause Distrés Moral. Con una tendencia significativa desde el punto de vista estadístico de que a mayor puntaje en la escala MMD-HP mayor porcentaje de profesionales manifiesta éste deseo. (figura 5)

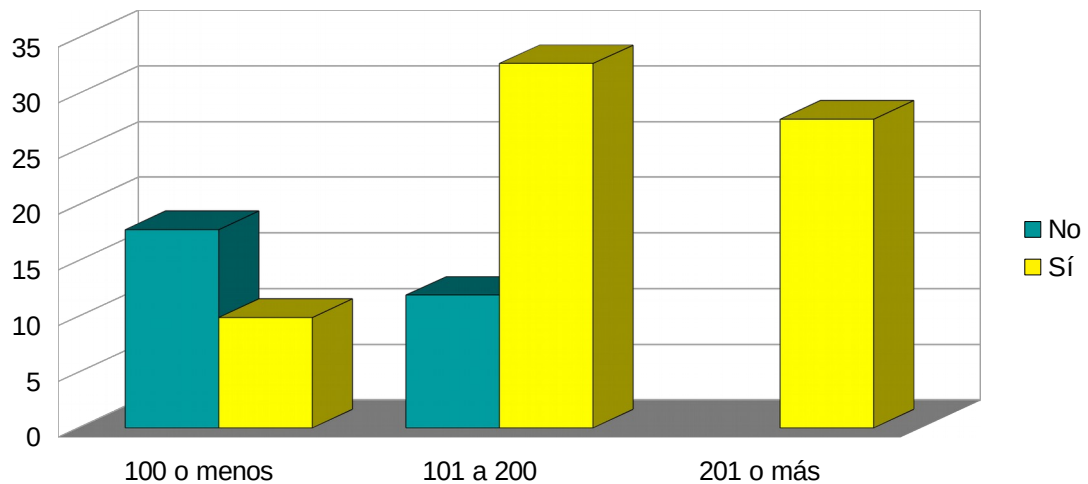


Figura 5. ¿Ha sentido el deseo de no asistir al trabajo debido al Distrés Moral?

La barra amarilla que que ejemplifica la opción positiva a la pregunta planteada aumenta hasta hacerse dominante a medida que aumenta el nivel o la severidad del Distrés Moral.

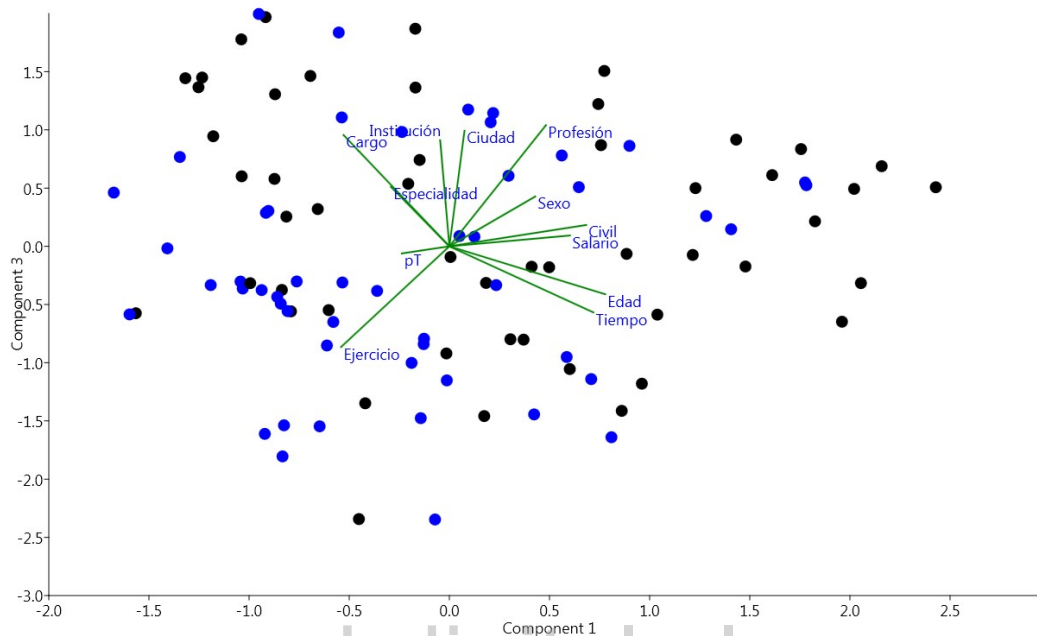


Figura 6. Análisis de componentes demográficos principales para los factores de riesgo de la intención de abandono laboral. Los casos se identifican con puntos azules. Se muestran los vectores para cada grupo de variables y la dispersión de las casos entre cada una de las variables evaluadas.

En la Figura anterior se muestran las características demográficas de la población y el deseo de abandonar el actual cargo de trabajo. Los puntos azules representan los casos, es decir aquellos participantes que manifestaron el deseo de abandonar el cargo laboral actual. Al analizar el gráfico los puntos azules no se agrupan en ningún eje específico, lo que sugiere que las características demográficas por sí solas no son determinantes en el deseo de renunciar al actual puesto clínico desempeñado. (anexo tabla de características demográficas y el deseo de abandonar el actual puesto laboral)

Tabla 7. Análisis de regresión logística binaria para los factores de riesgo de la intensión de abandono laboral.

Variable	Exp (B)	IC 95%	Valor de p
Tiempo de ejercicio	0,47	(0,19 - 1,18)	0,11
Salario	1,49	(0,55 - 4,04)	0,431
Edad	1,32	(0,51 - 3,45)	0,57
Sexo (femenino)	1,84	(0,45 - 7,51)	0,393
Estado civil (divorciado)	0,63	(0,01 - 26,71)	0,81
Profesión (licenciado)	3,96	(0,24 - 65,05)	0,335
Cargo (especialista)	3,71	(0,62 - 22,32)	0,153
Especialidad (anestesiología)	5,9	(0,09 - 366,69)	0,4
Especialidad (neumonología)	5,96	(0,13 - 275,58)	0,361

Exp (β): indicador de riesgo. IC 95%: intervalo de confianza al 95%. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

La tabla 7 muestra el indicador de riesgo (exponente β) para las condiciones demográficas principales, se pone en evidencia que de las características evaluadas no hay una que sea determinante desde el punto de vista estadístico para el desarrollo de Distrés Moral.

En la Tabla 8 se agrupan algunas de las características demográficas de mayor relevancia en estudios previos separadas por profesión (Médicos y Enfermeros Intensivistas) y su relación con deseo de dejar un cargo clínico o el haber dejado un cargo en el pasado a causa del Distrés Moral.

Tabla 8. ¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral? Y tiempo de ejercicio en Terapia Intensiva discriminado por profesión.

Profesión	Tiempo de ejercicio en la terapia intensiva	¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral?								p
		No, nunca he considerado irme o dejar un cargo		Sí, consideré irme pero no lo hice		Sí, he dejado un trabajo por esa razón		Total		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Enfermería	<5 años	7	14,2	10	20,5	6	12,2	23	46,9	0,8
	5,1 a 10 años	3	6,2	6	12,2	1	2,0	10	20,4	
	10,1 a 20 años	2	4,1	6	12,2	2	4,1	10	20,4	
	20,1 ó más	1	2,0	3	6,2	2	4,1	6	12,3	
Total		13	26,5	25	51,1	11	22,4	49	100	
Médicos	<5 años	5	9,7	11	21,2	7	13,5	23	44,4	0,8
	5,1 a 10 años	2	3,8	3	5,7	2	3,8	7	13,3	
	10,1 a 20 años	3	5,7	7	13,5	3	5,7	13	24,9	
	20,1 ó más	4	7,7	4	7,7	1	1,9	9	17,4	
Total		14	26,9	25	48,1	13	25	52	100	

No hubo resultados significativos desde el punto de vista estadístico para Médicos y Enfermeros entre la intención de abandonar el puesto de trabajo o haber dejado un puesto en el pasado y el tiempo de ejercicio en la terapia intensiva, ambos grupos con una $p=0,8$.

Tabla 9. ¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral? Y tiempo de ejercicio en Terapia Intensiva discriminado por profesión.

Profesión	Tiempo de ejercicio en la terapia intensiva	¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral?						p
		No		Si		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Enfermería	<5 años	7	14,2	16	32,6	23	46,8	0,1
	5,1 a 10 años	3	6,2	7	14,3	10	20,5	
	10,1 a 20 años	7	14,3	3	6,2	10	20,5	
	20,1 ó más	2	4,1	4	8,1	6	12,2	
Total		19	38,8	30	61,2	49	100	
Médicos	<5 años	12	23,1	11	21,2	23	44,3	0,08
	5,1 a 10 años	6	11,5	1	1,9	7	13,4	
	10,1 a 20 años	6	11,5	7	13,5	13	25	
	20,1 ó más	8	15,4	1	1,9	9	17,3	
Total		32	61,5	20	38,5	52	100	

El personal Médico mostró una tendencia que no alcanza a ser significativa desde el punto de vista estadístico donde los médicos con menos tiempo de ejercicio en UCI, representado por 21,2%, manifiestan su deseo de abandonar el actual cargo clínico desempeñado, motivados por el Distrés Moral ($p=0,08$). Es de notar que 32,6% del personal de Enfermería con 5 años o menos de servicio desea abandonar su actual cargo por la misma razón.

La tabla 10 muestra las posibles diferencias entre especialistas y personal en etapa de formación (residentes) en la Terapia Intensiva discriminado por profesión (Médicos y Enfermeros) y el deseo de abandonar un cargo clínico o el hecho de haber abandonado un cargo en el pasado.

Tabla 10. ¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral? Discriminado por cargo y profesión.

		¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a Distrés Moral?								
Profesión	Cargo	No, nunca he considerado irme o dejar un cargo		Sí, consideré irme pero no lo hice		Sí, he dejado un trabajo por esa razón		Total		p
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
		Enfermería	Especialista	11	22,4	22	44,9	9	18,3	
	Residente	2	4,1	3	6,2	2	4,1	7	14,4	
Total		13	26,5	25	51,1	11	22,4	49	100	
Médicos	Especialista	11	21,2	19	36,6	8	15,4	38	73,2	0,5
	Residente	3	5,7	6	11,5	5	9,6	14	26,8	
Total		14	26,9	25	48,1	13	25	52	100	

Es de notar que 44,9% de los Enfermeros y 36,6% de los Médicos Intensivistas han considerado abandonar un cargo clínico debido al Distrés Moral. Además 18,3% de los enfermeros y 15,4% de los Médicos manifestaron que han abandonado un cargo en el pasado motivados por el Distrés Moral.

Tabla 11. ¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral? Discriminado por cargo y profesión.

Profesión	Cargo	¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral?						P
		No		Si		Total		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Enfermería	Especialista	15	30,7	27	55,1	42	85,8	0,2
	Residente	4	8,1	3	6,1	17	14,2	
Total		19	38,8	30	61,2	49	100	
Médicos	Especialista	22	42,3	16	30,8	38	73,1	0,3
	Residente	10	19,2	4	7,7	14	26,9	
Total		32	61,5	20	38,5	52	100	

Se muestran las diferencias entre el personal de enfermería y medicina discriminados según el cargo desempeñado y el deseo de abandonar el actual puesto de trabajo motivados por el Distrés Moral. La mayoría de los Enfermeros Intensivistas representado por 55,1% y 30,8% de los Médicos especialistas manifestaron su deseo de abandonar el actual cargo desempeñado. El personal en formación (Residentes) demostró una distribución similar en ambas categorías sin predominio de alguna de ellas.

Tabla 12. Evaluación de las correlaciones de las diferentes dimensiones que componen las raíces de Distrés Moral.

Dimensiones	Total	Situación clínica	Restricciones internas	Restricciones externas
Total	R ²	0,887	0,57	0,906
Situación clínica	R ²	0,888	0,386	0,693
Restricciones internas	R ²	0,57	0,386	0,444
Restricciones externas	R ²	0,907	0,693	0,444

La significancia estadística se evaluó a determinando el Coeficiente de correlación de Pearson. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se obtuvo un valor de $p=0,0001$ en todas las correlaciones.

La correlación de los diferentes ámbitos que integran las raíces del Distrés Moral (Abordados con preguntas específicas que forman parte de la escala MMD-HP) se realizó a través del Coeficiente de Pearson los resultados de R² mayores o iguales a 0,7 son significativos. El ámbito más influyente a la hora de sumar al puntaje total en ésta muestra fue el correspondiente a las Restricciones Externas con un R² de 0,906. En segundo lugar en relación al total se encuentra la Situación Clínica con un R² de 0,887.

Para determinar la utilidad de la escala MMD-HP en la población de estudio se realizó una Curva ROC cuyos resultados se muestran en la figura 7.

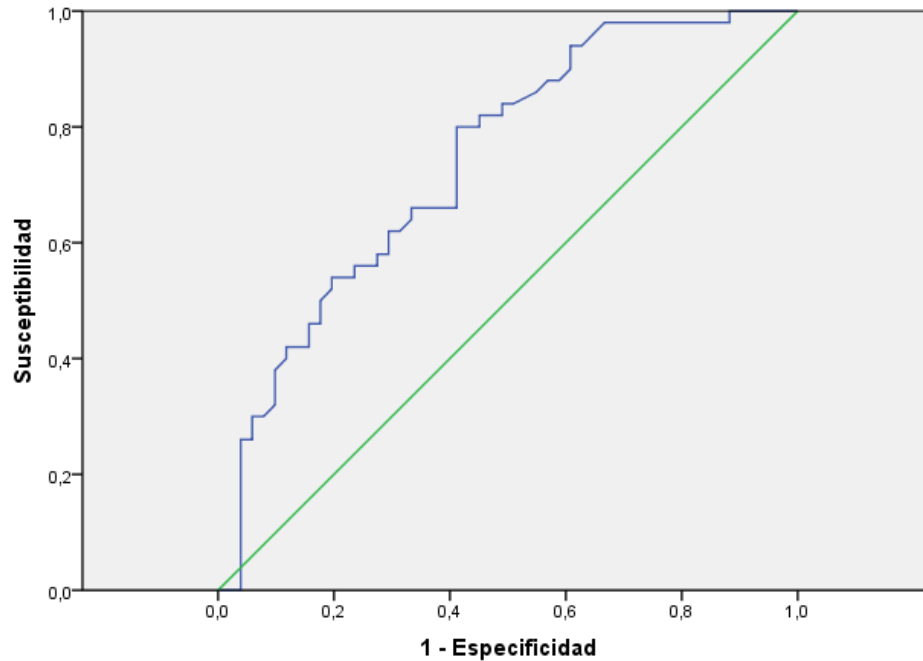


Figura 7. Curva operador-receptor (ROC) para la evaluación de los valores del puntaje de la escala MMD-HP distribuidos de forma diferencial entre los casos con intención de abandono laboral.

Se obtuvo un área bajo la curva de 0,741 (IC95%: 0,645– 0,837) (valor de $p=0,0001$). La evaluación del índice de Youden permitió establecer un valor de 130 puntos en la escala MMD-HP que fue tomado como punto de corte para la discriminación de los casos con deseo de abandonar el cargo laboral actual.

Tabla 13. Evaluación de los parámetros de Validez y Seguridad de la capacidad predictiva del puntaje de la escala MMD-HP para discriminar los casos con intención de abandono laboral.

Parámetro	Valor en porcentaje (IC95%)
Sensibilidad	80 (66 - 90)
Especificidad	55 (40 - 69)
Valor predictivo positivo	64 (50 - 75)
Valor predictivo negativo	74 (57 - 87)

(IC95%: intervalo de confianza del 95%)

La tabla de contingencia se evaluó a través de la prueba Chi cuadrado, se obtuvo un valor de $p=0,0006$ para el punto de corte en un valor de 130. Al establecer un punto de corte de 130 puntos en la escala MMD-HP, las personas que obtienen valores iguales o superiores a éste punto tienen la intención de abandonar el cargo, con una sensibilidad de 80% y un valor predictivo negativo de 74.

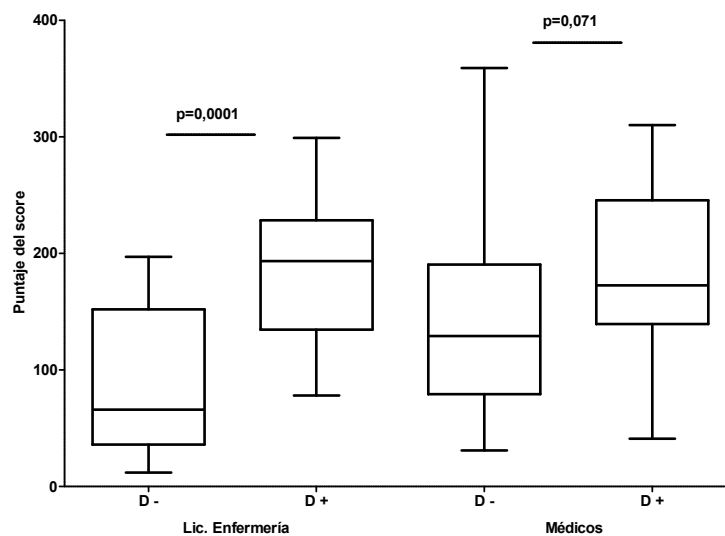


Figura 8. Capacidad de discriminación entre Personal con Distrés Moral y sin Distrés Moral.

En la figura 8 se evidencia la capacidad para discriminar entre aquellos enfermeros con Distrés Moral y aquellos que no tiene Distrés Moral utilizando la escala MMD-HP, del mismo modo se muestra la capacidad de discriminación en el personal Médico con y sin Distrés Moral.

www.bdigital.ula.ve

◆ DISCUSIÓN

El Distrés Moral es la impotencia, rabia y frustración que los Intensivistas y otros profesionales de salud experimentan cuando son incapaces de actuar bajo sus estándares Morales y Éticos¹². Es un campo de investigación en auge en los últimos años¹ con gran interés en los diferentes ámbitos de la atención en salud, y en especial en las Unidades de Cuidados Intensivos¹⁷. En Venezuela no hay, hasta la fecha estudios en ésta materia. La presente investigación se trata del primer intento conocido para hacer un diagnóstico de la situación del Distrés Moral en Médicos y Enfermeros Intensivistas en el país, de determinar la prevalencia y posibles consecuencias de éste evento.

Para la determinación de la situación del Distrés Moral se utilizó un instrumento tipo encuesta, de muy reciente desarrollo e introducción, la escala MMD-HP³⁵ creada para medir al nivel de Distrés Moral en todos los profesionales de salud. De ésta manera la presente investigación además de ser pionera en éste campo de conocimiento en Venezuela, es también una de las primeras en utilizar éste novedoso instrumento de medición.

Los resultados de éste estudio revelaron una población joven de Médicos y Enfermeros que se desempeñan en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos de Venezuela. 62,3% de los profesionales pertenecen al grupo etario de menos de 40 años al momento del estudio y de éstos 20,7% tienen 30 o menos años. En contraste, otras investigaciones como el estudio realizado por Dodek *et al* (2016)¹² en una población de 639 profesionales la edad promedio fue de 41 años para enfermeros y de 47 años Médicos Intensivistas, también en el trabajo realizado por Lamiani *et al* (2017)¹ 55% de los Enfermeros y 37% de los médicos tenían más de 41 años al momento y en un posterior estudio del mismo autor en otra población de

intensivistas Lamiani *et al* (2018)³⁶ determinaron que la edad promedio de médicos fue de 45 años. Es de notar que Venezuela, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)³⁷ posee una población joven con predominio de los grupos etarios de 25 a 35 años, por tanto es probable que ésta característica le confiera particularidades demográficas especiales. Ésto a criterio del autor puede ser una ventaja, se trata de fuerza laboral joven y altamente calificada.

Hubo predominio del género femenino (68,3%) en ambas profesiones, ésto es más marcado en el personal de enfermería, una distribución similar fue revelada por Asayesh *et al* (2018)¹⁰, Schafer *et al* (2017)⁸ y Hiler *et al* (2018)¹⁶ quienes demuestran en sus investigaciones una población de predominio femenino que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos.

La mayoría de los médicos refirió ejercer su profesión de forma mixta (trabajar en el sector público y privado) éstos resultados se pueden comparar con los de Galvan *et al* (2014)³⁸ en Argentina donde el 50% de los médicos trabajan de forma similar. Sin embargo, ésto predispone a los médicos a más horas laborales y jornadas de trabajo extendidas de hasta 36 horas o más, ésto se asocia con mayor riesgo de desarrollar trastornos de sueño, malestar emocional y Burnout^{39,40} todas éstas situaciones están relacionadas al riesgo de desarrollar Distrés Moral.

De los datos recolectados se pone en evidencia que 45,6% de los participantes Médicos y Enfermeros tiene para el momento 5 años o menos de ejercicio profesional en la Terapia Intensiva. Éstos datos contrastan con los de Altaker *et al*(2018)⁴¹ donde el personal de enfermería evaluado tenía al menos 12 años de experiencia laboral y 8 años en promedio en la UCI, además difiere de los resultados de Sheno *et al* (2018)³³ con 69% de los Médicos

con más de diez años de ejercicio en Terapia Intensiva y con los de Tawfik *et al* (2017)³² donde 59,9% de los profesionales tenían al menos 11 años de experiencia en la UCI y los de Hamric *et al* (2018)³⁵ donde el promedio fue de 14 años de experiencia laboral en cuidados intensivos. De nuevo se refleja una población joven de Enfermeros y Médicos Intensivistas en el país.

En general hubo altos puntajes en la escala de Distrés Moral. 72,2% de los resultados son superiores a 100 puntos y los ubica en las categorías de Distrés Moral moderado y severo. Estos resultados son superiores a los referidos por Larson *et al* (2017)⁹ quienes encontraron una prevalencia de 58% de Distrés Moral moderado y severo, del mismo modo también superiores al 57.2% referido por Altaker *et al* (2018)⁴¹ en una muestra conformada en su totalidad por Enfermos Intensivistas y al 48,4% demostrado por Fumis *et al* (2017)² en Médicos y Enfermeros Intensivistas.

Se pone en evidencia una fuerte prevalencia de Distrés Moral entre los profesionales encuestados, esto quizá en relación con características propias del ambiente laboral, situación y estructura del sistema de salud del país, que posiblemente favorezcan el contacto con situaciones que generen malestar emocional.

El personal Médico obtuvo puntajes ligeramente superiores al personal de enfermería en las categorías de Distrés Moral moderado (23,8% vs 20,9%) y severo (14,8% vs 12,8%) respectivamente. Estos resultados contrastan con estudios previos como los de Lamiani *et al* (2017)¹, Dodek *et al* (2016)¹² y Trautmann *et al* (2015)⁴² quienes muestran de forma concreta y consistente mayores puntajes en el personal de Enfermería que en Médicos. Varios estudios han relacionado la posición del Médico que se ve envuelto en la toma de decisiones constante en relación a pacientes de alta complejidad como causa de Distrés

Moral^{11,12} además a ésta situación se le suma que en el país existe hoy en día una crisis de salud con grandes carencias en recursos de manejo y las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos no escapan de ésta realidad⁴³⁻⁴⁶. Ésto puede ser un factor adicional que suma al origen del Distrés Moral en el personal Médico al tener que tomar decisiones en un ambiente con grandes limitaciones externas y tratar de ajustar lo mejor posible los protocolos de manejo y tratamiento a la realidad actual del país no siempre con los mejores resultados^{10,47,48}.

Algunos estudios revelan que la edad puede ser crucial para el desarrollo de Distrés Moral. De forma consistente en la presente investigación el grupo etario de profesionales más jóvenes obtuvo mayores puntajes en la escala MMD-HP, en consonancia con los resultados expuestos por Borhani *et al* (2014)⁴⁹ y Hiler *et al* (2018)¹⁶. Es probable que la juventud contribuya a sufrir de Distrés Moral quizá en relación con el no haber desarrollado aún suficientes mecanismos de resiliencia y adaptación⁵⁰⁻⁵².

Hubo una tendencia de la población de género femenino a obtener mayores resultados en la escala de Distrés Moral sin embargo no llega a ser significativo desde el punto de vista estadístico y nuestra población de estudio es de predominio femenino lo que puede significar un sesgo de los resultados.

La mayoría de los participantes del estudio (53,7%) resultaron solteros al momento de llenar la encuesta, ésto contrasta con investigaciones como la de Kwiatosz-Muc *et al* (2017)⁴⁷ donde 70,5% de los profesionales encuestados refirieron estar casados y el trabajo de Sannino *et al* (2015)⁵³ con 75% de los participantes en igual condición. Algunos estudios asocian el estar casado, tener familia y pareja establecida como un factor que podría mitigar los efectos negativos del ambiente laboral incluyendo el Distrés Moral^{7,16,54}, quizá ésto

explica en forma parcial la tendencia de la población estudiada a tener mayor prevalencia de Distrés Moral con una ligera tendencia en los solteros a manifestar Distrés Moral severo. Los que refirieron ser especialistas son el grupo con mayor prevalencia de Distrés Moral en comparación con los residentes. El 55,5% de los especialistas (médicos y enfermeros) está incluido en las categorías de Distrés Moral moderado y severo. Llama la atención éste comportamiento, ya que ellos son los que tienen más tiempo de ejercicio en la Terapia Intensiva. Ésto evoca el posible efecto crescendo demostrado por Epstein *et al* (2009)⁵⁵ y por Dodek *et al* (2016)¹². En sus investigaciones hubo una relación entre los años de servicio y el nivel de Distrés Moral. A mayor tiempo de ejercicio en la Terapia Intensiva, mayor puntaje de Distrés Moral y todas sus consecuencias¹².

Sin embargo, en éste trabajo el personal con menos tiempo de ejercicio profesional en la terapia intensiva mostró niveles mayores de Distrés Moral, lo que deja una duda, una suerte de vacío en la teoría del efecto crescendo. Ésto quizá esté influenciado por la gran cantidad de personal joven y por el hecho de que el postgrado de terapia Intensiva para médicos y enfermeros, dura 2 años en el país, lo que garantiza que haya especialistas en ejercicio con menos de 5 años de experiencia en terapia intensiva que puedan solapar los resultados.

El salario no fue determinante para el puntaje final de Distrés Moral reflejado en el estudio. Se teorizaba por parte del equipo investigación que una baja remuneración salarial podría ser vista como un desprecio a la capacidad, calidad profesional y alta especialización del personal y podría influir en el desarrollo de Distrés Moral al percibirlo como una descalificación por parte de los directivos. Sin embargo, no hubo relación estadística entre éstas dos variables. Del mismo modo la procedencia y el hospital donde se trabaja (anexo),

no son significativos desde el punto de vista estadístico en el resultado final de la encuesta MMD-HP.

A medida que aumenta el puntaje de Distrés Moral se evidencia una tendencia creciente en el deseo de abandonar un puesto de trabajo, 45,8% de los profesionales encuestados en éste estudio manifestaron su deseo abandonar un cargo clínico debido al Distrés Moral y de éstos 39,7% son diagnosticados con Distrés Moral moderado y severo. No hubo diferencias significativas a ésta interrogante entre médicos y enfermeros (tabla 7). Además, 23,7% de los encuestados manifestó haber abandonado un cargo clínico en el pasado motivados por el Distrés Moral. Resultados consistentes con los descritos por Dodek *et al* (2016)¹² donde 52% de los enfermeros y 26,6% de los médicos que obtuvieron un puntaje superior a 100 puntos manifestaron su deseo de abandonar un cargo clínico o haber abandonado un cargo en el pasado.

En la presente investigación al interrogar el deseo de abandonar el actual puesto de trabajo se obtuvo que a mayor puntaje en la encuesta mayor intención de abandonar el actual cargo laboral (figura 4) con una fuerte asociación estadística ($p \leq 0,0001$). Resultados similares son evidenciados por Dyo *et al* (2016)⁵⁶, Dodek *et al* (2016)¹¹ quienes en sus respectivos estudios demostraron una asociación similar.

Las características demográficas de la población no influyeron en el deseo de abandonar el puesto de trabajo actual (figura 6). Tampoco hubo resultados significativos desde el punto de vista estadístico entre la intención de abandonar un puesto de trabajo o haber abandonado un puesto laboral en el pasado o el deseo de abandonar el actual puesto de trabajo y características como; tiempo de ejercicio en la terapia intensiva discriminado por profesión (Médicos y Enfermeros Intensivistas) y cargo desempeñado (especialista o

residente) también discriminado por profesión. Ésto resalta la influencia del Distrés Moral en ésta decisión, a mayor Distrés Moral mayor deseo de abandono de un puesto de trabajo, más profesionales han abandonado cargos en el pasado y mayor deseo de abandonar el actual puesto laboral.

Ésto es una situación preocupante y debería ser una alarma para la administración sanitaria ya que el abandono laboral ó el trabajar con altos niveles de Distrés Moral podría poner en riesgo el sistema de salud. Con el consecuente deterioro en la atención final del paciente⁷.

En la búsqueda de las causas de Distrés Moral en la población de estudio se hizo una correlación entre los diferentes ámbitos referidos como causantes de Distrés Moral, tomando como guía aquellas “raíces” descritas por Hamric *et al* (2012)³. Se agruparon las preguntas del cuestionario MMD-HP según se consideraran restricciones externas, internas o relacionadas con la situación clínica. Posteriormente se realizó un análisis de correlación de Pearson. En la presente investigación resalta que el grupo que engloba las preguntas pertenecientes a restricciones externas tienen una fuerte correlación al usar el coeficiente de correlación de Pearson con una R^2 de 0,9 seguido por el ámbito de la situación clínica con una R^2 0,88. De forma similar los estudios de Lamiani *et al* (2016) y de Hamric *et al* (2018)³⁵ relacionan situaciones “externas” al individuo con una fuerte correlación en el origen del Distrés Moral. Se refuerza que el Distrés Moral aparece en un ambiente restrictivo que impide trabajar y desenvolverse según el núcleo ético y de valores fundamentales de la persona⁵⁷⁻⁵⁹.

En ésta investigación se pone en evidencia la utilidad de ésta escala MMD-HP como diagnóstico de Distrés Moral en la población de estudio. Al analizar la curva ROC se evidencia un área bajo la curva de 0.741 y al generar un punto de corte para la población

estudiada de 130 y analizar el poder de discriminación del instrumento se obtiene una sensibilidad del 80% y una especificidad del 55% y un valor predictivo negativo de 74% para discriminar aquellos casos que desean abandonar el puesto de trabajo actual motivados por los niveles de Distrés Moral.

La escala MMD-HP tiene un alto poder de discriminación y diagnóstico de Distrés Moral en el personal estudiado que es más evidente en Enfermeros (figura 8).

www.bdigital.ula.ve

◆ CONCLUSIONES

1. Existe una población profesional relativamente joven de Médicos y Enfermeros Intensivistas en Venezuela.
2. Hay una alta prevalencia de Distrés Moral moderado y severo en los Médicos y Enfermeros Intensivistas Venezolanos.
3. Los profesionales más jóvenes tienen la tendencia a mayor prevalencia de Distrés Moral.
4. Las características demográficas no fueron determinantes en el deseo de abandonar el puesto de trabajo.
5. Un amplio porcentaje de la población ha abandonado un cargo clínico en el pasado motivado por el Distrés Moral.
6. Hay una fuerte correlación entre altos puntajes en la escala MMD-HP y el deseo de abandonar el puesto laboral actual.
7. Los especialistas en Terapia Intensiva tienen mayor Distrés Moral que los residentes.
8. Trabajar en un ambiente con restricciones externas es determinante en el desarrollo de Distrés Moral.
9. La escala MMD-HP es útil para medir la prevalencia de Distrés Moral en la población de profesionales de salud en Venezuela.

◆ **RECOMENDACIONES**

1. Educar al personal en materia de Distrés Moral, para que sea capaz de identificar las situaciones que lo originen y actuar de forma oportuna para evitar sus consecuencias.
2. Favorecer el desarrollo de mecanismos de resiliencia en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos del país.
3. Promover que el personal que labora en las Unidades de Cuidados Intensivos realice actividades de crecimiento personal como hobbies y pasatiempos constructivos.
4. Mejorar la comunicación entre el personal que labora en la terapia Intensiva.
5. Realizar estudios posteriores que permitan ampliar la población estudiada.

www.bdigital.ula.ve

◆ **LIMITACIONES**

1. No se contó con un comité de expertos en la materia que permitiera hacer la categorización de las preguntas de la encuesta MMD-HP según el ámbito al que pertenecen.
2. No hay otros estudios usando la escala MMD-HP para comparar el comportamiento de la población estudiada.
3. Hubo un sesgo poblacional al tener una población de predominio femenino y con predominio de especialistas.
4. Falta de conocimiento de la materia por parte del personal encuestado.
5. Tiempo para distribuir y esperar la respuesta de los cuestionarios.

www.bdigital.ula.ve

◆ BIBLIOGRAFÍA

1. 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;45:430-7.
2. 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* [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2018];7. Disponible en: <http://annalsofintensivecare.springeropen.com/articles/10.1186/s13613-017-0293-2>
3. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Prim Res.* 2012;3:1-9.
4. Allen R, Judkins-Cohn T, deVelasco R, Forges E, Lee R, Clark L, et al. Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System: JONA'S Healthc Law Ethics Regul. 2013;15:111-8.
5. Oliver D. David Oliver: Moral distress in hospital doctors. *BMJ.* 2018;k1333.
6. Andrew Jameton,. *Nursing Practice: The Ethical Issues* [Internet]. ilustrada. la Universidad de Michigan: Prentice-Hall; 1984. 331 p. (Prentice-Hall series in the philosophy of medicine.). Disponible en: <https://books.google.co.ve/books?id=whFtAAAAMAAJ>
7. 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:e48-57.
8. Schaefer R, Zoboli EL, Vieira MM. Psychometric evaluation of the Moral Distress Risk Scale: A methodological study. *Nurs Ethics.* 2017;096973301770734.
9. 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:e318-26.
10. Asayesh H, Mosavi M, Abdi M, Masoud MP, Jodaki K. The relationship between futile care perception and moral distress among intensive care unit nurses. 2018;6.
11. de Bock BA, Willems DL, Weinstein HC. Complexity perspectives on clinical decision making in an intensive care unit. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2017 [citado 29 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jep.12794>

12. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016;31:178-82.
13. Lamiani G, Dordoni P, Argentero P. Value congruence and depressive symptoms among critical care clinicians: The mediating role of moral distress. *Stress Health*. 2018;34:135-42.
14. Connie M. Ulrich, Ann B. Hamric, Christine Grady. Moral Distress: A Growing Problem in the Health Professions? *Hastings Cent Rep*. 2010;40:20-2.
15. Dalmolin G de L, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS da. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22:35-42.
16. Hiler CA, Hickman RL, Reimer AP, Wilson K. Predictors of Moral Distress in a US Sample of Critical Care Nurses. *Am J Crit Care*. 2018;27:59-66.
17. Anderson-Shaw L. Do We Need Another “Moral Distress in the ICU” Study?*: *Crit Care Med*. 2017;45:561-2.
18. Corley MC, Elswick RK, RN MG, RN TC. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001;7.
19. Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Identification of risk factors for moral distress in nurses: basis for the development of a new assessment tool. *Nurs Inq*. 2016;23:346-57.
20. Fachini JS, Scrigni AV, Lima R de CGS. Sofrimento moral de trabalhadores de uma UTI pediátrica. *Rev Bioét*. 2017;25:111-22.
21. Abbasi M, nejdasarvari N, kiani M, Borhani F, Rasouli H, Bazmi shabnam. Moral Distress in Physicians Practicing in Hospitals Affiliated to Medical Sciences Universities. *Iran Red Crescent Med J [Internet]*. 2014 [citado 29 de marzo de 2018];16. Disponible en: <http://ircmj.com/en/articles/16341.html>
22. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral Distress Among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey: Moral Distress. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47:117-25.
23. Jameton A. *Nursing practice : the ethical issues [Internet]*. 1984. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=whFtAAAAMAAJ>
24. Peter E, Mohammed S, Simmonds A. Narratives of aggressive care: Knowledge, time, and responsibility. *Nurs Ethics*. 2014;21:461-72.

25. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2017;096973301772435.
26. Hamric AB. A Case Study of Moral Distress: *J Hosp Palliat Nurs*. 2014;16:457-63.
27. Point: Moral Distress Can Indicate Inappropriate Care at End-Of-Life. *Psychooncology* [Internet]. 2018 [citado 29 de abril de 2018]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.4713>
28. Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A Broader Understanding of Moral Distress. *Am J Bioeth*. 2016;16:2-9.
29. Avramova YR, Inbar Y. Emotion and moral judgment: Emotion and moral judgment. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2013;4:169-78.
30. Thorne S, Konikoff L, Brown H, Albersheim S. Navigating the Dangerous Terrain of Moral Distress: Understanding Response Patterns in the NICU. *Qual Health Res*. 2018;28:683-701.
31. Epstein EG, Hamric AB. Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. 2013;21.
32. Tawfik DS, Sexton JB, Kan P, Sharek PJ, Nisbet CC, Rigdon J, et al. Burnout in the neonatal intensive care unit and its relation to healthcare-associated infections. *J Perinatol*. 2017;37:315-20.
33. Sheno AN, Kalyanaraman M, Pillai A, Raghava PS, Day S. Burnout and Psychological Distress Among Pediatric Critical Care Physicians in the United States*: *Crit Care Med*. 2018;46:116-22.
34. Surani S, Guntupalli K, Wachtel S, Mallampalli A. Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian J Crit Care Med*. 2014;18:139.
35. Hamric A, Whitehead P, Prompahakul C, Epstein B. Updating and Refining a Measure for Moral Distress: Introducing the Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals (MMD-HP). 2018;1.
36. Lamiani G, Ciconali M, Argentero P, Vegni E. Clinicians' moral distress and family satisfaction in the intensive care unit. *J Health Psychol*. 2018;135910531878193.
37. Proyecciones de Población [Internet]. [citado 6 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=98&Itemid=51

38. Galván DME, Vassallo DJC, Rodríguez DSP, Otero DP, Montonati DMM, Cardigni DG, et al. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. :8.
39. Chuang C-H, Tseng P-C, Lin C-Y, Lin K-H, Chen Y-Y. Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e5629.
40. Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E, Baumstarck-Barrau K, Forel J-M, Kentish-Barnes N, et al. Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann Intensive Care*. 2012;2:34.
41. Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships Among Palliative Care, Ethical Climate, Empowerment, and Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses. *Am J Crit Care*. 2018;27:295-302.
42. Trautmann J. Moral Distress: Recognition, Diagnosis, and Treatment. *J Infus Nurs*. 2015;38:285-9.
43. Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. PRONUNCIAMIENTO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO ANTE LA CRISIS HUMANITARIA DE SALUD EN NUESTRO PAÍS. 2017;15:68-9.
44. López DY. Dra. Maritza Durán Presidente SVMI [Internet]. 2016 [citado 13 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://svmi.web.ve/wh/documentos/comunicado-SVMI-febrero-2016.pdf>
45. Roa AC. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 10 de octubre de 2018];34. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305003&lng=es&tlng=es
46. Germán González M. La crisis del Sistema de Salud en Venezuela. *RevSalusUC*. 2018;22:6-7.
47. Kwiatosz-Muc M, Fijałkowska-Nestorowicz A, Fijałkowska M, Aftyka A, Kowalczyk M. Stress prevalence and stressors among anaesthesiology and intensive care unit workers: A multicentre survey study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2017 [citado 6 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1036731417301984>
48. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. 2015;7.
49. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;8.

50. González-Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina JL. Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta Investig Psicológica*. 2013;3:941-55.
51. Lützén K, Ewalds-Kvist B. Moral Distress and its Interconnection with Moral Sensitivity and Moral Resilience: Viewed from the Philosophy of Viktor E. Frankl. *J Bioethical Inq*. 2013;10:317-24.
52. Rushton CH. Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Adv Crit Care*. 2016;27:111-9.
53. Sannino P, Gianni ML, Re LG, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *J Perinatol*. 2015;35:214-7.
54. Lachman VD. Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue. :1.
55. Epstein EG, Hamric AB. Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. 2013;21.
56. Dyo M, Kalowes P, Devries J. Moral distress and intention to leave: A comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;36:42-8.
57. 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;45:430-7.
58. Rodger D, Blackshaw B, Young A. Moral distress in healthcare assistants: a discussion with recommendations. *Nurs Ethics*. 2018;096973301879133.
59. Ko H-K, Chin C-C, Hsu M-T. Moral Distress Model Reconstructed Using Grounded Theory: *J Nurs Res*. 2016;1.

◆ ANEXOS

Anexo 1. Características demográficas y la intención de dejar su cargo laboral actual motivados por el Distrés Moral.

Edad	¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a Distrés Moral?						p
	No		Si		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<30	11	10,8	10	9,9	21	20,7	0,08
31 a 40	16	15,9	26	25,9	42	41,8	
41 a 50	10	9,9	3	2,9	13	12,8	
51 ó más	14	13,8	11	10,9	25	24,7	
Sexo							
Femenino	29	28,7	40	39,7	69	68,4	0,012
Masculino	22	21,7	10	9,9	32	31,6	
Estado Civil							
Casado	19	18,8	14	13,9	33	32,7	0,1
Divorciado	7	6,9	3	2,9	10	9,8	
Soltero	22	21,8	32	31,9	54	53,7	
Unión Estable	3	2,9	1	0,9	4	3,8	
Profesión							
Enfermeros	19	18,8	30	29,8	49	48,6	0,02
Médicos	32	31,6	20	19,8	52	51,4	
Cargo							
Especialista	37	36,6	43	42,7	80	79,3	0,09
Residente	14	13,8	7	6,9	21	20,7	

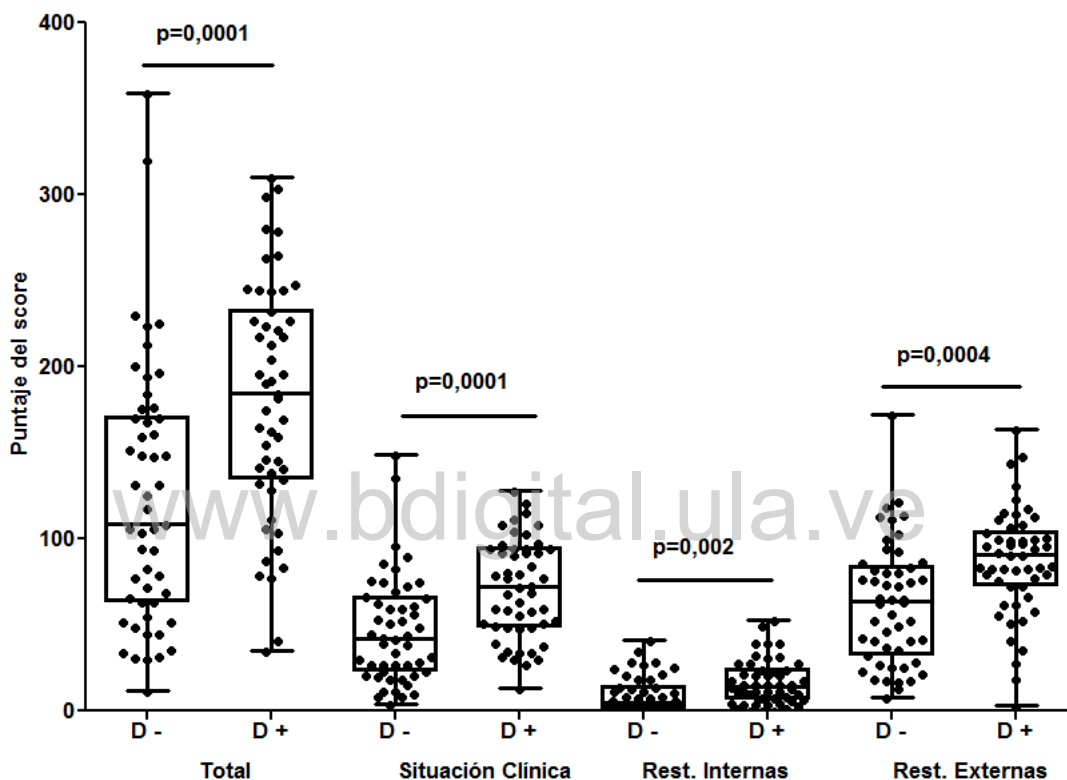
(continuación) **Anexo 1.** Características demográficas y la intención de dejar su cargo laboral actual motivados por el Distrés Moral.

Salario Promedio Mensual BsS	¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a distrés moral?						P
	No		Si		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<50	30	29,7	33	32,9	63	62,6	0,7
50,1–150	7	6,9	7	6,9	14	13,8	
150,1–500	8	7,9	7	6,9	15	14,8	
500,1 ó más	6	5,9	3	2,9	9	8,8	
Tipo de ejercicio profesional							
Mixta	24	23,7	22	21,8	46	45,5	0,05
Privada	5	4,9	0	0	5	4,9	
Pública	22	21,8	28	27,8	50	49,6	
Tiempo de ejercicio en la terapia intensiva							
<5 años	19	18,8	27	26,9	46	45,7	0,3
5,1 a 10 años	9	8,9	8	7,9	17	16,8	
10,1 a 20 años	13	12,8	10	9,9	23	22,7	
20,1 ó más	10	9,9	5	4,9	15	14,8	
Ciudad de trabajo							
Barcelona	0	0	3	2,9	3	2,9	0,2
Caracas	7	6,9	10	9,9	17	16,8	
Carúpano	2	1,9	0	0	2	1,9	
Guanare	1	0,9	1	0,9	2	1,9	
Maturín	1	0,9	3	2,9	4	3,8	
Mérida	39	38,9	33	32,9	72	71,8	
San Cristobal	1	0,9	0	0	1	0,9	

(continuación) **Anexo 1.** Características demográficas y la intención de dejar su cargo laboral actual motivados por el Distrés Moral.

Salario Promedio Mensual BsS	¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a distrés moral?						P
	No		Si		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Especialidad Adicional (49 médicos)							
Anestesiología	1	2,1	3	6,1	4	8,2	0,08
Emergenciología	1	2,1	0	0	1	2,1	
Ginecología	1	2,1	0	0	1	2,1	
Medicina Interna	15	30,6	5	10,1	20	40,7	
Medicina Ocupacional	1	2,1	0	0	1	2,1	
Nefrología	0	0	2	4,1	2	4,1	
Neumonología	1	2,1	4	8,1	5	10,2	
Obstetricia	1	2,1	0	0	1	2,1	
Pediatría	10	20,3	4	8,1	14	28,4	

Anexo 2. Indicadores del score en los sujetos evaluados. En el gráfico de cajas y bigotes se muestra la mediana, las cajas muestran el rango intercuartílico y los bigotes los valores máximos y mínimos. Adicionalmente se muestran los valores individuales (puntos). La diferencia entre los grupos se evaluó con la prueba t de Student. La significancia estadística se consideró para valores de $p < 0,05$.



Anexo 3. Escala MMD-HP

Medición del Distrés Moral - Profesionales de la salud (MDM-HP)

El distrés (estrés negativo) o sufrimiento moral ocurre cuando los profesionales no pueden llevar a cabo lo que creen que son acciones éticamente apropiadas, debido a limitaciones o barreras creadas por miedo a las consecuencias que esto podría generar. Esta encuesta enumera situaciones que ocurren en la práctica clínica. Si ha experimentado estas situaciones, y considera que pueden o no haber sido moralmente distresantes para usted, por favor, indique con qué frecuencia ha experimentado cada situación. También, determine el grado de distrés sufrido en cada situación. Para determinar la frecuencia, si nunca ha experimentado una situación, seleccione "0" (nunca). Incluso si no ha experimentado una situación, indique qué tan distresante hubiera sido para usted en caso de haberla experimentado. Tenga en cuenta que responderá a cada situación marcando la columna apropiada en sus dos variables: *Frecuencia* y *Nivel de distrés*.

	Frecuencia					Nivel de distrés					
	Nunca		Muy frecuentemente			Nada		Muy perturbador			
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Ser testigo de algún colega dando "falsas esperanzas" a un paciente o a su familia.											
2. Atender los deseos insistentes de la familia en continuar el tratamiento extraordinario, aun cuando considera que no es lo mejor para el paciente.											
3. Sentirse presionado para impartir o llevar a cabo órdenes de exámenes y/o tratamientos que considera innecesarios o inadecuados.											
4. No poder brindar una atención óptima debido a las presiones de la administración de la institución o las aseguradoras para reducir los costos.											
5. Continuar proporcionando tratamiento extraordinario a una persona que tenga altas probabilidades de morir independientemente de dicho tratamiento, cuando nadie más sea capaz de tomar la decisión de suspenderlo.											
6. Sentirse presionado para evitar tomar medidas, aun cuando sabe que un médico, enfermera u otro colega del equipo ha cometido una negligencia médica y no lo reconoce/reporte.											
7. Ser requerido para cuidar pacientes a los cuales no se siente capacitado de atender.											
8. Aplicar terapias/cuidados/tratamientos que causen sufrimiento innecesario o que no alivien adecuadamente el dolor o los síntomas del paciente.											
9. Observar la alteración de los cuidados/ tratamiento de un paciente por la interrupción del suministro de insumos por parte de los proveedores.											
10. Atender la petición de un médico o miembro de la familia de no discutir con el paciente o la familia sobre el pronóstico del mismo											
11. Ser testigo de la violación de una práctica estándar o un código de ética y no sentirse suficientemente respaldado para reportar esta situación.											
12. Participar en una terapia con la cual no estoy de acuerdo, pero hacerlo por temor a ser demandado y enjuiciado.											
13. Trabajar con otros miembros del equipo de atención médica que no son tan competentes para atender un determinado paciente.											
14. Ser testigo de la baja calidad en la atención de un paciente debido a la mala comunicación del equipo de trabajo.											
15. Sentirse presionado a ignorar situaciones en las que los pacientes no reciben la información adecuada para garantizar su consentimiento debidamente informado.											

	Frecuencia					Intensidad				
	Nunca		Muy frecuentemente			Ninguno		Muy perturbador		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. Ser requerido para cuidar más pacientes de los que se pueden cuidar de manera segura.										
17. Brindar atención inadecuada a un paciente debido a la falta de recursos /equipos/capacidad de camas.										
18. Percibir deficiencia de apoyo administrativo para resolver problemas que comprometan la atención de un paciente.										
19. Exigir documentos administrativos excesivos que demoren el cuidado del paciente.										
20. Sentir miedo a ser castigado por expresar mi opinión.										
21. Sentirse inseguro / intimidado entre mis propios colegas.										
22. Trabajar con pacientes y/o familiares abusivos quienes puedan comprometer la calidad de la atención.										
23. Sentirse presionado a dar mayor importancia de la necesaria a tareas/trabajo/mediciones de calidad, a expensas de la atención del paciente.										
24. Cuidar pacientes que tienen tratamientos confusos o inconsistentes o que no tienen objetivos de atención adecuada.										
25. Trabajar en equipos o unidades dentro de una institución con jerarquías que comprometan el cuidado del paciente.										
26. Participar en un equipo que da mensajes inconsistentes a un paciente y/O a la familia.										
27. Trabajar con miembros del equipo que no traten a los pacientes vulnerables o estigmatizados con dignidad y respeto.										
Si hay otras situaciones en las que ha sentido distrés moral, escríbalas y califíquelas aquí:										

¿Alguna vez ha dejado o ha considerado dejar un cargo clínico debido a distrés moral?

- No, nunca he considerado irme o dejar un cargo.
- Sí, consideré irme pero no lo hice.
- Sí, he dejado un trabajo por esa razón.

¿Está considerando dejar su cargo ahora debido a distrés moral?

- Si
- No