

Angustia Moral



Definición

La angustia moral ocurre cuando los trabajadores de la salud en contextos humanitarios reconocen la acción apropiada a tomar pero no pueden actuar en consecuencia. La angustia moral ocurre cuando los trabajadores de la salud deben actuar de manera contraria a sus valores personales y profesionales, socavando así su sentido de integridad y autenticidad personal.

La angustia moral ocurre cuando los trabajadores de la salud deben actuar de manera contraria a sus valores personales y profesionales, socavando así su sentido de integridad y autenticidad personal.

La escala y el alcance de las situaciones humanitarias (incluidas las pandemias, los desastres naturales y las guerras) desafían los valores, los compromisos y la moral que son la base de la atención médica y las identidades profesionales y la capacidad moral de los trabajadores de la salud. En estas situaciones, los trabajadores de la salud deben tomar decisiones imposibles que provocan un conflicto entre sus valores personales y la realidad de su situación. Pueden surgir eventos potencialmente perjudiciales para la moralidad de cualquier acción (por ejemplo, elegir retirar a un paciente del equipo de soporte vital para brindar atención a otro paciente) o de la inacción (por ejemplo, no desinfectar completamente debido a la falta de suministros que resulta en infección).

Las elecciones morales se complican aún más por las demandas conflictivas del trabajo y las familias. Al ir a trabajar todos los días, no solo se ponen en riesgo a sí mismos, sino también a sus familias, familias que pueden incluir niños pequeños, personas mayores y otras personas de mayor riesgo. La culpa de los sobrevivientes, un aspecto bien documentado de la respuesta al trauma en entornos militares y de otro tipo, se manifiesta de manera ligeramente diferente en asociación con el daño moral. Para agravar el miedo a enfermarse está la posibilidad de sentirse culpable por sobrevivir ante tanto sufrimiento y muerte.

Aunque la teoría inicial que sustenta la angustia moral proviene en gran parte de enfermeras profesionales que trabajan en contextos con relativamente buenos recursos, el trabajo más reciente que se centra en la experiencia de los trabajadores de la salud en contextos humanitarios se basa en el trabajo de los psicólogos militares y el concepto de daño moral. En el contexto humanitario, ambos conceptos resuenan con la experiencia de muchas personas que abogan por las necesidades de sus pacientes a diario frente a abrumadores factores estresantes y limitaciones externas.



Signos y Síntomas

Físico	Emocional & Cognitivo	Conductual
<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento • Dificultad para conciliar el sueño • Dificultad para permanecer dormido • Dolores de cabeza • Palpitaciones del corazón • Dificultad Respirando • Aumento de las quejas de la salud en general 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoculparse y sentirse culpable • Vergüenza • Ira y frustración • Desamparo • Pensamientos intrusivos • Angustia Espiritual • Desmoralización • Pérdida del sentido de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de aspectos del trabajo o del trabajo en general. • Retiro emocional de los pacientes • Retraimiento social de los compañeros • Renunciar al trabajo y dejar la profesión

	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para perdonarse a uno mismo • Soledad • Depresión • Culpabilidad del sobreviviente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor uso de sustancias: alcohol y drogas legales o ilegales • Comportamientos autolesivos, incluido el suicidio
--	---	---



Ejemplo de un Caso

Vicente es un enfermero psiquiátrico apasionado por su trabajo con personas mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Sabe que puede marcar la diferencia, especialmente porque la clínica donde trabaja se encuentra en un barrio pobre y es parte de un sistema de salud con fondos insuficientes en el que hay pocos recursos disponibles para los ancianos o para la atención de la salud mental.

Como suele ser el caso, los pacientes con demencia pueden volverse extremadamente agitados e incluso agresivos. Entiende que, a veces, estos pacientes necesitan ser restringidos físicamente para su propia protección y para la protección de otros en los alrededores. Aunque no le gusta esta parte de su trabajo, reconoce claramente que tal moderación es necesaria y, en el mejor interés de los pacientes. Por ello, es capaz de realizar esta parte de su trabajo con la conciencia tranquila y su malestar en el momento pasa rápidamente en cuanto el paciente está sedado y calmado.

Lo que molesta mucho más a Vicente es que a veces sus colegas usan sábanas para mantener a los pacientes en sus sillas durante muchas horas durante el día, o en sus camas por la noche. En ocasiones, él mismo ha recurrido a este método de gestión de las personas a su cargo y se siente avergonzado de ello. Él cree que este tipo de restricción es inapropiada, causa angustia a los pacientes y le preocupa que incluso pueda poner en peligro a los pacientes más frágiles físicamente mientras intentan liberarse.

Vicente plantea esto con su supervisor de equipo, quien está de acuerdo con él, pero señala que no tienen suficiente personal para vigilar a todos los pacientes todo el tiempo y que no han recibido suficiente medicación para manejar químicamente a todos los clientes altamente agitados. Promete hablar con el director de la instalación. Lamentablemente, durante los seis meses nada cambia y la práctica de inmovilizar a los pacientes continúa.

Durante meses Vicente se siente enojado y frustrado cada vez que ve a un paciente luchando por liberarse y comienza a evitar entrar en el área común de pacientes para no tener que ver esto. También evita a sus colegas y supervisor, especialmente a aquellos que usan esta práctica con mayor frecuencia o atan las sábanas con demasiada fuerza. Se queda despierto por la noche preocupándose por este problema, ensayando conversaciones airadas con su supervisor y el director, pero al final se siente impotente cuando se da cuenta de que no hay mucho que él o ellos puedan hacer para resolver el problema. Siempre está cansado, constantemente irritable en el trabajo y en casa, y presta menos atención a su trabajo. Gradualmente, siente que se retira emocionalmente de sus pacientes. Hace su trabajo, pero cuando se quejan de las sábanas, finge no escucharlas. Siempre se siente culpable cuando esto sucede, pero le ayuda a pasar el día. Un día, cuando un amigo de la vieja escuela le ofrece un trabajo a Vicente, Vicente aprovecha la oportunidad y deja atrás el trabajo que alguna vez le apasionó.



Factores de vulnerabilidad

La investigación sobre el sufrimiento moral entre los trabajadores de la salud en contextos humanitarios es limitada. Sin embargo, la investigación de contextos militares y de otros servicios de salud sugiere los siguientes factores de riesgo de angustia moral:

Clima ético	Existe un mayor riesgo de angustia moral en contextos donde los trabajadores de la salud creen que sus gerentes y colegas dan una importancia insuficiente a los estándares de atención al paciente y la práctica ética. Cuando el personal percibe que el clima ético general de una organización es laxo, el riesgo de angustia moral es mayor.
Falta de agencia / poder	La angustia moral está estrechamente relacionada con la agencia, la capacidad de defender a los pacientes y garantizar la protección de sus derechos. Por esta razón, los trabajadores de la salud que son testigos del sufrimiento y la muerte de un paciente, pero que tienen poco o ningún poder para influir en las decisiones, sienten una mayor angustia moral. Quién tiene y quién no tiene el poder social para influir en las decisiones y políticas varía mucho entre contextos y organizaciones. Sin embargo, en muchos casos, el mayor poder se localiza con algunos profesionales (por ejemplo, médicos y psiquiatras), algunos roles (por ejemplo, altos administradores y gerentes), trabajadores expatriados, gente blanca y hombres. Los trabajadores de la salud que no entran en estas categorías pueden tener menos capacidad para influir en la atención al paciente y pueden tener un mayor riesgo de sufrir angustia moral.
Edad	Los trabajadores de la salud mayores y los trabajadores que tienen más experiencia en sus funciones informan con más frecuencia de angustia moral, pero la intensidad de angustia que describen es menor que la descrita por sus colegas más jóvenes y menos experimentados. Esto sugiere que algunos trabajadores de la salud encuentran un compromiso sostenible entre las realidades de sus contextos laborales y su moralidad personal y profesional. Es posible que los colegas menos experimentados todavía estén luchando con estos conflictos internos y, por lo tanto, informen de una angustia más intensa como resultado.
Factores del Paciente	Los factores del paciente también son importantes predictores de angustia moral. Los trabajadores de la salud que trabajan predominantemente con niños y adultos jóvenes tienen un mayor riesgo de sufrir angustia moral que los que trabajan con poblaciones geriátricas. El riesgo de angustia moral también es mayor cuando los pacientes experimentan un alto nivel de sufrimiento y poco se puede hacer para aliviar su dolor y angustia.
Papel de la culpa	Cuando los trabajadores de la salud experimentan culpa por los malos resultados de salud expresados por los pacientes, los miembros de la familia, los colegas, los supervisores, los miembros de la comunidad y los medios de comunicación social o general, el riesgo de angustia moral aumenta considerablemente.



Prevención y Recuperación

Prácticas organizativas


La responsabilidad de prevenir y responder a la angustia moral en los trabajadores de la salud recae en gran parte en las estructuras institucionales dentro de las cuales trabajan estas personas. Las buenas prácticas incluyen:



Cultura organizacional	Facilitar el desarrollo de una cultura organizacional que ponga en primer plano el trabajo ético y la calidad de la atención.
Suministros y equipo	Según lo permitan las condiciones humanitarias, asegúrese de que los trabajadores sanitarios: <ul style="list-style-type: none"> • Suministros y equipos médicos necesarios para brindar los servicios adecuados; • Equipo que necesitan para proporcionar dichos servicios sin un mayor riesgo para ellos y sus familias.
Protocolos	Desarrolle protocolos claros para la toma de decisiones y la responsabilidad de la atención al paciente, y asegúrese de que: <ul style="list-style-type: none"> • La toma de decisiones se comparte de manera adecuada • Los protocolos de toma de decisiones son comunicados y comprendidos por todo el personal.
Apoyo de la Gerencia	Los gerentes deben de manera proactiva; <ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la adherencia y corregir las desviaciones de los protocolos de toma de decisiones. • Interrumpir la expresión de culpa por los resultados del paciente fuera de los canales éticos apropiados. • Proporcione un refuerzo positivo para la adherencia a los protocolos independientemente de los resultados del paciente.
Comunicación	Comunicarse de manera frecuente y transparente con el personal sobre la disponibilidad actual y futura de suministros médicos, equipos y equipos de protección. <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se enfrente a la escasez de equipo y suministros, invite a los trabajadores de salud a participar en la resolución de problemas y la toma de decisiones;
Soporte emocional	Ofrezca apoyo emocional temprano y con frecuencia a los trabajadores de la salud que hayan perdido pacientes o colegas.

Practicas Individuales:

Fundamental para crear una carrera satisfactoria en el cuidado de la salud en entornos humanitarios es comprender y aprender a manejar la angustia moral. Aquí hay algunas cosas que otros trabajadores de la salud y la investigación sugieren que podrían ser útiles:

Fundamental para crear una carrera satisfactoria en el cuidado de la salud en entornos humanitarios es comprender y aprender a manejar la angustia moral.

 <p>Aceptación y Enfoque en lo Positivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer y aceptar que el compromiso es una parte inevitable del trabajo en entornos humanitarios y que esto puede ser extremadamente difícil. Tenga en cuenta que esto no significa que no deba abogar enérgicamente en nombre de sus pacientes o aceptar prácticas poco éticas de sus colegas. Pero sí significa aceptar que no todas las cosas son posibles en todas las situaciones. Permite que esta aceptación se convierta en parte de los valores y principios que te sustentan en tu trabajo. • Sin evitar o ignorar los problemas, aprenda a enfocar su atención en formas que le ayuden a ser eficaz y saludable en el trabajo. Una de las formas de hacer esto es asegurarse de hacer lo mejor que pueda para los pacientes. A veces, hacer un esfuerzo adicional para ser amable con
--	---

	un paciente puede ayudarnos a sentirnos mejor acerca de todas las cosas que quizás no podamos hacer por esa persona.
 Colaboración, Cooperación y Soporte	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar activamente con los miembros del equipo, supervisores y gerentes para encontrar soluciones a los desafíos que afectan la calidad de la atención. Cuando participa activamente en la resolución de problemas, es menos probable que se vea afectado por la angustia moral. • Reconocer que los desafíos en la prestación de servicios de salud en entornos humanitarios con recursos limitados son complejos y que las conversaciones para resolver problemas pueden volverse conflictivas. Esfuércese por recordar que todos quieren los mismos resultados positivos y trate de ver el problema desde la perspectiva de las personas cuyo papel es diferente al suyo. Busque de manera proactiva colegas con más experiencia e inicie conversaciones sobre la angustia moral. Descubra cómo piensan sobre estos problemas y afronte los sentimientos negativos asociados con la angustia moral. Tales conversaciones cumplen las funciones de (a) reducir su riesgo de angustia moral y brindar apoyo, y (b) ofrecer apoyo y comprensión a los colegas. • Si nota que la calidad de su trabajo o su vida personal se ve afectada debido a problemas de angustia moral, busque apoyo profesional. Siempre es mejor buscar ayuda más temprano que tarde.
 Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Continúe desarrollando su autoconciencia (por ejemplo, a través de prácticas de atención y reflexión) para profundizar su conciencia de los conflictos morales internos que están causando su angustia. • Busque la guía de líderes espirituales y mentores que le ayuden a entender los conflictos morales que forman parte de este trabajo.



Referencias

1. Jameton A. (1993). Dilemmas of moral distress : Moral responsibility and nursing practice [Dilemas de angustia moral: responsabilidad moral y práctica de enfermería]. *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 4(4), 542–551.
2. Kröger, C. (2020). Shattered social identity and moral injuries: Work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic [Identidad social destrozada y lesiones morales: condiciones laborales en los profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19.]. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S156–S158. <https://doi.org/10.1037/tra0000715>
3. Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review [La angustia moral que experimentan las enfermeras: una revisión cuantitativa de la literatura]. *Nursing Ethics*, 22(1), 15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
4. Maguen, S., & Price, M. A. (2020). Moral injury in the wake of coronavirus: Attending to the psychological impact of the pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, [Daño moral a raíz del coronavirus: atendiendo al impacto psicológico de la pandemia. Trauma psicológico: teoría, investigación, práctica y política] 12(S1), S131–S132. <https://doi.org/10.1037/tra0000780>

5. Rittenmeyer, Leslie, RN, Psy.D & Huffman, Dolores. (2009). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review [Cómo las enfermeras profesionales que trabajan en entornos hospitalarios experimentan sufrimiento moral: una revisión sistemática]. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7, 1234-1291. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2009-209>
6. Shay, J. (1999). No escape from philosophy in trauma treatment and research, in B. Hudnall Stamm (Ed.) *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators* [No hay escape de la filosofía en el tratamiento y la investigación del trauma, en B. Hudnall Stamm (Ed.) *Estrés traumático secundario: problemas de autocuidado para médicos, investigadores y educadores*], Lutherville, MD: Sidran Press.
7. Shortland, N., McGarry, P., & Merizalde, J. (2020). Moral medical decision-making: Colliding sacred values in response to COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, [Toma de decisiones médicas morales: colisión de valores sagrados en respuesta a la pandemia de COVID-19. Trauma psicológico: teoría, investigación, práctica y política,] 12(S1), S128–S130. <https://doi.org/10.1037/tra0000612>