

Angustia y huella moral en pediatría, conceptos a reconocer y gestionar

Distress and moral imprint in pediatrics, concepts to recognize and manage

Pamela Jofré^a

^aDepartamento Pediatría. Laboratorio de Medicina Narrativa. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Recibido el 2 de mayo de 2025; aceptado el 7 de agosto de 2025

Resumen

La angustia moral (AM) es el sentimiento negativo que experimentan profesionales imposibilitados de actuar según lo que consideran correcto. Esto puede estar influido por factores personales, relacionales o propios de las instituciones. Puede generar emociones como rabia, culpa y desesperanza, afectando la calidad de vida de profesionales y sus prácticas clínicas. Desde su descripción en enfermería frente a la futilidad terapéutica, su estudio se ha expandido mediante escalas validadas que identifican su frecuencia, intensidad y contextos. La AM se vincula a insatisfacción laboral, desgaste profesional y hasta abandono de la profesión. En pediatría se expresa con fuerza en cuidados intensivos, neonatales y oncología. A diferencia del dilema ético –donde hay deliberación–, en la AM el profesional actúa en contra de su juicio moral, generando daño por ruptura de la identidad moral. En pediatría, la complejidad aumenta al incorporar a las especificaciones del cuidado, los deseos de familiares sin estar completamente claros de que es lo que hubiese preferido ese niño o niña. La falta de herramientas y recursos institucionales agrava su impacto, lo que fue más evidente en la pandemia de COVID-19. En este artículo se exploran algunas fuentes conocidas, cómo se afectan los profesionales y el impacto muchas veces no advertido de la cicatriz o huella moral. El objetivo de explorar este tema ha sido visibilizar el fenómeno y plantear una discusión que nos permita reflexionar sobre la estrategia y necesidad de promover la resiliencia moral entre profesionales de los cuidados pediátricos.

Palabras clave:

Moral;
Angustia Moral;
Ética;
Stress Profesional;
Burnout

Abstract

Moral distress (MD) is the negative feeling experienced by professionals who are unable to act according to what they consider correct. This can be influenced by personal, relational, or institutional factors. It can generate emotions such as anger, guilt, and hopelessness, affecting the quality of life of professionals and their clinical practices. Since its initial description in nursing regarding therapeutic futility, its study has expanded through validated scales that identify its frequency, intensity, and contexts. MD is associated with job dissatisfaction, professional burnout, and even leaving the profession. In pediatrics, it is strongly expressed in intensive care, neonatal care, and oncology. Unlike ethical dilemmas—where there is deliberation—in MD, the professional acts against their moral judgment, causing harm by rupturing moral identity. In pediatrics, complexity increases when the wishes of family members are incorporated into the specifications of care, without being completely certain about what the child would have preferred. The lack of institutional tools and resources exacerbates its impact, which was most evident during the COVID-19 pandemic. This article explores some known sources, how professionals are affected, and the often overlooked impact of the moral injury or moral imprint. The objective of exploring this topic has been to bring visibility to the phenomenon and to foster a discussion that allows us to reflect on strategies and the need to promote moral resilience among pediatric care professionals.

Keywords:

Moral;
Moral Distress;
Ethics;
Occupational Stress;
Burnout

Andrew Jameton definió la angustia moral (AM) como el sufrimiento experimentado por un profesional que ve imposible actuar según lo que considera correcto. Se ha vinculado a rabia, culpa, frustración y desesperanza que en parte es responsable de alterar la calidad de vida y expectativas laborales de quien la experimenta. Se describió inicialmente en prácticas de enfermería al cuidado de pacientes moribundos, situación en que las profesionales percibían que debían defender a pacientes de la futilidad terapéutica¹.

Desde la definición de AM (1984), aparecen numerosos estudios intentando identificarla mediante escalas. Corley y colegas validaron un instrumento para medir frecuencia e intensidad en diversos escenarios, ligados al trabajo de enfermeras². Posteriormente Hamric, Epstein y colegas adaptaron la escala a diferentes especialidades y atenciones de pacientes adultos y pediátricos por diferentes profesiones³. Esto facilitó describir fuentes y escenarios donde se manifiesta. Inicialmente se describió el factor institucional desencadenante de AM, dado por falta de recursos que limitan atenciones adecuadas y en ocasiones debido a la imposición de restricciones a gastos en salud inducidos por administradores, generando un sentimiento de que se promueven atenciones insuficientes. Las investigaciones prepandemia enfatizaron otros factores desencadenantes de AM, no obstante, hoy, vuelve a prevalecer el tema de los recursos limitados que impiden a profesionales proporcionar cuidados que consideran correctos para sus pacientes^{4,5}.

Reconocer la AM es importante, dado que, de ser sistemática, se relaciona directamente con insatisfacción laboral y desgaste profesional, así como el deseo

de cambiar de trabajo y en casos extremos abandonar la profesión⁶.

En pediatría se expresa principalmente en cuidados intensivos pediátricos y neonatales, paliativos y como en adultos, en el cuidado oncológico⁷. Su estudio ha mejorado la comprensión y clasificación de los principales escenarios donde se genera. El siguiente es un esfuerzo, no acabado de ello:

- Fuentes internas: mayor sensibilidad moral, dudas sobre las propias capacidades, falta de conocimiento respecto de planes terapéuticos alternativos, pocas herramientas interpersonales para socializar con otros las dudas generadas en la atención, etc.
- Fuentes externas: falta de apoyo administrativo, divergencia entre políticas sanitarias y prioridades de las personas, perspectivas diferentes intra e interprofesionales respecto a conductas clínicas, seguir deseos de familiares por temor a represalias judiciales, jerarquías opresoras dentro de la institución, atenciones presionadas por aseguradoras y posibles consecuencias legales, etc.
- Situaciones clínicas: proporcionar tratamientos innecesarios o inútiles, prolongar el proceso de muerte mediante tratamientos agresivos, trabajar con equipos incompetentes, inadecuada procuración del consentimiento informado, atenciones que no se ajustan a intereses de las personas, insuficiente alivio del dolor, proporcionar falsas expectativas, etc.

Es sumamente importante diferenciar AM del dilema ético. En este último el equipo puede tener divergencias respecto a lo que moralmente es correcto

o no hacer en un caso y se delibera en torno a ello con adecuada comunicación y prudencia. En la AM el profesional reconoce internamente que hay un actuar correcto y se siente forzado a ir en contra de ello. Por tanto, es un tema delicado, que de ser sistemático afecta la integridad profesional, generando desmotivación laboral y consecuencias que se han develado en los últimos años. La AM siempre ha existido y es inevitable. Nuestra era se caracteriza por mayor disposición de evidencias que la ponen en discusión, cuantifican y algunas veces por ser más visible, facilitan su mitigación. Para ello es interesante conocer a quienes podría afectar más: mujeres, generalmente profesionales jóvenes menos expertos, quienes necesitan acompañamiento cercano para salir de la soledad creada por la AM.

Los profesionales pueden sentir impotencia, desapego emocional de pacientes y familiares, e incluso experimentar impudor iniciando lo que algunos denominan huella o cicatriz moral. De persistir, sin darse cuenta aparecerá agotamiento emocional y desencanto con la profesión⁸.

Lamentablemente de estos temas se habla poco y no se sabe hasta hoy la real contribución al *burnout* de los profesionales.

Pediatría y los alcances de la angustia moral

Las decisiones complejas en pediatría involucran además de los niños, a padres, madres o a quienes representan sus intereses y se responsabilizan de sus cuidados. Muchas veces nos quedamos con las interrogantes de que hubiese elegido ese niño/a, y el principio universalmente aceptado respecto del “interés superior del niño” es el que suele zanjar decisiones, sin garantizar que evitemos la AM con ello. Recordemos que en muchas ocasiones se da ante una mezcla de factores internos y externos donde la relación del médico y otros profesionales involucrados nos alertan de cómo deberíamos considerar la voz del niño/a en el proceso, haciendo que la situación sea más compleja y que nos atemorice no considerar adecuadamente esa voz en el proceso de toma de decisiones, junto a la necesidad de cuidar a la familia en su conjunto.

Para ilustrarlo pensemos en la cotidianeidad de la unidad de cuidados intensivos pediátrica. Cuando un paciente requiere un procedimiento doloroso, puede suceder que una enfermera o enfermero altamente comprometida/o capte esta situación de una manera compleja, sintiendo culpa y frustración por tener que realizar una acción que causará dolor al paciente. En consecuencia, esa profesional podría experimentar AM. En su percepción, la acción que debe realizar perjudica al paciente. Sin embargo, alguien menos com-

prometido - explicado por contactos transitorios en turnos y menor cotidianeidad- puede asimilar el dolor del paciente gravemente enfermo como inevitable y propio de la atención que se brinda. Al estar desconectado de los resultados de sus acciones, de alguna manera evita la AM.

¿Qué es lo que hace que algunos profesionales logren involucrarse más o menos en este tipo de situaciones? La respuesta no es fácil porque se ha estudiado poco y la literatura es escasa. Algunos especulan que los años de trabajo en un mismo centro, las propias experiencias de paternidad/maternidad y de última, las historias que han marcado el recorrido profesional pueden ser factores determinantes entre muchos otros.

La sociedad espera que los profesionales estemos comprometidos moralmente, dado que hay un mandato tácito que hace que nuestras acciones beneficien moralmente a niñas, niños y adolescentes. Pero esto no es suficiente y, es muy importante promover la participación de los servicios de salud para lograr las acciones éticas que la medicina infantil requiere. La capacidad de *agencia moral* descrita desde la filosofía implica involucrarse activamente en situaciones particulares y esa responsabilidad tiene muchas aristas.

Lo que la institucionalidad no otorga termina haciendo que la potencia de la AM se pueda exacerbar en los profesionales sin ser conscientes de ello.

Daño moral, huella o cicatriz moral

Las definiciones de estos conceptos no son totalmente claras en la literatura y suelen referirse a cuestiones semejantes con algunos matices. Para efectos de este texto lo que importa es constatar que la AM tiene efectos inmediatos en los profesionales y a largo plazo. Se trata de una herida emocional de profundidad variable ante una situación de sufrimiento humano gatillada por la AM. Se genera una ruptura de la identidad moral, del yo, lo que puede producir cuestionamientos incómodos, prolongados y aislamiento social⁹. También se puede ver comprometida la atención de pacientes cuando los profesionales “heridos” comienzan a evitar el contacto humano profundo, generando sin ser tan conscientes de ello, una menor satisfacción laboral, cambios en la manera de desempeñarse evitando el contacto con pacientes y familias, una sensación de desesperanza - “por más que nos esforzamos, no logramos cambiarles la vida significativamente a los pacientes”, en palabras de colegas dañados, comienza a ser una consigna que según la personalidad, puede terminar en distintas formas de evitar el contacto humano, cambiando de funciones clínicas a otras administrativas hasta el abandono de la profesión.

¿Qué podemos hacer frente a la AM?

Uno de los propósitos al escribir este texto ha sido darle voz al tema y que en la interioridad profunda podamos identificarlo mejor. La literatura propone herramientas reflexivas para su gestión, lo que puede contribuir a aumentar la resiliencia moral, y con ello mantener la calidad de la atención a pacientes¹⁰. Por el contrario, la cicatriz moral enfría las relaciones clínicas, promoviendo un mal funcionamiento de ella, junto al aislamiento social de profesionales y una eventual afectación del bienestar. No permitírnos que la AM se transforme en huella moral podría favorecer el crecimiento postraumático y mantener el entusiasmo con la profesión aún en situaciones difíciles.

Actualmente no existe una fórmula única ni recomendaciones claras para hacer frente a estas cuestiones. Desde la educación de profesionales, la herramienta más consistente ha sido la escritura reflexiva, es

decir, llevar a un elemento o texto tangible, un manuscrito, aquellos pensamientos o reflexiones que se han realizado en talleres de grupos pequeños. Considerando esto es que me permito concluir estas ideas con un testimonio ilustrativo anónimo: *sabía que debía llevar a cabo el procedimiento, el paciente lo necesitaba. Las herramientas que la institución nos proporcionaba ponían en riesgo a pacientes y a nosotros, profesionales en una situación incómoda. Negarse era cómo abandonarlos. Con el tiempo me di cuenta de que no podía con todo y solté, pedí cambio de sección y traté de mantener el entusiasmo inicial que me había planteado hace 20 años cuando decidí esto. Sigo pensando que se avanza muy lento en todo.*

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Jameton A. What moral distress in nursing history could suggest about the future of health care. *AMA J Ethics*. 2017 Jun 1;19(6):617-28. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706.
2. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*. 2001 Jan;33(2):250-6. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x.
3. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empir Bioeth*. 2019 Apr-Jun;10(2):113-24. doi: 10.1080/23294515.2019.1586008.
4. Dodek PM, Cheung EO, Burns KEA, et al. Moral distress and other wellness measures in Canadian critical care physicians. *Ann Am Thorac Soc*. 2021 Aug;18(8):1343-51. doi: 10.1513/AnnalsATS.202009-1118OC.
5. Girela-Lopez E, Beltran-Aroca CM, Boceta-Osuna J, et al. Measuring moral distress in health professionals using the MMD-HP-SPA scale. *BMC Med Ethics*. 2024 Apr 3;25(1):41. doi: 10.1186/s12910-024-01041-z.
6. Beck J, Randall CL, Bassett HK, et al. Moral distress in pediatric residents and pediatric hospitalists: sources and association with burnout. *Acad Pediatr*. 2020 Nov-Dec;20(8):1198-1205. doi: 10.1016/j.acap.2020.05.017.
7. Mooney-Doyle K, Ulrich CM. Parent moral distress in serious pediatric illness: a dimensional analysis. *Nurs Ethics*. 2020 May;27(3):821-37. doi: 10.1177/0969733019878838.
8. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: a scoping review and discussion. *Nurs Ethics*. 2021 Aug;28(5):590-602. doi: 10.1177/0969733020966776.
9. Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, Lieber A, Juen B. A scoping review of moral stressors, moral distress and moral injury in healthcare workers during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 1;19(3):1666. doi: 10.3390/ijerph19031666.
10. Deschenes S, Tate K, Scott SD, Kunyk D. Recommendations for navigating the experiences of moral distress: a scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2021 Oct;122:104035. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104035.