

# Angustia moral, señal de problemas éticos en la práctica de enfermería oncológica: revisión de literatura

**Área temática:** cuidado crónico.

**Aporte a la disciplina:** la síntesis de la evidencia que existe en torno a los factores desencadenantes de angustia moral en las enfermeras oncológicas permite entender cómo se desarrolla este fenómeno en los equipos que trabajan con personas con cáncer y, así, guiar a los profesionales de enfermería clínicos y a los líderes organizacionales de enfermería en la pesquisa de esta problemática y en el desarrollo de intervenciones que protejan el ejercicio ético de la práctica del cuidado.

## RESUMEN

**Objetivo:** describir los factores que influyen en el surgimiento de la angustia moral en enfermeras oncológicas. **Metodología:** revisión integradora de la literatura cuya búsqueda se realizó en las bases de datos Web of Science, CINAHL (EBSCO), Scielo, Proquest, Pubmed y PsycInfo, a partir del uso de las palabras clave *moral distress* y *oncology nursing* y sus símiles en español, sin restricción por años de publicación hasta 2017. **Resultados:** se clasificaron en tres grupos de factores, cada uno con subgrupos: 1) factores organizacionales: clima ético, cultura evasiva y los recursos para la ética que entrega la organización; 2) situaciones clínicas complejas: el manejo del dolor, la entrega de información, el tratamiento fútil y la asistencia al paciente y su familia durante el proceso de muerte; 3) relaciones interpersonales: una comunicación deficiente, las relaciones de poder, la confianza en la competencia del equipo. **Conclusión:** los tres factores son desencadenantes de angustia moral en las enfermeras oncológicas. Cuando existen problemas éticos, y las enfermeras no participan del proceso de deliberación, estos pueden quedar ocultos y, así, disminuir la sensibilidad moral de los profesionales, así como la posibilidad de actuar como agentes morales. Es necesario explorar la relación entre la angustia moral y las implicancias en el cuidado del paciente.

**PALABRAS CLAVE (FUENTE: DeCS)**

Angustia moral; enfermería oncológica; clima ético; problemas éticos; relaciones interprofesionales.

**DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.3**

**Para citar este artículo / Para citar este artículo / To reference this article**

Vargas I, Concha CA. Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review. *Aquichan* 2019; 19(1): e1913.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.1.3

Recibido: 17/09/2018

Enviado a pares: 10/10/2018

Aceptado por pares: 06/12/2018

Aprobado: 12/12/2018

1  orcid.org/0000-0003-2756-7640. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. ivargase@uc.cl

2 orcid.org/0000-0001-5141-009. Unidad de Oncología, Hospital Calvo Mackenna, Chile. caconcha2@uc.cl

# *Moral Distress, Sign of Ethical Issues in the Practice of Oncology Nursing: Literature Review*

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the factors that influence the emergence of moral distress in oncology nurses. **Methodology:** integrative review of the literature whose search will be performed in Web of Science databases, CINAHL (EBSCO), Scielo, Proquest, Pubmed and PsycInfo using the keywords moral distress and oncology nursing and their similes in Spanish, without restriction for years of publication until 2017. **Results:** The results of this review were grouped into three groups of factors each with subgroups: 1) Organizational factors: ethical climate, evasive culture and resources for ethics delivered by the organization. 2) Particular clinical situations: pain management, information delivery, futile treatment, and assistance to the patient and their family in the process of death, 3) Interpersonal relationships: poor communication, power relations, trust in the team's competence. **Conclusion:** the three factors described are triggers of moral distress in oncology nurses. When there are ethical problems and the nurses do not participate in the deliberation process, these problems can be hidden and be normalized, which can diminish the moral sensitivity of the professionals, as well as the possibility of acting as moral agents.

## KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Moral distress; oncology nursing; ethics; ethical climate; ethical issues; interprofessional relations.

# *Angústia moral, sinal de problemas éticos na prática de enfermagem oncológica: revisão de literatura*

## RESUMO

**Objetivo:** descrever os fatores que influenciam no surgimento da angústia moral em enfermeiras oncológicas. **Metodologia:** revisão integradora da literatura cuja pesquisa foi realizada nas bases de dados Web of Science, CINAHL (EBSCO), Scielo, Proquest, Pubmed e PsycInfo, a partir do uso das palavras-chave moral, distress e oncology nursing e seus pares em espanhol, sem restrição por ano de publicação até 2017. **Resultados:** criou-se três grupos de fatores, cada um deles com subgrupos: 1) fatores organizacionais – clima ético, cultura evasiva e recursos para a ética que a organização entrega; 2) situações clínicas complexas – o tratamento da dor, a entrega de informação, o tratamento fútil e a assistência ao paciente e à sua família durante o processo de morte; 3) relações interpessoais – uma comunicação deficiente, as relações de poder, a confiança na competência da equipe. **Conclusão:** os três fatores são desencadeantes de angústia moral nas enfermeiras oncológicas. Quando existem problemas éticos e as enfermeiras não participam do processo de deliberação, estes podem ficar ocultos e, assim, diminuir a sensibilidade moral dos profissionais, bem como a possibilidade de atuar como agentes morais. É necessário explorar a relação entre a angústia moral e suas implicações no cuidado do paciente.

## PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Angústia moral; enfermagem; oncología; clima ético; problemas éticos; sensibilidade moral.

## Introducción

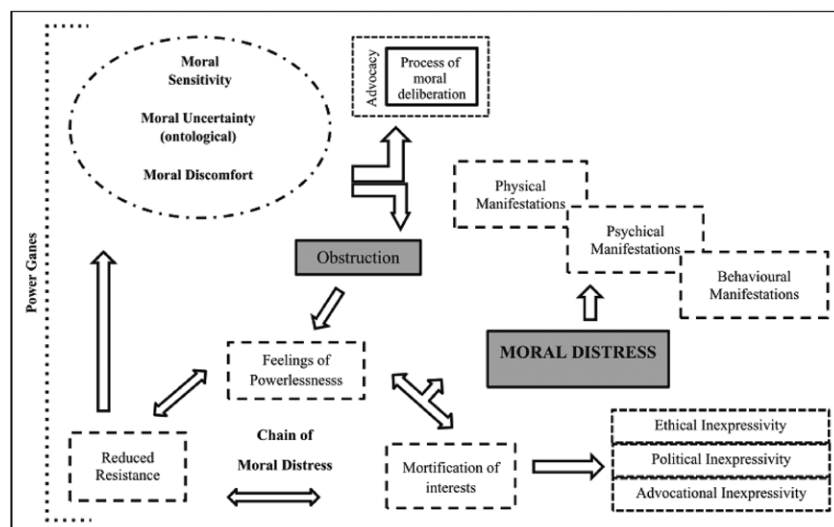
Existen situaciones clínicas en las que el profesional de enfermería tiene una opinión clara sobre cuál es el curso moralmente correcto de una acción, pero la estructura institucional o jerárquica muchas veces impide que pueda decidir cuáles deben ser sus propias acciones morales; esta experiencia es la que Jameton denomina *angustia moral* (1). La *angustia* es algo distinto al miedo o a la incertidumbre, pues está relacionada con la experiencia de la libertad como posibilidad, es decir, la facultad que tiene una persona de actuar de manera libre (2). Los profesionales de enfermería, como agentes morales, tienen la posibilidad de elegir hacer lo correcto, pero su elección puede restringirse por algo externo o interno, lo cual les genera un sentimiento de impotencia al no poder elegir actuar de forma correcta (3). Entonces aparece la angustia moral.

En la literatura se describe la *angustia moral* como un problema actual e importante que afecta a los enfermeros en los distintos sistemas de salud (4-7). Este fenómeno ha sido explorado en el área de cuidados críticos (8-10) y se ha descrito como una amenaza para la integridad de las enfermeras, así como para la calidad de la atención al paciente (11). Estudiarlo es una oportunidad para transformar la angustia moral en resiliencia moral y para ayudar a las enfermeras, y a otros proveedores de salud, a mitigar sus efectos, mejorar el entorno ético de la práctica y la calidad en la atención (12).

El concepto de *angustia moral* ha sido discutido por distintos autores (3, 11, 13, 14), quienes son críticos de la manera en que se ha investigado este problema, pues se han detectado errores en los objetivos de los estudios, así como en la operacionalización del concepto mismo (14). Algunos sugieren que las investigaciones deberían enfocarse en mejorar la calidad de la decisión moral, la conducta moral, entre otros (11). Sin embargo, estudios recientes proponen un replanteamiento de la manera en que se está investigando y sugieren que es una oportunidad para abordar sus causas, su desarrollo y sus fundamentos morales (15).

Entre la literatura, se destaca el trabajo de Barlem y Ramos (3), quienes proponen un modelo conceptual (figura 1) que explica el surgimiento y las manifestaciones de la angustia moral. Este modelo tiene como punto central el proceso de deliberación moral, que es un enfoque ético donde el diálogo tiene como objetivo discutir de forma racional y reflexionar de manera crítica para llegar a un acuerdo (3). El proceso deliberativo y la sensibilidad moral permiten ver los problemas morales que podrían quedar ocultos y, con ello, discutir las posibles soluciones o modos de enfrentarlos en el interior del equipo de salud. Además, los autores establecen que existen múltiples microespacios de poder en los que se desenvuelven los profesionales de salud y se desarrollan sus dinámicas relacionales (3).

Figura 1. Modelo conceptual de angustia moral de Barlem y Ramos



Fuente: Barlem ELD, Ramos FRS (3).

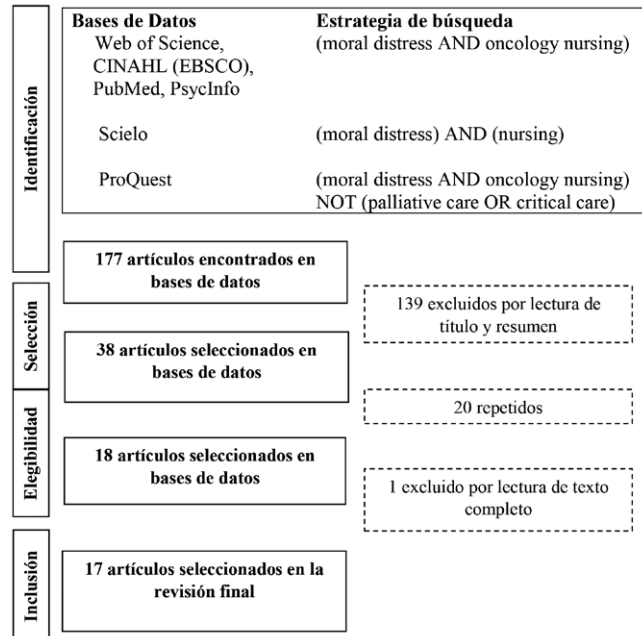
En el área oncológica, este es un fenómeno creciente en el equipo de salud que atiende al paciente con cáncer (16-21). Entre los motivos del surgimiento de la angustia moral en esta área, destacan los conflictos éticos asociados al uso de tecnología avanzada, tanto en relación con el cuidado del paciente, como con los tratamientos, lo que conlleva desafíos éticos para las enfermeras (18, 22, 23), que se derivan de las complejas situaciones clínicas que viven junto a sus pacientes. Por lo mencionado, la presente revisión de la literatura describe los factores que influyen en el surgimiento de la angustia moral en enfermeras oncológicas.

## Metodología

La revisión se desarrolló a partir de las seis etapas planteadas por Ganong (24):

1. La pregunta orientadora: ¿cuáles son los factores que influyen en el surgimiento de la angustia moral en enfermeras oncológicas? Para la búsqueda, se utilizaron las palabras clave en inglés: *moral distress*, *oncology nursing* y sus símiles en español.
2. Los criterios de inclusión: artículos, editoriales y reflexiones relacionadas con la angustia moral en el área de enfermería oncológica. No se aplicó restricción por años de publicación, pues es un tema nuevo, del cual no se encontró ninguna revisión de literatura que abarque el objetivo de este trabajo. Se incluyeron artículos en español, inglés y portugués, y se excluyeron aquellos que no abarcaran el fenómeno de la angustia moral de forma explícita o que no se relacionaran con la enfermería oncológica.
3. Los datos se obtuvieron de las bases de datos Web of Science, EBSCO (CINAHL), Proquest Central, Pubmed y PsycInfo, entre agosto y diciembre de 2017. A partir de las palabras clave establecidas en las distintas bases de datos, se encontraron 177 registros; ambos investigadores seleccionaron los artículos según el título y el resumen, y los discriminaron a partir del objetivo del documento, y en contraste con la pregunta inicial de la revisión. Se excluyeron aquellos que no estaban relacionados con la angustia moral en oncología; aquellos que eran del área de cuidados paliativos, y cuya temática fuera la investigación clínica, para un total de 38 registros (139 eliminados); y los registros duplicados (20 eliminados), para un total de 18 seleccionados (figura 2).

Figura 2. Estrategia de búsqueda



Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG (25).

4. Cada uno de los dieciocho artículos seleccionados fue sometido a una lectura crítica en la que se realizó un proceso de abstracción, síntesis y análisis de datos a partir de las preguntas guía (cuadro 1), para sintetizar la información recopilada sobre la angustia moral en el área de enfermería oncológica.

Cuadro 1. Preguntas guía para el análisis de los artículos

¿Cómo se mide la angustia moral?
¿Qué factores contribuyen al desarrollo de la angustia moral en las enfermeras oncológicas?
¿Qué factores frenan el desarrollo de la angustia moral en las enfermeras oncológicas?

Fuente: elaboración propia.

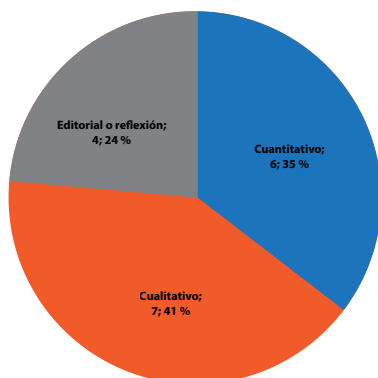
En este proceso, los revisores estuvieron de acuerdo en eliminar un artículo que no trataba de forma específica la angustia moral; así, quedó un total de diecisiete registros para esta revisión. Ambos revisores extrajeron de cada uno de los artículos la información correspondiente a los factores que influyen en el surgimiento de angustia moral y agruparon esta información en temas o subcategorías que agrupan los factores que influyen —tanto favorable como desfavorablemente— el surgimiento de la angustia moral; a su vez, esta información fue agrupada en tres grandes categorías (figura 3).

- Para la presentación de los resultados, se describió cada una de las categorías según los hallazgos encontrados en los artículos, y para la discusión de los resultados, se contrastaron e integraron los resultados obtenidos con el modelo de Barlem y Ramos (3), al comparar los elementos presentes en dicho modelo con los hallazgos de esta revisión, creando una nueva matriz para comprender el fenómeno de la angustia moral en el área de enfermería oncológica (figura 4).

## Resultados

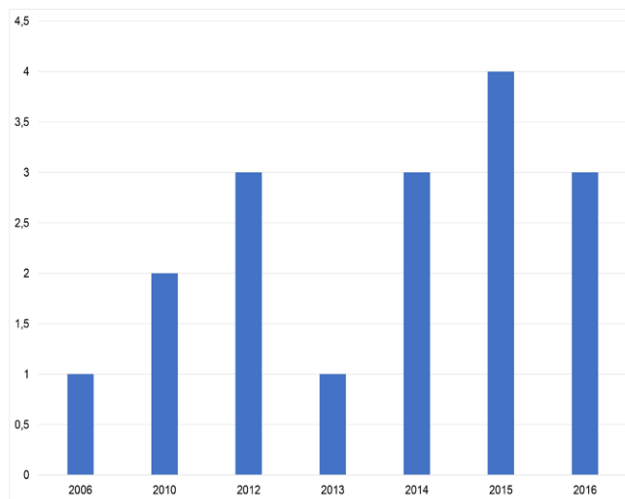
De los diecisiete artículos seleccionados para esta revisión, siete corresponden a estudios cualitativos (22, 23, 26-30); seis, a estudios cuantitativos (16, 31-35); dos son reflexiones (36, 37); y dos son editoriales (17, 18) (figura 3). El 18 % de los artículos fueron publicados entre 2006 y 2011, y el 82 %, entre 2012 y 2016 (figura 4). Los estudios se realizaron en diferentes países: la mayoría de ellos proviene de Estados Unidos, y el resto, de Europa, América del Sur y Asia (figura 5).

**Figura 3.** Distribución según el tipo de artículo



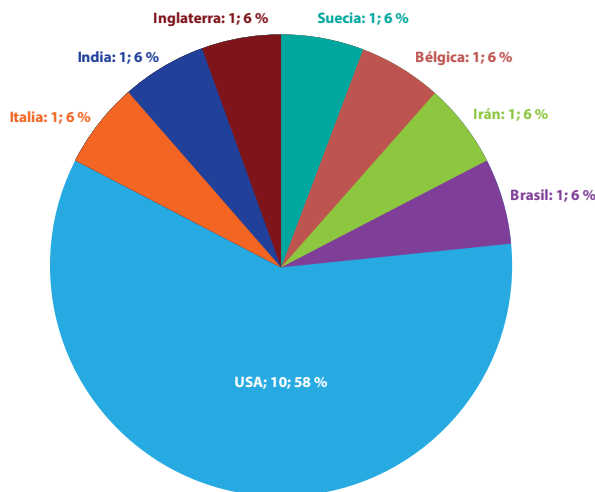
Fuente: elaboración propia.

**Figura 4.** Distribución por años de publicación



Fuente: elaboración propia.

**Figura 5.** Distribución de artículos según el país



Fuente: elaboración propia.

Los estudios cuantitativos usaron el instrumento Moral Distress Scale (MDS) (34) o la versión Moral Distress Scale-Revisada (MDS-R) (31, 35) para medir la angustia moral en enfermeros del área oncológica. En otro estudio, se usó la versión pediátrica de la MDS (MDS-PV): los ítems de esta escala se diferencian del MDS solo en la referencia a sujetos pediátricos en lugar de adultos (33).

**Tabla 1.** Artículos encontrados en la literatura sobre angustia moral en enfermería oncológica

Autores	Foco de la investigación	Diseño del estudio	Muestra	Resumen de resultados
Ameri, Safavibayatneed y Kavousi (31)	Evaluar la intensidad y la frecuencia de la angustia moral y determinar las situaciones clínicas que conducen a la angustia moral en las unidades de oncología.	Cuantitativo descriptivo	148 enfermeros.	La mayoría de las enfermeras tenían puntajes altos a moderados de angustia moral. Las enfermeras habían experimentado una mayor angustia moral en relación con el consentimiento informado de los pacientes ante pruebas innecesarias en las últimas etapas de la vida de los pacientes.
Bartholdson <i>et al.</i> (16)	Describir las percepciones del clima ético hospitalario pediátrico entre los profesionales de la salud que atienden a niños con cáncer.	Cuantitativo descriptivo	Médicos (n=15), enfermeras (n=36) y auxiliares de enfermería (n=38).	Un buen clima ético es un factor que podría disminuir la angustia moral.
Bohnenkamp <i>et al.</i> (32)	Describir cómo un equipo de enfermería hospitalario abordó las inquietudes éticas y los problemas que ocurrieron en una unidad de oncología quirúrgica.	Cuantitativo descriptivo	Aplican dos encuestas con diferencia de un año entre aquellas en el mismo lugar: N=19 y N=22 enfermeras.	Las situaciones clínicas identificadas como moralmente angustiantes y las más prevalentes fueron el trabajo con personal inadecuado o incompetente (enfermería o médico) y otorgamiento (por parte del médico) de atención inapropiada o ineficaz al paciente.
Sirilla (35)	Explorar la existencia de angustia moral en las enfermeras de oncología.	Cuantitativo correlacional	73 enfermeras de oncología.	El tipo de unidad y el nivel de sufrimiento moral se correlacionaron, y se encontró una relación inversa entre el nivel de educación y la angustia moral.
Lazzarin <i>et al.</i> (33)	Traducir del inglés al italiano la versión pediátrica del MDS y la MDS-PV.	Cuantitativo correlacional	156 enfermeras oncológicas y hematológicas.	Los resultados confirman la validez del MDS-PV para el uso de esta escala en enfermeras oncológicas pediátricas y describen los resultados de la aplicación de la escala.
Maningo-Salinas <i>et al.</i> (34)	Examinar la relación entre los niveles de angustia moral experimentada por las enfermeras de oncología y la probabilidad de su intención de rotación.	Tesis cuantitativa correlacional	180 enfermeras de oncología.	Un mayor nivel de angustia moral se correlacionó débilmente con una mayor rotación anticipada. Un nivel más alto de apoyo organizacional percibido se correlacionó fuertemente con una menor rotación anticipada.
Lievrouw <i>et al.</i> (27)	Explorar las variaciones para hacer frente a la angustia moral entre los médicos y las enfermeras en el entorno de oncología de un hospital universitario.	Cualitativo	18 enfermeras oncológicas con diferentes niveles de experiencia.	La angustia moral se prolongó cuando se acompañó de angustia emocional. Las cuatro formas dominantes de afrontamiento sugirieron que existe una tendencia a internalizar o a exteriorizar la angustia moral y una tendencia a enfocarse en elementos racionales o experienciales.
Luz <i>et al.</i> (22)	Conocer los problemas éticos vividos por enfermeros oncológicos.	Cualitativo	18 enfermeros.	Dos categorías relacionadas con la vivencia de problemas éticos: cuando informar o no se convierte en un dilema; invertir o no dilemas relacionados con la muerte, comprometiendo la atención al paciente.
Pavlish <i>et al.</i> (29)	Examinar los retos y las posturas que rodean situaciones éticamente difíciles en la práctica oncológica.	Cualitativo etnográfico	30 enfermeras oncológicas.	Muchos profesionales de la salud permanecen en silencio acerca de las preocupaciones éticas hasta que ocurre una crisis precipitante y ya no se pueden evitar las cuestiones éticas.
Pavlish <i>et al.</i> (23)	Explorar los conflictos éticos en la práctica de la oncología y la naturaleza de los contextos de atención médica en los que los conflictos éticos pueden evitarse o mitigarse.	Cualitativo etnográfico	30 enfermeras de oncología.	La mayoría de los conflictos éticos se refieren a situaciones complejas al final de la vida. Tres factores se asociaron con conflictos éticos: retrasar o evitar conversaciones difíciles, sentirse dividido entre obligaciones en competencia y el silenciamiento de diferentes perspectivas morales.

Autores	Foco de la investigación	Diseño del estudio	Muestra	Resumen de resultados
Lebaron, Beck, Black y Palat (26)	Explorar la experiencia de la angustia moral en enfermeras de oncología y otros proveedores.	Cualitativo etnográfico	37 enfermeras de oncología.	Los participantes describieron problemas significativos relacionados con el trabajo, pero la dimensión moral de esta angustia era menos clara, ya que algunos aspectos clave de la angustia moral tienen una aplicabilidad limitada en entornos donde los cursos de acción alternativos son desconocidos o no factibles, y donde las diferentes normas sociales y culturales influyen la sensibilidad moral.
Pye (30)	Explorar las percepciones de los médicos y de las enfermeras que trabajan en una unidad de oncología pediátrica, sus experiencias y sentimientos con respecto a la angustia moral.	Cualitativo fenomenológico	4 enfermeras.	Se identificaron tres temas que expresaban las experiencias moralmente angustiantes para los participantes: la importancia de los procesos de toma de decisiones, el conflicto sobre el derecho al tratamiento y la retención del tratamiento y la comunicación dentro del equipo.
Pavlish <i>et al.</i> (28)	Explorar las experiencias de las enfermeras de oncología y otros actores clave en situaciones clínicas éticamente difíciles.	Cualitativo etnográfico	30 enfermeras.	Las enfermeras experimentaron seis desafíos principales para cumplir sus objetivos: ser los ojos y los brazos del sufrimiento del paciente, experimentar la precariedad de las obligaciones contrapuestas, navegar por las complejidades de la esperanza y la honestidad, manejar la urgencia causada por esperar, esforzarse por encontrar el tiempo y sopesar los riesgos de hablar en estructuras jerárquicas.
Shepard (18)	Proponer que la complejidad de la atención oncológica puede requerir intervenciones en varios niveles para abordar la angustia moral.	Editorial	No aplica.	Las enfermeras de oncología son impactadas por la carga de la angustia moral, y esto puede afectar significativamente la atención que brindan a los pacientes. Como persiguen discusiones éticas, necesitan apoyo profesional y administrativo, así como directivas de cuidado avanzado para resguardar la autonomía de los pacientes.
Cohen y Erickson (17)	Plantear los acuerdos éticos en enfermería, así como las situaciones en que las enfermeras de oncología se ven enfrentadas a dilemas éticos.	Editorial	No aplica.	Si bien el área oncológica presenta dilemas éticos no identificados, escasez de recursos físicos y de personal, las enfermeras pueden mejorar sus entornos de práctica, siendo ejemplo para otras enfermeras, así como la comunicación con el resto del equipo de trabajo.
Jodoin <i>et al.</i> (36)	Reflexionar acerca del impacto de la angustia moral en el cuidado de los pacientes.	Reflexión	No aplica	Es importante la reflexión y el espacio protegido para discutir los pensamientos y sentimientos de las enfermeras para mitigar la angustia moral y, así, estar dispuestos a otorgar un cuidado de calidad al siguiente paciente y su familia.
Pelton <i>et al.</i> (37)	Describir los enfoques utilizados para aliviar la angustia moral de la enfermera en una unidad de oncología quirúrgica y los desafíos enfrentados al abordar los factores complejos que contribuyeron a esa angustia moral.	Reflexión	34 enfermeras oncológicas.	Tres áreas se identificaron como necesarias para mejorar: comunicación, educación y autocuidado en la atención.

Fuente: elaboración propia.



A partir del análisis crítico de los artículos seleccionados, se establecieron los factores que, según la literatura, favorecen el surgimiento de la angustia moral en enfermeras oncológicas (tabla 2).

**Tabla 2.** Factores que influyen en el surgimiento de angustia moral en enfermeras oncológicas encontrados en la revisión integradora

Factores organizacionales	Situaciones clínicas más frecuentes en oncología	Relaciones interprofesionales en el equipo oncológico
Clima ético	Manejo del dolor	Comunicación deficiente
Cultura evasiva	Entrega de información	Relaciones de poder
Recursos para la ética	Tratamiento fútil	Poca confianza en la competencia de otros profesionales
	Asistencia a la familia y al paciente en su proceso de muerte	

Fuente: elaboración propia.

## Factores organizacionales

### Clima ético

El clima ético se refiere a aquellos factores de una organización que contribuyen a las habilidades de los profesionales de la salud para identificar y tratar los problemas éticos, con el fin de proporcionar una atención ética adecuada (16). Un clima ético pobre se describe como un desencadenante de angustia moral en médicos y enfermeras en las unidades oncológicas y afecta la interacción interprofesional (16). Del mismo modo, Pavlish *et al.* señalan que es necesario desarrollar los sistemas de salud en comunidades morales donde se aliente a todos los miembros a clarificar las preocupaciones éticas y a lidiar con ellas de una manera que se promueva la confianza, la comprensión compartida y el respeto mutuo (23). El estudio de Bartholdson *et al.* sobre clima ético muestra que un porcentaje menor de los participantes refería tener las herramientas necesarias para poder resolver problemas éticos, así como tiempo para la reflexión y discusión cuando había conflictos éticos relacionados con el tratamiento y el cuidado.

Según Maningo-Salinas *et al.*, los líderes de los equipos de salud podrían influir positivamente en la pesquisa del fenómeno

de la angustia moral en los profesionales de enfermería, al reconocer las situaciones que producen angustia moral (34) y al tomar conciencia sobre el impacto que este fenómeno puede tener en el equipo (27). Asimismo Jodoin *et al.* resaltan la importancia de la creación de un clima ético; una de las estrategias útiles en su unidad es la creación de rondas éticas (36).

### Cultura evasiva a tratar temas éticos difíciles

Según Pavlish *et al.*, los conflictos éticos en oncología se producen por retrasar o evitar conversaciones difíciles sobre el mal pronóstico del paciente o sobre la atención al final de la vida. En otro estudio del mismo autor (29), las enfermeras y otros proveedores de salud afirman que las preguntas éticas pueden dañar las relaciones con los pacientes, familiares y colegas, razón por la cual evitan hablar al respecto. Asimismo, los autores encontraron que muchos profesionales de la salud permanecen en silencio acerca de las preocupaciones éticas hasta que ocurre una crisis precipitante, donde ya no se pueden evitar estas cuestiones (29).

### Recursos para la ética

La inexistencia de recursos para la ética, como la participación en programas especializados, el financiamiento para seguirlos y el tiempo para la discusión influyen también en el surgimiento de angustia moral (17, 27, 37). Cohen y Erickson plantean que la falta de reconocimiento de los dilemas éticos y su apropiada discusión en el equipo llevan a tener angustia moral, ante lo cual Sirilla añade que es necesario analizar el problema ético a través de enfoques teóricos que guíen a las enfermeras (35).

En el estudio de Pelton *et al.*, enfermeras y médicos establecieron palabras clave que les permitieran comunicar cuando estaban en desacuerdo, por ejemplo, respeto al plan de atención de un médico. Cuando se mencionaban estas palabras, se daba inicio a una discusión al respecto; así, el médico informaba cómo se tomaron las decisiones ante distintos procesos de la enfermedad, y esto permitía a las enfermeras comprender los pasos del tratamiento, para facilitar su rol de cuidado. Además, en este estudio, los participantes trabajaron en grupos interprofesionales, desarrollando soluciones para los factores estresantes en la unidad, y esto les permitió una vinculación emocional para abrir oportunidades de comunicación (37).

La capacitación en ética y en el afrontamiento de la muerte pueden beneficiar a las enfermeras al aumentar su autoconfianza

en su conocimiento sobre el final de la vida y sobre su toma de conciencia respecto de la angustia moral (35). Sirilla recomienda iniciar la educación durante la orientación inicial de la práctica, para asegurar que todas las enfermeras estén al tanto de los signos y de las consecuencias de la angustia moral (35).

La falta de tiempo es otro recurso que se muestra como una preocupación general en las enfermeras cuando se trata de problemas éticos. No tratar los problemas éticos relacionados con el tratamiento y el cuidado puede desencadenar angustia moral (16). La comunicación, la reflexión y la discusión de los problemas éticos en situaciones clínicas específicas permiten que se escuchen las opiniones de todos los miembros involucrados, y esto podría contribuir a un mejor clima ético en oncología (16, 27).

Por otra parte, la existencia de grupos de apoyo para los profesionales de enfermería, conformados por otros colegas, puede facilitar la discusión de casos difíciles, brindar soporte y, así, reducir la angustia moral (18). En el mismo estudio, se sugiere que la rotación de pacientes complejos puede ser útil para disminuir la carga individual de la angustia moral (18).

### ***Situaciones clínicas complejas***

En el área de oncología, existen situaciones clínicas complejas en las que aparecen aspectos éticos que han sido ampliamente discutidos en la literatura, y que son un lugar común de la bioética actual.

#### ***Manejo del dolor***

Es una situación compleja que causa conflictos éticos entre los profesionales de la salud (34). En diversos estudios, los participantes reportan que, en ocasiones, existen discrepancias entre los miembros del equipo respecto a las dosis de analgésicos que se deben suministrar a un paciente (29, 33, 34). Asimismo, señalan que deben seguir indicaciones médicas que no están orientadas a controlar el dolor del paciente, por lo que esta necesidad se posterga (32). El manejo inadecuado del dolor tiene como consecuencia el sufrimiento del paciente, lo que puede ser fuente de angustia moral para las enfermeras (26), pues proporcionar una atención inadecuada a aquel interfiere con el buen desarrollo de su rol, lo que se relaciona con una alta intensidad de angustia moral en estas profesionales (31).

En el manejo del dolor también influyen aspectos culturales: el estudio realizado por Lebaron *et al.* en India muestra que las enfermeras presentan angustia moral porque no pueden manejar el dolor de los pacientes por escasez de recursos y barreras administrativas, lo cual les impide actuar como ellas creen que es lo mejor para el paciente.

#### ***Entrega de información***

El paciente oncológico es sometido a múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para lo cual es necesario obtener consentimiento informado de los pacientes o de sus familias. En algunas ocasiones, los profesionales de enfermería sienten que deben ignorar situaciones en las que el paciente no tiene la información adecuada que asegure un correcto proceso de consentimiento informado (22, 33, 38).

Por otra parte, el estudio de Luz *et al.* muestra que varios de los problemas éticos se relacionan con la transmisión de información y orientación al paciente en relación con su enfermedad (22). Informar o no a los pacientes y a sus familiares es uno de los principales dilemas éticos experimentados por las enfermeras, y esto puede potencializarse por la propia dificultad de la familia para recibir la información (22, 23). Los pacientes oncológicos tienen dudas sobre el diagnóstico y el pronóstico médico del cáncer, y ello hace que la enfermera actúe como enlace entre estos y otros miembros del equipo de salud, para asegurar que los pacientes sean informados y tengan claridad acerca de sus cuidados (22).

#### ***Tratamientos fútiles al final de la vida***

Shepard y Pavlish *et al.* muestran que, para la mayoría de las enfermeras, administrar un tratamiento agresivo a pacientes oncológicos durante el final de su vida es una situación éticamente difícil (18, 23). Asimismo, presenciar los efectos adversos del tratamiento les genera angustia moral, en especial cuando el objetivo de la atención está enfocado en cuidados paliativos y no curativos (28). Por otra parte, el estudio de Lazzarin *et al.* muestra que las situaciones en que la familia desea continuar el tratamiento, a pesar de que esto no sea lo mejor para el niño, es una circunstancia que causa angustia moral a las enfermeras que atienden pacientes pediátricos con cáncer (33). El estudio de Pye menciona que para las enfermeras surgen conflictos morales cuando no existen límites respecto a la reanimación de los pacientes al final de su vida (30). Shepard, en cambio, señala que los

conflictos éticos aparecen cuando los médicos y la familia toman decisiones que perjudican la calidad de vida de los pacientes (18).

### **Asistencia al paciente y su familia en el proceso de muerte**

En un estudio cualitativo, se encontró que algunos de los conflictos éticos importantes en oncología se refieren a afrontar las situaciones propias del final de la vida, como administrar tratamientos agresivos en esta etapa (29), responder a la solicitud de asistencia suicida del paciente cuando tiene un mal pronóstico (34) y entregar cuidados paliativos inadecuados (30). Esto prolonga el proceso de muerte con cuidados agresivos innecesarios y ofrece falsas esperanzas (32).

A estas situaciones, se añade que muchas veces los proveedores de salud retrasan las conversaciones acerca de pronósticos precarios o del tratamiento al final de la vida (29). Permanecer en silencio frente a estas situaciones puede actuar como desencadenante de angustia moral en las enfermeras (23, 29, 33).

### **Relaciones interpersonales en el equipo oncológico**

#### **Comunicación deficiente**

El equipo de salud en oncología está compuesto por miembros de varias disciplinas, y la falta de comunicación entre ellos puede llevar a que problemas importantes sean malinterpretados o incomprensidos, lo que puede provocar angustia moral en sus miembros (37). La investigación cualitativa realizada por Pye señala que una comunicación deficiente y una escasa dinámica en el interior del equipo y en el proceso de la toma de decisiones pueden influenciar la aparición de la angustia moral en las enfermeras (30). Al respecto, Jodoin *et al.* señala que es fundamental el respeto a las opiniones de los demás cuando las diferentes profesiones no coinciden en lo que es mejor para el paciente (36).

La inclusión de las enfermeras como socios iguales e informados en la comunicación formal y en los procesos de deliberación es clave para prevenir la angustia moral (23, 28, 29, 32). Las reuniones de equipo permiten aclarar el procedimiento por seguir en relación con el tratamiento y el plan de cuidado (35). Discutir las ideas, preocupaciones y sentimientos que surgen de la situación clínica compleja permite disminuir la angustia moral

(23, 32) y tener un mejor manejo para otorgar un cuidado de calidad a otros pacientes (36).

#### **Relaciones de poder**

Las diferencias en los roles profesionales involucran distintas relaciones de poder, y esto se puede reflejar en la percepción de un clima ético más o menos positivo entre los miembros del equipo (16). La falta de participación en la toma de decisiones conlleva sentimientos de impotencia y devaluación en las enfermeras (30); estas pueden creer que son incapaces de resolver conflictos éticos, así como temer al fracaso al resolverlos, o a no tener suficiente experiencia, y esto les impediría formular preguntas éticas en la interacción con otros profesionales (17).

En el estudio de Pavlish *et al.*, las enfermeras refieren que trabajar en situaciones éticamente difíciles requiere tiempo y espacio; sin embargo, el sistema de cuidado en oncología, a menudo, sacrifica el cuidado integral por la atención enfocada en la eficiencia, debido a las altas demandas de cuidado (28). Además, algunas enfermeras expresaron temor a hablar cuando sus propias perspectivas profesionales o personales diferían de las voces predominantes del equipo de atención médica (28).

#### **Confianza en la competencia del equipo**

El estudio realizado por Ameri *et al.* en Irán (31) muestra que trabajar con colegas u otros proveedores de atención en salud que no son tan competentes para la atención del paciente oncológico propicia el surgimiento de angustia moral. El reconocimiento de situaciones inadecuadas relacionadas con negligencia, falta de preparación e incompetencia profesional puede llevar a estos profesionales a sufrir este fenómeno (22, 32, 39). A esto se añaden prejuicios entre las distintas disciplinas: por ejemplo, las enfermeras señalan que los médicos no experimentan angustia moral, ya que no están el tiempo suficiente al lado del paciente como para tener conflictos éticos (27).

## **Discusión**

En la figura 6 se vinculan los resultados de la presente revisión a la luz de los conceptos centrales del modelo conceptual de angustia propuesto por Barlem y Ramos. En dicha figura, se aprecia que el escenario en el que se describe el surgimiento de la angustia moral en los profesionales de enfermería es la institución

de salud, en particular la unidad de oncología, microespacio de poder que enmarca el equipo de salud que atiende a la persona con cáncer, así como las relaciones que se desarrollan entre sus miembros. Este equipo de salud está formado por distintos profesionales, entre los que se encuentran los profesionales de enfermería. El profesional de enfermería que trabaja con personas con cáncer se expone constantemente a situaciones clínicas complejas con aspectos éticos asociados. Además, en este modelo, un aspecto clave es la sensibilidad moral, la cual implica tener una mirada autocrítica para percibir el contenido moral de las acciones, los hechos y los pensamientos relacionados con su práctica clínica (3), para así poder ser un agente moral (40).

En la figura 6 se enumeran los factores desencadenantes de angustia moral en enfermeras oncológicas. Primero, se ubican los *factores organizacionales* que corresponden al clima ético, la cultura evasiva y los recursos para la ética; estos generan el contexto organizacional en el que se desenvuelve el equipo de salud. La institución desempeña un rol fundamental en la entrega de recursos para el desarrollo de competencias éticas, y estas permiten a la enfermera negociar y enfrentar obstáculos administrativos y relacionales. Los hallazgos de esta revisión concuerdan con otros autores (41, 42) que señalan que es necesario proporcionar un entorno de apoyo en los hospitales y considerar estrategias para disminuir la angustia moral. En el área oncológica, las enfermeras refieren que las principales barreras para que una práctica ética se desarrolle son la falta de tiempo, la ausencia de espacios físicos para el debate y de apoyo por parte de los líderes institucionales y políticas que permitan el desarrollo de un clima ético, lo que coincide con los resultados encontrados en enfermeras que se desempeñan en el área de cuidados críticos (8, 43).

El segundo factor que se presenta en la figura 6 es el *equipo de salud que se enfrenta a situaciones clínicas complejas*, como el manejo del dolor, la entrega de información, la consideración de un tratamiento como fútil y la asistencia al paciente y a su familia durante el proceso de muerte. Estas situaciones pueden ser escenarios favorables para la aparición de angustia moral en enfermeras oncológicas (44), cuando estas profesionales no participan en la toma de decisiones en relación con acciones terapéuticas o se produce un choque de valores entre la perspectiva de la enfermera y la de otros profesionales en la toma de decisiones. Este hallazgo es similar a lo encontrado en investigaciones en las áreas de cuidados críticos (45, 46), neonatales y pediátricos (10, 47), y se diferencia de lo encontrado en unidades de emergencia,

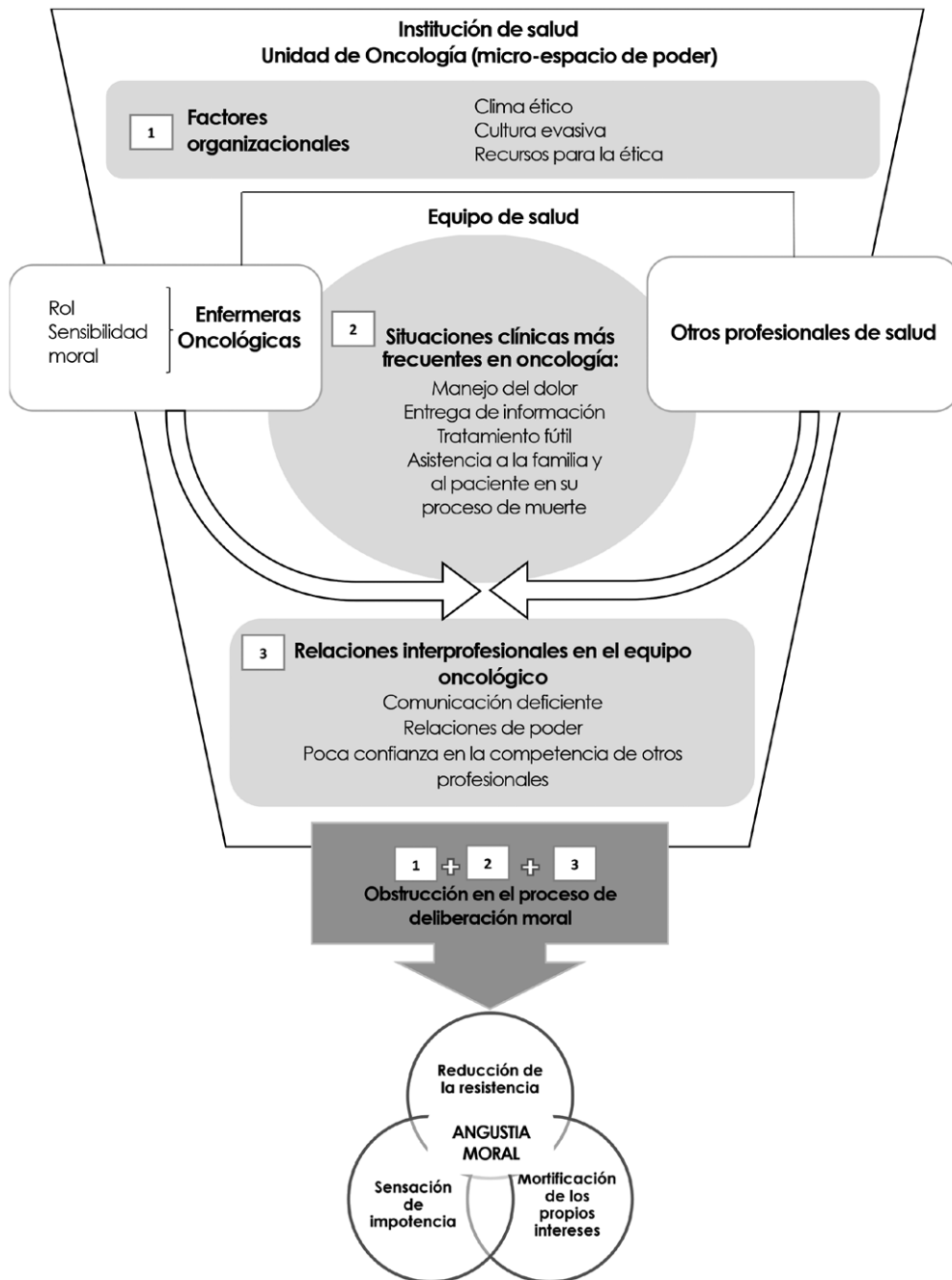
donde existen otros factores como el entorno técnico agudo y la alta demanda con recursos insuficientes (48). El tercer factor que desencadena angustia moral (figura 6) son las *relaciones interprofesionales en el equipo oncológico*. En oncología, se describen en este ámbito la comunicación deficiente, la diferencia en las relaciones de poder y la poca confianza en la competencia de otros profesionales. Las relaciones de poder, según Barlem y Ramos, no son tan solo estructuras o prohibiciones, sino también consecuencias de enfrentamientos constantes y sostenidos en el tiempo que marcan los microespacios de poder. En el caso de la oncología, los resultados muestran que existe una dinámica escasa en el interior de los equipos, lo cual marca estos espacios con una disminución de la participación de las enfermeras en la toma de decisiones. Asimismo, la relación de poder se manifiesta en el temor de las enfermeras a tratar temas difíciles por miedo a dañar las relaciones laborales actuales o futuras, lo que es concordante con otros estudios (49).

En esta revisión, las relaciones de poder delimitaron el espacio en que se desarrolló el proceso de deliberación moral en oncología. En esta etapa clave del modelo, los profesionales pueden discutir su propia perspectiva, teniendo en cuenta la visión de los demás integrantes del equipo, y esto coincide con otros autores que han destacado la importancia de la organización de los equipos en el desarrollo de la angustia moral (50). Cuando este proceso se obstruye, ocurre un silenciamiento de las perspectivas morales, y la consecuencia es una sensación de impotencia en las enfermeras que las incapacita para realizar la acción que ellas perciben como correcta. La obstrucción desencadena una cadena de angustia moral que incluye la sensación de impotencia, la mortificación de los propios intereses y la reducción de la resistencia al fenómeno de la angustia moral. Esto desencadena un proceso de normalización de la situación y de indiferencia hacia los problemas morales de la práctica cotidiana de enfermería oncológica.

## Conclusiones

El modelo de angustia moral de Barlem y Ramos (3) permite dar flujo a los elementos presentes en el surgimiento de angustia moral y muestra cómo la obstrucción del proceso de deliberación moral y las relaciones de poder son elementos centrales en la cadena de la angustia moral, al hacer posible enlazar, de manera coherente, los resultados de esta revisión. Además, permitió disponer los resultados de la revisión en un diagrama cohesionado que expone la dinámica de los equipos que muestran

**Figura 6.** Aproximación de los resultados de la revisión de los factores que influyen en el surgimiento de angustia moral en enfermeras de oncología al modelo de Barlem y Ramos



Fuente: elaboración propia a partir del modelo de Barlem y Ramos (3).

las enfermeras oncológicas en los distintos artículos revisados. Cuando existen problemas éticos en las situaciones clínicas que viven las enfermeras oncológicas, y ellas no participan del proceso de deliberación, estos pueden quedar ocultos y presentarse como normales, lo cual disminuye la sensibilidad moral de los profesionales y la posibilidad de actuar como agentes morales. En conjunto, los tres factores descritos son desencadenantes de angustia moral en las enfermeras oncológicas.

Por otra parte, el concepto de *angustia moral* aplicado en oncología involucra problemas relacionados con la creciente demanda de cuidados del paciente y de su familia, escasez de recursos humanos y materiales, escaso apoyo organizacional, capacitación en ética, correcto manejo de la información brindada a la familia sobre los tratamientos del paciente, tiempos de reflexión y diálogo en relación con la muerte, entre otros, lo cual hace aun más complejo el estudio de este fenómeno en oncología.

Finalmente, en torno al rol profesional, llama la atención que faltan estudios que exploren las manifestaciones físicas, psíquicas y de comportamiento en las enfermeras oncológicas. Asimismo, sería importante investigar las implicancias de la angustia moral en el cuidado del paciente con cáncer. Cabe preguntarse por qué algunos profesionales de enfermería normalizan los contextos en que se desarrollan los problemas morales y renuncian a la resiliencia moral (51). La respuesta se podría relacionar con factores como la falta de competencias personales, el desgaste que produce la negociación con otros profesionales y, por otra parte, con exigencias clínicas en oncología que consumen parte importante del tiempo de las enfermeras.

**Conflicto de interés:** ninguno declarado.

**Agradecimientos:** a la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica por dar espacio a la elaboración de este trabajo.

## Referencias

1. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
2. Kierkegaard S. El concepto de la angustia: una sencilla investigación psicológica orientada hacia el problema dogmático del pecado original. Madrid: Espasa-Calpe; 1967.
3. Barlem ELD, Ramos FRS. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics*. 2015 ag. 22(5):608-615. DOI: 10.1177/0969733014551595
4. Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol*. 2016 jul. 10-2017 en. 27;22(1):51-67. DOI: 10.1177/1359105315595120
5. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics*. 2015 febr. 22(1):15-31. DOI: 10.1177/0969733013502803
6. Woods M. Beyond moral distress: preserving the ethical integrity of nurses. *Nurs Ethics*. 2014 mzo. 21(2):127-8. DOI: 10.1177/0969733013512741
7. Ganz FD, Wagner N, Toren O. Nurse middle manager ethical dilemmas and moral distress. *Nurs Ethics*. 2015 feb. 22(1):43-51. DOI: 10.1177/0969733013515490
8. McAndrew N, Laske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. *Nurs Ethics*. 2016 sept. 22;23(6):1-19. DOI: 10.1177/0969733016664975
9. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit care Nurs*. 2007;23(5):256-63. DOI: 10.1016/j.iccn.2007.03.011
10. Prentice T, Janvier A, Gillam L, Davis PG. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2016 ag. 101(8):701-8. DOI: 10.1136/archdischild-2015-309410
11. Johnstone M-J, Hutchinson A. "Moral distress": time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics*. 2015 febr. 22(1):5-14. DOI: 10.1177/0969733013505312
12. Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Shawn M. A Collaborative state of the science initiative: Transforming moral distress. *Am J Nurs*. 2017 febr. 117(2):52-6. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000512203.08844.1d



13. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is “moral distress”? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2017 oct. 8;s.d.1-19. DOI: 10.1177/0969733017724354
14. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015 feb. 22(1):131-52. DOI: 10.1177/0969733014557139
15. Tigard DW. Rethinking moral distress: conceptual demands for a troubling phenomenon affecting health care professionals. *Med Heal Care Philos*. 2017 dic. 15;21(4): 479-488. DOI: 10.1007/s11019-017-9819-5
16. Bartholdson C, af Sandeberg M, Lutzen K, Blomgren K, Pergert P. Healthcare professionals’ perceptions of the ethical climate in paediatric cancer care. *Nurs Ethics*. 2016 dic. 23(8):877-88. DOI: 10.1177/0969733015587778
17. Cohen JS, Erickson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs*. 2006 dic. 10(6):775-82. DOI: 10.1188/06.CJON.775-780
18. Shepard A. Moral distress: a consequence of caring. *Clin J Oncol Nurs*. 2010 febr. 14(1):25-7. DOI: 10.1188/10.CJON.25-27
19. Boyle DA, Bush NJ. Reflections on the emotional hazards of pediatric oncology nursing: four decades of perspectives and potential. *J Pediatr Nurs*. 2018 my. 40:63-73. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.03.007
20. Cañadas-De la Fuente GA, Gómez-Urquiza JL, Ortega-Campos EM, Cañadas GR, Albendín-García L, De la Fuente-Solana EI. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta analytic study. *Psychooncology*. 2018 my. 27(5):1426-1433. DOI: 10.1002/pon.4632
21. Neumann JL, Mau LW, Virani S, Denzen EM, Boyle DA, Boyle NJ. et al. Burnout, moral distress, work-life balance, and career satisfaction among hematopoietic cell transplantation professionals. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2018 abr. 24(4):849-60. DOI: 10.1016/j.bbmt.2017.11.015
22. Luz KR da, Vargas MA de O, Schmidtt PH, Barlem ELD, Tomaschewski-Barlem JG, Rosa LM da. Ethical problems experienced by oncology nurses. *Rev Latinoam Enferm*. 2015 nov.-dic. 23(6):1187-94. DOI: 10.1590/0104-1169.0098.2665
23. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Jakel P, Fine A. The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncol Nurs Forum*. 2014 mzo. 1;41(2):130-40. DOI: 10.1188/14.ONF.130-140
24. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987 feb. 10(1):1-11. DOI: 10.1002/nur.4770100103
25. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010 oct 9 [citado 2018 dic. 21];135(11):507-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310001454?via%3Dihub>
26. LeBaron V, Beck SL, Black F, Palat G. Nurse moral distress and cancer pain management an ethnography of oncology nurses in India. *Cancer Nurs*. 2014 sept.-oct. 37(5):331-44. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000136
27. Lievrouw A, Vanheule S, Deveugele M, Vos M, Pattyn P, Belle V, et al. Coping with moral distress in oncology practice: nurse and physician strategies. *Oncol Nurs Forum*. 2016 jul. 1;43(4):505-12. DOI: 10.1188/16.ONF.505-512
28. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Jakel P, Rounkle A-M. Nurses’ responses to ethical challenges. *Clin J Oncol Nurs*. 2012 dic. 16(6):592-600. DOI: 10.1188/12.CJON.592-600
29. Pavlish C, Brown-Saltzman K, Fine A, Jakel P. A culture of avoidance: voices from inside ethically difficult clinical situations. *Clin J Oncol Nurs*. 2015 abr. 19(2):159-65. DOI: 10.1188/15.CJON.19-02AP
30. Pye K. Exploring moral distress in pediatric oncology: a sample of registered practitioners. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 2013 dic. 36(4):248-61. DOI: 10.3109/01460862.2013.812693
31. Ameri M, Safavibayatneed Z, Kavousi A. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. *Aust J Adv Nurs*. 2016 my. 33(3):6-11. Disponible en: <http://www.ajan.com.au/Vol33/Issue3/1Ameri.pdf>
32. Bohnenkamp S, Pelton N, Reed P, Rishel C. An Inpatient Surgical Oncology Unit’s Experience with Moral Distress: Part I. *Oncol Nurs Forum*. 2015 my. 42(3):308-10. DOI: 10.1188/15.ONF.308-310
33. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics*. 2012 mzo. 19(2):183-95. DOI: 10.1177/09697330111416840

34. Maningo-Salinas MJ, Keefer A, Bundy RV, Tiffin C. Relationship between moral distress, perceived organizational support and intent to turnover among oncology nurses. Capella University; 2010.
35. Sirilla J. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clin J Oncol Nurs*. 2014 oct. 18(5):536-41. DOI: 10.1188/14.CJON.536-541
36. Jodoin C, Molina E, Filipon K. Alleviating moral distress: a journey to create the most supportive environment. En: Mairead Hickey, Phyllis Beck Kritek, editores. *Change leadership in nursing: how change occurs in a complex hospital system*. Nueva York: Springer publishing company; 2012. p. 172-4.
37. Pelton N, Bohnenkamp S, Reed PG, Rishel C. An inpatient surgical oncology unit's experience with moral distress: part II. *Oncol Nurs Forum*. 2015 jul. 42(4):412-4. DOI: 10.1188/15.ONF.412-414
38. Kim K, Han Y, Kim J. Korean nurses' ethical dilemmas, professional values and professional quality of life. *Nurs Ethics*. 2015 jun. 22(4):467-78. DOI: 10.1177/0969733014538892
39. Bartholdson C, Lützn K, Blomgren K, Pergert P. Experiences of ethical issues when caring for children with cancer. *Cancer Nurs*. 2015 mzo.-abr. 38(2):125-32. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000130
40. Carnevale F. Confronting moral distress in nursing recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm*. 2013;spe(66). DOI: 10.1590/S0034-71672013000700004
41. Robaee N, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Baghestani A, Barkhordari-Sharifabad M. Perceived organizational support and moral distress among nurses. *BMC Nurs*. 2018 en. 10;17(2):1-7. DOI: 10.1186/s12912-017-0270-y
42. Haghiginezhad G, Atashzadeh-shoorideh F. Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. *Nurs Ethics*. 2017 en. 1-11. DOI: 10.1177/0969733017712082
43. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*. 2012 dic. 28-2013 my.;20(3):312-24. DOI: 10.1177/0969733012462049
44. Ferrell BR. Understanding the Moral Distress of Nurses Witnessing Medically Futile Care. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2006 sept. 1;33(5):922-30. Disponible en: <http://onf.ons.org/onf/33/5/understanding-moral-distress-nurses-witnessing-medically-futile-care>
45. Coombs M. Concerns about care and communication are key causes of moral distress in intensive care staff. *Aust Crit Care*. 2017 mzo. 30(2):107-8. DOI: 10.1016/j.aucc.2017.01.007
46. Hiler CA, Hickman RL Jr, Reimer AP, Wilson K. Predictor of moral distress in a US sample of critical nurses. *Am J Crit Care*. 2018 en. 27(1):59-66. DOI: 10.4037/ajcc2018968
47. Choe K, Kim Y, Yang Y. Pediatric nurses' ethical difficulties in the bedside care of children. *Nurs Ethics*. 2017 en. 1-12. DOI: 10.1177/0969733017708330
48. Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE, et al. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs*. 2016 en. 42(1):37-46. DOI: 10.1016/j.jen.2015.08.008
49. Pavlish C. Barriers to innovation: nurses' risk appraisal in using a new ethics screening and early intervention tool. *Adv Nurs Sci*. 2013 oct.-dic. 36(4):304-19. DOI: 10.1097/ANS.0000000000000004
50. Musto LC, Rodney PA, Vanderheide R. Toward interventions to address moral distress: navigating structure and agency. *Nurs Ethics*. 2015 feb. 22(1):91-102. DOI: 10.1177/0969733014534879
51. Lachman VD. Moral resilience: managing and preventing moral distress and moral residue a case of moral injury and moral distress. *Nursing, Med Surg*. 2016 mzo.-abr. 25(2):121-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/27323473>