

Angustia moral en internos de medicina de universidades chilenas

Pamela Jofré¹, Rodrigo Vergara^{1,2}, Thelma Suau³, Jaime Bastidas⁴, Diego de la Barra⁵, Sofía Salas⁶

1. Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile. 2. Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile. 3. Universidad de Chile, Santiago, Chile. 4. Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile. 5. Universidad Austral, Valdivia, Chile. 6. Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Resumen

La angustia moral, definida como el sufrimiento que experimenta una persona cuando se ve obligada a ejecutar acciones u omisiones que contradicen sus valores, ha sido descrita en todas las profesiones sanitarias y también en la formación de ellas, asociándose a consecuencias como despersonalización en los cuidados, baja motivación laboral, cuestionamiento vocacional y vinculación al burnout. En Chile, ha sido poco estudiada y menos aún en estudiantes de medicina. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y mixto en internos de medicina de 4 universidades chilenas, mediante un cuestionario distribuido electrónicamente, para conocer su frecuencia y principales factores desencadenantes. Participaron 56 estudiantes. Los resultados expresan la presencia transversal de angustia moral en los estudiantes de las universidades exploradas. Destaca como fuente principal la dificultad en obtener el consentimiento informado de los pacientes. Los resultados aportan conocimiento útil para diseñar programas educativos que aborden la angustia moral y sus principales fuentes asociadas.

Palabras clave: Bioética. Consentimiento informado. Educación médica.

Resumo

Sofrimento moral em residentes de medicina de universidades chilenas

O sofrimento moral, definido como o sofrimento que uma pessoa experimenta quando é obrigada a executar ações ou omissões que contradizem seus valores, tem sido descrito em todas as profissões da área da saúde e na formação delas, associando-se a consequências como despersonalização nos cuidados, baixa motivação no trabalho, questionamento vocacional e vínculo com o burnout. No Chile, tem sido pouco estudado e menos ainda em estudantes de medicina. Foi realizado um estudo observacional, descritivo e misto com internos de medicina de quatro universidades chilenas, por meio de um questionário distribuído eletronicamente, para conhecer sua frequência e principais fatores desencadeantes. Participaram 56 estudantes. Os resultados expressam a presença transversal de sofrimento moral nos estudantes das universidades exploradas. Destaca-se como principal fonte a dificuldade em obter o consentimento informado dos pacientes. Os resultados fornecem conhecimento útil para projetar programas educativos que abordem o sofrimento moral e suas principais fontes associadas.

Palavras-chave: Bioética. Consentimento livre e esclarecido. Formação médica.

Abstract

Moral distress in medical residents from Chilean universities

Moral distress, defined as the suffering a person experiences when forced to actions or omissions that contradict their values, has been described in all medical professions and related training, associated with consequences such as depersonalization in care, low motivation at work, vocational questioning, and in connection with burnout. In Chile, moral distress has been scarcely researched, and even less in medical students. This is an observational, descriptive and mixed research with medical residents from four universities in Chile using an electronically distributed questionnaire to study its frequency and main triggering factors. Participants included 56 students. The results show transversal occurrence of moral distress in students from the researched universities. The difficulty in obtaining informed consent from patients is noted as the main moral distress source. The results provide useful knowledge for designing educational programs that address moral distress and its main associated sources.

Keywords: Moral distress. Bioethics. Informed consent. Medical education.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación CEP/Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana - 2020115

El ingreso a una escuela de medicina involucra la incorporación de muchos conocimientos. Al progresar los estudios, se van adquiriendo algunos elementos propios de la cultura y práctica médica. En estos últimos aparecen las virtudes profesionales que buscan refinadas actitudes valóricas que puedan impactar las decisiones de quienes se educan. Estas virtudes transformarán a los estudiantes, haciéndoles internalizar progresivamente el “ser médico”¹. Sin embargo, un buen profesional suele ser alguien que domina ciertas competencias en un área del saber, más allá de un compromiso y desempeño moral responsable².

En los últimos años de estudio, las rotaciones clínicas permiten a los alumnos adquirir experiencias que son muy influyentes en el desarrollo del “carácter profesional”. Muchas situaciones a las que se exponen les hacen experimentar conflictos morales que, de no ser resueltos adecuadamente, pueden mermar la empatía y contribuir al agotamiento³⁻⁶.

En Chile, en casi todas las universidades que imparten la carrera de medicina, los últimos dos años se destinan a una práctica profesional denominada internado, que comprende rotaciones por diferentes áreas clínicas. Allí el estudiante es desafiado constantemente en sus conocimientos y se expone a situaciones complejas que involucran a los equipos de salud y a los pacientes y sus familias, además de poder encontrarse con desafíos o decisiones a tomar que contrastan con sus valores y facilitan que surjan episodios de angustia moral (AM)⁷.

La AM fue definida por Andrew Jameton⁸ en 1984 y surgió de la observación primaria de lo que sucedía con las enfermeras en el cuidado del fin de la vida. Se refiere al sufrimiento que experimenta una persona cuando se ve obligada a ejecutar acciones u omisiones que contradicen sus valores. Posteriormente, se describió en otras profesiones sanitarias⁹⁻¹². Se han observado diversos factores asociados a ella y se han relacionado con importantes consecuencias, entre las que destacan: trato despersonalizado, crisis vocacional, abandono o cambio de funciones y su contribución al agotamiento o burnout de profesionales, lo que fue más evidente en la pandemia de la covid-19¹³⁻¹⁵.

Los estudios de AM en estudiantes de medicina son escasos y quizás más complejos, ya que el abordaje de esta temática debiera incluir factores vinculados a las jerarquías académicas y los vínculos entre las personas¹⁶. Particularmente en el

ámbito latinoamericano, hay muy poca información, a su vez, se desconoce cómo la AM impacta en la enseñanza del profesionalismo y la bioética. En este contexto, el objetivo de este estudio fue conocer si la AM existe en los estudiantes de medicina de universidades chilenas y cuáles serían los principales factores predisponentes.

Método

Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo, no experimental y mixto (cuantitativo y cualitativo) durante los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021. Se invitó a participar a todos los alumnos de 7.º año que habían cursado algún internado de medicina en el año 2019, en las Universidades de Valparaíso, de Chile, Austral y Católica del Norte. La elección fue por conveniencia y buscó representar distintas regiones del país (zona norte, centro y sur). Este estudio contó con la autorización y respaldo escrito de los directores de escuelas de medicina participantes o sus representantes. Se construyó una encuesta de administración electrónica, que se inspiró en algunos de los factores asociados a la AM descritos en la literatura¹⁷⁻²².

En estudiantes de medicina, la AM se ha explorado por métodos cualitativos mayoritariamente y en menos ocasiones mediante cuestionarios y mediciones cuantitativas. En nuestro caso, un estudio de la Universidad de Vanderbilt del año 2007 ha inspirado en parte algunas preguntas que aparecen en el instrumento que usamos¹⁷. A la información anterior, se sumaron los datos acuñados en el Laboratorio de Medicina Narrativa de la Universidad de Valparaíso.

Se trata del análisis del material de escritura reflexiva que realizan estudiantes de medicina, desde el año 2017. En ellos, se ha observado la presencia de AM, en distintas descripciones, así como el modo en que los estudiantes experimentan el sufrimiento. A partir de esta información, se construyó un cuestionario de AM, el que constaba de 34 ítems o preguntas, que se respondía de acuerdo a una escala de Likert de 1-5.

Entre las puntuaciones 2-5, se consideró la opción de registrar si el sufrimiento moral experimentado era leve, moderado o severo. Se hizo un pilotaje del instrumento en alumnos de 6.º año, se hicieron correcciones de lenguaje y estilo de

preguntas y, posteriormente, se diseminó de manera electrónica en los correos de los involucrados usando la plataforma QuestionPro®. Los participantes fueron voluntarios y firmaron un consentimiento informado para el estudio, que estaba al inicio del formulario, luego de una explicación breve del concepto de angustia moral. Se hizo un análisis de datos cuantitativos usando el software Jamovi, versión 2021.

Luego de la recopilación de datos se hizo un análisis descriptivo, que obtuvo porcentajes y frecuencias en cada una de las preguntas, lo que se muestra en las Tablas 1, 2 y 3. La sección cualitativa incluyó una pregunta abierta que permitía al estudiante describir fuentes de AM ausentes en el instrumento.

Resultados

Se enviaron 361 encuestas y se registraron 56 envíos completos (tasa de respuesta del 15,5%). El 59% correspondió a mujeres (n=33); y el 41%, varones (n = 23). El promedio de edad de los participantes fue de 25 años. En las Tablas 1, 2 y 3 se agrupan los resultados ordenados según las fuentes de AM; y para una didáctica de presentación,

las opciones “nunca” y “casi nunca” se agruparon en una, y el mismo criterio se aplicó a “frecuente” y “muy frecuente”. La Tabla 1 agrupa fuentes de AM que experimentan los estudiantes en el trabajo en equipo, la Tabla 2 muestra los resultados de AM que emerge de las conductas propias de los estudiantes, y la 3 muestra la AM experimentada por falta de recursos o asociadas a temas inherentes de las instituciones de salud. Respecto a la AM que surge en el trabajo en los equipos de salud (Tabla 1), la mayor frecuencia percibida por los estudiantes se vinculó a la firma del consentimiento informado por sus pacientes, sin comprender del todo el procedimiento o cirugía que se le practicaría (58,9%).

La Tabla 2 muestra la AM asociada a las conductas de los propios estudiantes. Destaca que el ítem observado con mayor frecuencia fue “durante mi rotación supe que un compañero(a) fue maltratado por un tutor y guardé silencio” (26,7%).

La Tabla 3 muestra la AM relacionada con los factores propios de la institución, incluyendo la disponibilidad de recursos. La mayor frecuencia de AM fue: “me enfrenté a un(a) paciente cuya enfermedad estaba avanzada, dado que no tuvo acceso a cuidados de salud en forma oportuna” (58,9%).

Tabla 1. Angustia moral en relación al trabajo en equipos de salud

Ítems de la encuesta	Nunca y casi nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frecuente y muy frecuente N (%)
1. En mi rotación, integrantes de mi equipo de trabajo hablaban mal de otros grupos de médicos de otros servicios.	6 (10,7)	23 (41,1)	27 (48,2)
2. En mi rotación, un miembro de mi equipo cometió un error médico y yo no dije nada.	26 (46,4)	24 (42,9)	6 (10,7)
3. En mi rotación, un miembro del equipo hizo comentarios despectivos acerca de una(un) paciente.	13 (23,2)	26 (46,4)	17 (30,3)
4. En mi equipo de trabajo, un integrante fue irrespetuosa(o) con un colega de rango inferior.	20 (35,7)	21 (37,5)	15 (26,8)
5. Un integrante del equipo de trabajo fue irrespetuoso con personal de salud no médico.	31 (55,3)	22 (39,3)	3 (5,5)
6. El residente/a y/o médico/a que atendía el(la) paciente conmigo no le respondía adecuadamente las preguntas o simplemente no lo hacía.	21 (37,5)	19 (33,9)	17 (30,3)
7. En una de mis rotaciones fui descalificado en público por mi tutor.	32 (57,1)	19 (33,9)	5 (8,9)
8. Uno de los del grupo de trabajo (enfermera, tens, residente, etc.) hizo comentarios inadecuados respecto a mi experiencia para llevar a cabo algún procedimiento.	35 (62,5)	13 (23,2)	8 (14,3)

continúa...

Tabla 1. Continuación

Ítems de la encuesta	Nunca y casi nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frecuente y muy frecuente N (%)
9. En el cuidado de uno(a) de mis pacientes noté falta de colaboración en el equipo de trabajo y eso influía en la recuperación del paciente.	21 (37,5)	28 (50)	7 (12,5)
10. Uno(a) de mis pacientes no recibió un trato adecuado debido a que fue estigmatizada(o) por temas sociales u otras condiciones (abuso de drogas, alcoholismo, VIH, situación de calle, etc.).	40 (71,4)	11 (19,6)	5 (8,9)
11. Yo pienso que uno(a) de mis pacientes no entendió realmente de que se trataba el procedimiento/cirugía que se haría en él(ella), a pesar de que lo aceptó y firmó el consentimiento.	10 (17,9)	13 (23,2)	33 (58,9)
12. Muchas personas estuvieron involucradas en la atención de uno(a) de mis pacientes y dado que sus roles no eran claros se generó confusión en el paciente y/o en la familia.	28 (50)	15 (26,8)	13 (23,2)
13. El equipo que atendía una(o) de mis pacientes llevó a cabo tratamientos que considero no adecuados, debido a una falta de reflexión o poca discusión de los casos entre ellos.	36 (64,2)	16 (28,6)	4 (7,1)
14. En mi rotación hubo atenciones inadecuadas o sub-óptimas debido al exceso de trabajo y cansancio de equipo.	15 (26,8)	22 (39,3)	19 (33,9)
15. Atendí un(a) paciente que tenía mucho dolor y creo que no se hizo lo posible por aliviarlo(a) adecuadamente.	22 (39,3)	23 (41,1)	11 (19,6)
16. En mi grupo de trabajo, un integrante del equipo continuó dando tratamiento a un(a) paciente, a petición de la familia, a pesar de que yo creía que eso sólo prolongaba el sufrimiento del paciente.	42 (75)	10 (17,9)	4 (7,1)
17. En un caso que atendimos, negamos información al paciente a petición de la familia.	47 (83,9)	8 (14,3)	1 (1,8)
18. Atendí un(a) paciente en que se hicieron exámenes o procedimientos a petición de la familia, aunque no estaban indicados, por miedo a una disputa judicial.	45 (80,3)	9 (16,1)	2 (3,6)

Tabla 2. Angustia moral relacionado a conductas propias de los estudiantes

Ítems de la encuesta	Nunca y casi nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frecuente y muy frecuente N (%)
19. Hice comentarios despectivos de una(un) paciente con otras personas.	49 (87,5)	6 (10,7)	1 (1,8)
20. Participé en hablar mal de otros servicios del hospital donde me desempeñaba.	34 (60,7)	20 (35,7)	2 (3,6)
21. Me guardé información del(la) paciente porque consideré que no había ninguna utilidad en aportarla al equipo.	36 (64,3)	14 (25,0)	6 (10,7)
22. Durante mi rotación supe que un(a) compañero(a) fue maltratado(a) por un tutor y guardé silencio.	32 (57,1)	8 (14,3)	16 (26,7)
23. En mi caso, sentí que en un(a) paciente yo no estaba realmente capacitado(a) para llevar a cabo un procedimiento, sin embargo, el equipo a mi cargo me insistió que lo hiciera.	21 (37,5)	10 (17,9)	5 (8,9)

continúa...

Tabla 2. Continuación

Ítems de la encuesta	Nunca y casi nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frecuente y muy frecuente N (%)
24. En mi rotación hice exámenes o procedimientos en pacientes que si bien lo consintieron, yo dudaba de su capacidad en ese momento para decidirlo.	41 (73,2)	9 (16,1)	6 (10,7)
25. Sentí que un procedimiento realizado a uno(a) de mis pacientes era inseguro para él y se podrían haber tomado mejores precauciones para cuidarlo(a).	44 (78,8)	11 (19,6)	1 (1,8)
26. Tuve que dar malas noticias a los familiares de un(a) paciente y yo creía que eso le correspondía al médico tratante.	37 (66,0)	13 (23,3)	6 (10,7)

Tabla 3. Angustia moral relacionados con la institución (recursos)

Ítems de la encuesta	Nunca y casi nunca N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frecuente y muy frecuente N (%)
27. Me enfrenté a un(a) paciente cuya enfermedad estaba avanzada, dado que no tuvo acceso a cuidados de salud en forma oportuna.	7 (12,5)	17 (30,4)	33 (58,9)
28. Los atrasos en las entregas de exámenes de laboratorio y de imágenes influyeron negativamente en los cuidados de uno(a) de mis pacientes.	18 (32,1)	20 (35,7)	18 (32,1)
29. Traté a un(a) paciente y no intentamos hacer nada por corregir su condición social, lo que era determinadamente importante en su pronóstico.	21 (37,5)	18 (32,1)	17 (30,4)
30. Uno(a) de mis pacientes no recibió un tratamiento adecuado debido a problemas de su estado de situación previsional y/o cobertura de salud.	27 (48,2)	16 (28,6)	13 (23,8)
31. En mi rotación, un(a) paciente no fue tratado adecuadamente por falta de recursos del lugar donde estábamos.	19 (33,9%)	23 (41,1)	14 (25)
32. Un(a) paciente fue dado de alta precozmente, y yo creía que no era adecuado porque nadie podría en realidad cuidar bien de él(ella) en su casa.	33 (58,9)	17 (30,4)	8 (14,3)
33. Sentí incomodidad en la relación con a un(una) paciente que yo atendía o que estaba en mi entorno dado que no había condiciones adecuadas de privacidad para él(ella).	10 (17,9)	27 (48,2)	19 (33,9)
34. Un(a) paciente que yo atendía no recibió cuidados adecuados debido a barreras de lenguaje.	34 (60,7)	14 (25)	8 (14,3)

Respecto a la intensidad de sufrimiento moral percibido por los estudiantes frente a la AM, los ítems de mayor valor fueron: a) “en una de mis rotaciones fui descalificado en público por mi tutor” (84,8%); b) “en mi equipo de trabajo, un integrante fue irrespetuosa(o) con un colega de rango inferior” (76,92%); y c) “atendí un(a)

paciente que sufría de mucho dolor y creo que no se hizo todo lo posible por aliviarla(o) adecuadamente” (75%).

En el análisis de la pregunta abierta (datos cualitativos), aparecen nuevas fuentes vinculadas a la AM de estudiantes: jerarquías en la educación médica; y machismo y misoginia.

Jerarquías en la educación médica

Los estudiantes se refirieron a la subordinación jerárquica que hace compleja la toma de decisiones y la posibilidad de explicitar situaciones y decisiones clínicas que no comparten. Por ejemplo, una participante así expresó:

“Lo he vivido frecuentemente, comentar o sugerir una conducta que creo lo mejor para un paciente y no se me considera ni se me explica por qué. (...) es frecuente estar acompañando a un doctor en una atención y sentir que se podría explicar mejor al paciente o dar otra solución, entre otras cosas, y sentir que no puedo, por temas de jerarquías, sentir que si hablo es pasar a llevar la atención del doctor”.

Machismo y misoginia

En cuanto a este tema, una estudiante revela:

“muchas veces me he visto enfrentada a situaciones machistas donde se menosprecia a la paciente, a colegas o a mí por ser mujer; y he sido incapaz de decir o hacer algo por ser del escalafón más bajo de la jerarquía médica”.

Discusión

Los resultados muestran que la AM se expresa de forma transversal en la educación médica, dado que se observa en los estudiantes de todas las escuelas de medicina exploradas. La mayoría de las fuentes de AM observadas en este estudio abordan la relación clínica, y es allí donde se reportan, a su vez, las frecuencias más elevadas de AM, lo que está en concordancia con la literatura^{17,23,24}.

Con respecto a la relación clínica, la principal fuente de AM en este estudio fue la manera inapropiada en que se toma el consentimiento informado. Este debiera comenzar por una adecuada comunicación y comprensión de las necesidades clínicas y/o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con el objetivo de garantizar cuidados de la salud consentidos y compartidos. Lo observado en el estudio es mayoritariamente opuesto a los principios que actualmente se recomiendan sobre prácticas clínicas y educación médica modernas, los que en los últimos años han enfatizado el valor de la autonomía²⁵.

Esta observación permite dar cuenta de una necesidad que ya ha planteado la literatura, dado que no solo se trata de enseñar, en bioética, sobre cómo se realiza un proceso de consentimiento informado, sino para los educadores se trata de ser muy explícitos en la necesidad de supervisar que estas tareas, en el caso de ser delegadas, cumplan con preservar los derechos y la confidencialidad de los pacientes²⁶.

Si en las condiciones de trabajo actuales en los sistemas sanitarios, que enfrentan fuertes demandas asistenciales, un superior jerárquico delega el consentimiento informado en un estudiante, podría ser complicado para este último que, al percibirse incompetente para dicha tarea o por la complejidad del caso, sienta que no le corresponda, y por ende, hacerlo saber a sus superiores o negarse a realizarlo, lo que puede generar AM. Este estudio coincide con otros trabajos al constatar que temas relacionales sean vinculados a los pacientes, entre componentes del equipo de salud o dependientes de las jerarquías académicas en la clínica, aunque no se expresen frecuentemente y son percibidos como fuentes de gran sufrimiento moral^{24,27}.

La educación médica y los postulados del profesionalismo en la que se enmarca buscan cumplir con el mandato tácito de la sociedad: que sus estudiantes logren actuar con asertividad moral. Se intenta que aprendan a trabajar con los pacientes, en estrecha colaboración a un equipo, muchas veces interdisciplinar, respetando en todo momento la dignidad de las personas enfermas, así como la de cada profesional que interviene en esos espacios. Esto contribuye a proporcionar atenciones seguras y de calidad. En suma, se espera que los profesionales y los estudiantes de la salud actúen con integridad. Estos resultados muestran que mientras se está aprendiendo a “ser médico”, los estudiantes experimentan AM y estas situaciones pueden afectar su integridad como personas al producir dilemas de profesionalismo y ética en ellos.

Los juicios morales con respecto a una acción se hacen desde la posición otorgada por un conjunto de valores apreciados. Ellos habitualmente están ligados a preocupaciones humanas universales como la libertad, la justicia, la dignidad, entre otras, y han surgido desde individuos y sociedades que se preguntan cómo y por qué debemos considerarlos y ponderarlos. De hecho, han motivado profundas discusiones de filósofos, teólogos,

historiadores y psicólogos durante siglos²⁸. Quizás esa sea la razón por la cual una pregunta como la del ítem 7 “en una de mis rotaciones fui descalificado en público por mi tutor”, que no presenta una alta frecuencia (8,9% frecuente o muy frecuente), genere la percepción de sufrimiento moral severo en los estudiantes (84,8%) en nuestra hipótesis, una descalificación en público es percibida como una afeción a la dignidad humana.

Las jerarquías en medicina

Las instituciones de salud y de educación constituyen una forma de organización del poder, que estratifica a los individuos en función de los recursos sociales considerados valiosos. La medicina, en estas dos esferas, es un contexto social altamente organizado donde trabajo y aprendizaje se conjugan, interactúan y se nutren mutuamente, influenciados al mismo tiempo por el poder social y la jerarquía²⁹.

Este estudio permite visualizar fuentes de AM relacionadas a esas jerarquías, las cuales se expresan en dificultades para comunicar abiertamente, cuando se percibe un menoscabo, reprimiendo estas experiencias, afectando su capacidad de agencia. Así, la conceptualización de la jerarquía se hace muy necesaria, dado que permite hacer explícito un tema que ayuda a comprender las experiencias de los estudiantes de medicina.

Desde el punto de vista estudiantil, se subordina al poder de distintos actores, como médicos residentes, tutores en campos clínicos e incluso otros profesionales de la salud, con la posibilidad

de superposición en ellos, lo cual genera situaciones mínimamente complejas y fáciles de remediar, hasta incomprensibles, y oscilar entre lo opresivo y dañino, lo productivo y útil.

El poder permitiría moldear el comportamiento humano, por lo que reconocer que actúa para bien o para mal permitiría a las instituciones de educación desarrollar propuestas que no limiten el desarrollo natural y esperado de los estudiantes, para convertirse en profesionales competentes y personas que producto de una educación superior hayan alcanzado algún grado de crecimiento personal³⁰. Finalmente, destacamos la presencia de las discriminaciones por género, que afectan a estudiantes de la salud y que aparecen como un tema emergente en este estudio, el que para una análisis en profundidad necesitaría ampliar su exploración.

Consideraciones finales

Los resultados de este estudio permiten evidenciar que la AM existe en los internos de medicina en algunas universidades chilenas, la que se origina principalmente en torno a situaciones relacionales con sus pares y docentes, a temas propios relacionados con sus conductas por acción u omisión y también a factores relacionados con el medio en el cual se desempeñan.

El proceso de obtener un consentimiento informado válido plantea una reflexión crítica para la educación médica y las tutorías clínicas, así como la exploración del rol de las jerarquías en la angustia moral de estudiantes de medicina.

Referencias

1. Karches KE, Sulmasy DP. Justice, courage, and truthfulness: virtues that medical trainees can and must learn. *Fam Med* [Internet]. 2016 [acceso 16 jan 2025];48(7):511-6. Disponible: <https://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol48Issue7/Karches511>
2. Camps V. La excelencia en la profesiones sanitarias. *Humanitas, humanidades médicas* [Internet]. 2007 [acceso 16 jan 2025];21:1-13. Disponible: https://fundacionletamendi.com/revista_humanitas_pdf/TM21.pdf
3. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach* [Internet]. 2013 [acceso 16 jan 2025];10(4):242-5. DOI: 10.1111/tct.12014
4. Benbassat J. Changes in wellbeing and professional values among medical undergraduate students: a narrative review of the literature. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* [Internet]. 2014 [acceso 16 jan 2025];19(4):597-610. DOI: 10.1007/s10459-014-9500-1

5. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 [acceso 16 jan 2025];22(2):177-83. DOI: 10.1007/s11606-006-0039-6
6. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 [acceso 16 jan 2025];22(10):1434-8. DOI: 10.1007/s11606-007-0298-x
7. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [acceso 16 jan 2025];26(3):646-62. DOI: 10.1177/0969733017724354
8. Wong AMF. Beyond burnout: looking deeply into physician distress. *Can J Ophthalmol* [Internet]. 2020 [acceso 16 jan 2025];55(3 suppl 1):7-16. DOI: 10.1016/j.jcjo.2020.01.014
9. Aultman J, Wurzel R. Recognizing and alleviating moral distress among obstetrics and gynecology residents. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2014 [acceso 16 jan 2025];6(3):457-62. DOI: 10.4300/JGME-D-13-00256.1
10. Watts T, Sydor A, Whybrow D, Temeng E, Hewitt R, Pattinson R *et al*. Registered nurses' and nursing students' perspectives on moral distress and its effects: a mixed-methods systematic review and thematic synthesis. *Nurs Open* [Internet]. 2023 [acceso 16 jan 2025];10(9):6014-32. DOI: 10.1002/nop2.1913
11. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research* [Internet]. 2012 [acceso 16 jan 2025];3(2):1-9. DOI: 10.1080/21507716.2011.652337
12. Santos Junior NC, Arpini Miguel ER, Martins Coelho ICM, Esteves RZ. Moral distress among physicians working in pediatric intensive care. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2024 [acceso 16 jan 2025];32(2):1-7. DOI: 10.1590/1983-803420243623ES
13. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: a scoping review and discussion. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 [acceso 16 jan 2025];28(5):590-602. DOI: 10.1177/0969733020966776
14. 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* [Internet]. 2022 [acceso 16 jan 2025];19(3):1666. DOI: 10.3390/ijerph19031666
15. Thibodeau PS, Nash A, Greenfield JC, Bellamy JL. The Association of moral injury and healthcare clinicians' wellbeing: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2023 [acceso 16 jan 2025];20(13):6300. DOI: 10.3390/ijerph20136300
16. Vanstone M, Grierson L. Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Med Educ* [Internet]. 2022 [acceso 16 jan 2025];56(1):91-7. DOI: 10.1111/medu.14659
17. Wiggleson C, Petrusa E, Loomis K, Tarpley J, Tarpley M, O'Gorman ML. Medical students' experiences of moral distress: development of a web-based survey. *Acad Med* [Internet]. 2010 [acceso 16 jan 2025];85(1):111-7. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181c4782b
18. Thurn T, Anneser J. Medical students' experiences of moral distress in end-of-life care. *J Palliat Med* [Internet]. 2020 [acceso 16 jan 2025];23(1):116-20. DOI: 10.1089/jpm.2019.0049
19. Schrepel C, Jauregui J, Brown A, Shandro J, Strote J. Navigating cognitive dissonance: a qualitative content analysis exploring medical students' experiences of moral distress in the emergency department. *AEM Educ Train* [Internet]. 2019 [acceso 16 jan 2025];3(4):331-9. DOI: 10.1002/aet2.10380
20. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* [Internet]. 2001 [acceso 16 jan 2025];33(2):250-6. DOI:10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x
21. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res* [Internet]. 2012 [acceso 16 jan 2025];3(2):1-9. DOI: 10.1080/21507716.2011.652337
22. 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* [Internet]. 2019 [acceso 16 jan 2025];10(2):113-24. DOI: 10.1080/23294515.2019.1586008

23. Cho C, Ko WYK, Ngan OMY, Wong WT. Exploring professionalism dilemma and moral distress through medical students' eyes: a mixed-method study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [acceso 16 jan 2025];19(17):10487. DOI: 10.3390/ijerph191710487
24. Ong RSR, Wong RSM, Chee RCH, Quek CWN, Burla N, Loh CYL *et al.* A systematic scoping review moral distress amongst medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2022 [acceso 16 jan 2025];22(1):466. DOI: 10.1186/S12909-022-03515-3
25. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [acceso 16 jan 2025];372(9):855-62. DOI: 10.1056/NEJMr1411250
26. Kaliszewski K, Makles S, Frątczak A, Kisiel M, Lipska P, Stebel A. Patient perceptions of medical students' involvement in clinical classes: a cross-sectional survey. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2024 [acceso 16 jan 2025];18:301-13. DOI: 10.2147/PPA.S444797
27. Berger JT. Moral distress in medical education and training. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2014 [acceso 16 jan 2025];29(2):395-8. DOI: 10.1007/s11606-013-2665-0
28. Cortina A. Para qué sirve realmente la ética. Barcelona: Editorial Planeta; 2013.
29. Vanstone M, Grierson L. Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Med Educ* [Internet]. 2022 [acceso 16 jan 2025];56(1):91-7. DOI: 10.1111/medu.14659
30. Hasty C, Maner JK. Power, status, and social judgment. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2020 [acceso 16 jan 2025];33:1-5. DOI: 10.1016/j.copsyc.2019.06.007

Pamela Jofré – Magíster – pamela.jofre@uv.cl

 0000-0002-0787-1867

Rodrigo Vergara – Magíster – rodrigo.vergara@uv.cl

 0009-0008-8860-5050

Thelma Suau – Magíster – thelmasuau@gmail.com

 0009-0004-2985-8956

Jaime Bastidas – Magíster – jbastidas@ucn.cl

 0009-0003-5384-4274

Diego de la Barra – Magíster – diegodelabarra@gmail.com

 0009-0007-6759-7410

Sofía P. Salas – Graduada – sofiasalas@udd.cl

 0000-0002-7865-291X

Correspondencia

Pamela Jofré – Universidad de Valparaíso/Escuela de Medicina. Angamos, 655, Edificio R3, sala 11. Código Postal: 2540064. Viña del Mar, Chile.

Participación de los autores

Pamela Jofré propuso la idea de la investigación como parte de su tesis de magíster en bioética, recopiló información bibliográfica, elaboró el protocolo, convocó investigadores colaboradores, redactó el cuerpo principal del artículo, elaboró discusiones y reflexiones. Rodrigo Vergara participó en las discusiones de la investigación y en el reclutamiento de universidades, corrección del manuscrito, elaboración de discusiones y corrección de estilo. Thelma Suau colaboró con el reclutamiento de la muestra y correcciones del manuscrito. Jaime Bastidas contribuyó al reclutamiento de la muestra y correcciones del manuscrito. Diego de la Barra participó en el reclutamiento de la muestra y correcciones del manuscrito. Sofía Salas apoyó la elaboración del protocolo de investigación, corrigió la redacción y estilo del manuscrito, participó de las discusiones y reflexiones finales.

Editora responsable: Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

Recibido: 6.7.2024

Revisado: 16.1.2025

Aprobado: 6.2.2025