



**FLACSO**  
ARGENTINA

**PROGRAMA DE BIOÉTICA**  
**MAESTRÍA EN BIOÉTICA**

**Título**

**CONFLICTOS ÉTICOS QUE ENFRENTA EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA DE LAS ÁREAS CRÍTICAS DE DOS HOSPITALES  
PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE ROSARIO**

**Tesista: CARLA ADRIANA GORÍA**

**Director/a de Tesis: Mg. MARÍA SOL TERLIZZI**

**Tesis para optar por el grado académico de MAESTRÍA EN BIOTÉTICA**

**Fecha: (22/02/21)**

*“Al fin y al cabo somos lo que hacemos para  
cambiar lo que somos...”*

**Eduardo Galeano**

Historiador, sociólogo y escritor uruguayo

(1940-2015)

## **DEDICATORIA**

A mi familia, por la paciencia, especialmente a mi madre. A mi sobrina Elina que me siguió dando ánimos para continuar aun estando yo ya jubilada de mi actividad docente y asistencial.

A mis amigos/as por comprender mi ausencia cuando nos podíamos reunir.

A mi amiga Moni, que fue como mi hinchada.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar a mi Directora Sol quien -además de ser un ser increíble- aceptó para dirigirme a pesar de tener su agenda repleta y me guió hasta el último día.

A Ana Lía, por su carisma, su siempre buena predisposición, sus consejos, sin lo cual no hubiese podido finalizar.

A Beatriz, Licenciada en Estadísticas y amiga personal, por ofrecerse a procesar los datos relevados.

Para todas ellas, mi infinito agradecimiento.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen y palabras clave .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Introducción .....</b>  | <b>7</b>  |
| Planteamiento del problema y justificación; hipótesis y objetivos.....                                   | 9         |
| Estado del arte.....   | 10        |
| Estructura de la tesis .....   | 12        |
| <br><b>CAPÍTULO I:</b>   |           |
| <br><b>1. Marco teórico .....</b>  | <b>13</b> |
| 1.1- Conflictividad ética.....   | 13        |
| 1.2- Encarnizamiento terapéutico, limitación de los esfuerzos terapéuticos (LET) y<br>muerte digna ..... | 20        |
| <b>2. Estados morales ocasionados a los profesionales de Enfermería .....</b>                            | <b>23</b> |
| 2.1- Bienestar .....   | 23        |
| 2.2- Dilema moral .....  | 24        |
| 2.3- Indiferencia .....  | 24        |
| 2.4- Angustia .....  | 25        |
| 2.5- Indignación .....   | 25        |
| 2.6- Posibles resoluciones.....  | 26        |
| <b>3. La ética del cuidado .....</b>   | <b>23</b> |
| 3.1- Aproximación al origen y desarrollo de la ética del cuidado .....                                   | 28        |
| 3.2- Características de la ética del cuidado y enfermería .....  | 30        |
| <br><b>CAPÍTULO II:</b>  |           |
| <br><b>2. Metodología .....</b>  | <b>33</b> |
| 2.1- Tipo de estudio o diseño .....  | 33        |
| 2.2- Sitio o contexto de la investigación .....  | 33        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.3- Población y muestra .....                                       | 34        |
| 2.4- Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....       | 35        |
| 2.5- Operacionalización de variables e indicadores .....             | 36        |
| 2.6- Aspectos éticos.....  | 36        |
| 2.7- Validez interna y externa.....                                  | 37        |
| <br><b>CAPÍTULO III:</b>   |           |
| <b>3. Resultados .....</b>   | <b>38</b> |
| <br><b>CAPÍTULO IV:</b>  |           |
| <b>4. Discusión .....</b>  | <b>70</b> |
| 4.1- Conclusiones.....   | 71        |
| <b>Bibliografía .....</b>  | <b>74</b> |
| <br><b>ANEXOS</b>  |           |
| I. Instrumento de recolección de datos original .....                | 80        |
| II. Instrumento de recolección de datos (modificado) Parte I .....   | 87        |
| III. Instrumento de recolección de datos (modificado) Parte II ..... | 89        |
| IV. Estudio exploratorio de sitios .....                             | 99        |
| V. Autorizaciones de las instituciones .....                         | 101       |
| VI. Resultados de la prueba piloto del instrumento .....             | 104       |
| VII. Codificación de los datos a tabular .....                       | 106       |
| VIII. Índices .....  | 109       |

## **Resumen:**

El conflicto ético es un problema que se produce al percibir que los valores y principios éticos asumidos por uno mismo están comprometidos, resultando dilemático tomar decisiones.

Objetivos: analizar las situaciones éticamente conflictivas que enfrentan los profesionales de Enfermería que trabajan en Áreas Críticas de dos Hospitales Públicos de Rosario; además, identificar la frecuencia temporal y el grado de conflictividad y describir las consecuencias o posibles resoluciones.

Investigación descriptiva, transversal, mediante encuesta a una población total de 110 unidades de análisis. Se utilizó un cuestionario validado, modificado, con preguntas de opción múltiple al que se le agregó una pregunta abierta. Para el análisis de los datos recolectados se utilizaron estadísticas descriptivas y la prueba de Chi cuadrado.

Como resultados, dentro de la dimensión *Situaciones relacionadas a la atención del paciente y familia*, los conflictos que más se dieron fueron “angustia” e “indignación”, destacándose las situaciones que tenían que ver con el sufrimiento del/a paciente y al encarnizamiento terapéutico.

En cuando a la dimensión *Situaciones relacionadas al equipo multidisciplinario, dinámicas de trabajo y recursos institucionales*, el conflicto que más se percibió fue “indiferencia”, sobre todo en aquellas situaciones en que Enfermería no se sentía directamente implicada, luego “angustia”, al enfrentarse a distintos tipos de barreras.

Con respecto al afrontamiento la mayoría opina que los acuerdos interdisciplinarios duran poco tiempo y prefieren optar por cambiar de lugar de trabajo.

**Palabras clave:** CONFLICTOS ÉTICOS - PROFESIONAL DE ENFERMERÍA - ÁREAS CRÍTICAS - HOSPITALES PÚBLICOS - ROSARIO (SANTA FE)

## Introducción

Después de toda una vida de trabajo como Licenciada en Enfermería en áreas críticas (unidad de terapia intensiva, unidad coronaria, recuperación cardiovascular, quirófanos) fueron muchas las situaciones afrontadas –conjuntamente con el equipo y otras/os colegas- en las que sentí impotencia, angustia, indignación y muchas otras sensaciones en las que prevaleció la satisfacción de la labor desempeñada con éxito. Todo esto no sin enfrentarme a ciertos conflictos éticos -tanto en relación al cuidado del paciente como a diferencias de criterios con el equipo interdisciplinario- que siempre me interesaron abordar, profundizar, investigar y tal vez, encontrar una solución, un consenso. Esas vivencias y esas sensaciones son, en parte, el motor que me movió a realizar esta tesis.

¿De qué hablamos cuando hablamos de conflicto? Una definición posible es esta:

Conflicto, del latín *conflictus*, significa combate, lucha, pelea o apuro; es una situación desgraciada y de difícil solución; es la coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo capaces de generar angustia y otros trastornos. Constituye un obstáculo para tomar decisiones siendo, por tanto, una dificultad para llevar a cabo acciones (Falcó Pegueroles, A.; 2012: 45).

Debería suponerse que si tanto médicos/as como enfermeros/as elegimos nuestras profesiones con el fin primordial de cuidar, de ayudar a salir de una situación adversa de salud a quien la está atravesando, de enseñar en prevención y promoción, habiendo hecho juramento de poner en esta tarea lo mejor de nuestros conocimientos y esfuerzos, no debería, entonces, haber conflicto alguno. Todos elegiríamos hacer la misma cosa en la misma circunstancia. Sin embargo, especialmente cuando atendemos pacientes graves o en estadios avanzados de enfermedad, donde la toma de decisiones es determinante y urgente, surgen situaciones éticas realmente conflictivas, sin que esto signifique enemistarse con el/la de otra profesión. Cada profesional está dotado/a de su/s título/s y capacitación/es afín/es que avalan poder desempeñarse en áreas críticas, pero, además, cada uno/a

trae su bagaje de formación moral, familiar, religiosa, social que lo convierte en un ser diferente al/la otro/a.

Los derechos y la dignidad de un paciente siempre deben ser respetados; sin embargo, una variedad de conflictos surge de esto, por ejemplo, administrar un medicamento o una transfusión de sangre que puede llegar a salvar la vida de un paciente moribundo (o reanimar) pero no poder hacerlo si el paciente rechaza el tratamiento (Garay, 2008). Otros conflictos se suscitan entre la formación personal y el rol profesional, cuando se realizan actividades lícitas pero que van en contra de la ética personal, por ejemplo, cuando un/a enfermero/a no acuerda con la limitación de los esfuerzos terapéuticos (LET) (Betancourt Betancourt, 2014), o con el encarnizamiento médico (Rincón, Carrillo, Merida et al, 2008) pero debe hacer su trabajo de todos modos por prescripción médica, a menos que se declare ‘objeto de conciencia’<sup>1</sup>.

Asimismo, hay dilemas que encierran conflictos de intereses, como pedir sofisticados estudios de alta complejidad o costosos medicamentos importados -muchas veces innecesarios- no por beneficio del paciente, sino por obtener el mayor rédito posible (Salas et al, 2018) o por las “atenciones” que suelen tener los laboratorios hacia el profesional que los prescribe.

Las consecuencias de enfrentar estas situaciones cotidianamente producen diferentes “estados morales” –o conflictividad- que van desde *bienestar*, *indiferencia*, *dilema*, *angustia* hasta *indignación*. Muchas veces, no se llegan a acuerdos con el equipo, lo que ocasiona frustraciones, estrés, depresión y hasta voluntad de cambiar de lugar de trabajo o retirarse de la profesión.

El presente estudio analiza los conflictos éticos que afronta el profesional de Enfermería que trabaja en Áreas Críticas (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Recuperación

---

<sup>1</sup> La objeción de conciencia puede definirse como “el incumplimiento a una obligación legal, basándose en que dicho cumplimiento lesionaría sus convicciones más íntimas en materia ética, religiosa, moral o filosófica”. La Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) la ha definido como el derecho a no cumplir una norma u orden de la autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente los derechos de terceros ni otros aspectos del bien común (“Asociación de Testigos de Jehová c/Consejo Provincial de Educación del Neuquén s/acción de inconstitucionalidad”). Debe tenerse en cuenta que el objetivo de ejercer el derecho a la objeción de conciencia no sería la obstrucción de una norma legal, sino obtener el legítimo respeto a su propia conciencia” (Fernández Lerena, 2017).

Cardiovascular, Quirófanos, Emergencias, Guardia), su frecuencia a la exposición de las distintas situaciones éticamente conflictivas, el grado y tipo de conflictividad percibida. Asimismo, se indaga sobre cómo el profesional las enfrenta y/o resuelve.

### **Planteamiento del problema y justificación; hipótesis y objetivos**

Este estudio parte de las siguientes preguntas de investigación que intentarán ser respondidas a lo largo de este trabajo: ¿Cuáles son las situaciones conflictivas, desde un punto de vista ético, que a diario afronta el personal de Enfermería de áreas críticas? ¿Cómo les afectan, cómo las resuelven? ¿En las áreas de Cuidados críticos, es todo lo técnicamente posible éticamente correcto?

Investigar sobre este tema con la especificidad planteada es de relevancia social, no solo para la comunidad científica de salud, porque no se han hallado publicaciones de estudios similares en Argentina, sino porque además tiene implicaciones importantes para una amplia gama de problemas éticos/prácticos que se suscitan cotidianamente. Por otra parte, se podrá utilizar como base para futuras líneas de investigaciones en otras regiones geográficas o con otro alcance.

Si bien los estudios descriptivos no prueban **hipótesis** subyace un constructo como intento de explicación y que se intentará demostrar:

Las situaciones éticamente conflictivas, referentes al cuidado del paciente crítico, así como las diferencias de criterios entre el equipo interdisciplinario, influyen en la toma de decisiones y en el estado moral del profesional de Enfermería.

El **objetivo general** es colaborar en la caracterización de la conflictividad ética en enfermería ante situaciones de extrema gravedad o final de la vida.

Y los **objetivos específicos** son:

- Describir y analizar los conflictos éticos que experimentan los profesionales de Enfermería de áreas Críticas en dos hospitales públicos de la ciudad de Rosario.

- Identificar la frecuencia temporal y el grado de conflictividad ética con que el profesional de Enfermería de áreas Críticas enfrenta ciertas situaciones cotidianas en dos hospitales públicos de Rosario.
- Caracterizar las consecuencias o posibles resoluciones a los dilemas éticos que enfrenta el profesional de Enfermería de áreas Críticas de dos hospitales públicos de Rosario.
- Identificar relaciones significativas entre variables socio demográficas, profesionales y el nivel de exposición al conflicto ético de los profesionales de Enfermería que trabajan en áreas Críticas de dos hospitales públicos de Rosario.

### **Estado del arte**

El profesional de enfermería que trabaja en áreas críticas, como las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Unidades Coronarias (UC), Recuperación Cardiovascular (RCV), Emergencias se encuentra diariamente frente a situaciones conflictivas desde el punto de vista ético. Estas situaciones conflictivas pueden darse con respecto al cuidado del paciente, es decir, a la relación de cuidado que establece con él o ella y con su entorno familiar, en relación al resto del equipo multidisciplinario, o incluso, situaciones relativas a los intereses de la institución en la que se desempeña. No hay demasiadas investigaciones sobre el tema específico, sí sobre conflictividad o dilemas bioéticos en general en la investigación clínica y en psicología. En cuanto a enfermería de terapia intensiva, las investigaciones en su mayoría se refieren al estrés (“burnout”) o a la angustia en enfermeras/os oncológicas/os.

Hay una tesis doctoral sobre el tema de interés (Falcó Pegueroles, 2012) que describe y analiza estas situaciones conflictivas en Barcelona, España, y cuyos resultados fueron:

El fenómeno de la conflictividad ética sigue una estructura organizada donde los tipos de conflicto se asocian a niveles de menor a mayor grado de exposición al mismo. De este modo bienestar e indiferencia se asocian a niveles de exposición bajos; la incertidumbre y el dilema

morales corresponden a niveles moderados de exposición al conflicto ético y la angustia y la indignación morales se sitúan en niveles altos. En esa investigación se utilizó el Cuestionario de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE), un instrumento unidimensional con una fiabilidad alta, con un valor  $\alpha = .882$ , que se revela como un cuestionario válido para medir la conflictividad ética en las UCI. (Falcó Pegueroles, 2012: 205)

Basso-Musso (2012) ha estudiado la dimensión ética, inherente al cuidado de Enfermería en general, en Chile. La autora incluye el tener que decidir sobre los dilemas que se presentan en su práctica y concluye:

Desde la Enfermería resolver un problema ético, es similar al Proceso de Enfermería. Se requiere un razonamiento sistemático y prudente. Solo difiere con este último en que el dilema ético requiere: una negociación, una incorporación de las ideas conflictivas y un esfuerzo por respetar las diferencias. (Basso-Musso, 2012: 268)

Por otra parte, Wood Molinas y Rivas Riveros (2016) investigaron la conflictividad ética en Enfermería de Cuidados Intensivos aplicando el instrumento de Falcó Pegueroles (CuCEE) en hospitales del sur de Chile, con los siguientes resultados:

Se destacan situaciones que tienen relación con el sufrimiento de los pacientes y las dinámicas de trabajo por sobre otras como la futilidad, que sobresale en la literatura consultada. La “indignación moral” se revela como el tipo de conflictividad ética mayormente experimentada, por tanto, se infiere que existen barreras que impiden la acción de cuidar según los valores y poder manifestarlos al ver que otros no proceden éticamente. (Wood Molinas y Rivas Riveros, 2016: 233)

Algo similar se investigó en Colombia (Rincón; Carrillo Becerra; Merida et al, 2008) sobre la educación en bioética que tienen los profesionales y la toma de decisiones en Cuidados Intensivos, con los siguientes resultados:

La ocurrencia de conflictos éticos en UCI es del 42%, esto evidencia que los profesionales enfrentan situaciones difíciles que podrían ser facilitadas o subsanadas si son adecuadamente entrenados y formados en bioética. Respecto a si hay una decisión compartida por los profesionales se observa que en un 79% sí lo son, valdría la pena conocer si estas decisiones, parten del consenso o simplemente son coincidentes. A la familia en un 29.5% se le niega la participación en la toma de decisiones relacionadas con las alternativas de tratamiento y pronóstico de salud de su familiar. El profesional de la salud que esta integralmente formado, debe ser capaz de entender el contexto del paciente y dentro de su ética involucrar a la familia en la toma de decisiones. El facilitar la adaptación de la familia a la enfermedad del paciente, contribuye a su tratamiento integral. (Rincón; Carrillo Becerra; Merida et al, 2008: 120)

Todos los demás estudios publicados tratan del “moral distress” (conflictividad) en general, no se refieren a lo ético ni a Enfermería.

### **Estructura de la tesis**

En el capítulo I se desarrollará el **marco teórico**, es decir, aquellos sustentos que avalan los temas a los que se refiere esta tesis y qué se sabe hasta acá (estado del arte); en el capítulo II, la **metodología**, en el cual se relata el tipo de estudio seleccionado y los pasos que se siguieron desde la selección de los efectores y el relevamiento de datos, incluyendo operacionalización de variables, análisis e interpretación. En el capítulo III se presentarán los **resultados** que arrojó la metodología y en el capítulo IV, la **discusión**, o sea las conclusiones positivas y/o negativas y sugerencias.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **I- 1. Conflictividad ética**

Según Falcó Pegueroles (2012) deviene necesario clarificar los términos de “ética” y “moral”. En este sentido, parece haber un acuerdo general a la hora de afirmar que tanto en el ámbito social como en el profesional los términos ética y moral se utilizan de forma casi sinónima. Sin embargo algunos autores consideran que hay una sutil diferencia, como afirma Roman (2011) al definir la moral como la “moral vivida” y la ética como la “moral pensada”.

Una definición clásica para ambos conceptos podemos encontrarla en el Diccionario de Filosofía Herder, según el cual:

Por moral nos referimos al conjunto de normas o costumbres (mores) que rigen la conducta de una persona para que pueda considerarse buena, nos referimos al conjunto de normas, usos y leyes que el ser humano percibe como obligatorias en su conciencia. Las morales, puesto que forman parte de la vida humana concreta y tienen su fundamento en las costumbres, son muchas y variadas (la cristiana, la musulmana, la moral de los indios hopi, etc.) y se aceptan tal como son. (...)

La ética, por su parte, es la reflexión racional sobre qué se entiende por conducta buena y en qué se fundamentan los denominados juicios morales. La ética, que se apoya en un análisis racional de la conducta moral, tiende a cierta universalidad de conceptos y principios y, aunque admita diversidad de sistemas éticos, o maneras concretas de reflexionar sobre la moral, exige su fundamentación y admite su crítica, igual como han de fundamentarse y pueden criticarse las opiniones. (Cortés y Martínez Riu, 1996).

Respecto de la intercambiabilidad de conceptos, señala:

Tanto la moral como la ética, términos que en la práctica suelen identificarse, tienen una función práctica: se refieren, aunque no exclusivamente, a situaciones conflictivas de la vida de las personas. Desde el punto de vista de la moral, hay que tomar una decisión práctica; desde el punto de vista de la ética, ha de formarse la conciencia en el hábito de saber decidir

moralmente. En ambos casos, se trata de una tarea de fundamentación moral. (Cortés y Martínez Riu, 1996).

En la conflictividad ética entran en juego aspectos de ambos conceptos. Por un lado, la moral personal enfrentada a otras morales; por el otro, el ejercicio de reflexión a lo largo de años de profesión permite tomar una posición fundamentada. Así, cuando hay situaciones conflictivas no solo se produce un choque entre los principios propios y ajenos sino también entre distintas teorías o perspectivas éticas.

Un conflicto ético en Enfermería puede decirse que se da ante diversas situaciones, como coinciden Barrio et al (2006) y Beltrán Zalazar (2011) por ejemplo, cuando se enfrenta a una situación en la que no puede actuar según sus creencias, formación y valores porque algo o alguien se lo impide (barreras).

Para este trabajo, las situaciones generadoras de conflictos éticos en Enfermería se pueden agrupar en dos dimensiones, con variedad de situaciones en cada una de ellas: por un lado, las relativas a la atención del paciente y su familia, incluyendo los tratamientos instaurados, técnicas y procedimientos; y por el otro, las relativas al equipo multidisciplinario, dinámicas de trabajo y recursos institucionales. Antes de presentar cada una de ellas vale hacer una aclaración. Aunque el conjunto de situaciones correspondiente a la segunda dimensión incluye la atención del paciente, el foco está puesto en la afectación sobre este derivada de las dinámicas entre profesionales del mismo equipo de trabajo y/o con la institución. Es decir, en todos los conflictos éticos el foco está en la atención del paciente, pero en los del segundo tipo se ve con mayor claridad los “roces” entre colegas. Al mismo tiempo, en el primer conjunto hay situaciones que involucran acciones u omisiones de terceros, pero el foco está en la relación uno a uno entre el/la enfermero/a y el/la paciente.

a- **Relativas a la atención del paciente y su familia**, incluyendo **los tratamientos instaurados, técnicas y procedimientos**, es decir, a la relación que se establece con el sujeto de cuidado. El personal de Enfermería es quien pasa las 24 horas del día con el paciente estableciendo un vínculo especial con éste y su entorno familiar. Sin llegar a caer en el paternalismo, muchas veces es quien representa los intereses del/a paciente en la toma de decisiones. Enfermería es quien más lo/a escucha, sabe cómo se siente, cuáles son sus posturas y creencias respecto a su salud, por lo tanto, es un deber moral bregar porque se le respeten sus valores y principios éticos, se guarde confidencialidad y se obtenga su consentimiento (o de su representante, si no estuviese en condiciones de hacerlo por sí mismo/a).

|   |   |
|---|---|
| <b>Relativas a la atención del paciente y su familia, incluyendo los tratamientos instaurados, técnicas y procedimientos.</b> | <b>S1.</b> <i>Administrar tratamientos y/o realizar exámenes que considero son innecesarios porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal.</i>                         |
|   | <b>S2.</b> <i>Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de éstos.</i> |
|   | <b>S6.</b> <i>Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos.</i>  |
|   | <b>S7.</b> <i>Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo</i>                                    |
|   | <b>S10.</b> <i>Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente.</i>    |
|   | <b>S12.</b> <i>Administrar tratamientos y/o procedimientos demasiado agresivos dado el estado del paciente, provocándole un sufrimiento añadido, sin que éste haya sido consultado.</i>     |
|   | <b>S16.</b> <i>Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional de enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos.</i>       |

|  |  |
|--|--|
|  | <b>S18.</b> <i>No poder modificar los horarios estáticos y breves de visitas cuando vemos que un paciente necesita tomar de la mano a un familiar o amigo.</i> |
|--|--|

Fuente: elaboración propia

La participación de los pacientes críticos (y de su familia) en la toma de decisiones asistenciales es un derecho moral fundamental. Abizanda Campos señala

Los derechos básicos de los pacientes no pueden ser ignorados. El individuo hará con ese derecho lo que quiera. Lo puede ejercer o no. Puede legarlo. Pero ese es su privilegio. El de él. No hace falta recordar ahora que el derecho a la vida y como consecuencia a la salud y su conservación, es uno de esos derechos básicos. (Abizanda Campos, 2002: D1)

Carlos Gherardi también lo refrenda: “Las decisiones finales en circunstancias irreversibles, en que sólo es posible mantener una vida biológica, deben ser tomadas por los médicos y los familiares”. (Gherardi, 2011: 558)

La autonomía en la toma de decisiones también es un derecho legal de los pacientes. Según el artículo 1° de la ley 26.742 (conocida como “Ley de Muerte Digna”, que modifica la Ley de Derechos de los Pacientes, 26.529):

Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o

produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente.

Es decir, de acuerdo con esto, el paciente tiene derecho a rechazar tratamientos en general y de medidas de soporte vital para casos irreversibles, incurables o terminales.

Es posible que el/la enfermero/a y/o el médico sepan lo que es mejor para el enfermo desde el punto de vista técnico, pero el paciente tiene el derecho a aceptarlo o no, cuando dispone de los suficientes elementos de análisis, la capacidad para realizarlo y la posibilidad de actuar consecuentemente. De lo contrario, el derecho de las decisiones corresponde al familiar directo, en acuerdo con el equipo médico.

Por otra parte, el principal responsable de la comunicación sobre el paciente en estado grave es el médico intensivista. De esta forma, cuando el diagnóstico o la evolución aún no se han informado a la familia, el equipo de Enfermería se encuentra en una situación delicada, ya que no puede garantizar al paciente y a sus familiares el derecho a la información, lo que puede generar angustia moral, aflicción y sensación de impotencia.

Así, las Unidades de Terapia Intensiva, dotadas de la última tecnología, muy bien creadas como medio para mantener un soporte vital hasta restituir la función de un órgano o sistema, muchas veces llevan a que el médico intensivista pierda de vista el fin (que no es evitar la muerte o a la consideración del valor vida como un absoluto ajeno a las preferencias del paciente), en pos de la utilización indiscriminada de los medios (Gherardi, 2011). En consecuencia muchas veces se le inflige al paciente un sufrimiento extra, por ejemplo, mediante una técnica invasiva (muchas veces necesaria, pero muchas otras no), faltando así a un principio ético básico “Ante todo: no dañar”.

b- Relativas al **equipo multidisciplinario, dinámicas de trabajo y recursos** institucionales.

Enfermería es muy idónea en gestión de recursos humanos y materiales, se estudia ampliamente en la carrera y son materias pilares de la formación de grado. El tema aquí es que Enfermería no vaya por su lado haciendo su trabajo, sino que se logren consensos con el resto del equipo y la institución donde se desempeña, con el fin de desarrollar una dinámica de trabajo eficiente y eficaz, cuyo fin primordial sea el sujeto de atención. Para esto es necesaria la deliberación, la toma de decisiones donde Enfermería sea tenida en cuenta y lograr un clima organizacional ético.

Del mismo modo, Pavlish et al. (2014) 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. Barrio, Molina, Ayudarte et al (2006) también refieren que 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.

Además, las diferencias en los roles profesionales involucran distintas relaciones de poder y así será el clima que se perciba. La falta de participación en la toma de decisiones conlleva sentimientos de impotencia y devaluación en las/os enfermeras/os; estas/os pueden creer que son incapaces de resolver conflictos éticos, así como temer al fracaso al resolverlos, o a no tener suficiente experiencia.

|  |  |
|--|--|
| <p>Relativas al <b>equipo multidisciplinario, dinámicas de trabajo y recursos</b> institucionales.</p>   | <p><b>S3.</b> <i>Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la unidad crítica sino en una unidad de hospitalización de cama básica.</i></p>   |
|  | <p><b>S4.</b> <i>Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente.</i></p>  |
|  | <p><b>S5.</b> <i>Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no lo atiende directamente o con terceros</i></p>  |
|  | <p><b>S8.</b> <i>Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica.</i></p>   |
|  | <p><b>S9.</b> <i>Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente.</i></p>  |
|  | <p><b>S11.</b> <i>Trabajar con un/a enfermero/a o un/a auxiliar de enfermería al que considero incompetente</i></p>  |
|  | <p><b>S13.</b> <i>Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente</i></p>  |
|  | <p><b>S14.</b> <i>Administrar tratamientos en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea</i></p> |
|  | <p><b>S15.</b> <i>Cuidar al paciente sin conocer si dispone o no del documento de consentimiento informado</i></p>   |
|  | <p><b>S17.</b> <i>Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias</i></p>   |
| <p><b>S19.</b> <i>Ver cómo al paciente le cambian de tratamiento desde limitar los esfuerzos terapéuticos hasta el encarnizamiento de un día para otro alternados, según el criterio de quien esté de guardia.</i></p> |  |
| <p><b>S20.</b> <i>Carecer de los medios (por ejemplo, de un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo, tiempo) para plantear en el equipo de salud los problemas éticos que suceden en el servicio</i></p>             |  |

Fuente: elaboración propia

En este contexto, trabajar con colegas u otros proveedores de atención en salud que no son tan competentes para la atención del paciente crítico propicia el surgimiento de impotencia y 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.

Por otro lado, los recursos son finitos y por tanto su uso y racionamiento deben hacerse bajo el principio de justicia. No sería correcta la decisión de ocupar una cama de alto costo en la Unidad de Cuidados Intensivos por una persona que, con cuidados básicos y paliativos, podría obtener el mismo o incluso mayor beneficio; se trata de proporcionarle al enfermo los cuidados que realmente requiere.

Muchas de estas situaciones (S19) hablan de una falta de comunicación y unificación de criterios entre los médicos que hacen guardias de 24 horas, en días generalmente fijos, con el Jefe Médico del Servicio, con el paciente y su familia y con la participación de Enfermería. Así se suele ver que un médico “suspende todo tratamiento” por considerar irreversible un caso y, al día siguiente, toma la guardia otro médico y reanuda todo lo que se había suspendido. Esto genera algunas discusiones médico/a-enfermero/a, mucha angustia y hasta indignación.

Otras situaciones dan cuenta de “encarnizamiento terapéutico” (S8) versus “limitación de Esfuerzos Terapéuticos” (LET), a los que se hará referencia a continuación.

### **Encarnizamiento terapéutico, límite en el esfuerzo terapéutico y muerte digna**

Para comenzar, cabe destacar que el Comité de Bioética de Cataluña (2010) y Junta de Galicia (2012) recomiendan que es preferible utilizar el término “obstinación terapéutica” porque expresiones como encarnizamiento terapéutico o ensañamiento terapéutico presuponen una connotación negativa por parte de quien las usa. Sin embargo, no todos los bioeticistas comparten la misma opinión. Por ejemplo, Carlos Gherardi, médico intensivista y bioeticista, utiliza este concepto. Según este autor, puede definirse el encarnizamiento terapéutico como:

La utilización de variados procedimientos diagnósticos y terapéuticos que la moderna tecnología es capaz de aplicar en el paciente grave y crítico ha llevado a la generación de formas del morir incompatibles con la dignidad de la persona en circunstancias en que se demora inexplicablemente la llegada inevitable de la muerte. (Gherardi, 1998: 756)

Es de notar que el encarnizamiento no surge con un solo acto, sino que más bien se trata de una sucesión de actos sin inicio ni fin concretos, que no se sabe cuándo o cómo condujeron a tal encarnizamiento. Asimismo, son múltiples los factores que influyen en la aparición de este fenómeno, asociado al desarrollo y avance de la medicina. Carlos Gherardi (1998) presenta cuatro factores que pueden conducir al encarnizamiento terapéutico: el imperativo tecnológico (la idea de “porque se puede, se debe”), la santificación de la vida (versus la calidad de vida), la omnipotencia de la medicina (no reconociéndose como una ciencia humana) y la ausencia de una decisión médica unívoca (multiplicidad de actores en la toma de decisiones).

En cambio, la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) se define como "la decisión mediata sobre la no implementación o la retirada de terapéuticas médicas al anticipar que no conllevarán un beneficio significativo al paciente" (Paredes Escobar, 2012: página). Es decir, es exactamente lo opuesto al encarnizamiento terapéutico. No cabe la menor duda de que se trata de un concepto que es esencial en la práctica del profesional de la salud. La decisión de limitar algún procedimiento de soporte vital no quiere decir que el esfuerzo finalice. En este contexto, los cuidados paliativos pasan a una primera línea asistencial, donde la sedación, la analgesia, el apoyo psicológico, son soportes imprescindibles y de gran responsabilidad, con el acompañamiento de la familia. (Bueno Muñoz, 2013; Betancourt, 2014).

La contracara del encarnizamiento terapéutico es, también, la muerte digna. A la inmensa disponibilidad de la alta tecnología se ha sumado el requerimiento de la plena autonomía del paciente en la decisión final de la propia vida que comprende el debatido derecho a morir, como sostiene Figueroa (2012). Para luchar por una muerte digna en el campo de las decisiones concretas se hace referencia a: el rechazo de tratamiento (por ejemplo rechazo a recibir quimioterapia,

negativa a recibir transfusiones de cualquier componente de la sangre), la irreversibilidad del cuadro clínico crítico y los cuidados paliativos y la abstención y el retiro de los métodos de soporte vital. Muchas veces ocurre que los familiares se aferran a querer que el/la paciente continúe “vivo”, sin tener en cuenta que probablemente su deseo sea prolongarle una agonía (evitable) para llegar a un mismo desenlace que sería posible con dignidad.

Por otra parte, en el caso de los Testigos de Jehová, para quienes profesan esta religión, el veto a la transfusión de sangre es más que una creencia, es un modo de vida, una cultura. Lara y Pendloski (2013) expresan que “el conflicto bioético surge en situaciones de emergencia, cuando el paciente puede morir y el médico se ve entre dos principios constitucionales de igual relevancia en el ordenamiento jurídico: el derecho a la vida y a la libertad religiosa” (Lara y Pendloski, 2013: 75).

Asimismo cabe mencionar dos principios éticos fundamentales desarrollados en el clásico libro *Principios de ética biomédica* de Beauchamp y Childress, de 1999: el principio de respeto por la autonomía y el principio de beneficencia. Los autores elaboran una teoría en la cual operan cuatro principios (además de los mencionados, el principio de no maleficencia y el de justicia) que tienen valor ‘prima facie’, es decir, que tienen validez “en principio” o, dicho de otro modo, que su cumplimiento es obligatorio, a menos que entren en conflicto entre ellos. Cada uno de estos principios establece deberes primarios y son moralmente obligatorios. Cuando entran en conflicto hay que sopesar cuál tiene mayor peso en una situación en particular. Así, en el caso de los testigos de Jehová, se produce un conflicto entre el principio de respeto por la autonomía (respetar los valores y creencias del paciente) y el principio de beneficencia (salvarle la vida).

Aunque el médico es responsable del tratamiento y de respetar la autonomía del paciente, así como la ley 26.742 (2012) y cualquier otra legislación y el código deontológico que guía su práctica, el equipo de Enfermería asume igualmente los riesgos de cumplir o no la prescripción (objeción de conciencia). Su actuación también debe basarse en el Código de Ética y en las leyes vigentes, es decir, en el derecho de la persona (o representante legal) a decidir sobre su salud, quedando prohibido brindar asistencia sin consentimiento, excepto en emergencias. En el caso de los testigos

de Jehová, la transfusión de sangre contra la voluntad del paciente puede provocar daños emocionales y morales. Por esto, es importante recordar que, a pesar de la negativa ante este procedimiento médico, el profesional debe abrir espacio para el diálogo y ofrecer otras opciones posibles, en la búsqueda de técnicas de preservación de la sangre y métodos alternativos, para que el paciente pueda elegir de forma autónoma el tratamiento que desea seguir.

De acuerdo a Pavlish et al (2014) la mayoría de los conflictos éticos se refieren a situaciones complejas al final de la vida. Tres factores se asocian: retrasar o evitar conversaciones difíciles, sentirse dividido entre obligaciones en competencia y el silenciamiento de diferentes perspectivas morales.

Todos estos tipos de conflictos producen un estado favorable o desfavorable en el profesional de Enfermería, o “estados morales”, que pueden influir en la toma de decisiones y que se detallarán a continuación.

## **I-2. Estados morales ocasionados a los profesionales de Enfermería**

### **Bienestar**

Históricamente la definición de bienestar se relacionó con el concepto de personas felices, principalmente por la posesión de bienes materiales. Sin embargo, en nuestro contexto de profesionales de la salud, cuidadores de otro/a, el bienestar tiene una connotación diferente, es decir, puedo, tengo la libertad, la autonomía de hacer lo que considero mejor en el momento oportuno como signo de autorrealización profesional. En general, es un estado ideal, permite lograr un equilibrio entre normas viables en áreas como crecimiento personal y relaciones con otros (Dörner, Veliz et al, 2017). Ser reconocido/a por otros profesionales, ser considerado/a para la toma de decisiones respecto al cuidado y los tratamientos también generan un estado de bienestar. Así, en este trabajo podemos definir el bienestar como una situación en la que “puedo actuar según mis valores éticos y convicciones”.

## **Dilema moral**

Por otra parte, uno de los conflictos éticos más frecuentes es el dilema moral, esto es, una situación en la que se hace presente un aparente conflicto operativo entre dos imperativos éticos en forma tal que la obediencia a uno de ellos implica la transgresión del otro. Es decir, se denomina dilema ético cuando un agente (el profesional, en este caso) tiene razones para llevar a cabo dos acciones (o más), cada una de las cuales favorece un principio diferente y no es posible cumplirlas sin violentar alguno de ellos. De esta forma, el agente está en una situación en la que está condenado a cometer una falta: sin importar lo que haga, hará algo “equivocado” o faltará a una obligación (Mc Connel, T., 2010). De forma operacional, de acuerdo a Amaya y Berrío A. (2016), una situación ética dilemática se presenta cuando:

- El agente debe elegir entre dos o más opciones relacionadas con cuestiones éticas.
- El agente está obligado a actuar, porque abstenerse de actuar atenta contra algún principio ético (Beneficencia, Justicia, etcétera).
- Entre ética personal (valores) y exigencias del rol profesional, o entre los valores de tipo religioso del profesional y del paciente.

## **Indiferencia**

Asimismo, se suele ver que ciertas situaciones generan indiferencia, definida para este estudio como una situación en la que “no me siento implicado/a en esta situación”. Es probable que el profesional de Enfermería se sienta ajeno a cierta situación (ejemplo descuidar la intimidad del paciente durante un procedimiento) simplemente porque no participa de ésta, es otro quien descuida. Lo serio es cuando se llegan a realizar prestaciones como rutinas, como un/a autómatas. La relación interpersonal de cuidado se puede romper cuando existe la indiferencia, cuando la situación y los sentimientos del otro no son de mi interés, cuando no se reconoce al otro como sujeto humano, individual y único. Se pierde la relación interpersonal de cuidado cuando se

responde a las necesidades de otro únicamente con habilidades y aplicación de procedimientos (Rubiano Mesa, Y.L.; Ruiz Silva, A., 2013).

Es decir, es un estado de ‘no conflicto’ pero que puede resultar contraproducente porque puede repercutir negativamente sobre la persona cuidada y la calidad de atención. Probablemente esta ‘pasividad’ tenga sus causas, como por ejemplo el agotamiento emocional, pero también puede significar falta de sensibilidad y de compromiso ético.

### **Angustia**

Otro estado moral muy frecuente en Enfermería es la angustia, definida para esta investigación como “sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo (o alguien) me impide obrar en consecuencia”. En la literatura se describe la angustia moral como un problema actual e importante que afecta a los/as enfermeros/as en los distintos sistemas de salud. Este fenómeno ha sido explorado en el área de Cuidados Críticos (Gherardi, 2006) y se ha descrito como una amenaza para la integridad de las/os enfermeras/os, así como para la calidad de la atención al paciente. 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 y entonces aparece la angustia moral.

### **Indignación**

Así pues, *in crescendo*, otro estado moral que experimentan los profesionales de Enfermería es la indignación, definida para este estudio como: “sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada”. Se podría decir que es el reconocimiento de lo que consideramos inaceptable y nos pone en movimiento de acuerdo con nuestros valores. Según manifiestan Gómez Baltazar et al (2012) la indignación se convierte así en la manera de expresar nuestra ética, lo que pensamos y valoramos al no quedarnos callados cuando eso que valoramos está en peligro o no es reconocido.

De todos modos, hay profesionales que sienten que “no pueden hacer nada”, se trata de barreras tal vez de poder jerárquico, que hacen que las personas callen, no denuncien, eso que saben que sucede y que los indigna. No hay proceso de deliberación, lo que sí contribuiría a un buen clima ético laboral.

Hasta acá hemos visto cómo afectan los conflictos al profesional de Enfermería, ahora veamos si los resuelven y cómo.

### **Posibles resoluciones**

Al igual que las situaciones estresantes, como el estrés post traumático, o post quirúrgico, duelo, etcétera, se moviliza una cascada de hormonas que hacen que uno “luche” o “huya”. Como puede observarse en el capítulo III, en la pregunta abierta (conflictos: ¿cómo los enfrenta? ¿cómo los resuelve?), la mayoría de la población prefirió no responder. Ante el silencio, una de las formas de hacerle frente es mediante el diálogo con el equipo, deliberación, consenso para llegar a acuerdos sobre el tratamiento de ciertas situaciones que generan rispideces. El intento es que aquellos dedicados al cuidado del paciente, principalmente médicos y enfermeros/as, sean tenidos en cuenta por igual. Muchas veces no se logra o los acuerdos duran poco tiempo, prevaleciendo la hegemonía médica.

Otras veces se argumenta que no se dispone del tiempo ni del lugar adecuado para reunirse todo el equipo y tratar las situaciones éticamente conflictivas. Ante el fracaso de las negociaciones y consensos, el profesional de Enfermería suele frustrarse, agotarse con los años de trabajar en Áreas Críticas y con pacientes de extrema gravedad, por lo que en general termina pidiendo cambio de sector de trabajo o hasta puede llegar a retirarse de la profesión.

### **I-3. Ética del cuidado**

La ética del cuidado designa “un enfoque contemporáneo que se concentra en el cuidado como categoría ética fundamental” (Salles, 2008: 113). A diferencia de la ética principista, esta teoría se focaliza en la importancia de cultivar capacidades que permitan comprender el punto de vista y las situaciones de los otros.

Por más remanido que parezca, resultan inseparables la profesión de Enfermería y la ética del cuidado. Tal vez debido a que en los orígenes o en las guerras las personas que cuidaban del enfermo o herido solían ser principalmente religiosas es que se suele escuchar en el imaginario social que “Enfermería es un sacerdocio”. También suele dársele una connotación negativa probablemente desde cuando -ante la falta de personas que quisieran desempeñar este trabajo- lo hacían las prostitutas. Nada de estos prejuicios.

La profesión de Enfermería, desde su origen, ha tenido la misión de velar por la calidad de las relaciones entre enfermera-paciente-familia y el personal de salud. Desde este punto de vista, el profesional de Enfermería tiene la obligación de capacitarse para adquirir los conocimientos y habilidades que le permitan discutir o apoyar procesos relacionados con la práctica ética de las profesiones de salud. Por lo tanto, la responsabilidad de la/del enfermera/o, en el desarrollo de los aspectos éticos en la atención en salud, va más allá del nivel individual, trasciende al ámbito interdisciplinario y busca siempre el bienestar del paciente, aboga por los derechos de las personas a quienes cuida, para asegurar que sus necesidades sean atendidas en forma eficiente y humanizada.

El cuidado, como forma de ser esencialmente ético, es algo más que un acto y una actitud. Entre otros, ya Martín Heidegger (1927), según traducción de José Gaos (1951) plantea que

el cuidado es existencialmente a priori de toda posición y conducta fáctica del ‘ser – ahí’, es decir, que se halla siempre ya en ella. Significa esto que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes que haga nada y todo cuanto haga irá siempre acompañando del

cuidado e impregnado de cuidado. Significa reconocer que el cuidado, es un modo de ser esencial, es una dimensión frontal, originaria, ontológica, imposible de desvirtuar totalmente. (Heidegger, 1927: 38).

Otras definiciones posibles son: “Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”. Cuidar es “encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de algo o de alguien”. (Alvarado García, 2004: 31).

Por otra parte, el cuidado ético involucra la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que media una solicitud, en el que hay unión entre las personas, como parte de la relación humana. La ética del cuidado tiene que ver con situaciones reales, tan reales como las necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño, la circunstancia de ser responsable de otro, tener que proteger, atender a alguien. La moralidad como compromiso deriva precisamente de la certeza de que el bienestar, e incluso la supervivencia, requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y cumplimiento de derechos y deberes.

### **Aproximación al origen y desarrollo de la Ética del cuidado**

La ética del cuidado se origina en las investigaciones de Carol Gilligan, cuyo objetivo era evaluar el tipo de razonamiento moral de las mujeres (Salles, 2008: 114). Previo a ello, se consideraba que el razonamiento moral de las mujeres era deficiente comparado con el de los varones. Esta consideración emanaba de las las investigaciones en psicología desarrollada durante 1978 para describir el desarrollo moral de las personas y encabezadas por el psicólogo Lawrence Kohlberg. Este autor llevó a cabo una investigación sobre el desarrollo moral para comprobar si, al igual que en el desarrollo cognitivo (Jean Piaget), existía un desarrollo moral secuencial y por etapas, que diera como resultado una cierta maduración moral. En el modelo de madurez de Kohlberg, las

mujeres tienden a quedarse en una etapa intermedia de conformidad con los estándares morales de la sociedad.

Este modelo ha sido objeto de numerosas críticas, en especial por su metodología, como sostienen García Moyano (2015) y Davis (2006), entre otros.

Quizás la crítica más reveladora es la existencia de un sesgo de género, ya que el psicólogo centró su estudio en los razonamientos de participantes varones, a quienes tomaba como punto de referencia y estándar de normalidad. Esto fue lo que impulsó a Carol Gilligan (1983), una de sus discípulas, a investigar más a fondo sobre la cuestión. Hasta entonces no existían investigaciones relacionadas con el desarrollo moral que incluyeran a las mujeres y esto, según Gilligan, era una omisión de verdades y una limitación en el desarrollo del concepto de "condición humana".

El objetivo de la investigadora no era otro que "ensanchar la comprensión del desarrollo humano, aprovechando el grupo que se omitió en la construcción de la teoría, para llamar la atención hacia lo que falta en su versión" y, además, proporcionar "una base sobre la cual generar una nueva teoría que, potencialmente, pueda darnos una visión más general de las vidas de los sexos" (García Moyano; 2015: 313)

En sus investigaciones Gilligan afirma que simplemente observando la forma que tienen las personas para hablar de sus vidas y el lenguaje que emplean pueden deducirse sus conexiones con el mundo y cómo actúan en él. De esta manera, mediante la observación, la psicóloga distinguió dos voces o, lo que es lo mismo, dos maneras diferenciadas de hacer frente a las cuestiones morales. De este modo, relacionando todas estas observaciones, Gilligan se da cuenta de que existen diferencias entre el pensamiento moral femenino y el masculino (Feito Grande, 2005). No obstante, vale la pena destacar que en lo que se centra la autora no es en las características biológicas o sexuales, sino en las diferencias del juicio moral en sí.

Parece ser que, en las cuestiones morales relevantes, los hombres se basan en la *tradición y la razón*, siendo decisiones al fin y al cabo más impersonales; las decisiones de las mujeres parecen

*estar más relacionadas con los afectos y las relaciones.* En especial, las mujeres parecen demostrar mucha más sensibilidad hacia los demás y no creen en reglas inamovibles; no juzgan tanto, sino que ven en los conflictos en general un asunto de responsabilidad, dando importancia a las consecuencias de dichos juicios o sus propias acciones y *su moral se basa en el cuidado del otro.* Por otro lado, los hombres en general suelen hacer juicios basados en reglas o normas universales, con juicios más claros y menos trascendentales e individualizados y *su moral se basa en los derechos.* De ahí que la autora relacionara la ética de la justicia con los hombres y, la que llamó ética de la responsabilidad o del cuidado, con las mujeres. Pero ambas visiones de una misma realidad podrían ser perfectamente aceptadas, las resoluciones o puntos de vista más impersonales de los hombres quedarían justificados por una ética de derechos o justicia. En el caso de las mujeres, su percepción ampliada, en la que tienen cabida las relaciones sociales, estaría respaldada por la ética del cuidado y atención. Para la investigadora no se trata de que la forma de razonamiento basada en el cuidado es superior a la basada en la justicia o viceversa, los dos tipos de razonamientos son válidos. Más precisamente “la madurez moral consiste en poseer la capacidad de pensar de las dos maneras e integrar ambas perspectivas” (Salles, 2008: 115).

A partir de la teoría de Gilligan, en 1984 la filósofa Noddings combinó el reconocimiento de la ética con perspectivas sobre el desarrollo moral de la mujer y centró sus ideas en el valor de los cuidados y la actitud solícita, que encontramos desde el momento del nacimiento, cuando somos totalmente dependientes del cuidado de los demás. Estos estudios marcan el desarrollo de la ética del cuidado.

### **Características de la ética del cuidado y enfermería**

Numerosos autores han caracterizado la ética del cuidado, en especial en contraposición con la ética de los principios. Arleen Salles (2008: 116 y ss.) ofrece un resumen de cuatro características principales. A saber:

1. A diferencia del principismo que supone concepciones individualistas de las personas, la ética del cuidado está basada en un “yo relacional”, conectado y dependiente de otros. De esta conexión surgen la empatía y el cuidado.
2. La ética del cuidado aconseja cautela respecto de los principios y propone prestar atención a los afectos, las relaciones personales y los elementos particulares de cada situación.
3. En contraposición a la ética principista que considera a las emociones como distracciones, la ética del cuidado considera que el razonamiento moral requiere de un entrecruzamiento de lo afectivo, lo cognitivo y lo racional.
4. La ética del cuidado rechaza la imparcialidad y el razonamiento abstracto, tan caros al principismo.

Por supuesto que esta teoría también ha recibido críticas de las más variadas (valorización de rasgos de carácter que han subordinado a la mujer; el cuidado puede llevar al autosacrificio y explotación u opresión; inadecuación para el contexto de relaciones entre extraños, etc.). Sin embargo, es una teoría que aporta una cantidad de elementos a ser tenidos en cuenta en las profesiones sanitarias y muy especialmente en Enfermería en donde el cuidado está en la base de todas sus actividades. Es más: el cuidado y la atención de los otros define la práctica enfermera.

Ya en el siglo XIX Florence Nightingale, enfermera británica, sostuvo que las actividades terapéuticas no son demasiado relevantes en la relación paciente-enfermera (Salles, 2008: 120). Esto mismo es retomado en el debate contemporáneo sobre el rol de la Enfermería. Algunos teóricos de Enfermería han incluido el cuidado como un valor central en las dimensiones éticas de la práctica de la profesión. Gadow (1985) afirma que el valor de los cuidados apoya una ética de Enfermería dirigida a proteger y promover la dignidad humana de los pacientes que reciben atención en salud. Watson (1985) sugiere que los cuidados constituyen el fundamento de la ciencia humana en la Enfermería. Esta disciplina tiene como eje central el cuidado, entendido este como el gran interés de proteger, promover la vida y la dignidad y se basa en satisfacer las necesidades del otro, generando así grandes sentimientos de bienestar, tanto para quien recibe los cuidados

como para quien los brinda. Otros han llegado a afirmar que quienes ejercen esta profesión deben abandonar modelos impersonales y objetivos (Salles, 2008: 120).

## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

### Diseño

Investigación de tipo descriptivo transversal intrasujetos mediante el cual se trata de caracterizar el problema, presentar y describir fenómenos, la presencia o ausencia de los indicadores –según tipo y frecuencia- y correlacionarlos entre sí. Los datos se recolectaron en un solo momento, desde octubre a diciembre de 2019 por lo que el corte es transversal. Si bien los estudios descriptivos no prueban hipótesis, sino que las plantean implícitamente, se intenta sugerir asociación de las variables como base o plataforma para futuros estudios (Ejemplo: Explicativos, de cohortes, otros) y ver qué parte de la población expuesta a la variable independiente: **Situaciones Conflictivas**- como causa- y según las variables dependientes **frecuencia y grado de conflictividad** –como condicionantes- presenta determinados **Estados morales** -o la variable dependiente- como efecto. Para el análisis se empleó el paquete estadístico SPSS v12.b, utilizando estadísticas descriptivas univariantes y bivariadas. Los resultados más destacados en primera instancia se resumieron en porcentajes simples, gráficos de barras e índices.

### Sitio o contexto

Las llamadas “áreas críticas” comprenden las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), Recuperación Cardiovascular (RCV), Unidad Coronaria (UC), es decir, son espacios físicos, cerrados y restringidos, donde el personal de Enfermería, auxiliares y el equipo médico desempeñan sus tareas cotidianas y que comprende toda la infraestructura edilicia, con la aparatología para tratar la recuperación de pacientes en estado crítico y/o cursando alguna patología grave o post operatorio de cirugía mayor o traumas graves.

En base a esa definición, el sitio apropiado para este estudio era aquel hospital público que contara con un Área Crítica de alta complejidad, de modo de asegurar el nivel de cantidad y calidad necesario para las variables y la población que se quieren estudiar.

Luego de una exploración de los ocho hospitales públicos de Rosario, se realizó una preselección para estudiar cuatro con mayor profundidad y finalmente seleccionar los dos más adecuados para este estudio. Así, los efectores públicos resultaron ser: uno municipal (“M”) y otro provincial (“P”), lo que permitió la comparación del comportamiento de las variables en dos ámbitos de distintas dependencias.

El “M” es centro regional de referencia para accidentología, por lo que principalmente atiende pacientes adultos, agudos. Es uno de los hospitales escuela donde se capacitan y realizan diversas actividades académicas alumnos y residentes de las distintas carreras de salud. Cuenta con 8 quirófanos, su área Quirúrgica posee todas las especializaciones y se realizan cirugías menores, mayores, complejas y de alta complejidad, inclusive ablaciones y trasplantes. Por esto, las áreas Críticas son grandes y poseen toda la complejidad necesaria en insumos, aparatología de última generación y profesionales capacitados para desarrollar sus funciones. Unidad Coronaria (U.C) y Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.). La capacidad instalada es de 30 camas en el total de todos los sectores mencionados. Por todo esto, posee un gran plantel de profesionales de enfermería: 56 (UTI) más 18 (U.C.).

El “P” también es un hospital escuela similar, con multiespecialidades, cuenta con 7 quirófanos, donde se realizan todo tipo de cirugías y de todo nivel de complejidad, inclusive ablaciones y trasplantes. Está situado estratégicamente en el centro de la ciudad, cuyas Guardia y Emergencias siempre tienen una gran demanda. Sus Unidades de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria cuentan con 25 camas y 55 Profesionales de Enfermería.

### **Población y muestra**

La población blanco de este estudio es el profesional de Enfermería que desempeña las tareas de atención directa e indirecta del paciente crítico, en los dos efectores públicos seleccionados tras el estudio exploratorio. Se estudió la población total, o muestreo por intención o conveniencia, de

120 profesionales que trabajan en las áreas Críticas de ambos hospitales, se obtuvieron 110 encuestas, pues 4 no cumplían los criterios de inclusión y 6 no se los pudo entrevistar por estar de licencia o parte de enfermo. Se incluyeron todas las unidades de análisis que cumplían con los siguientes criterios de elegibilidad (n110), por lo que el alcance de los resultados sólo se podrá generalizar al personal de las dos instituciones (validez externa):

#### **Criterios de inclusión:**

- Ser Enfermero/a, Licenciado/a, Magister o Doctor/a en Enfermería y desempeñar funciones en Unidades de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Recuperación Cardiovascular, Guardia o Emergencias.
- Tener por lo menos un año de antigüedad en el Servicio y con esa función.
- Trabajar 6 u 8 horas diarias según reglamentación vigente en el efector.
- Pertenecer al plantel estable del Servicio, ya sea planta permanente, transitorio o contratado.

#### **Criterios de exclusión**

- Personal pasante o que rote por el Servicio.
- Personal con doble empleo en idénticos Servicios y funciones.

#### **Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

Una vez obtenida las correspondientes autorizaciones de los dos efectores públicos (ver Anexo IV), la recolección de datos para la ejecución de este proyecto se hizo mediante **Encuesta**, que tiene las ventajas de ser un método económico, permitir mayor accesibilidad a los sujetos y proporcionar datos objetivos. Como instrumento se utilizó un **Cuestionario** estructurado autoadministrado, en base al CuCEE (Falcó Pegueroles, 2012), **modificado**. Para esto se realizó

una Prueba Piloto del instrumento adaptado, en un efector que no participó del estudio pero que tenía las mismas características (ver Anexo V).

Luego las encuestas para aplicar el cuestionario en las instituciones seleccionadas fueron realizadas personalmente por la investigadora, entrevistando los profesionales entrantes y salientes en los horarios de cambio de turno, de modo de asegurar que sean respondidas individualmente y evitar sesgos. Esta tarea tomó un mes para concurrir tres o cuatro veces (los cambios de turnos) a cada efector y a sus diferentes unidades Críticas.

El instrumento original de Falcó Pegueroles constaba de 19 situaciones conflictivas (Ver Anexo I). Para alcanzar los objetivos de este trabajo se suprimió una situación y se agregaron otras dos Situaciones (**S18. *No poder modificar los horarios estáticos y breves de visitas cuando vemos que un paciente necesita tomar de la mano a un familiar o amigo*** y **S19. *Ver cómo al paciente le cambian de tratamiento desde limitar los esfuerzos terapéuticos hasta el encarnizamiento de un día para otro alternados, según el criterio de quien esté de guardia***). Además, se formuló una pregunta abierta (**21. *Los conflictos. ¿Cómo le afectan? ¿Cómo los resuelve?***)

La otra modificación que se le hizo fue en frecuencia y grado de conflictividad, a los que se le cambiaron los indicadores por otros en escala tipo Likert.

De esta manera, el instrumento **ya modificado** constó de dos partes, la primera con una breve introducción en la que se explicitaba el objetivo, se garantizaba la **confidencialidad** de los datos, se dejaba constancia de que la **voluntariedad** en contestar **infería su consentimiento** y se agradecía la participación **voluntaria y anónima**. Con esto, se cumplió con los **requisitos éticos**. A continuación se introdujo un pequeño instructivo sobre lo que se deseaba saber y cómo marcar las opciones de respuestas. En esta primera parte, se relevaron **variables sociodemográficas**: género, antigüedad y formación académica (Ver Anexo II).

La segunda parte (ver Anexo III) contenía la variable **independiente** “**situaciones éticamente conflictivas**”, con 2 dimensiones y 21 indicadores (para este estudio: situaciones) y las variables

**dependientes:** “**frecuencia de conflictividad**” –con 6 indicadores-; “**grado de conflictividad**” – con 6 indicadores- y “**tipo de conflictividad**” –con 5 indicadores-. Esta parte finalizaba con una **pregunta abierta**, cuyas respuestas luego se agruparon por afinidad en 5 categorías para poder analizarlas. Se tabularon los datos pre categorizados (Ver Anexo VII) y, dado a los indicadores tipo escala de Likert, según frecuencia, grado y tipo de conflictividad, se midieron en escala nominal. Una vez finalizada la tabulación y creación de puntuaciones sumadas para obtener un índice, se analizaron utilizando estadísticas descriptivas univariantes y bivariadas. Los resultados más destacados en primera instancia se resumieron en porcentajes simples, luego se presentan gráficos de barras, circulares e índices. Para esto se utilizó el paquete estadístico SPSS v12.b.

**Validez interna:** se realizó una prueba piloto del instrumento ya modificado (Ver Anexo VI).

**Validez externa:** los resultados no son generalizables sino para los fines de esta investigación, considerando el número de la población estudiada. Sí pueden ser base para repicar el estudio en otras geografías y/o en instituciones privadas.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN (Parte I del cuestionario):

Para comenzar el análisis, se detalla a continuación el perfil sociodemográfico con algunas características, cuyas variables son:

- Género** (indicadores: masculino, femenino, otro), nivel de medición escala nominal.
- Servicio donde se desempeña** (indicadores: Urgencias; UTI adultos; U.C.; Otros); nivel de medición escala nominal.
- Antigüedad en años** (indicadores: 1 a 5; 6 a 10; 11 a 15; 16 a 20; >21); nivel de medición escala intervalar.

#### VARIABLES REFERIDAS A LOS DATOS PROFESIONALES:

- Formación académica** (indicadores: Enfermero/a; Licenciado/a, Magister, otro); nivel de medición escala ordinal.
- Formación en Cuidados Críticos** (indicadores: ninguna; curso/s; diplomatura; especialización; otra); nivel de medición escala nominal.
- Formación en Ética y/o Bioética:** (indicadores: ninguna; curso/s; diplomatura; especialización; otra); nivel de medición escala nominal.

#### GÉNERO hospital "P"

|                        | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Válido 0 - no contesta | 1          | Válido     |
| 1 - masculino          | 25         | 51,0       |
| 2 - femenino           | 20         | 40,8       |
| 3 - otro               | 2          | 6,1        |
| Total                  | 48         | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia

### SERVICIO donde trabajan hospital “P”

|                        | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Válido 0 – no contesta | 1          | 2,0        |
| 1 - urgencias          | 6          | 12,4       |
| 2 – UTI adultos        | 36         | 73,5       |
| 3 – U.C.               | 5          | 12,1       |
| 4 - Otro               | 0          | 0          |
| Total                  | 48         | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia

### AÑOS DE ANTIGÜEDAD en el área hospital “P”

|                        | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Válido 0 – no contesta | 1          | 2,0        |
| 1 – 1 a 5              | 5          | 10,2       |
| 2 – 6 a 10             | 35         | 73,5       |
| 3 – 11 a 15            | 5          | 10,2       |
| 4 – 16 a 20            | 2          | 4,1        |
| 5 – 21 >               | 0          | 0          |
| Total                  | 48         | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia

### GRADO ACADÉMICO de Enfermeros/as hospital “P”

|                        | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Válido 0 – no contesta | 1          | 2,0        |
| 1 – Enfermero/a        | 22         | 44,9       |
| 2 – Licenciado/a       | 23         | 46,9       |
| 3 - Magister           | 2          | 6,1        |
| 4 - Otro               | 0          | 0          |
| Total                  | 48         | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia

## FORMACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS de Enfermeros/as hospital “P”

|                        | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Válido 0 – no contesta | 1          | 2,0        |
| 1 - ninguna            | 9          | 18,4       |
| 2 – curso/s            | 31         | 65,3       |
| 3 - diplomatura        | 2          | 4,1        |
| 4 - especialización    | 5          | 10,2       |
| 5 - otra               | 0          | 0          |
| Total                  | 48         | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia

## FORMACIÓN EN ÉTICA/BIOÉTICA de Enfermeros/as hospital “P”

|                        | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|------------|
| Válido 0 – no contesta | 1          | 2,0        |
| 1 - ninguna            | 40         | 83,7       |
| 2 – curso/s            | 7          | 14,3       |
| 3 - diplomatura        | 0          | 0          |
| 4 - especialización    | 0          | 0          |
| 5 - otra               | 0          | 0          |
| Total                  | 48         | 100,0      |

Fuente: Elaboración propia

### Análisis e interpretación de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y de las referidas a la FORMACIÓN PROFESIONAL del Hospital “P”:

En cuanto al **Género**, de una población de 48 profesionales, la mayoría es masculino (**51%**) y el 40,8% femenino. El **73,5%** **trabaja** en UTI adultos, le siguen Urgencias y U.C. con 12,4% y 12,1% respectivamente. En muchas instituciones públicas parte del personal rota entre 2 o 3 Servicios de áreas Críticas.

Con respecto a los **años de antigüedad**, la mayoría (**73,5%**) tienen entre 6 y 10 años; el 10,2 % tiene hasta 5 años o de 11 a 15. Esto se interpreta como una población principalmente joven y con

no demasiados años de antigüedad probablemente porque a mayor tiempo mayor estrés por lo que en general el profesional va pidiendo cambio de lugar de trabajo a otras áreas, si bien tanto e igual de necesarias, pero más tranquilas o con horarios y francos fijos (por ejemplo Vacunatorio, Consultorios).

El **Grado académico** resulta ser parejo entre Licenciados/as (**46,9%**) y Enfermeros/as (**44,9%**) mientras que un porcentaje más pequeño (6,1%) son Magísteres. Es habitual encontrar en los hospitales públicos personal altamente capacitado y que continúa sus estudios.

Referente a la **formación en Cuidados Críticos**, la mayoría (**65,3%**) *realizó cursos*, ninguna el 18,4% y el 10,2% tiene la especialización. Por último, relacionado a la **formación en Ética/Bioética** el **83,7%** *no tiene formación alguna más que la de la carrera* y solo el 14,3% realizó cursos. Este dato puede interpretarse como falta de estímulos para ahondar en Ética/Bioética.

A continuación se presentan tablas de porcentajes de las variables sociodemográficas del Hospital Municipal:

#### **GÉNERO hospital “M”**

|        |                 | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------|-----------------|------------|-------------|
| Válido | 0 - no contesta | 0          | 0,0         |
|        | 1 - masculino   | 30         | 48,0        |
|        | 2 - femenino    | 31         | <b>50,4</b> |
|        | 3 - otro        | 1          | 1,6         |
|        | Total           | 62         | 100,0       |

Fuente: Elaboración propia

### SERVICIO donde trabajan hospital "M"

|        |                 | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------|-----------------|------------|-------------|
| Válido | 0 – no contesta | 0          | 0,0         |
|        | 1 - urgencias   | 45         | <b>72,6</b> |
|        | 2 – UTI adultos | 11         | 17,7        |
|        | 3 – U.C.        | 6          | 9,7         |
|        | 4 - Otro        | 0          | 0,0         |
|        | Total           | 62         | 100,0       |

Fuente: Elaboración propia

### AÑOS DE ANTIGÜEDAD en el área hospital "M"

|        |                 | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------|-----------------|------------|-------------|
| Válido | 0 – no contesta | 0          | 0,0         |
|        | 1 – 1 a 5       | 42         | <b>67,7</b> |
|        | 2 – 6 a 10      | 6          | 9,7         |
|        | 3 – 11 a 15     | 8          | 12,9        |
|        | 4 – 16 a 20     | 5          | 8,1         |
|        | 5 – 21 >        | 1          | 1,6         |
|        | Total           | 62         | 100,0       |

Fuente: Elaboración propia

### GRADO ACADÉMICO de Enfermeros/as hospital "M"

|        |                  | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------|------------------|------------|-------------|
| Válido | 0 – no contesta  | 3          | 4,2         |
|        | 1 – Enfermero/a  | 31         | <b>50,0</b> |
|        | 2 – Licenciado/a | 27         | 44,2        |
|        | 3 - Magister     | 1          | 1,6         |
|        | 4 - Otro         | 0          | 0,0         |
|        | Total            | 62         | 100,0       |

Fuente: Elaboración propia

### FORMACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS de Enfermeros/as hospital “M”

|        |                     | Frecuencia | Porcentaje  |
|--------|---------------------|------------|-------------|
| Válido | 0 – no contesta     | 0          | 0,0         |
|        | 1 - ninguna         | 10         | 16,1        |
|        | 2 – curso/s         | 46         | <b>74,2</b> |
|        | 3 - diplomatura     | 4          | 6,5         |
|        | 4 - especialización | 2          | 3,2         |
|        | 5 - otra            | 0          | 0,0         |
|        | Total               | 62         | 100,0       |

Fuente: Elaboración propia

### FORMACIÓN EN ÉTICA/BIOÉTICA de Enfermeros/as hospital “M”

|        |                     | Frecuencia | Porcentaje<br>válido |
|--------|---------------------|------------|----------------------|
| Válido | 0 – no contesta     | 0          | 0,0                  |
|        | 1 - ninguna         | 54         | <b>87,1</b>          |
|        | 2 – curso/s         | 8          | 12,9                 |
|        | 3 - diplomatura     | 0          | 0,0                  |
|        | 4 - especialización | 0          | 0,0                  |
|        | 5 - otra            | 0          | 0,0                  |
|        | Total               | 62         | 100,0                |

Fuente: Elaboración propia

#### Análisis e interpretación de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS y de las referidas a la FORMACIÓN PROFESIONAL del Hospital “M”:

Con respecto a **Género**, de una población de 62 profesionales, la mayoría es femenino (**50,4 %**), el 48 % es masculino y el 1,6% corresponde a otro género.

El 72,6% **trabaja** en Urgencias, el 17,7% en UTI adultos, mientras que el 9,7% U.C. Con respecto a los **años de antigüedad**, la mayoría (**67,7%**) tienen entre 1 y 5 años; el 12,9% entre 11 y 15 años; el 9,7% tiene entre 6 y 10 años; el 8,1% entre 16 y 20 y solo el 1,6% tiene 21 años o más.

Similar a la otra institución, estos datos pueden interpretarse como una población principalmente joven y con no demasiados años de antigüedad probablemente porque a mayor tiempo mayor estrés por lo que en general el profesional va pidiendo cambio de lugar de trabajo a otras áreas, si bien igualmente importantes y necesarias, pero más tranquilas o con horarios fijos y francos en fines de semana (por ejemplo Vacunatorio, Consultorios). Las 2 personas que tienen más de 21 años de antigüedad en el mismo lugar lo más probable es que estén por jubilarse.

En cuanto al **Grado académico**, si bien los más altos porcentajes son bastante parejos, la mayoría (**50%**) son Enfermeros/as; el 44,2% Licenciados/as y el 1,6% Magisters.

Referente a la **formación en Cuidados Críticos**, el mayor porcentaje (**74,2%**) realizó cursos extras; el 16,1% no realizó ninguna; 6,5% obtuvo una diplomatura y el 3,2% tiene la especialidad. Este es un hospital especializado en emergentología, por lo que es requisito capacitarse continuamente en accidentes, traumas, cuidados intensivos, etc.

Por último, relacionado a la **formación en Ética/Bioética** el **87,1%** refiere no tener ninguna capacitación más que la formación de la carrera y solo el 12,9% realizó cursos. Este dato puede interpretarse como falta de estímulos y motivación en un Área tan importante para desempeñarse con pacientes críticos, lo cual es llamativo.

La **Parte II** del cuestionario contenía la variable **independiente** “**situaciones éticamente conflictivas**” (como causa), con 2 dimensiones (detalladas a continuación) y 21 indicadores (para este estudio: S= situaciones) y las variables **dependientes**: “**frecuencia de conflictividad**” –con 6 indicadores-; “**grado de conflictividad**” –con 6 indicadores- y “**tipo de conflictividad**” –con 5 indicadores-. Esta parte finalizaba con una **pregunta abierta**, cuyas respuestas se agruparon por afinidad en 6 categorías para poder analizarlas (Ver Anexos III y VI).

**RESULTADOS REFERENTES A LAS SITUACIONES ÉTICAMENTE  
CONFLICTIVAS, FRECUENCIA, GRADO Y TIPO DE CONFLICTIVIDAD (O  
ESTADO MORAL) PERCIBIDA (Parte II del Cuestionario).**

Para su mejor análisis e interpretación, la variable **SITUACIONES**, como factores generadores de conflicto, se subdividió en **dos dimensiones**:

a- Relativas al **cuidado del paciente y su familia**, incluyendo los **tratamientos instaurados, técnicas y procedimientos**, cuya definición operacional es la relación que se establece con el sujeto de cuidado.

Estas corresponden a las Situaciones 1, 2, 6, 7, 10, 12, 16 y 18.

b- Relativas al **equipo multidisciplinario, dinámicas de trabajo y recursos institucionales**.

A estas corresponden las Situaciones 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19 y 20.

Por último y por fuera de estos dos grupos, se relevó una **opinión como pregunta abierta**: Los conflictos: ¿Cómo los enfrenta? ¿Cómo los resuelve?

Cabe destacar que aun habiendo modificado el CuCEE original se mantuvo la aleatorización en el orden de las situaciones generadoras de conflictos planteadas (Falcó Pegueroles, 2012), de modo que los/as participantes no pudieran inferir un orden o agrupación y evitar así un sesgo.

Para analizar las variables **FRECUENCIA** y **GRADO** se midieron en escala tipo Likert, para lo cual se establecieron **puntuaciones sumadas** para obtener un **índice** (ver Anexo VIII).

De este modo, **FRECUENCIA DE CONFLICTIVIDAD** se puntuó de la siguiente manera:

| <b>FRECUENCIA DE CONFLICTIVIDAD</b> |                 |          |                |          |                       |
|-------------------------------------|-----------------|----------|----------------|----------|-----------------------|
| Nunca                               | Esporádicamente | A veces  | Con frecuencia | Siempre  | No sabe / no contesta |
| 1 punto                             | 2 puntos        | 3 puntos | 4 puntos       | 5 puntos | 0                     |

Por cada Situación, 5 es el puntaje máximo posible por cada encuesta.

De esta forma, para el **Hospital “P”** (n48), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta x 48 profesionales (total 240), se obtuvo el siguiente índice =

161 a 240 > Altamente frecuente

81 a 160 > Moderadamente frecuente

0 a 80 > Poco frecuente

Para el **Hospital “M”** (n 62), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta, por 62 profesionales (310), se obtuvo el siguiente índice=

207 a 310 > Altamente frecuente

104 a 206 > Moderadamente frecuente

0 a 103 > Poco frecuente

La variable **GRADO DE CONFLICTIVIDAD** se puntuó de la siguiente manera:

| <b>GRADO DE CONFLICTIVIDAD</b> |                   |                                    |                   |                  |                       |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|-----------------------|
| Nada problemático              | Poco problemático | Ni problemático ni no problemático | Algo problemático | Muy problemático | No sabe / no contesta |
| 1 punto                        | 2 puntos          | 3 puntos                           | 4 puntos          | 5 puntos         | 0                     |

Por cada Situación, 5 es el puntaje máximo posible por cada encuesta.

De esta manera, para el **Hospital “P”** (n48), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta x 48 profesionales (total 240), se obtuvo el siguiente índice =

161 a 240 > Altamente problemático

81 a 160 > Moderadamente problemático

0 a 80 > Poco problemático

Para el **Hospital “M”** (n 62), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta, por 62 profesionales (310), se obtuvo el siguiente índice=

207 a 310 > Altamente problemático

104 a 206 > Moderadamente problemático

0 a 103 > Poco problemático

La variable **TIPO DE CONFLICTIVIDAD**, definida operacionalmente como el “estado moral percibido ante cada situación generadora de conflicto”. En el cuestionario se les incluyó una breve definición de cada indicador para que el profesional de Enfermería pudiera optar en base a criterios unificados:

**-Bienestar:** Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones.

**-Dilema Moral:** Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas.

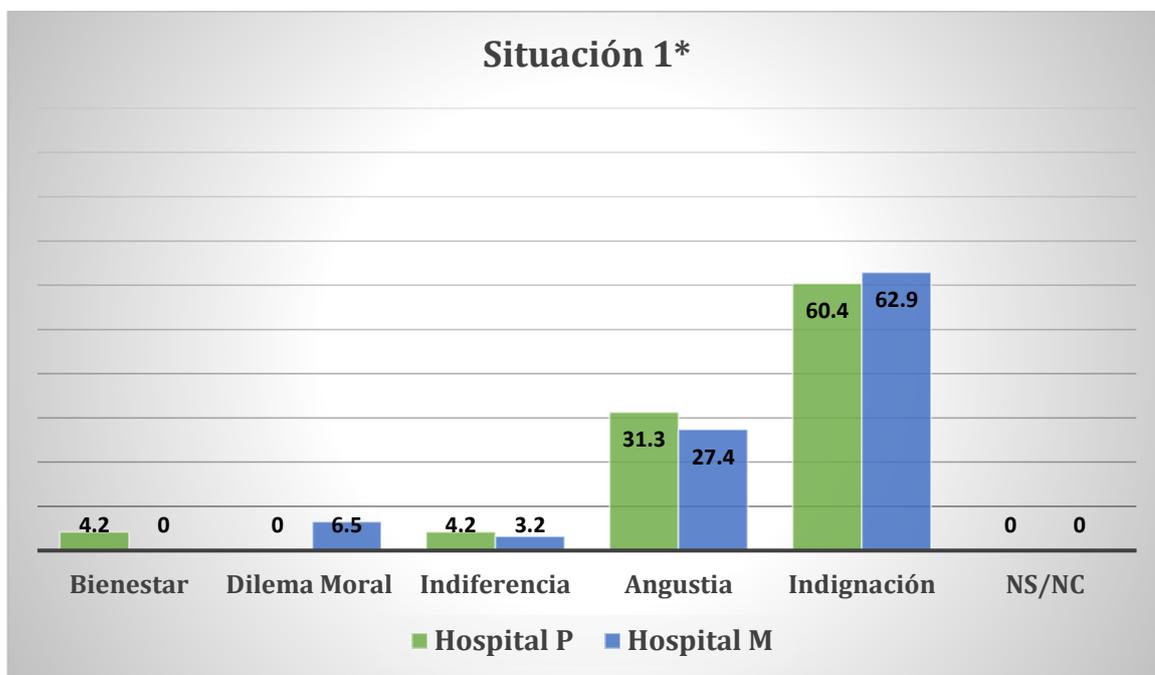
**-Indiferencia:** No me siento implicado/a en esta situación.

**-Angustia:** Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia.

**-Indignación:** Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada

Se midió en escala nominal y se la representa en gráfico de barras para una comparación entre las dos instituciones, así pues los resultados fueron:

**Dimensión 1- RELATIVAS AL CUIDADO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA,  
INCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS INSTAURADOS, TÉCNICAS Y  
PROCEDIMIENTOS**

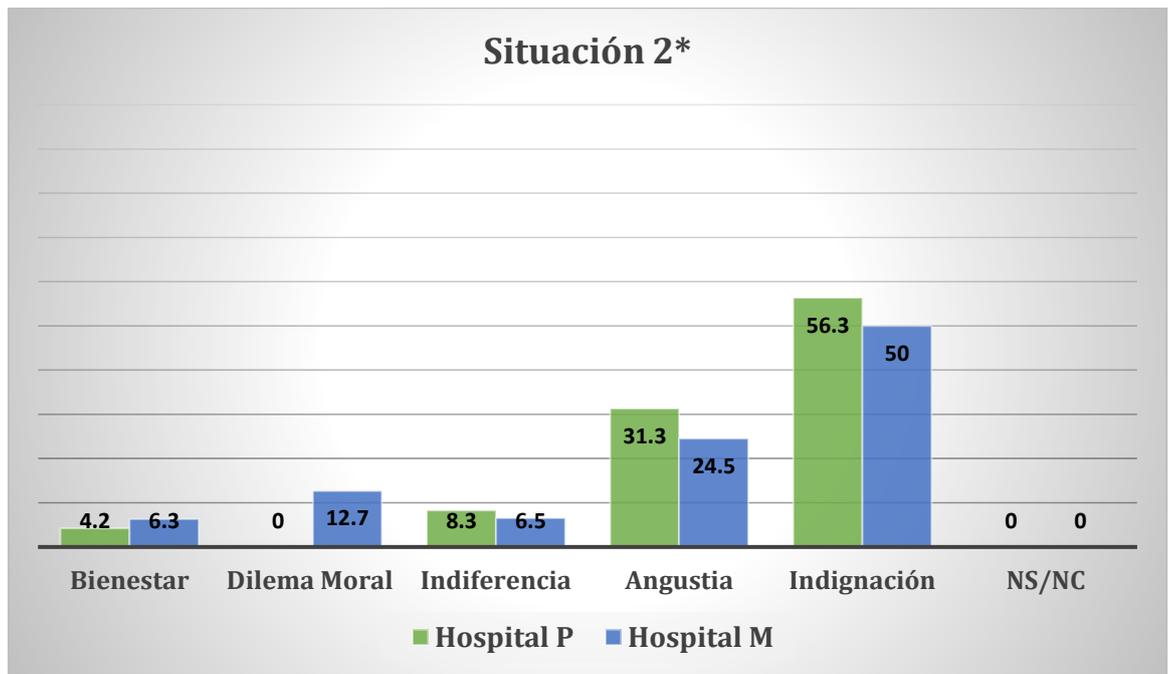


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Administrar tratamientos y/o realizar exámenes que considero son innecesarios porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal.*

Para esta situación el estado moral percibido con mayores porcentajes fue **indignación**, seguido por **angustia**, con **porcentajes similares en ambas instituciones**. Se interpreta que para Enfermería los procedimientos que remiten a un encarnizamiento resultan muy problemáticos y generan estados de sobrecarga muy estresantes, como lo son indignación y angustia.

En cuanto a frecuencia y grado, esta situación resultó **moderadamente frecuente** (HP, n48, 99 puntos) (HM, n62, 196 puntos) y **altamente problemática** (HP, n48, 176 puntos) (HM, n62, 300 puntos), en ambos efectores.

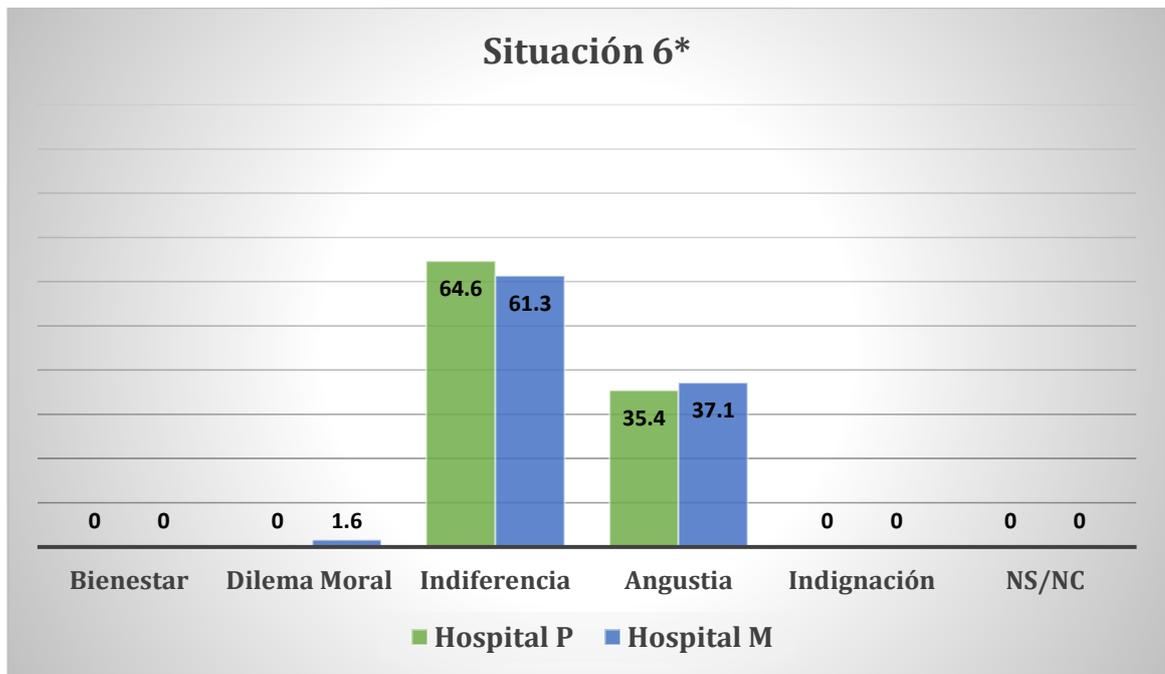


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de éstos.*

En ambos hospitales los mayores porcentajes de conflictividad fueron para **indignación**, seguido por **angustia** y, en menores porcentajes, **dilema moral** e **indiferencia**. Se interpreta que, como instituciones públicas de formación académica, no es común que no se informe al/la paciente sobre sus tratamientos, pero en caso de no hacerlo, genera indignación y angustia. Aquellos que respondieron indiferencia se interpreta que no se consideran responsables de brindar esa información, ya que correspondería al informe médico y los que respondieron dilema, tal vez dudaron entre asumir dar la información o no hacerlo.

Esta situación dio como resultado ser **poco frecuente en el HP** (n48, 75 puntos); **moderadamente frecuente en el HM** (n62, 110 puntos) y **altamente problemática en ambas instituciones** (HP, n48, 233 puntos) (HM, n62, 298 puntos).



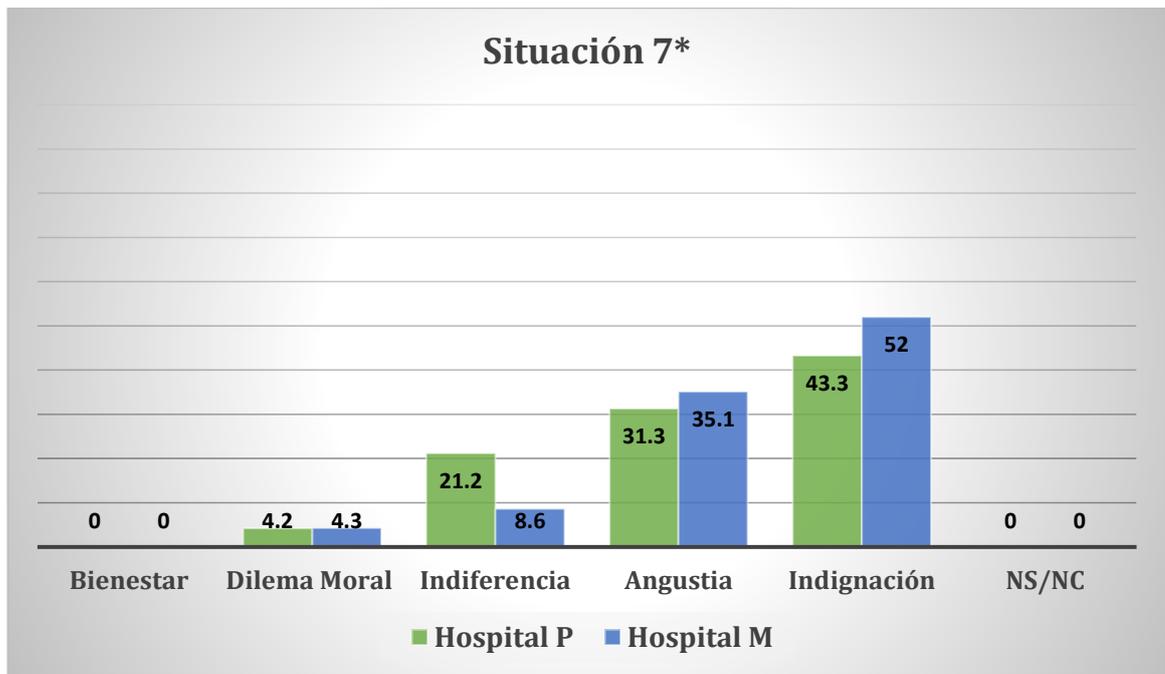
Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos*

En este caso los tipos de conflictividad con mayores porcentajes fueron **indiferencia**, seguido por **angustia**, también **en ambas instituciones**.

Se interpreta que en los hospitales públicos es improbable que no se les informe a los familiares, es más, a veces se les consulta a éstos si decirle al paciente la realidad de su estado, los riesgos y/o beneficios de instaurar un tratamiento, faltando al derecho a saber que tiene el/la paciente (por ejemplo hay familiares que quieren ocultarle a la persona que tiene cáncer y piden al equipo de salud que no se le diga). El profesional de Enfermería manifestó mayoritariamente ‘indiferencia’ pues se asume que esto corresponde al parte médico, no se siente involucrado; otro importante porcentaje expresó ‘angustia’ porque hay barreras de orden jerárquico institucional que impiden que de ese informe.

Asimismo, esta situación resultó **poco frecuente** (HP, n48, 66 puntos) (HM, n62, 98 puntos) y **poco problemática** (HP, n48, 70 puntos) (HM, n62, 102 puntos) **en ambas instituciones**



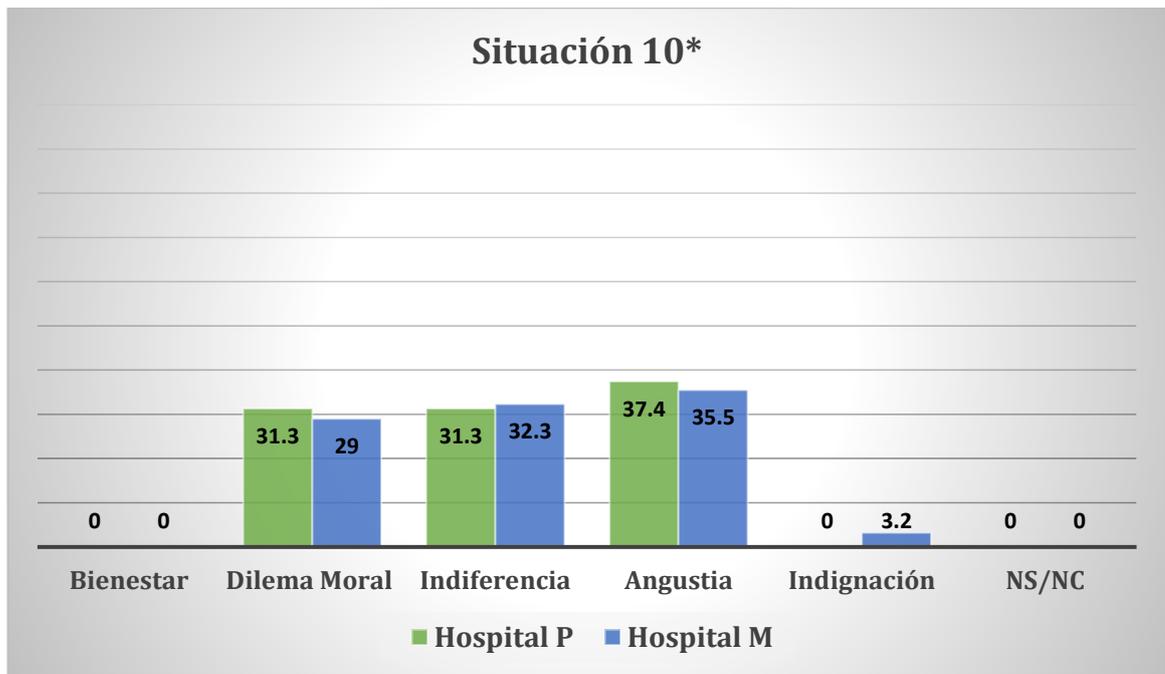
Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo.*

Para esta Situación los tipos de conflictividad estuvieron parejos en los dos hospitales, con mayor porcentaje de **indignación**, seguido de **angustia**, **indiferencia** y en menor grado, **dilema moral**.

Evidentemente ver que un paciente sufre por dolor es algo que indigna y angustia, sin embargo, Enfermería puede hablarlo con el médico de guardia y hacer que se modifiquen las dosis que resultan insuficientes (se suele indicar “según necesidad” o S.O.S.). Llama la atención indiferencia -si bien en porcentajes bajos- pues se interpreta como que no se sienten involucrados, como que es un ítem meramente médico.

Esta situación arrojó como resultados ser **poco frecuente** (HP, n48, 61 puntos) (HM, n62, 76 puntos) y **altamente problemática** (HP, n48, 180 puntos) (HM, n62, 303 puntos) **en ambas instituciones**.



Fuente: Elaboración propia

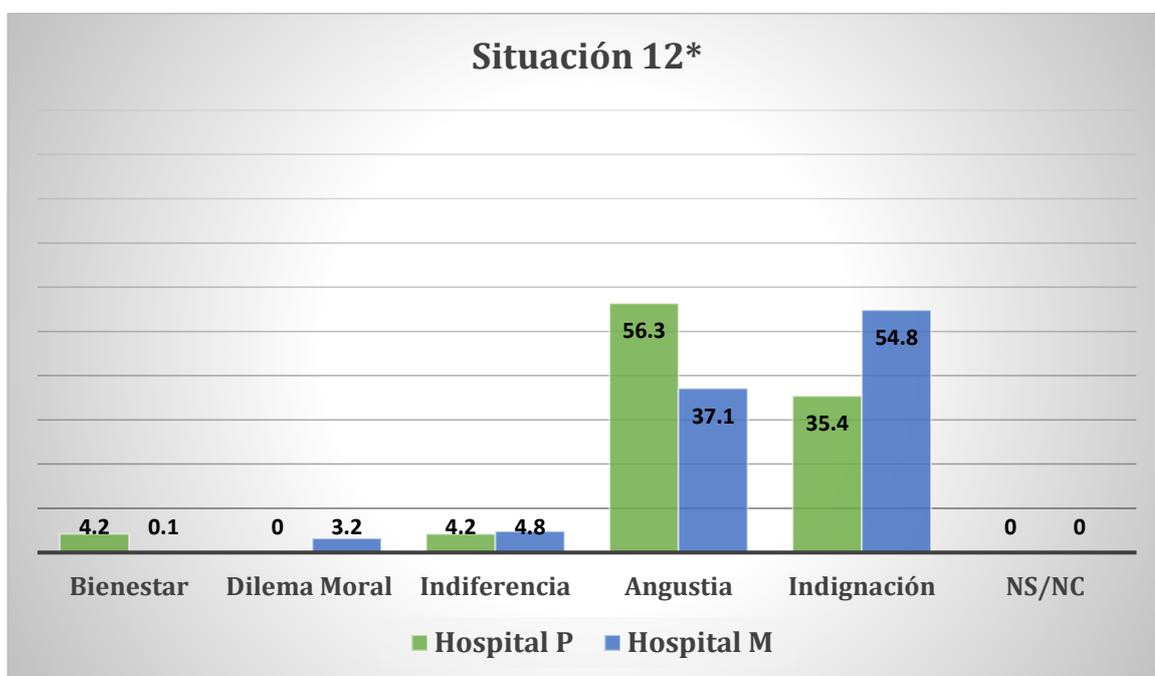
**Referencia (\*):** *Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente.*

En esta Situación los estados morales percibidos resultaron muy repartidos y parejos en porcentajes en ambos hospitales, generando **angustia** en primer lugar, luego **indiferencia** seguidas de **dilema moral**.

En cuanto a frecuencia y grado, dio como resultado ser **poco frecuente** (HP n48, 55 puntos) (HM n62, 99 puntos) y **altamente problemática en ambas instituciones** (HP, n48, 235 puntos) (HM, n62, 300 puntos). Si bien que esto ocurra es muy poco frecuente, en caso de darse, resulta muy problemático para el profesional de Enfermería.

Un ejemplo de esta situación es: supongamos que un paciente tiene el alta de Terapia Intensiva un viernes, lo que significa su pase a Sala General y -por ende- tener que cuidarlo o contratar a alguien que lo haga al menos unas horas. Suele escucharse el pedido de familiares “no me lo/a pueden tener hasta el lunes?”, generalmente porque la familia tenía planes para el fin de semana...En los hospitales públicos difícilmente se acceda a este pedido pues hay gran demanda de camas en sectores Críticos y, además, porque no corresponde hacerle pasar más días que los necesarios en

ese sector, pero probablemente en un privado resulte muy redituable por el alto costo de UTI por día. El destino del/a paciente pasa a ser una “cosa” a negociar según conveniencias ajenas a él/ella.

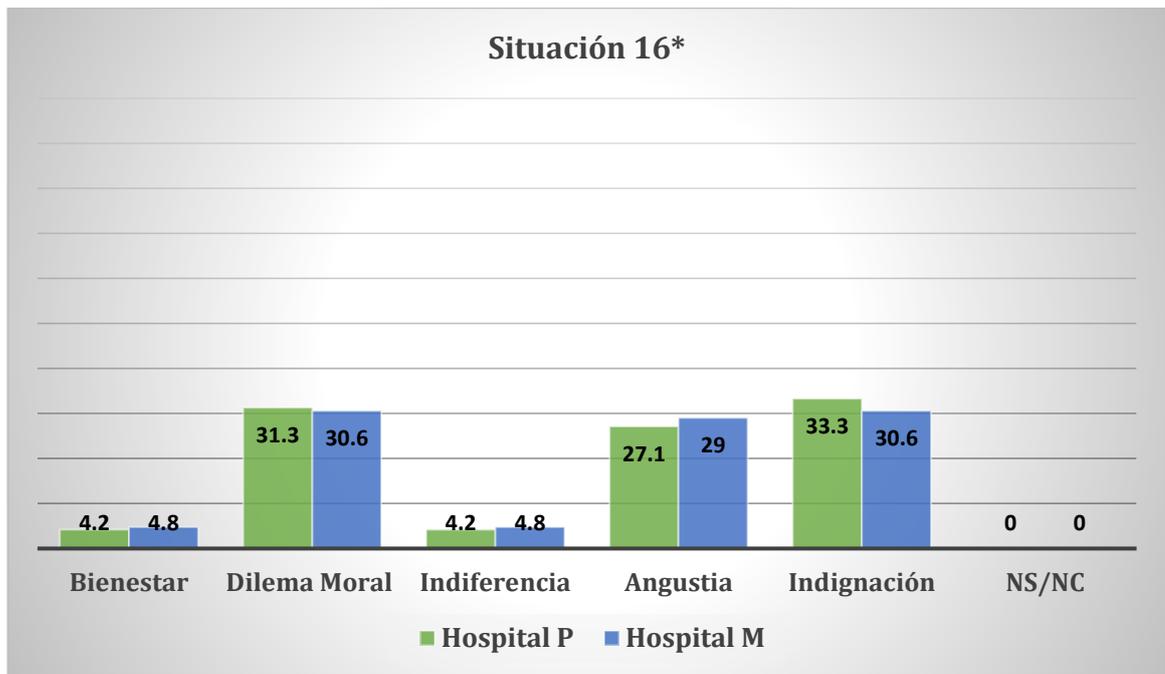


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Administrar tratamientos y/o procedimientos demasiado agresivos dado el estado del paciente, provocándole un sufrimiento añadido, sin que éste haya sido consultado.*

Aquí los tipos de conflictividad con mayores porcentajes, parejos en los dos hospitales, fueron **angustia e indignación**. Se interpreta que en estos nosocomios, que son escuela, los residentes deben aprovechar a realizar la mayor cantidad de instrumentaciones, técnicas, etc. para adquirir experiencia y formarse y muchas veces se sobrepasan los límites éticos. Además, en este afán, hay indicaciones que involucran a Enfermería y provocan impotencia, angustia, indignación.

Esta situación resultó **moderadamente frecuente** (HP, n48, 152 puntos) (HM, n62, 196 puntos) y **altamente problemática** (HP, n48, 200 puntos) (HM, n62, 305 puntos) **en ambas instituciones**.



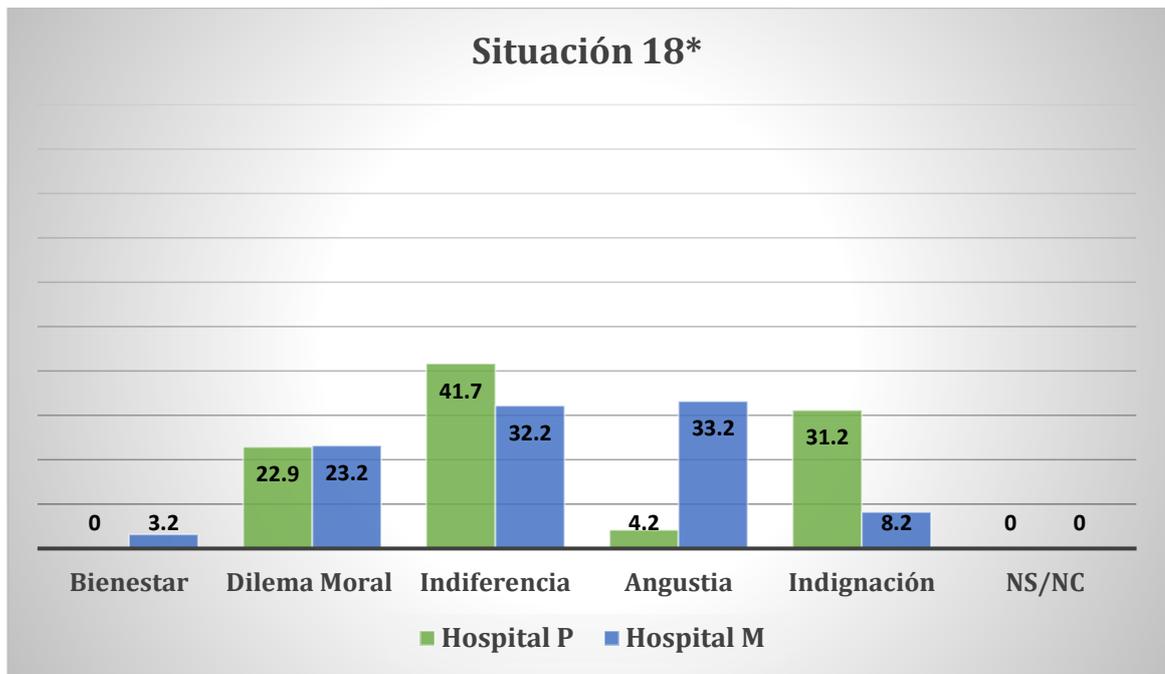
Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional de enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos.*

Esta situación dio como resultado, con porcentajes parejos, como estados morales predominantes: **indignación, dilema moral y angustia**. Llama la atención el porcentaje de respuestas ‘dilema moral’ pues no se condicen con el enunciado de la Situación teniendo en cuenta que se definió como: ‘percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger entre una de ellas’. Probablemente no se interpretó correctamente.

Puede interpretarse que en una institución tienen en cuenta la opinión de Enfermería más que en la otra, de todos modos, el grado de conflictividad resultó ser altamente problemático en ambas.

Asimismo, resultó ser **poco frecuente en el HP** (n48, 73 puntos); **moderadamente frecuente en el HM** (n62, 145 puntos) y **altamente problemática en ambas instituciones** (HP, n48, 228 puntos) (HM, n62, 299 puntos).



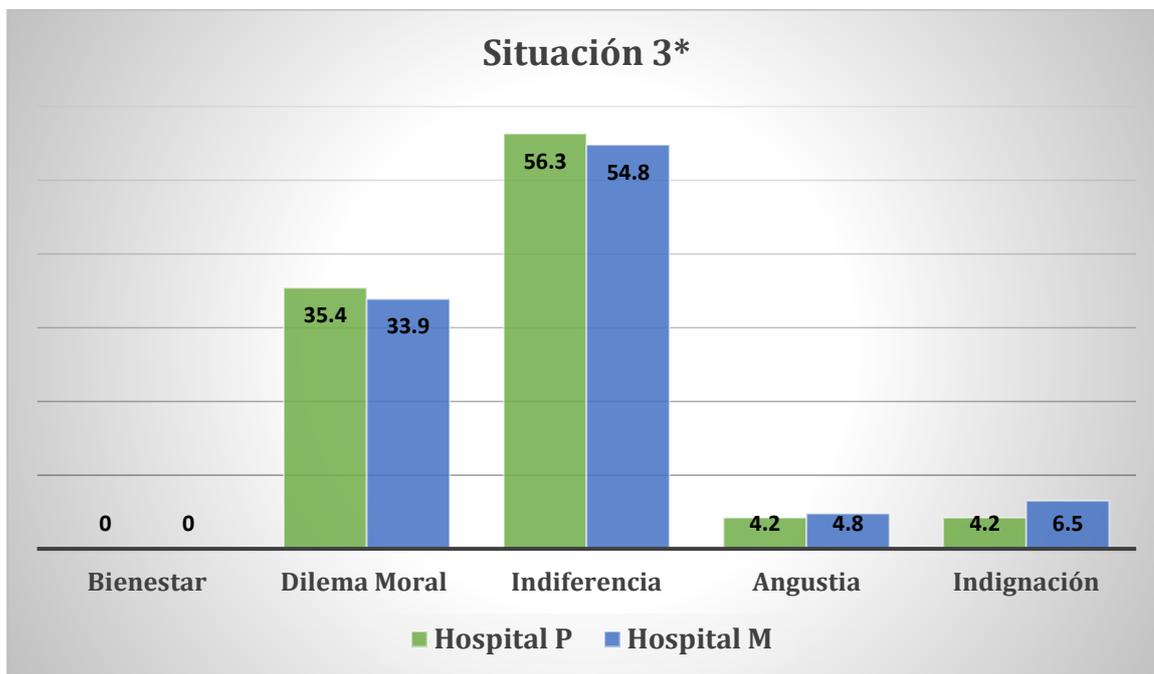
Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *No poder modificar los horarios estáticos y breves de visitas cuando vemos que un paciente necesita tomar de la mano a un familiar o amigo.*

Por las características de las Áreas Críticas, los horarios de visita son muy restringidos y de muy pocas personas (2) por vez, así, tantas veces se ve que un paciente (en fase terminal o no) se siente angustiado o deprimido porque desea ver a alguien en particular y que no ha podido pasar ese día. Si bien son normas institucionales, Enfermería tiene la autonomía como para evaluar hacer alguna excepción. El mayor porcentaje en ambos hospitales fue para **indiferencia**, por lo que se interpreta que esta situación se la vive como ajena: es una normativa del Servicio. Luego estuvieron en porcentajes repartidos **angustia** e **indignación** y, por último, **dilema moral**, probablemente entre hacer la excepción y/o cumplir estrictamente la normativa.

Esta situación resultó ser **moderadamente frecuente** (HP n48, 137 puntos) (HM n62, 198 puntos) y **moderadamente problemática en ambas instituciones** (HP, n48, 155 puntos) (HM, n62, 200 puntos).

## Dimensión 2- RELATIVAS AL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO, DINÁMICAS DE TRABAJO Y RECURSOS INSTITUCIONALES



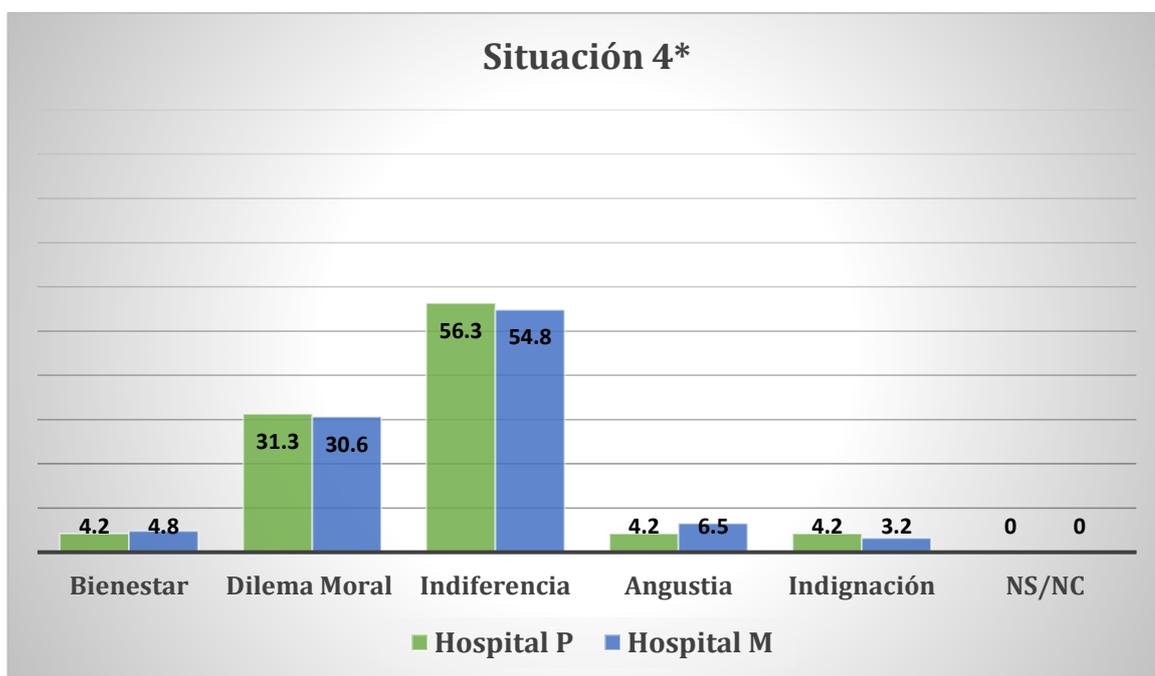
Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la unidad crítica sino en una unidad de hospitalización de cama básica.*

En esta situación el estado moral que arrojó porcentajes más altos en los dos hospitales fue **indiferencia** seguida de **dilema moral**.

Puede interpretarse que, al tratarse de hospitales públicos, no es una situación que se de tanto pero que, de darse, resulta muy problemático. Son instituciones donde siempre se necesitan las camas para pacientes realmente críticos (y que no se obtiene ningún rédito económico, al contrario) por lo que resulta problemático que un paciente ‘sufra’ estar en áreas críticas si su estado le permite estar internado en sala general. Por otra parte, más de la mitad de los/las enfermeros/as sienten ‘indiferencia’, por lo que evidentemente no lo viven como una decisión propia, sino del sector Internación y de los médicos de guardia. Le sigue ‘dilema moral’, puesto que Enfermería puede hablarlo y sugerir que el paciente pase a Sala General.

Con respecto a frecuencia y grado dio como resultado ser **moderadamente frecuente en el HP** (n48, 88 puntos); **poco frecuente en el HM** (n62, 56 puntos) y **altamente problemática en ambas instituciones** (HP, n48, 230 puntos) (HM, n62, 304 puntos).

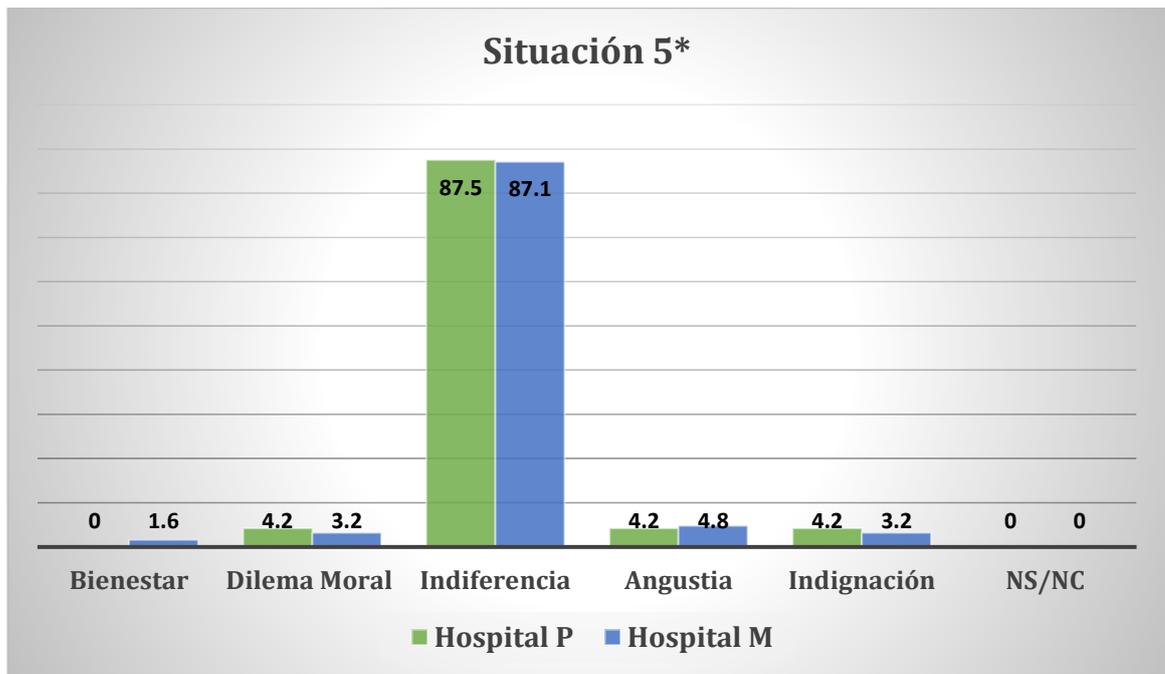


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente.

En esta Situación los tipos de conflictividad con mayores porcentajes, parejos en los dos hospitales, fueron **indiferencia** y luego **dilema moral**. Se interpreta que en estas instituciones públicas, que son escuela, los ‘intereses del Servicio’ nunca son económicos, sino que el residente y estudiante obtenga habilidades y destrezas en su capacitación, lo que hace que a veces se sobrepasen los límites éticos, como en este caso en el que para el paciente se estaría faltando al principio de ‘beneficencia’. Para Enfermería el mayor porcentaje fue ‘indiferencia’, una vez más, se siente ajena a esta situación; en cuanto a ‘dilema moral, probablemente no se interpretó, pues en esta situación no hay posibilidad de dudar entre dos acciones éticamente correctas.

Por otra parte resultó ser **poco frecuente** (HP, n48, 70 puntos) (HM, n62, 88 puntos) y **moderadamente problemática** en el HP (n48, 105 puntos) y **altamente problemática** en el HM (n62, 245 puntos).

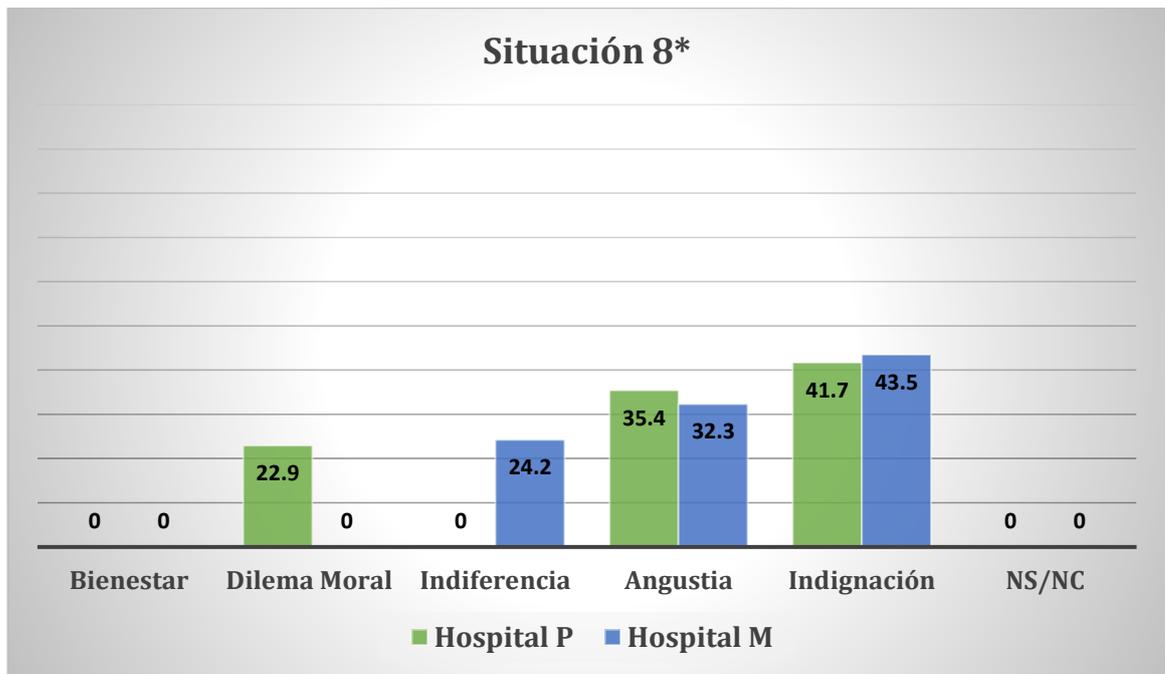


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no lo atiende directamente o con terceros.*

Esta Situación dio como resultado muy alto porcentaje de **indiferencia** en ambas instituciones. Definitivamente es muy raro que algún profesional de Enfermería quebrante la confidencialidad, por lo que no vivencian esta situación como propia. En casos aislados en que pudiera ocurrir resultaría moderadamente problemático.

Asimismo, resultó ser **poco frecuente** (HP, n48, 46 puntos); (HM, n62, 82 puntos) y **moderadamente problemática** (HP, n48, 122 puntos) (HM, n62, 133 puntos) en ambos hospitales.

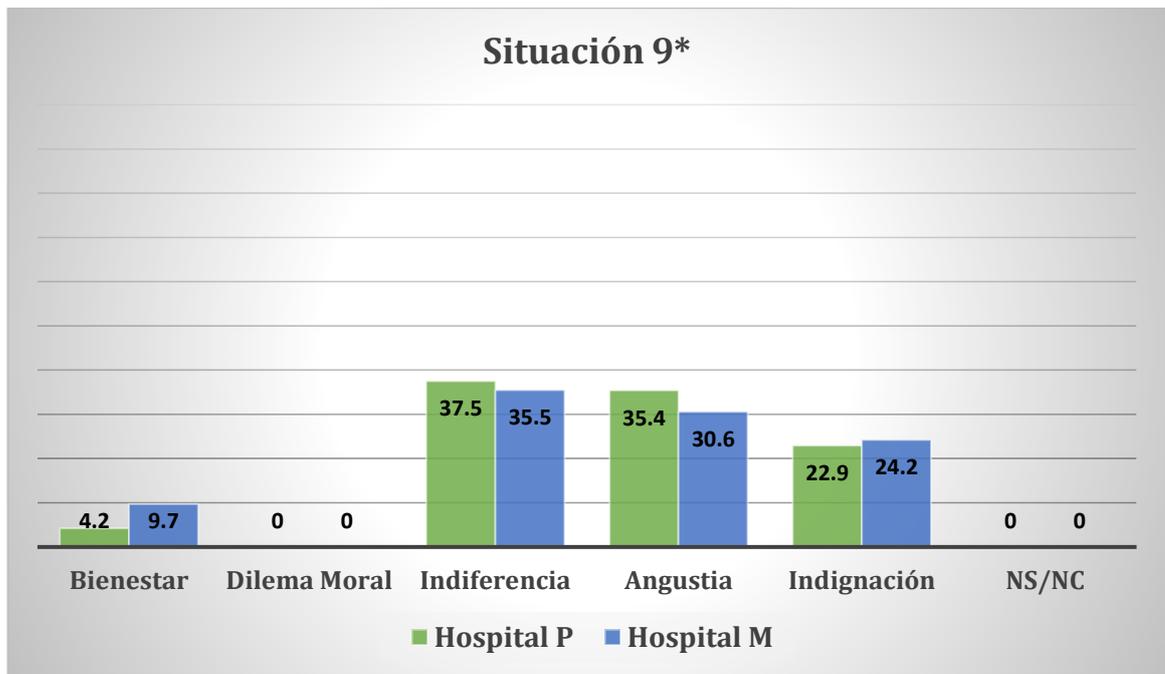


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica.*

Esta situación obtuvo los mayores porcentajes de conflictividad para **indignación**, seguido por **angustia**, muy similares en ambas instituciones. Se interpreta que situaciones como éstas, que tienen que ver con el encarnizamiento terapéutico, para Enfermería es una carga difícil de sobrellevar si no se dialoga para tratar de evitarlo. Evidentemente juegan un papel importante las barreras que lo impiden, ya sean internas, de nivel jerárquico o institucionales.

En cuanto a frecuencia y grado resultó ser **moderadamente frecuente** (HP, n48, 126 puntos); (HM, n62, 180 puntos) y **altamente problemática** (HP, n48, 238 puntos) (HM, n62, 306 puntos) en ambos hospitales.

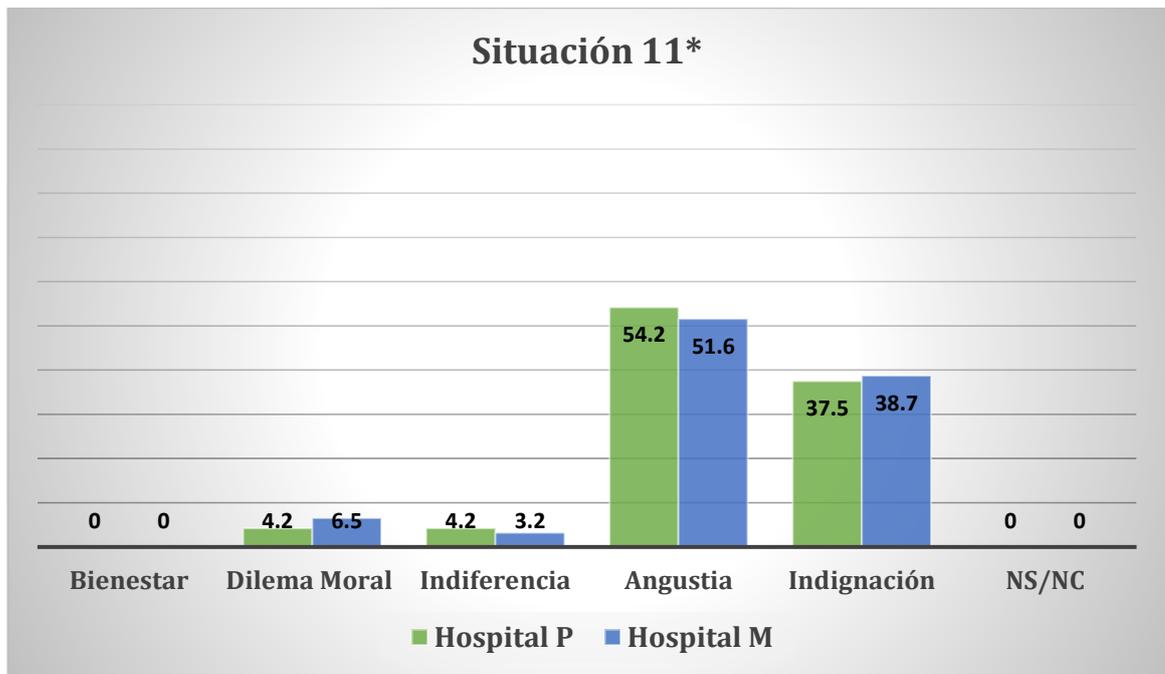


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente.*

En esta situación los estados morales percibidos fueron bastante similares y parejos en ambos hospitales, con mayores porcentajes para **indiferencia** y **angustia**, seguido de **indignación**. Se interpreta que gran parte de la población estudiada entiende que la selección del médico no es su responsabilidad, sino de los directivos, de todas maneras, se lo vive de forma angustiante y hasta con indignación, con la impotencia que genera no poder hacer nada para solucionarlo.

Por otra parte resultó ser **moderadamente frecuente** (HP, n48, 99 puntos); (HM, n62, 200 puntos) y **altamente problemática** (HP, n48, 233 puntos) (HM, n62, 300 puntos) en ambas instituciones.

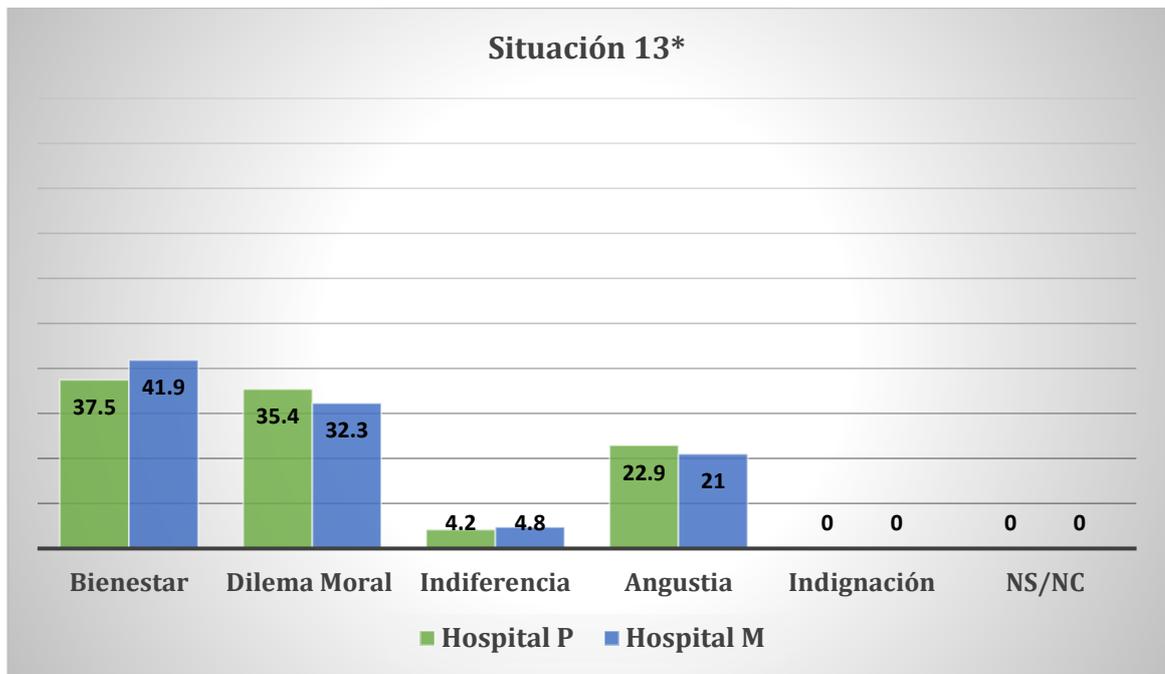


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Trabajar con un/a enfermero/a o un/a auxiliar de enfermería al que considero incompetente.*

En este caso los porcentajes altos son bien marcados en las dos instituciones, en primer lugar **angustia** seguido de **indignación**. A diferencia de la situación anterior (médico), Enfermería puede participar de la selección del personal, especialmente Enfermero/a Jefe y Supervisores/as. Inclusive el personal del área Crítica en cuestión puede plantearlo en las reuniones que se hacen generalmente mensualmente y consensuar una manera para que el personal que no es idóneo no se desempeñe en ese lugar. Esto suele suceder muy poco en los hospitales públicos ya que se exigen una serie de requisitos para trabajar en áreas especializadas.

Esta situación resultó ser **moderadamente frecuente** en el HP (n48, 82 puntos); **poco frecuente** en el HM (n62, 90 puntos) y **altamente problemática** en ambos hospitales (HP, n48, 210 puntos) (HM, n62, 300 puntos).

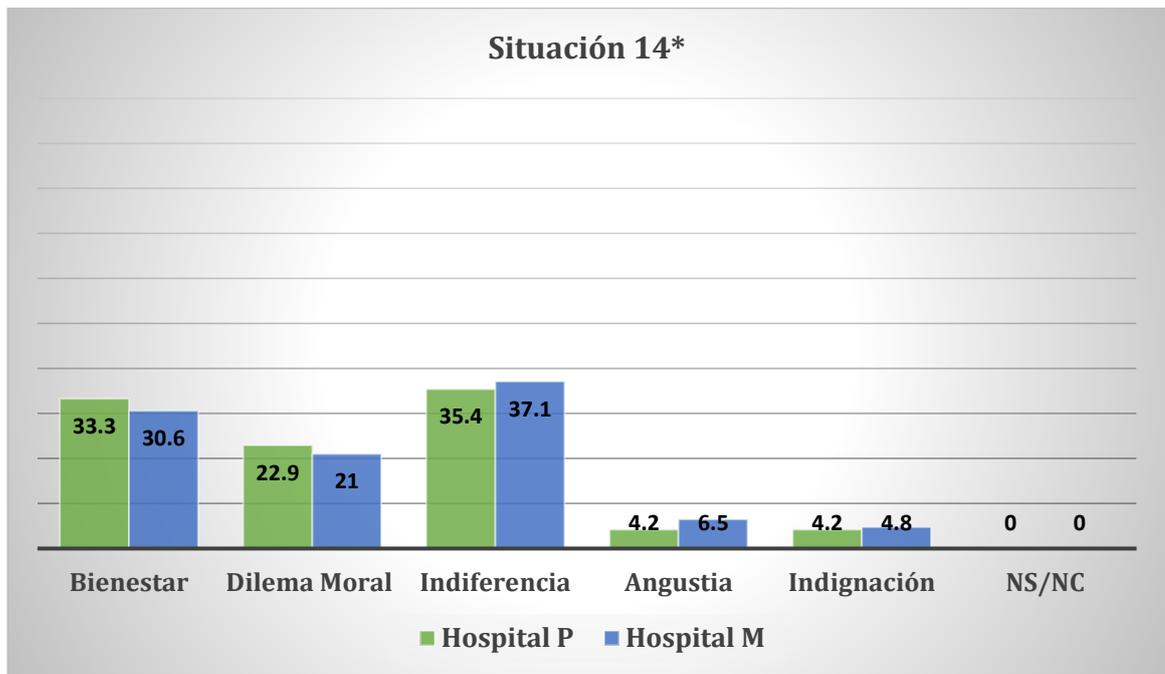


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente.*

Ante esta Situación la mayoría respondió que sí puede actuar según sus valores éticos y convicciones (**bienestar**), seguido de **dilema moral**, en los dos hospitales. Se interpreta que muchas veces hay poco personal por algún parte médico o licencias y Enfermería puede llegar a encontrarse en la situación de dilema entre hacer una tarea u otra por falta de tiempo real. Muchas otras veces se argumenta la falta de tiempo y en realidad es falta de voluntad y de responsabilidad profesional, o agotamiento, tal vez por eso resulta mayoritariamente poco problemática esta situación.

En cuanto a frecuencia y grado dio como resultado ser **moderadamente frecuente** (HP, n48, 150 puntos); (HM, n62, 188 puntos) y **poco problemática** (HP, n48, 56 puntos) (HM, n62, 68 puntos) en ambas instituciones.

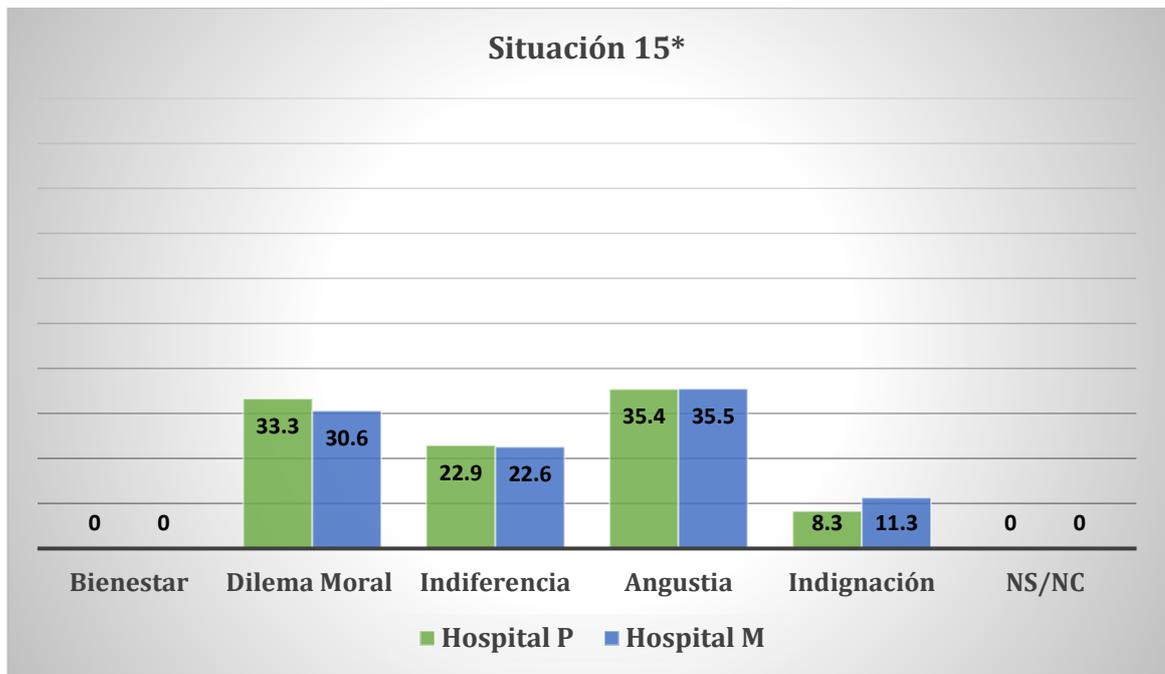


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Administrar tratamiento en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea.*

En este caso, los estados morales que más se dieron, similares también en ambos nosocomios, fueron **indiferencia** y **bienestar** y, en menor grado, **dilema moral**. Se interpreta que, si bien en este tipo de hospitales públicos es común que se realicen ensayos clínicos, se suele brindar la información necesaria al personal involucrado y la opción de no participar.

Así esta situación resultó ser **poco frecuente** (HP, n48, 50 puntos); (HM, n62, 58 puntos) y **poco problemática** (HP, n48, 71 puntos) (HM, n62, 72 puntos) en los dos hospitales.



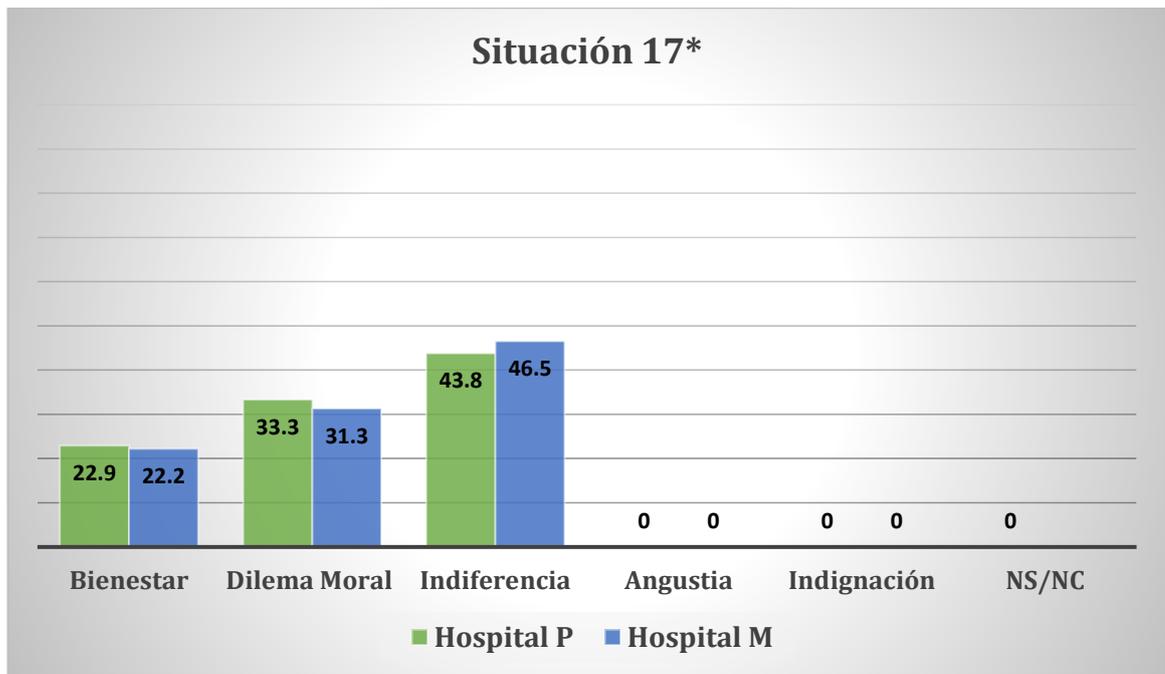
Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Cuidar al paciente sin conocer si dispone o no del documento de consentimiento informado.*

En esta Situación la conflictividad manifestada resultó ser pareja en ambos hospitales, comenzando por **angustia**, seguido de **dilema moral** e **indiferencia**.

Se interpreta que es muy raro que en este tipo de hospitales no se pida el consentimiento informado y/o que Enfermería lo desconozca, de ser así, la situación resulta angustiante si existe algún tipo de barreras, dilemática entre atenderlo de todos modos o solicitar el consentimiento, indiferente cuando Enfermería no se siente implicada en esta situación.

Respecto a frecuencia y grado, dio como resultado ser **poco frecuente** en ambas instituciones (HP, n48, 42 puntos); (HM, n62, 73 puntos); **poco problemática** en el HP (n48, 48 puntos) y **moderadamente problemática** en el HM (n62, 184 puntos).

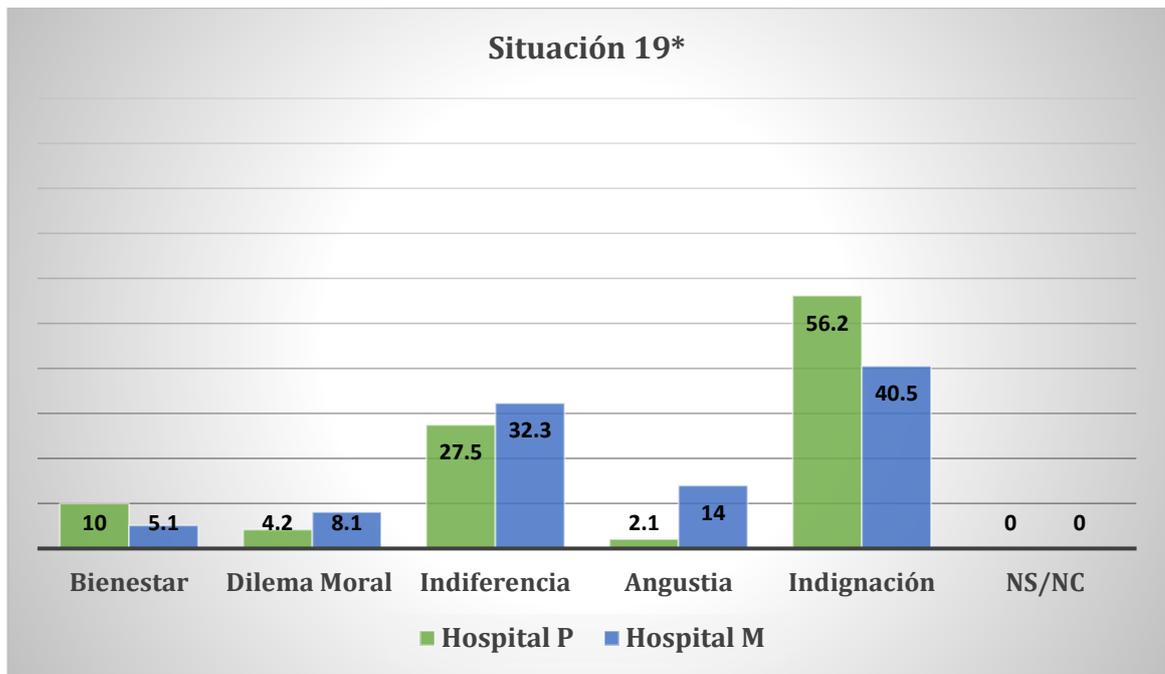


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias.*

Aquí los resultados fueron repartidos parejos en ambas instituciones, con mayor porcentaje para **indiferencia**, seguido de **dilema moral** y, en tercer lugar, **bienestar**. Se puede interpretar que para la mayoría de los/as Enfermeros/as esta situación le es ajena, son otros los que descuidan la intimidad corporal; para otros, resulta dilemático si cubrir al/la paciente o llamarle la atención a quien lo/a descuida; en cambio, bienestar habla de que pueden actuar según sus valores éticos y, por ejemplo, pueden cubrirlo/a mientras se le realizan los procedimientos.

Esta situación resultó ser **poco frecuente** (HP, n48, 36 puntos); (HM, n62, 45 puntos) y **altamente problemática** (HP, n48, 222 puntos) (HM, n62, 290 puntos) en los dos hospitales.

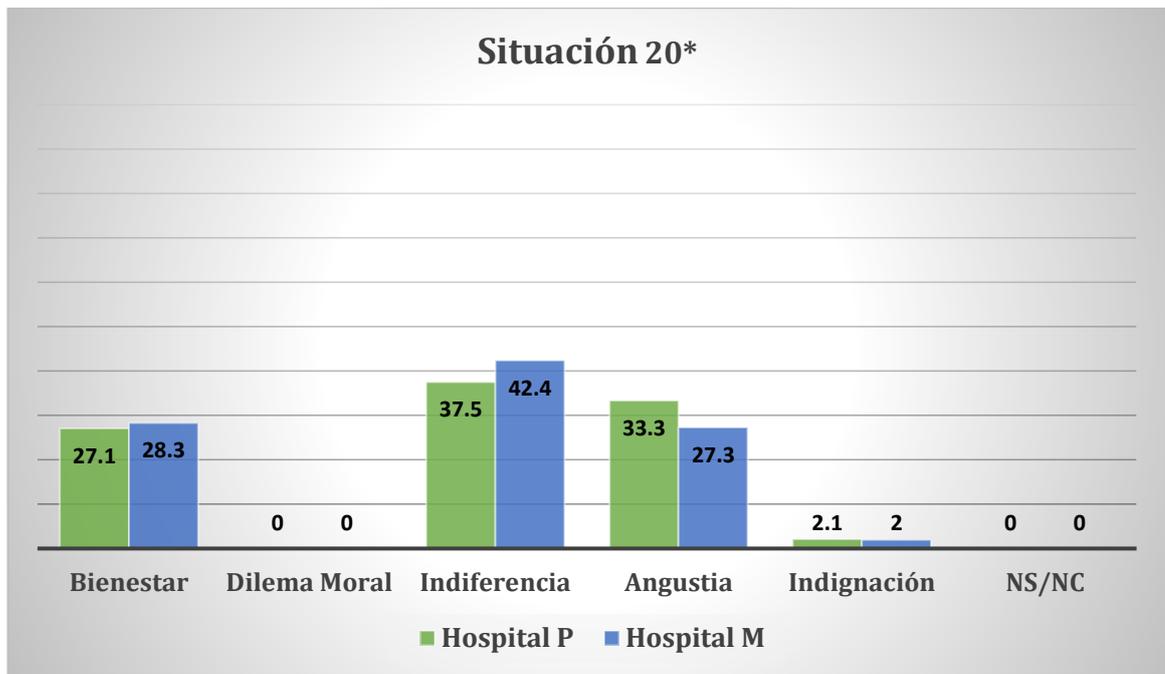


Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** *Ver cómo al paciente le cambian de tratamiento desde limitar los esfuerzos terapéuticos hasta el encarnizamiento de un día para otro alternados, según el criterio de quien esté de guardia.*

En esta situación la conflictividad percibida de mayor porcentaje, también en los dos sitios estudiados, fue **indignación** seguido de **indiferencia**. Se interpreta que a los profesionales de Enfermería les indigna esta situación éticamente incorrecta que hacen otros y, por barreras institucionales y jerárquicas, sienten que no pueden hacer nada. La indiferencia se da en aquellos que no se sienten implicados en esta situación, pues son los médicos los que cambian, agregan o suspenden los tratamientos. Así, el/la paciente pasa de un extremo a otro en su tratamiento lo que, además de angustiante, resulta muy problemático. Por otra parte esto evidencia falta de comunicación y consenso entre el/la Jefe Médico/a, la/el Enfermera/o Jefe de la Unidad, el/la paciente (si está en condiciones de decidir) y/o los familiares.

En cuanto a frecuencia y grado dio como resultado ser **moderadamente frecuente** en el HP (n48, 133 puntos); **altamente frecuente** en el HM (n62, 305 puntos) y **altamente problemática** en ambas instituciones (HP, n48, 236 puntos) (HM, n62, 306 puntos).



Fuente: Elaboración propia

**Referencia (\*):** Carecer de los medios (por ejemplo, de un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo, tiempo) para plantear en el equipo de salud los problemas éticos que suceden en el servicio.

Esta situación dio resultados parejos en ambas instituciones, con mayor porcentaje para **indiferencia**, seguido de **angustia** y, en tercer lugar, **bienestar**. Puede interpretarse que como este tipo de nosocomios públicos son muy grandes, siempre hay un aula o salón desocupados algunas horas, o sea que, si se quieren reunir, lugar encuentran. El problema mayor es el tiempo porque para que esté la mayoría de los Profesionales de Enfermería y Médicos/as se complica porque siempre alguien estará de guardia o tendrá otro empleo. No poder reunirse para tratar temas tan importantes como los éticos resulta, cuanto menos, moderadamente problemático. Es probable que los/as que respondieron ‘indiferencia’ sea porque no se sientan implicados/as en esta situación; quienes respondieron ‘angustia’ probablemente sea porque no puedan asistir (barreras) si las reuniones son fuera del horario de trabajo. ‘Bienestar’ porque tienen la libertad de asistir o no, salvo que las reuniones tengan carácter de obligatorias.

Resultó ser **poco frecuente** (HP, n48, 48 puntos); (HM, n62, 64 puntos) y **moderadamente problemática** (HP, n48, 144 puntos) (HM, n62, 158 puntos) en los dos hospitales.

Análisis de la **PREGUNTA ABIERTA**: *Conflictos éticos: ¿Cómo los enfrenta? ¿Cómo los resuelve?*

Para finalizar se indagó al profesional de enfermería sobre cómo actuaba en consecuencia. Las respuestas se agruparon por afinidad en 6 categorías para poder analizarlas:

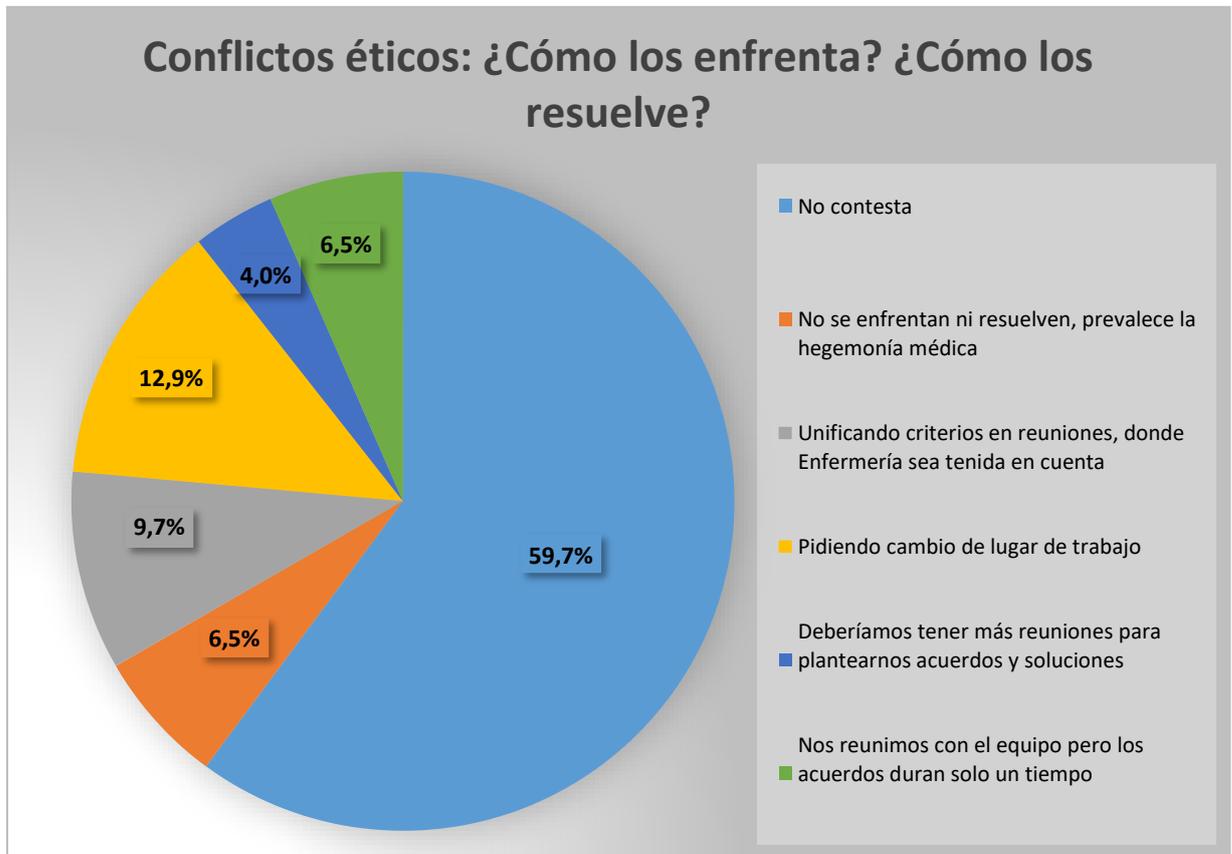
### Hospital “P”



Fuente: elaboración propia

Se puede visualizar que del **Hospital “P”** el **50%** *no contestó*; el **12,5%** sostiene que se resuelven *unificando criterios en reuniones con el equipo pero que la opinión de Enfermería sea tenida en cuenta*; le siguen porcentajes iguales (**10,4%**): *no se enfrentan ni se resuelven, siempre prevalece la hegemonía médica*; *pidiendo cambio de lugar de trabajo* y *deberían tener más reuniones para plantearse acuerdos y soluciones*. En menor proporción, el **6,3%**, opinó que *las reuniones con el equipo se llevan a cabo pero los acuerdos duran solo un tiempo*.

## Hospital “M”



Fuente: elaboración propia

En cambio, con respecto al **Hospital “M”**, si bien el mayor porcentaje (**59,7%**) *no contestó*, de los que sí respondieron *la mayoría optaría por pedir un cambio de lugar de trabajo* (12,9%), seguido del 9,7% que respondió que los enfrentan *unificando criterios en reuniones, donde Enfermería sea tomada en cuenta* y, en menor proporción (4%) sostienen que *las reuniones se realizan pero los acuerdos duran poco tiempo*.

Para el análisis e interpretación de los datos relevados en la pregunta abierta, las respuestas se agruparon en 6 categorías. En ambas instituciones llama la atención el gran porcentaje que no la respondió (HP 50% y HM 59,7%) ya que era la oportunidad de poder expresarse, teniendo en cuenta que las otras dos partes del cuestionario fueron respondidas en su totalidad. Las otras 5 categorías resultaron similares y en porcentajes repartidos en los dos hospitales estudiados.

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Tal vez por las características similares de los sitios seleccionados para este estudio que, como ya fue descrito, son hospitales escuela, públicos, uno de ámbito provincial y el otro, municipal, sea que las características de la población también resulten muy similares. Al no haber diferencias significativas, se analizará como una sola población total (n110).

Tanto géneros femenino, masculino y otros trabajan en las áreas críticas, principalmente Emergencias y UTI adultos. El promedio de antigüedad en unidades críticas es de 6,7 años lo que habla de una población relativamente joven y/o que, pasados algunos años, cambian de lugar de trabajo. En cuanto a la formación académica son hospitales en donde se estimula mucho cursar niveles de grado y posgrados, ya sean Licenciaturas, Maestrías o Doctorados, sobre todo en áreas tan especializadas como lo son las Críticas. Algunos realizaron cursos de Terapia Intensiva, pero muy pocos se formaron en ética y/o Bioética por fuera de la carrera por lo que se deduce que no existe el mismo estímulo que para formarse en otras áreas más científicas. Esto llama la atención ya que en estas instituciones hay Comités de Docencia, de Ética e Investigación.

Dentro de la dimensión *Situaciones relacionadas a la atención del paciente y familia*, los conflictos que más se dieron en porcentajes fueron “angustia” e “indignación”, los que resultaron ser moderadamente frecuentes y entre moderado y altamente problemáticos para Enfermería. Las Situaciones generadoras de conflictos que se destacaron por sus altos índices de ocurrencia y grado fueron aquellas que tenían que ver con el sufrimiento del/a paciente y las relacionadas al encarnizamiento (u obstinamiento) terapéutico (S1, S7, S12 por ejemplo).

En cuando a la dimensión *Situaciones relacionadas al equipo multidisciplinario, dinámicas de trabajo y recursos institucionales*, los estados morales que más se percibieron fueron “indiferencia”, sobre todo en aquellas situaciones en que Enfermería no se siente implicada, ya sea por no haber participado de ellas o porque corresponden a decisiones administrativas o del nivel jerárquico (S3, S5, S17 por ejemplo). Se interpreta que esta “indiferencia” no alude a una falta de

responsabilidad consciente sino a los reiterados impedimentos para desempeñar un cuidado enfermero de calidad.

Le siguen “indignación” y luego “angustia” en aquellas situaciones en que Enfermería siente impotencia, cuestiones organizacionales, que no puede hacer nada para modificarlas (barreras internas y/o externas), o es tenida muy poco en cuenta, como por ejemplo S8, S9, S11.

En cuanto a frecuencia y grado toda esta dimensión dio como resultado ser moderadamente frecuente y entre moderada y altamente problemáticas para Enfermería.

Con respecto a la pregunta abierta, sobre cómo enfrentan los conflictos y cómo los resuelven, lamentablemente más de la mitad de la población refirió no contestar, quizás por no involucrarse, quizás por apuro por ser la última pregunta. El resto sostiene que “deberían tener más reuniones interdisciplinarias para arribar a consensos”; otros, que “las reuniones se hacen pero que los acuerdos duran poco tiempo” y, un porcentaje importante, piensa que “debería pedir cambio de lugar de trabajo”. En cuanto a ‘lucha’ o ‘huye’ para el afrontamiento de los conflictos es preocupante que, en vez de enfrentarlos, se prefiera una “huida” -tal vez para preservarse- y se sabe que muchos llegan hasta a abandonar la Profesión.

Para el análisis se utilizaron estadísticas descriptivas univariadas y bivariantes y la prueba de Chi cuadrada ( $X^2$ ), con una fiabilidad del 95% ( $p>0.05$ ). No hubo asociación significativa entre variables sociolaborales-académicas y los índices de exposición al conflicto. Esto llama la atención, al menos como autora, esperaba hallar una relación significativa entre quienes tienen una formación extra curricular en Bioética y dilema moral, por ejemplo, ya que se supone que tienen más herramientas que el resto como para plantearse.

## **Conclusiones**

Las/os Enfermeras/os de unidades críticas se enfrentan a diversos tipos de conflictos éticos en su actividad profesional. Indudablemente las situaciones que generan más angustia e indignación son

aquellas relacionadas al sufrimiento del paciente, ya sea por insuficiente analgesia, por futilidad del tratamiento, o por acciones éticamente incorrectas que llevan a cabo terceros o los/las mismos/as enfermeros/as (como cuando están desbordados de trabajo por escasez de personal y falta el tiempo para algunas tareas, por lo cual debieron optar entre cuáles cumplir y cuáles no, lo que resulta dilemático).

Otro problema serio es cuando sienten que aquello que hacen otros no es éticamente correcto y no pueden hacer nada, habría que apuntar a estudiar cuáles son esos tipos de impedimentos, de barreras y, hacia allí, dirigir todos los esfuerzos y estrategias. Sin dudas se refleja que las decisiones para realizar el cuidado en estos Servicios Críticos deben ser tomadas en equipo y debe analizarse por qué las/os Enfermeras/os no participan más en la toma de decisiones, ya que se demostró que a menor participación, mayor generación de conflictos y malestar laboral (Carnevale, 2013).

En Rosario (Santa Fe), en estas dos instituciones estudiadas, al menos un/a representante de Enfermería forma parte del Consejo Directivo; también de los Comités de Docencia, Ética e Investigación. ¿Por qué entonces no participa o no es tenida/o muy en cuenta en la toma de decisiones sobre los tratamientos a instaurar y/o suspender en la Unidad donde atiende a pacientes Críticos?

En consecuencia, se considera importante que el profesional de Enfermería cuente con bases éticas y legales que le permitan tomar una decisión adecuada frente a estos conflictos éticos, y es aquí, donde las instituciones educativas juegan un papel importante, incluyendo más horas dentro del currículo al área de la Ética y por supuesto brinden la oportunidad al profesional, opciones de educación continua y de fácil acceso. En este sentido, cabe mencionar que la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (U.N.R.) cambió su plan de estudios en el año 2017 y éste incluyó materias tales como: Bioética, en 3° año y Debates Bioéticos en 4°. Este fue un gran cambio positivo ya que en el plan 92 existía solo la materia Ética Profesional.

Además, se sugiere incentivar en el profesional de Enfermería el desarrollo de investigaciones en esta área, pues se encontró un déficit importante de documentos con temas como estos, debido a que la mayoría de documentos son artículos de opinión y muy pocos son fuente de investigación, permitiendo así que nuestro actuar no sea respaldado sólo por aspectos científicos y técnicos sino de igual modo, morales y éticos.

Los resultados de esta investigación fueron parecidos a los pocos estudios publicados sobre el tema, mencionados en el marco teórico. Si repicáramos esta investigación -ya sea en Rosario misma u otras ciudades o países- en instituciones privadas es probable que la conflictividad experimentada sea la misma pero, en la dimensión que abarca lo organizacional, arroje diferencias significativas. Esto puede inferirse porque un 'privado' funciona como una empresa, la enfermedad es redituable y la voz de Enfermería casi ni es tomada en cuenta, es más una obediencia debida para conservar el puesto de trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda Campos, R. (2002). *Sobre la participación de los pacientes críticos en la toma de decisiones asistenciales*. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. [Internet] [recuperado 12 Ago 2020]; 2 (1). Disponible en: <https://remi.uninet.edu/2002/01/REMIED09.htm>
- Alvarado García, Alejandra (2004). *La ética del Cuidado*. Revista Aquichan, Colombia; Año 4 - N° 4 - 30-39 ISSN 1657-5997
- Amaya, Leonardo y Berrío-Acosta, Gloria (2017). *Dilemas éticos*. Rev. Ética Psicológica, Colombia.
- Basso-Musso, Liliana (2012). *Enfermería y la resolución de los dilemas éticos*. Investigación y Educación en Enfermería, 30 (2), 260-268. [Citado 26 de Septiembre de 2020]. ISSN: 0120-5307. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1052/105224306013>
- Barrio, I. M., Molina, A., Sánchez, C. M., Ayudarte, M. L. (2006). *Ética de enfermería y nuevos retos*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29 (Supl. 3), 41-47. Recuperado en 23/12/20, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es&tlng=es)
- Beltrán-Salazar, Óscar (2011). *Ethics dilemmas in nursing care*. Index de Enfermería, 20 (1-2), 36-40.
- Betancourt Betancourt, Gilberto de Jesús (2014). *Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones*. Humanidades Médicas, 14(2), 407-422. Recuperado el 11 de agosto de 2020 de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011&lng=es&tlng=es)
- Beauchamp, Tom y Childress, James (1999): *Principios de la ética Biomédica*. Ed Masson; 4° Ed.

Bueno Muñoz, M. J. (2013). *Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto*. Enfermería Intensiva [Internet] [consultado 25 Ago 2020]; 24(4). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991300045X>

Carnevale, Franco A. (2013). *Enfrentando la Angustia moral en Enfermería: reconociendo a las/os Enfermeras/os como agentes morales*. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(spe), 33-38. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700004>

Comité de Bioética de Cataluña (2010). *Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida*. Fundación Víctor i Grifols.

Congreso de la Nación Argentina (2012). *Ley 26742 de Muerte Digna*.

Cortés, J. y Martínez Riu, A. (1996). *Diccionario de Filosofía, voces "Ética", "Moral"*. (versión CD-ROM), Barcelona: Herder.

Davis, A. J. *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar*.

Collegi Oficial d'Infermeria de Barcelona 2006. Disponible en: [http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0\\_DEF.PDF](http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF)

Dörner Paris, Anita; Véliz Burgos, Alex; Soto Salcedo, Alexis (2017). *Bienestar psicológico y conductas éticas en salud*. Revista Espacios. Vol 38 (Nº44): 35

Falcó Pegueroles, Anna (2012) *Análisis de la Conflictividad Ética en los Profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos*. Universitat de Barcelona, España.

Feito Grande, L. (2005). *La Ética del Cuidado como modelo de la ética enfermera*. Metas Enferm; 8(8): 14-18.

Fernández Lerena, M. J. (2017). *La objeción de conciencia*. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/79>

Figuerola, G. R. (2012). *Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes*. Revista médica de Chile [consultado 25 Oct 2020]; 140(10). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012001000017&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012001000017&nrm=iso)

García Moyano, Loreto (2015). *La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera*. Acta bioethica, 21(2), 311-317. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200017>

Gadow, S. (1985). *Nurse and patient: the caring relationship*. En: Bishop y Scudder eds. *Caring, curing, coping: nurse, physician, patient relationship*. University of Alabama Press, University, Al. p. 34-37

Garay, Oscar (2008). *El Derecho de los Pacientes*. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria (DELS). Ministerio de Salud de la Nación (MSN); Argentina.

Gherardi, Carlos (1998). *Encarnizamiento Terapéutico y Muerte Digna: Mitos y Realidades*. Medicina (Buenos Aires); 58:755-762

Gherardi, Carlos; Chaves, Miguel; Capdevilla, Abelardo et al (2006). *La muerte en un servicio de terapia intensiva influenciada de la abstención y retiro de soporte vital*. División terapia intensiva Hospital de las Clínicas José de San Martín, Buenos Aires.

Gherardi, Carlos (2011). *Terapia Intensiva: el Problema de los Medios y los Fines*. Medicina (Buenos Aires); 71: 557-560

Gilligan Carol (1983). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Gómez Baltazar, Anita; Gallardo Castro, Alma; Escamilla Moreno, Héctor et al (2012). *La ética profesional y el derecho a la indignación de los Promotores de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México*. Disponible en:

<https://uacmbioeticayvalores.wordpress.com/reflexiones-eticas-de-estudiantes-de-promocion-de-la-salud/la-etica-profesional-y-el-derecho-a-la-indignacion/>

Heidegger, Martin (1927). *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica de México. Trad. José Gaos: 33-47 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S1665-7063201500030014400007&lng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1665-7063201500030014400007&lng=en)

Junta de Galicia (2012). *Los cuidados al final de la vida. Documento de recomendaciones*. Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud, Santiago de Compostela.

Lara G.F.; Pendloski J. (2013). *Os enfermeiros diante do dilema ético: transfusão de sangue em testemunhas de Jeová*. Uningá Review [Internet]. 2013;16(1):70-7. Disponível: <https://bit.ly/2YfLirE>

McConnell, T. (2010). *Moral Dilemmas*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Edward N. Zalta (ed.)

Noddings, Nel (1984). *La educación moral. Propuesta alternativa para la educación del carácter*. Amorrortu Editores España SL; 1er edición.

Paredes Escobar MC. (2012). *Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Región Metropolitana*. Acta bioethica [Internet]. [citado 11 Sept 2020]; 18(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000200004&nrm=iso)

Pavlish, C.; Brown-Saltzman, K.; Jakel, P.; Fine, A. (2014). *The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice*. Oncol Nurs Forum. 1;41(2):130-40. DOI: 10.1188/14.ONF.130-140

Rincón, Mónica; Carrillo Becerra, Luz; Merida, María Amparo et al (2008). *Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo*. Revista Latinoamericana de Bioética, 8(2), 114-123.

Roman, B. (2011). *Ética de la decisión para las prácticas del cuidado*. En M. Boladeras (Ed.), *Bioética: la toma de decisiones* (pp.299-324). Capellades: Proteus.

Rubiano Mesa, Y.L.; Ruiz Silva, A. (2013). *Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os)-personas que viven con VIH/SIDA*. *Enfermería Global*, 12(29), 288-296. Recuperado el 29/12/20, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000100015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100015&lng=es&tlng=es).

Salas, Sofía et al. (2018). *Conflictos de intereses en la práctica clínica. Análisis ético de algunas relaciones con la industria*. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Salles, Arleen (2008). *Enfoques éticos alternativos*. En Luna, F.; Salles, A. L. F. (2008). *Bioética: Nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. Buenos Aires: FCE.

Watson, J. (1985). *Enfermería: la filosofía y la ciencia del Cuidado*. Denver: Univ. of Colorado Press.

Wood Molina, T. y Rivas Riveros, E. (2016). *Conflictividad ética en enfermeras/os de unidades de cuidados críticos en un hospital del sur de Chile*. *Revista de Enfermería Universitaria*. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Vol 14 (4):224-234

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **Cuestionario Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE) original**

**Autora: Falcó Pegueroles, Anna (España)**

**CUESTIONARIO ORIGINAL de Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE), elaborado en España**

|  | Frecuencia de Conflictividad |            |                         |                               |                         |                              | Grado de Conflictividad |                   |                  |                            |                   | Tipo de Conflictividad |           |               |        |          |             |
|--|------------------------------|------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|----------------------------|-------------------|------------------------|-----------|---------------|--------|----------|-------------|
|  | nunca                        | Casi nunca | Al menos una vez al año | Al menos una vez cada 6 meses | Al menos una vez al mes | Al menos una vez a la semana | Nada problemático       | Poco problemático | Muy problemático | Moderadamente problemático | Algo problemático | Indiferencia           | Bienestar | Incertidumbre | Dilema | Angustia | Indignación |
| S1. Administrar tratamientos y/o realizar exámenes que considero son innecesarios porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal                         |                              |            |                         |                               |                         |                              |                         |                   |                  |                            |                   |                        |           |               |        |          |             |
| S2. Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de estos |                              |            |                         |                               |                         |                              |                         |                   |                  |                            |                   |                        |           |               |        |          |             |
| S3. Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado   |                              |            |                         |                               |                         |                              |                         |                   |                  |                            |                   |                        |           |               |        |          |             |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| en la unidad crítica sino en una unidad de hospitalización de cama básica   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S4. Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S5. Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no le atiende directamente o con terceras personas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S6. Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| S7. Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S8. Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S9. Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S10. Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| S11. Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos demasiado agresivos dado el estado en el que se encuentra el paciente, provocándole un sufrimiento añadido |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S12. Trabajar con un/a enfermero/a o un/a técnico de enfermería al que considero incompetente  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S13. Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S14. Administrar tratamiento en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S15. Tener dificultades a la hora de dar información oportuna al paciente y/o a la familia porque el equipo médico obstaculiza al profesional de enfermería que realice esta actividad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S16. Cuidar al paciente sin conocer si dispone o no del documento de consentimiento informado  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S17. Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional de enfermería haya podido participar  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| antes en la decisión de instaurarlos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S18. Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S19. Carecer de los medios (por ejemplo, de un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo, tiempo) para plantear en el equipo de salud los problemas éticos que suceden en el servicio |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# **ANEXO II**

## **Cuestionario Conflictividad Ética para Enfermeras/os (CuCEE) modificado**

### **Parte 1**

## ENCUESTA

**Sr. Sra. Enfermero/a:**

Solicito a Ud. quiera tener la amabilidad de responder este cuestionario sobre CONFLICTOS ÉTICOS QUE AFRONTA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE ÁREAS CRÍTICAS.

La aceptación para responderla en todas sus partes es absolutamente **voluntaria, personal y anónima** y se deja constancia de la **confidencialidad** de la misma.

Los datos relevados **solo serán utilizados a los fines de la redacción de una TESIS DE POSTGRADO para aspirar a la MAESTRÍA EN BIOÉTICA**. El hecho de acceder a responderlo, significa su **voluntariedad en participar**. Desde ya muchas gracias por su colaboración.

*-Por favor señale con una cruz la primera parte y luego señale con una cruz dentro de las opciones posibles en el Cuestionario sobre distintas Situaciones conflictivas.*

**Género:** Masculino  Femenino  Otro

**Servicio clínico:** Urgencias  UTI adultos  U.C.  Otro

**Antigüedad en Áreas Críticas:**  años

**G. académico:** Enfermero/a  Licenciado/a  Magister  Otro

**Formación en Cuidados Críticos:**

Ninguna  Curso/s  Diplomado  Especialización  Otro

**Formación en Ética o Bioética:**

Ninguna  Curso/s  Diplomado  Especialización  Otro

# **ANEXO III**

**Cuestionario Conflictividad Ética para**

**Enfermeras/os (CuCEE) modificado**

**Parte 2**

**CUESTIONARIO de Conflictividad Ética para Enfermeras/os de Áreas Críticas (CuCEE modificado)**

| Situaciones   | Frecuencia de Conflictividad |                  |         |                |         |                       | Grado de Conflictividad |                   |                                    |                   |                  |                       | Tipo de Conflictividad   |  |   |   |   |
|---|------------------------------|------------------|---------|----------------|---------|-----------------------|-------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|-----------------------|--|--|---|---|---|
|   |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                   |                                    |                   |                  |                       | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral               |  |   |   |   |
|   | Nunca                        | Esporádica-mente | A veces | Con frecuencia | Siempre | No sabe / No contesta | Nada problemático       | Poco problemático | Ni problemático ni no problemático | Algo problemático | Muy problemático | No sabe / No contesta | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indiferencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| S1. Administrar tratamientos y/o realizar exámenes que considero son innecesarios porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal                        |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                   |                                    |                   |                  |                       |  |  |   |   |   |
| 2. Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de éstos |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                   |                                    |                   |                  |                       |  |  |   |   |   |

| Situaciones  | Frecuencia de Conflictividad                               |                  |         |                |         |                       | Grado de Conflictividad |                   |                                       |                   |                  |                       | Tipo de Conflictividad   |  |   |   |   |
|--|--|------------------|---------|----------------|---------|-----------------------|-------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|------------------|-----------------------|--|--|---|---|---|
|  | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |                  |         |                |         |                       |                         |                   |                                       |                   |                  |                       |  |  |   |   |   |
|  | Nunca  | Esporádica-mente | A veces | Con frecuencia | Siempre | No sabe / No contesta | Nada problemático       | Poco problemático | graNi problemático ni no problemático | Algo problemático | Muy problemático | No sabe / No contesta | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indiferencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| S3. Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la unidad crítica sino en una unidad de hospitalización de cama básica         |  |                  |         |                |         |                       |                         |                   |                                       |                   |                  |                       |  |  |   |   |   |
| 4. Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente |  |                  |         |                |         |                       |                         |                   |                                       |                   |                  |                       |  |  |   |   |   |

| Situaciones  | Frecuencia de Conflictividad                               |                  |         |                  |          |                        | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                        | Tipo de Conflictividad   |  |  |   |   |
|--|--|------------------|---------|------------------|----------|------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|--|--|--|---|---|
|  | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
|  | Nunca  | Esporádica-mente | A veces | Con fre-cuen-cia | Siem-pre | No sabe / No con-testa | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No con-testa | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indife-rencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| S5. Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no lo atiende directamente o con terceros |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
| S6. Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos                          |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |

| Situaciones  | Frecuencia de Conflictividad                               |                  |         |                  |          |                        | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                        | Tipo de Conflictividad   |  |  |   |   |
|--|--|------------------|---------|------------------|----------|------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|--|--|--|---|---|
|  | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
|  | Nunca  | Esporádica-mente | A veces | Con fre-cuen-cia | Siem-pre | No sabe / No con-testa | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No con-testa | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indife-rencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| S7. Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
| S8. Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica       |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |

| Situaciones  | Frecuencia de Conflictividad |                  |         |                |         |                       | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                       | Tipo de Conflictividad   |  |  |   |   |
|--|------------------------------|------------------|---------|----------------|---------|-----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|--|--|--|---|---|
|  |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral               |  |  |   |   |
|  | Nunca                        | Esporádica-mente | A veces | Con frecuencia | Siempre | No sabe / No contesta | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No contesta | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indife-rencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| <b>S9.</b> Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente   |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |  |  |   |   |
| <b>S10.</b> Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |  |  |   |   |
| <b>S11.</b> Trabajar con un/a enfermero/a o un/a auxiliar de enfermería al que considero incompetente  |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |  |  |   |   |

| Situaciones   | Frecuencia de Conflictividad                               |                  |         |                  |          |                        | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                        | Tipo de Conflictividad   |  |  |   |   |
|---|--|------------------|---------|------------------|----------|------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|--|--|--|---|---|
|   | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
|   | Nunca  | Esporádica-mente | A veces | Con fre-cuen-cia | Siem-pre | No sabe / No con-testa | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No con-testa | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indife-rencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| <b>S12.</b> Administrar tratamientos y/o procedimientos demasiado agresivos dado el estado del paciente, provocándole un sufrimiento añadido, sin que éste haya sido consultado |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
| <b>S13.</b> Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente   |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |

| Situaciones   | Frecuencia de Conflictividad                               |                  |         |                  |          |                        | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                        | Tipo de Conflictividad   |  |  |   |   |
|---|--|------------------|---------|------------------|----------|------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|--|--|--|---|---|
|   | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
|   | Nunca  | Esporádica-mente | A veces | Con fre-cuen-cia | Siem-pre | No sabe / No con-testa | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No con-testa | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indife-rencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| <b>S14.</b> Administrar tratamiento en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |
| <b>S15.</b> Cuidar al paciente sin conocer si dispone o no del documento de consentimiento informado  |  |                  |         |                  |          |                        |                         |                    |                                      |                    |                   |                        |  |  |  |   |   |

| Situaciones   | Frecuencia de Conflictividad |                  |         |                |         |                       | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                       | Tipo de Conflictividad                                     |   |  |  |   |
|---|------------------------------|------------------|---------|----------------|---------|-----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|--|---|--|--|---|
|   | Nunca                        | Esporádica-mente | A veces | Con frecuencia | Siempre | No sabe / No contesta | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No contesta | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |   |  |  |   |
|   |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       | <i>Bienestar</i>   | <i>Dilema moral</i>   | <i>Indife-rencia</i>                       | <i>Angustia</i>  | <i>Indignación</i>  |
| <b>S16.</b> Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al pte. sin que el profesional de enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       | Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones       | Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | No me siento implicado/a en esta situación | Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| <b>S17.</b> Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias  |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |   |  |  |   |
| <b>S18.</b> No poder modificar los horarios estáticos y breves de visitas cuando vemos que un paciente necesita tomar de la mano a un familiar o amigo                    |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |   |  |  |   |

| Situaciones   | Frecuencia de Conflictividad |                  |         |                |         |                       | Grado de Conflictividad |                    |                                      |                    |                   |                       | Tipo de Conflictividad   |  |  |   |   |
|---|------------------------------|------------------|---------|----------------|---------|-----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|--|--|--|---|---|
|   |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral               |  |  |   |   |
|   | Nunca                        | Esporádica-mente | A veces | Con frecuencia | Siempre | No sabe / No contesta | Nada proble-mático      | Poco proble-mático | Ni proble-mático ni no proble-mático | Algo proble-mático | Muy proble-mático | No sabe / No contesta | <i>Bienestar</i><br>Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | <i>Dilema moral</i><br>Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | <i>Indife-rencia</i><br>No me siento implicado/a en esta situación | <i>Angustia</i><br>Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | <i>Indignación</i><br>Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |
| <b>S19.</b> Ver cómo al paciente le cambian de tratamiento desde limitar los esfuerzos terapéuticos hasta el encarnizamiento de un día para otro alternados, según el criterio de quien esté de guardia |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |  |  |   |   |
| <b>S20.</b> Carecer de los medios (por ej. de un espacio) y/o de los recursos (por ej. tiempo) para plantear en el equipo de salud los problemas éticos que suceden en el servicio                      |                              |                  |         |                |         |                       |                         |                    |                                      |                    |                   |                       |  |  |  |   |   |

21. Los conflictos. ¿Cómo le afectan? ¿Cómo los resuelve?

# **ANEXO IV**

## **Estudio Exploratorio de los Sitios**

La exploración de los sitios fue realizada por la investigadora. Luego de una preselección, se recorrieron los 5 Hospitales públicos que autorizaron la recolección de datos. La exploración se realizó durante cinco días.

Para ésto se dirigió a los Hospitales Públicos (Provinciales y Municipales) de Rosario que cuentan con Áreas Críticas, se solicitó a Departamentos de Enfermería autorización para la recolección de datos y publicación de resultados, preservando el anonimato de los encuestados. Se entrevistó al/la Enfermero/a Jefe del Servicio (o Coordinador/a o personal a cargo) en base a una lista de control y, cuando resultó oportuno, se ingresó para realizar la observación del mismo.

Como resultado, los efectores más adecuados fueron dos: uno municipal (“**M**”) y otro provincial (“**P**”), lo que permitiría la comparación del comportamiento de las variables en dos ámbitos públicos de distintas dependencias.

# **ANEXO V**

## **Autorizaciones de los dos efectores**



**Sra. Lic. CARLA GORÍA:**

En respuesta a su solicitud, comunicamos a Ud. que el Sr Director del Hospital, los Comités de "Ética" y de "Investigación y Docencia" **autorizan** a realizar la encuesta sobre **Dilemas que enfrenta el Profesional de Enfermería que se desempeña en Áreas Críticas** con el fin de relevar datos para su Tesis de Maestría en Bioética.

Sin otro particular, saludo atentamente y esperamos que le sea útil dicha colaboración.

  
Lic. HUGO MEZA  
Jefe Dpto. de Enfermería  
Mat. N° 608. 03/10/19  
Departamento de Enfermería

ROSARIO, 09/10/2019

**Sr. DIRECTOR H.E.C.A.**  
**Dr. NESTOR MARCHETTI**  
S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D.

De mi consideración:

Por la presente me dirijo a Ud. y, por su intermedio, a quien corresponda para solicitarle autorización para realizar encuestas al personal de Enfermería sobre *Conflictividad ética que enfrenta el profesional de Enfermería que trabaja en áreas Críticas*.

Motiva mi solicitud el hecho de estar elaborando la **Tesis** para acceder a la **Maestría en Biótica** de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSo), por lo que dejo constancia de que se preservará la identidad del efector y el anonimato de las encuestas y que los datos relevados solo se utilizarán para este fin.

Sin otro particular, agradezco desde ya vuestra colaboración, lo saludo con todo respeto y quedo a la espera de una respuesta favorable.



**Carla Goría**  
Licenciada en Enfermería  
Celular: 341-3442937

Visto, pase a Departamento de Enfermería para su consideración.

Secretaría Privada de Dirección



*Evaluado conjuntamente con comités, este Departamento autoriza lo solicitado.*



Lic. Marcelo Noielli  
Jefe Depto. Enfermería  
M.P. 1659  
Rosario, 21/10/19

# **ANEXO VI**

## **Resultados de la Prueba Piloto del Instrumento Modificado**

Una vez diseñado el Instrumento con sus modificaciones, se realizó una prueba Piloto en un Hospital Público Provincial, situado en una ciudad aledaña a Rosario, que contenía las mismas características (población, Áreas Críticas) pero que no participaba de esta investigación.

Fui muy bien acogida y el personal se dispuso a colaborar. La entrevista para responder el cuestionario duró estimativamente 15/20 minutos. El Instrumento no presentó dificultades para su comprensión, por lo que no hubo que hacer otras modificaciones, cumpliendo así con uno de los criterios de validez interna.

# **ANEXO VII**

## **Codificación de los Datos a Tabular**

## ENCUESTA

**Sr. Sra. Enfermero/a:**

Solicito a Ud. quiera tener la amabilidad de responder este cuestionario sobre CONFLICTOS ÉTICOS QUE AFRONTA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE ÁREAS CRÍTICAS.

La aceptación para responderla en todas sus partes es absolutamente **voluntaria, personal y anónima** y se deja constancia de la **confidencialidad** de la misma.

Los datos relevados **solo serán utilizados a los fines de la redacción de una TESIS DE POSTGRADO para aspirar a la MAESTRÍA EN BIOÉTICA**. El hecho de acceder a responderlo, significa su **voluntariedad en participar**. Desde ya muchas gracias por su colaboración.

-Por favor *señale con una cruz la primera parte y luego señale con una cruz dentro de las opciones posibles en el Cuestionario sobre distintas Situaciones conflictivas.*

**Género:** 1- Masculino  2- Femenino  3- Otro

**Servicio clínico:** 1- Urgencias  2- UTI adultos  3- U.C.  4- Otro

**Antigüedad en Áreas Críticas (años):** 1- 1 a 5 2- 6 a 10 3- 11 a 15 4- 16 a 20 5- 21 y >

**G. académico:** 1- Enfermero/a  2- Licenciado/a  3- Magister  4- Otro

**Formación en Cuidados Críticos:**

1- Ninguna  2- Curso/s  3- Diplomatura  4- Especialización  5- Otra

**Formación en Ética o Bioética:**

1- Ninguna  2- Curso/s  3- Diplomatura  4- Especialización  5- Otra

**Codificación para Tabulación Parte II**

| Situaciones | Frecuencia de Conflictividad                               |                                 |                  |                                   |                    |  | Grado de Conflictividad        |                                |   |                                |                                |  | Tipo de Conflictividad  |  |  |   |                          |
|-------------|--|---------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--|---|--|--|---|--------------------------|
|             | Señale la/s opción/es que mejor describe/n su estado moral |                                 |                  |                                   |                    |  |                                |                                |   |                                |                                |  |   |  |  |   |                          |
|             | 1-<br>Nunca  | 2-<br>Esporá-<br>dica-<br>mente | 3-<br>A<br>veces | 4-<br>Con<br>fre-<br>cuen-<br>cia | 5-<br>Siem-<br>pre | 0-<br>No<br>sabe<br>/<br>No<br>con-<br>testa | 1-<br>Nada<br>proble<br>mático | 2-<br>Poco<br>proble<br>mático | 3-<br>Ni<br>proble-<br>mático<br>ni no<br>proble-<br>mático | 4-<br>Algo<br>proble<br>mático | 5-<br>Muy<br>proble-<br>mático | 0-<br>No<br>sabe<br>/<br>No<br>con-<br>testa         | 1-<br><i>Bienestar</i>  | 2-<br><i>Dilema<br/>moral</i>              | 3-<br><i>Indife-<br/>rencia</i>  | 4-<br><i>Angustia</i>   | 5-<br><i>Indignación</i> |
|             |  |                                 |                  |                                   |                    |  |                                |                                |   |                                |                                | Puedo actuar según mis valores éticos y convicciones | Percibo que hay dos opciones éticamente correctas y debo escoger una de ellas | No me siento implicado/a en esta situación | Sé cuál es la acción éticamente correcta pero algo me impide obrar en consecuencia | Sé de una acción éticamente incorrecta que hacen otros y siento que no puedo hacer nada |                          |

|  |   |   |  |  |   |   |
|--|---|---|--|--|---|---|
| Pregunta Abierta:<br><b>Los conflictos éticos, ¿cómo los enfrentan? ¿Cómo los resuelven?</b> | <b>0-<br/>No sabe /<br/>no contesta</b> | <b>1-<br/>No se<br/>enfrentan ni<br/>resuelven,<br/>siempre<br/>prevalece la<br/>hegemonía<br/>médica</b> | <b>2-<br/>Se resuelven<br/>pidiendo<br/>cambio de<br/>lugar de<br/>trabajo</b> | <b>3-<br/>Se resuelven<br/>unificando<br/>criterios en<br/>reuniones de<br/>todo el equipo<br/>y que la<br/>opinión de<br/>Enfermería<br/>sea tenida en<br/>cuenta</b> | <b>4-<br/>Deberíamos<br/>tener más<br/>reuniones<br/>para<br/>plantearnos<br/>acuerdos y<br/>soluciones</b> | <b>5-<br/>Nos reunimos<br/>con el equipo<br/>pero los<br/>acuerdos<br/>duran solo un<br/>tiempo</b> |
|--|---|---|--|--|---|---|

# **ANEXO VIII**

**Puntuaciones sumadas  
para establecer los Índices**

| <b>FRECUENCIA DE CONFLICTIVIDAD</b> |                 |          |                |          |                       |
|-------------------------------------|-----------------|----------|----------------|----------|-----------------------|
| Nunca                               | Esporádicamente | A veces  | Con frecuencia | Siempre  | No sabe / no contesta |
| 1 punto                             | 2 puntos        | 3 puntos | 4 puntos       | 5 puntos | 0                     |

Fuente: elaboración propia

Por cada Situación generadora de conflictividad, 5 es el puntaje máximo posible por cada encuesta.

De esta forma, para el **Hospital “P”** (n48), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta x 48 profesionales (total 240), se obtuvo el siguiente índice =

161 a 240 > Altamente frecuente

81 a 160 > Moderadamente frecuente

0 a 80 > Poco frecuente

Para el **Hospital “M”** (n 62), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta, por 62 profesionales (310), se obtuvo el siguiente índice=

207 a 310 > Altamente frecuente

104 a 206 > Moderadamente frecuente

0 a 103 > Poco frecuente

La variable **GRADO DE CONFLICTIVIDAD** se puntuó de la siguiente manera:

| <b>GRADO DE CONFLICTIVIDAD</b> |                   |                                    |                   |                  |                       |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------------|------------------|-----------------------|
| Nada problemático              | Poco problemático | Ni problemático ni no problemático | Algo problemático | Muy problemático | No sabe / no contesta |
| 1 punto                        | 2 puntos          | 3 puntos                           | 4 puntos          | 5 puntos         | 0                     |

Fuente: elaboración propia

Por cada Situación, 5 es el puntaje máximo posible por cada encuesta.

De esta manera, para el **Hospital “P”** (n48), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta x 48 profesionales (total 240), se obtuvo el siguiente índice =

161 a 240 > Altamente problemático

81 a 160 > Moderadamente problemático

0 a 80 > Poco problemático

Para el **Hospital “M”** (n 62), 5 puntos máximos posibles por cada encuesta, por 62 profesionales (310), se obtuvo el siguiente índice=

207 a 310 > Altamente problemático

104 a 206 > Moderadamente problemático

0 a 103 > Poco problemático

#### **Puntuaciones sumadas de la Dimensión**

**“Cuidado del/la Paciente y su Familia, incluyendo los Tratamientos instaurados, Técnicas y Procedimientos”**

|             | <b>HOSPITAL “P”</b> |              | <b>HOSPITAL “M”</b> |              |
|-------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|
|             | <b>FRECUENCIA</b>   | <b>GRADO</b> | <b>FRECUENCIA</b>   | <b>GRADO</b> |
| <b>S 1</b>  | 99                  | 176          | 196                 | 300          |
| <b>S 2</b>  | 75                  | 233          | 110                 | 298          |
| <b>S 6</b>  | 66                  | 70           | 98                  | 102          |
| <b>S 7</b>  | 61                  | 180          | 76                  | 303          |
| <b>S 10</b> | 55                  | 235          | 99                  | 300          |
| <b>S 12</b> | 152                 | 200          | 196                 | 305          |
| <b>S 16</b> | 73                  | 228          | 145                 | 299          |
| <b>S 18</b> | 137                 | 155          | 198                 | 200          |

Fuente: elaboración propia

Se transcriben las Situaciones, a modo de referencia:

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Relativas a la atención del paciente y su familia, incluyendo los tratamientos instaurados, técnicas y procedimientos.</b></p> | <p><b>S1.</b> <i>Administrar tratamientos y/o realizar exámenes que considero son innecesarios porque solo sirven para prolongar un proceso irreversible terminal.</i></p>                         |
|  | <p><b>S2.</b> <i>Tener que administrar tratamientos y/o realizar procedimientos sin que el paciente crítico que está consciente sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos de éstos.</i></p> |
|  | <p><b>S6.</b> <i>Administrar tratamientos y/o realizar intervenciones sin que la familia sepa los objetivos, los beneficios y los riesgos.</i></p>   |
|  | <p><b>S7.</b> <i>Comprobar que el tratamiento analgésico y/o sedante que se administra al paciente no es suficientemente efectivo y este está sufriendo</i></p>                                    |
|  | <p><b>S10.</b> <i>Administrar tratamiento y/o realizar intervenciones siguiendo los deseos de los familiares a pesar de que estos deseos vayan en contra de los intereses del paciente.</i></p>    |
|  | <p><b>S12.</b> <i>Administrar tratamientos y/o procedimientos demasiado agresivos dado el estado del paciente, provocándole un sufrimiento añadido, sin que éste haya sido consultado.</i></p>     |
|  | <p><b>S16.</b> <i>Administrar tratamientos y/o realizar procedimientos al paciente sin que el profesional de enfermería haya podido participar antes en la decisión de instaurarlos.</i></p>       |
|  | <p><b>S18.</b> <i>No poder modificar los horarios estáticos y breves de visitas cuando vemos que un paciente necesita tomar de la mano a un familiar o amigo.</i></p>                              |

Fuente: elaboración propia

### Puntuaciones sumadas de la Dimensión

#### “Equipo Multidisciplinario, Dinámicas de Trabajo y Recursos Institucionales”

|             | HOSPITAL “P” |       | HOSPITAL “M” |       |
|-------------|--------------|-------|--------------|-------|
|             | FRECUENCIA   | GRADO | FRECUENCIA   | GRADO |
| <b>S 3</b>  | 88           | 230   | 56           | 304   |
| <b>S 4</b>  | 70           | 105   | 88           | 245   |
| <b>S 5</b>  | 46           | 122   | 82           | 133   |
| <b>S 8</b>  | 126          | 238   | 180          | 306   |
| <b>S 9</b>  | 99           | 233   | 200          | 300   |
| <b>S 11</b> | 82           | 210   | 90           | 300   |
| <b>S 13</b> | 150          | 56    | 188          | 68    |
| <b>S 14</b> | 50           | 71    | 58           | 72    |
| <b>S 15</b> | 42           | 48    | 73           | 184   |
| <b>S 17</b> | 36           | 222   | 45           | 290   |
| <b>S 19</b> | 133          | 236   | 305          | 306   |
| <b>S 20</b> | 48           | 144   | 64           | 158   |

Fuente: elaboración propia

Se transcriben las Situaciones, a modo de referencia:

|  |  |
|--|--|
| Relativas al <b>equipo multidisciplinario,</b> | <b>S3.</b> <i>Cuidar a un paciente que creo que no debería estar ingresado en la unidad crítica sino en una unidad de hospitalización de cama básica.</i>          |
|  | <b>S4.</b> <i>Realizar intervenciones que priorizan los intereses del servicio o de la organización sanitaria por encima de los intereses del propio paciente.</i> |
|  | <b>S5.</b> <i>Quebrantar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente cuando se comparten con personal que no lo atiende directamente o con terceros</i> |

|   |  |
|---|--|
| <b>dinámicas de trabajo y recursos institucionales.</b> | <b>S8.</b> <i>Utilizar todos los recursos técnicos y/o humanos del servicio a pesar de intuir que el paciente no mejorará su situación clínica.</i>  |
|   | <b>S9.</b> <i>Trabajar con personal médico al que considero profesionalmente incompetente.</i>   |
|   | <b>S11.</b> <i>Trabajar con un/a enfermero/a o un/a auxiliar de enfermería al que considero incompetente</i>   |
|   | <b>S13.</b> <i>Actuar en contra de las convicciones morales debido a la falta de tiempo para atender al paciente</i>   |
|   | <b>S14.</b> <i>Administrar tratamiento en el contexto de un ensayo clínico o un trabajo de investigación sin que el profesional de enfermería conozca suficientemente toda la información que considera necesaria para realizar esta tarea</i> |
|   | <b>S15.</b> <i>Cuidar al paciente sin conocer si dispone o no del documento de consentimiento informado</i>  |
|   | <b>S17.</b> <i>Descuidar la intimidad corporal del paciente mientras se realizan procedimientos y/o pruebas exploratorias</i>  |
|   | <b>S19.</b> <i>Ver cómo al paciente le cambian de tratamiento desde limitar los esfuerzos terapéuticos hasta el encarnizamiento de un día para otro alternados, según el criterio de quien esté de guardia.</i>                                |
|   | <b>S20.</b> <i>Carecer de los medios (por ejemplo, de un espacio) y/o de los recursos (por ejemplo, tiempo) para plantear en el equipo de salud los problemas éticos que suceden en el servicio</i>  |

Fuente: elaboración propia