

**Adaptación transcultural y validación al contexto
español del cuestionario *Moral Distress Scale –
Revised (MDS-R-E)***

Realizado por:

Elizabeth Rodríguez Pages

Dirigido por:

Dr. Héctor González de la Torre

Trabajo Final de Grado

Titulación: Grado en Enfermería

Universidad de La Laguna,

Facultad de Ciencias de La Salud, Grado en Enfermería, Escuela Universitaria
de Enfermería y Fisioterapia, Sede La Palma. Junio 2021.

Año Académico 2020 - 2021

Agradecimientos

Al Dr. Héctor González de la Torre, tutor de este proyecto, por la motivación y ánimos inspirados durante estos meses de laborioso trabajo, por su colaboración comprometida y meticulosa, y por saber transmitirme su entrega y vocación por la investigación.

A todos los docentes de La Universidad de La Laguna, por acompañarnos durante esta inolvidable etapa académica y querer formar parte de manera activa en nuestro desarrollo y formación como enfermeros.

Y a mi hermano, Guillermo Rodríguez Pages, por el apoyo desinteresado e incondicional que me ha prestado durante esta etapa llena de retos y aprendizaje.

Resumen

Introducción: A pesar de que en varios países reconocen el Distrés Moral (DM) como un problema latente que produce graves impactos negativos en las enfermeras y, por ende, en los sistemas de salud, en España aún no existe evidencia científica sobre el tema, ni herramientas capaces de determinar su existencia entre los miembros de los equipos sanitarios. El Distrés Moral se define como el impedimento de no poder hacer lo que se considera moral y éticamente correcto por presiones internas o del entorno de trabajo.

Objetivo: Traducir, adaptar y validar el cuestionario *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R) al contexto español.

Método: En una primera fase, se llevará a cabo un proceso reglado de traducción-retrotraducción y adaptación transcultural del cuestionario *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R), valoración por un panel de expertos y pilotaje en una población diurna susceptible de sufrir DM. En una segunda fase se realizará un estudio observacional transversal descriptivo con componente analítico en una muestra de 250 enfermeros de unidades de cuidados intensivos (UCI) y de servicios quirúrgicos-cirugía de hospitales de La Palma, El Hierro, La Gomera y Tenerife, que serán captados mediante un muestreo no probabilístico de conveniencia. La validación del constructo se llevará a cabo a través de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Adicionalmente se realizará un análisis inferencial para explorar la relación entre las variables recogidas y la puntuación obtenida con el MDS-R-E. Asimismo, se realizará un cálculo de la fiabilidad y consistencia interna del cuestionario a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, y, de modo alternativo mediante el Coeficiente Omega de McDonald. Por último, se valorará la sensibilidad al cambio del instrumento.

Palabras clave (Mesh): Validación de estudios, Moral, Ética de enfermería, Encuestas y cuestionarios.

Abstract

Introduction: Although in many countries Moral Distress (MD) is recognized as an ongoing issue with deleterious impact on nurses, and thus on health systems, in Spain there is still no scientific evidence on the topic, nor appropriate tools for determining its existence among the members of healthcare teams. Moral Distress is defined as the impediment of not being able to do what is thought as morally and ethically right due to internal or external pressures in the work environment.

Objective: To translate, adapt and validate the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R) survey to the Spanish context.

Method: In a first phase, a regulated process of translation and back-translation and transcultural adaptation of the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R) survey will be performed, as well as an assessment by an expert panel and a pilotage on a target population susceptible of suffering from MD. In a second phase, an observational transversal descriptive study with an analytic component will be practiced on a sample constituted by 250 nurses from intensive care units (ICU) from surgery services of the hospitals of La Palma, El Hierro, La Gomera and Tenerife, who will be selected through a non-probabilistic sampling of convenience. The construct validation will be accomplished through an exploratory and confirmatory factorial analysis. Additionally, an inferential analysis will be carried out to explore the relationship between the variables collected and the score obtained with the MDS-R-E. Likewise, a calculation of the reliability and internal consistency of the questionnaire will be carried out using Cronbach's Alpha Coefficient and, alternatively, McDonald's Omega Coefficient. Lastly, the instrument's sensitivity to change will be assessed.

Key words (Mesh): Validation studies, Moral, Nursing Ethics, Surveys and questionnaires.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 1.1. Concepto y definición de Distrés Moral | 1 |
| 1.2. Causas del DM..... | 2 |
| 1.3. Repercusiones del DM. | 5 |
| 1.4. Prevención e intervenciones para el DM. | 8 |
| 1.5. Instrumentos de medida del DM..... | 10 |
| 1.6. Justificación..... | 17 |
| 2. Objetivos..... | 20 |
| 2.1. Objetivo general | 20 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 20 |
| 3. Método..... | 20 |
| 3.1. Primera fase | 21 |
| 3.1.1. Tipo de estudio | 21 |
| 3.1.2. Instrumento de partida | 21 |
| 3.1.3. Traducción y adaptación transcultural..... | 22 |
| 3.2. Segunda fase. | 26 |
| 3.2.1. Tipo de estudio | 26 |
| 3.2.2. Población a estudio..... | 26 |
| 3.2.3. Tamaño muestral | 26 |
| 3.2.4. Selección de la muestra..... | 27 |
| 3.2.5. Variables..... | 28 |
| 3.2.6. Métodos y técnicas de recogida de datos | 30 |
| 3.2.7. Análisis e interpretación de datos | 31 |
| 3.2.8. Aspectos éticos de la investigación..... | 33 |
| 4. Plan de difusión de los resultados..... | 34 |
| 5. Conclusiones | 35 |
| Referencias bibliográficas..... | 36 |
| Anexos | 45 |

Índice de tablas:

- **Tabla 1.** Causas principales del Distrés Moral.
- **Tabla 2.** Instrumentos de medida del Distrés Moral.
- **Tabla 3.** Validaciones y estudios con la escala MDS-R (2012).

Índice de figuras:

- **Figura 1.** Diagrama del proceso de traducción-retrotraducción y adaptación transcultural del MDS-R-E.

Anexos

- **Anexo I** → MDS
- **Anexo II** → MDS-R versión original.
- **Anexo III** → Solicitud de información sobre recursos humanos a la Dirección de Enfermería del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife.
- **Anexo IV** → Solicitud de colaboración a los supervisores de los servicios de Unidades de Cuidados Intensivos y servicios quirúrgicos-cirugía.
- **Anexo V** → Documento informativo para los participantes del estudio.
- **Anexo VI** → Consentimiento informado
- **Anexo VII** → Formulario de variables sociodemográficas para los participantes.
- **Anexo VIII** → Plan económico.
- **Anexo IX** → Cronograma.

Índice de acrónimos

AFC→ Análisis factorial confirmatorio.

AFE→ Análisis factorial exploratorio.

AP→ Atención primaria

CNA→ Asociación Canadiense de Enfermeras

DM→ Distrés Moral

HUC→ Hospital Universitario de Canarias

ICU→ *Intensive Care Unit*

MDCS→ *Moral Distress Consultation Service*

MDDCS→ *Moral Distress in Dementia Care Survey*

MDS→ *Moral Distress Scale*

MDSN-BR→ *Brazilian Moral Distress Scale in nurses.*

MDS-P→ *Moral Distress Scale for Psychiatric nurses*

MDS-R→ *Moral Distress Scale-Revised*

MDS-R-OT[A] → *Moral distress scale revised– Occupational therapy adult setting*

MMD-HP→ *Measure of moral distress for healthcare professionals*

RM→ Residuo Moral

UCI→ Unidad de Cuidados Intensivos

KMO→ Kaiser-Meyer-Olkin

1. Introducción

1.1. Concepto y definición de Distrés Moral

Dentro de los sistemas sanitarios, la enfermería se ha convertido en una profesión clave para dar respuesta a las necesidades y cuidados del paciente. Se considera que las enfermeras son los profesionales de la salud que más contacto establecen con la población, estando presentes en los momentos más vulnerables y delicados de su vida. En estas circunstancias, es habitual que a la hora de proporcionar los cuidados aparezcan dilemas morales y éticos que conduzcan a situaciones de estrés y angustia, obstaculizando la práctica de su labor asistencial¹.

Esta es la raíz de lo que comúnmente se conoce como DM. El DM fue descrito por primera vez por A. Jameton en el año 1984, quien lo identifica como el sentimiento que surge “cuando uno sabe qué es lo correcto, pero las limitaciones institucionales hacen que sea imposible seguir este curso de acción”¹. Posteriormente, en 1987, Wilkinson lo definió como “el desequilibrio psicológico y el sentimiento negativo experimentado por una persona cuando toma una decisión moral pero no cumple con el comportamiento moral indicado para esa decisión”².

Más tarde, y tras estos primeros análisis, aumentó el interés en la materia, y se llevaron a cabo otros estudios como el de la Asociación Canadiense de Enfermeras (CNA), que expresaron el DM como la situación en la que las enfermeras “sienten que saben lo que deben hacer, pero las estructuras del sistema o las limitaciones personales hacen que sea casi imposible seguir el curso de acción correcto”³.

En 2019, Woods, autor de varios estudios sobre el DM, propuso una definición de este término como un “tipo de violación percibida de los valores o deberes morales de una enfermera, que surge de muchas fuentes diferentes, y que producen efectos negativos en su vida personal y profesional”⁴.

Como se puede observar, la literatura sobre este tema es amplia y cada autor propone su propia definición del término. Es así, que, a modo de síntesis, podríamos concluir que el DM es la sensación de no poder hacer lo que uno considera moral y éticamente correcto por presiones internas o del entorno en el que trabaja.

Además del DM, A. Jameton identificó dos tipos más de tensiones psicológicas que se encuentran estrechamente relacionadas con este padecimiento: la incertidumbre moral y el dilema moral⁵. La incertidumbre moral ocurre cuando la enfermera no está segura

de cuál es el comportamiento correcto para una determinada situación⁵, mientras que, el dilema moral es cuando dos principios o valores son contrarios y se confrontan, requiriendo cada uno distintas e incompatibles formas de actuación^{3,5}.

1.2. Causas del DM

En la búsqueda bibliográfica de las causas o factores que predisponen la aparición del DM se encontraron varios resultados en los que se clasifica a los mismos según las áreas en las que aparecen, diferenciándolas en ocasiones como dimensiones del DM y en otros casos como causas o factores.

Este último es el caso de Hamric et al⁶, quien propone que los motivos de la aparición de DM deben agruparse en tres grandes grupos: los factores internos, factores externos y situaciones clínicas.

Los factores externos que producen DM, son aquellos que surgen a partir de los sistemas de atención de salud, políticas institucionales y jerarquías dentro del equipo sanitario, y que generan un clima de angustia moral a la enfermera^{4,6}.

Entre algunos de los factores externos que producen DM podemos hallar^{4,6}:

- Falta de comunicación y conflictos dentro del equipo de salud: es habitual que la convivencia a la hora de trabajar genere disputas o roces dentro del equipo de trabajo, producido muchas veces por las diversas personalidades de los sanitarios, por las diferentes formas de trabajar y por las distintas categorías profesionales.
- Dotación de personal y precariedad laboral: la falta de personal sanitario, sobre todo de enfermeros, ha generado una situación de sobrecarga a aquellos profesionales que actualmente trabajan en los sistemas sanitarios. El ratio de pacientes por enfermera, las rotaciones, la falta de refuerzos y las horas demás, son aspectos que a la larga generan un déficit en la calidad asistencial y por ende la frustración personal y la aparición de DM.
- Los familiares y el cuidado de los pacientes: sentir la obligación de atender los deseos de los familiares a pesar de la escasez de recursos o los impedimentos administrativos a la hora de satisfacer esas demandas.

Por otro lado, nos encontramos con los factores internos, que están relacionados con la percepción propia del individuo⁴. Dentro de estos factores nos podemos encontrar con ítems como los siguientes⁴:

- Déficit de conocimientos: la falta de actualizaciones en la materia, la formación deficiente o el desconocimiento sobre los aspectos legales que pueden surgir durante la práctica del cuidado, crean un sentimiento de ineficacia e inseguridad en la enfermera.
- Alta sensibilidad moral e inteligencia emocional: un estudio sobre la relación entre la inteligencia emocional y el DM evidencia que aquellas enfermeras que poseen más habilidades emocionales son capaces de afrontar y resolver los problemas éticos y morales de una forma más eficiente que las que no⁷. Mientras, aquellas que poseen una alta sensibilidad moral pero escasas habilidades relacionadas con la inteligencia emocional presentan más dificultades para solventar los problemas éticos o morales que se puedan presentar en la práctica clínica⁷.

Por último, nos encontramos con los factores asociados a las situaciones clínicas, que son aquellas circunstancias en las que se actúa de forma incongruente y poco beneficiosa para los pacientes, dejando de lado los derechos y deseos de los mismos⁶. Ejemplos de estos son: alargar el proceso de muerte, incompetencia del personal que acaba afectando a los tratamientos y cuidados, dar falsas esperanzas al paciente o a la familia, etc⁶.

Por otro lado, y también en aras de clasificar en DM, Epstein et al⁸ proponen que, a su vez, los motivos que producen DM pueden agruparse en tres dimensiones o niveles:

- Causas a nivel del paciente: son aquellas en las que el paciente y los familiares se ven involucrados. Es, por ejemplo, cuando la familia demanda tratamientos que no van a favorecer la condición del paciente^{5,8}.
- Causas a nivel unidad y equipo: son aquellas en las que el individuo se encuentra en un clima poco cooperativo y de escasa comunicación con el resto de los intervinientes, conduciendo de este modo, a una baja calidad asistencial^{5,8}.
- Causas a nivel sistema: son aquellos factores que producen DM debido a problemas o déficit provenientes del sistema, como pueden ser la precariedad de las plantillas, falta de recursos, presiones administrativas, etc^{5,8}.

Tabla 1. Causas principales del Distrés Moral. Extraído de *Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals*⁶

| Situaciones clínicas. | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un tratamiento innecesario o inútil. • Usar recursos de forma inapropiada. • Prolongar el proceso de muerte mediante tratamientos agresivos. • Brindar atención que no se adecua a los intereses del paciente. • Consentimiento informado inadecuado. • Proporcionar un alivio inadecuado del dolor. • Falta de sinceridad. | <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar con cuidadores que no son tan competentes como requiere el cuidado. • Dar falsas esperanzas al paciente y a la familia. • Acelerar el proceso de muerte. • Desprecio por los deseos del paciente. • Falta de concesos sobre el plan de tratamiento. • Falta de continuidad en la atención. • Conflicto entre los deberes de cuidado. |
| Factores internos. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de impotencia. • Falta de conocimiento de planes de tratamiento alternativos. • Incapacidad para identificar los problemas éticos. • Gran sensibilidad moral. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de comprensión de la situación en su totalidad. • Falta de asertividad. • Falta de autoestima. |
| Factores externos. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación inadecuada entre los miembros del equipo. • Tolerancia ante el comportamiento disruptivo y abusivo. • Diferentes perspectivas interprofesionales (médico-enfermera) o intraprofesional (enfermera-enfermera). • Seguir los deseos de la familia sobre la atención al paciente por temor a litigio. • Falta de relaciones colegiales. • Dotación de personal inadecuada y aumento de la rotación. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención comprometida debido al miedo al litigio. • Atención comprometida debido a las presiones para reducir los costos. • Políticas y prioridades que entran en conflicto con las necesidades de atención. • Baja participación en la toma de decisiones. • Falta de apoyo administrativo. • Jerarquías dentro del sistema de salud. |

1.3. Repercusiones del DM.

Desde el año 1984, tras la identificación del concepto del DM, se ha estudiado no solo aquellos factores y desencadenantes que producen DM, sino también sus repercusiones en el bienestar físico y psíquico de las enfermeras que lo padecen, así como el impacto que genera en los diferentes sistemas sanitarios⁹.

En todos los resultados de los estudios que se han realizado sobre este aspecto, se ha llegado a la conclusión, de que la presencia de DM entre las enfermeras dificulta su labor y genera resultados desfavorables para el paciente y la institución^{5,6,9}.

En base a lo recogido y estudiado en la bibliografía, estas repercusiones negativas del DM se pueden clasificar en dos grandes grupos: aquellas que afectan directamente al bienestar psicológico y físico de la enfermera, y aquellas que afectan a la institución y a los pacientes.

Los efectos que provoca el DM entre las enfermeras son múltiples y pueden generar malestar psicológico y físico. Entre los síntomas psicológicos nos podemos encontrar frustración, tristeza, impotencia, etc^{5,6,9-11}. Entre los físicos, podemos observar gran variedad de síntomas que pueden ir desde dolores de cabeza a desórdenes alimenticios⁵. Por otro lado, entre las repercusiones negativas que afectan al sistema sanitario y a los pacientes nos podemos encontrar entre otros: disminución de la calidad asistencial, aumento en el costo de los cuidados, errores de medicación, etc^{5,9-11}. A modo de resumen se puede consultar el siguiente esquema donde se señalan los efectos del DM tanto en las enfermeras como las repercusiones de este en el sistema sanitario y en los pacientes:

Repercusiones psicológicas

| | | |
|--------------|---|---|
| Frustración. | Depresión. | Burnout. |
| Tristeza. | Daño espiritual. | Disconfort psicológico. |
| Impotencia. | Irritabilidad. | Residuo moral. |
| Estrés. | Actitudes cínicas hacia los pacientes. | Fatiga por compasión. |
| Culpa. | Deterioro de la imagen propia. | Deterioro de la percepción de la satisfacción laboral. |
| Enfado. | Ansiedad. | |

Repercusiones físicas

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Dolores de cabeza. | Pérdida o ganancia de peso. |
| Desórdenes del sueño. | Desórdenes alimenticios. |

Repercusiones que afectan al Sistema sanitario y a los pacientes.

| | | |
|---|---|--|
| Disminución de la calidad asistencial. | Errores de medicación. | Aumento de los errores clínicos. |
| Aumento del costo de los cuidados. | Aumento de las complicaciones clínicas. | Percepción de alejamiento hacia los pacientes y sus familias. |
| Deterioro de los cuidados. | Disminución de la percepción de seguridad del paciente. | Disminución de la productividad de la enfermera. |
| Baja retención laboral: abandono profesional. | Mala comunicación con el resto del equipo de salud. | Disminución del tiempo de atención requerido por las tareas de enfermería. |

Ambos grupos se encuentran estrechamente relacionados entre sí, de tal modo que, si una enfermera experimenta frustración y deterioro de la imagen propia, se producirá una reducción en la calidad de los cuidados que está prestando, y, en consecuencia, un daño tanto a la salud del paciente como a la institución. Esto se traduce, finalmente, en un aumento de, por ejemplo, el tiempo de estancias y el coste de los servicios y cuidados prestados^{5,9-11}.

En la misma línea, merece detenerse especialmente en dos de las consecuencias del DM nombradas anteriormente: el síndrome de burnout y el abandono profesional, dadas su frecuencia e intensidad.

Son varios los estudios que asocian el DM con la aparición de síndrome de burnout y lo etiquetan como su “consecuencia más dañina”¹². El *Burnout* es un síndrome psicológico generado por la exposición crónica a los factores estresantes del trabajo¹³, y en él podemos diferenciar tres dimensiones: el agotamiento emocional, el cinismo y desapego al trabajo y la falta de realización personal¹³. Muchas de sus

manifestaciones son similares a las del DM (sentimientos negativos, frustración, impotencia, etc.)¹⁴. La relación que aparece entre el DM y el síndrome de burnout viene dada por el papel defensor que ejerce la enfermera sobre el paciente y el ambiente de malestar moral que se genera al verse inmiscuida en los dilemas éticos que surgen durante su tratamiento y cuidados. Esta atmósfera da lugar a sentimientos de impotencia y sobrecarga que predisponen a la aparición de este síndrome^{12,15}.

Recientes trabajos sobre la materia demuestran que existe relación entre el DM y la aparición del síndrome de *Burnout*. Por ejemplo, en la Escala de Distrés Moral Revisada (MDS-R) diseñada por Hamric, Borchers y Epstein en 2012 para medir el DM en los trabajadores de la salud⁶, se halló que muchos de los aspectos recogidos estaban asociados con el Síndrome *Burnout*, demostrándose así una alta correlación entre ambas afecciones^{12,15}. Karakachian et al en 2019 realizó una revisión bibliográfica sobre el DM, el burnout y la intención de abandonar la profesión en la que se encontraron siete estudios que relacionaban positivamente el DM con el burnout¹¹. A título de ejemplo, en uno de los estudios recogidos en esta revisión, se explicaba que, por cada punto adicional de DM, la regresión logística multivariante sobre el burnout indicaba un aumento del riesgo de padecer este síndrome en un 2%¹⁶.

Asimismo, cabe destacar otra de las repercusiones negativas más graves producidas por el DM: la intención de abandonar el trabajo. Las enfermeras expuestas repetidamente a situaciones éticas y morales que son incapaces de abordar, no solo tienen predisposición a padecer *burnout*, residuo moral o repercusiones físicas y psíquicas, sino que también, son más proclives al abandono profesional⁶.

El abandono profesional puede darse tanto a nivel de la unidad como de la institución donde desempeñan su labor profesional, así como de la profesión¹⁷. En España, el abandono de la profesión se encuentra estrechamente relacionado con el síndrome de *burnout*¹⁸ y, como ya mencionamos anteriormente, este es una de las repercusiones negativas más importantes del DM¹¹. Las situaciones moralmente problemáticas con las que se encuentran las enfermeras se relacionan con un entorno de trabajo poco ético, el déficit de comunicación entre el equipo de trabajo, el paciente y su familia y los escasos recursos materiales y humanos, que, entre otros, producen una baja satisfacción laboral, que posteriormente conduce al abandono profesional.

Los resultados de un reciente estudio realizado en 2019 sobre la intención de abandonar el trabajo relacionado con el DM en Lituania, señalaba que las enfermeras que padecían un nivel de DM elevado eran más proclives a dejar su trabajo que aquellas que tenían un nivel de DM moderado o bajo¹⁰.

En la revisión bibliográfica anteriormente mencionada de Karakachian et al que indagaba en la relación entre el DM, el burnout y las intenciones de abandonar el trabajo, se analizaron diez artículos, de los que siete de ellos (seis de orientación cuantitativa y una cualitativa) recogían que un alto nivel de DM incrementaba significativamente la intención de dejar el trabajo, mientras que los tres restantes no encontraron asociación entre el DM y la intención de abandonar la profesión¹¹. No obstante, hay que considerar que estos tres últimos trabajos mencionados obtuvieron resultados muy condicionados por el contexto, pues las poblaciones a estudio desempeñaban su actividad profesional bajo condiciones y circunstancias muy específicas, ya que se sentían obligados a permanecer en sus puestos de trabajo¹¹.

1.4. Prevención e intervenciones para el DM.

El modo de prevenir el DM en base a sus causas, es a través de sistemas organizativos, herramientas y estructuras adecuadas⁹. Para ello es necesario crear un ambiente laboral saludable, enseñar al personal a afrontar las situaciones difíciles y fortalecer el conocimiento, los valores y las creencias. De este modo, se conseguirá aumentar la calidad de trabajo, disminuir los costes, favorecer la retención laboral y, en definitiva, disminuir los niveles de DM^{14,16}.

En 2017, Hamric y Epstein desarrollaron un estudio con el principal objetivo de abordar el DM a través de la elaboración de un servicio de consulta; *Moral distress consultation service* (MDCS), cuyo fin, más que en erradicar este padecimiento, consistía en proporcionar herramientas suficientes para saber cómo actuar cuando sucede¹⁹.

En el MDCS se pretende crear un espacio de consulta donde el personal pueda sentirse seguro y cómodo para hablar libremente de las situaciones que le generan angustia. Para propiciar este ambiente y que todos los usuarios pudieran participar en la conversación y dar sus opiniones sin sentir ciertas barreras, esta consulta creó un proceso en el cual se abordan desde principio a fin los pasos que se deben dar para llegar al objetivo final: resolver el conflicto que genera DM¹⁹. En el proceso de consulta podemos distinguir los siguientes apartados o fases a seguir:

- Escuchar, reconocer la presencia de DM y aclarar la situación: identificar las acciones que están generando problemas y observarlas con perspectiva, así como verificar que estas realmente estén produciendo DM¹⁹.

- Discutir preocupaciones y limitaciones que inhiben la correcta actuación: reconocer cuáles son las barreras que impiden que se cambie la forma de actuar por una que se considere más adecuada¹⁹.
- Identificar las causas fundamentales y encontrar soluciones: discutir acerca de cuáles son los motivos que están produciendo esta problemática y comentar las posibles soluciones¹⁹.
- Priorizar las estrategias identificadas: seleccionar los métodos más eficaces para tratar de solucionar el problema ¹⁹.
- Realizar un seguimiento de las acciones tomadas: observar si se producen mejoras en la calidad asistencial y en la satisfacción laboral de los profesionales, o de lo contrario se han producido nuevas problemáticas¹⁹.

Este trabajo, realizado por Hamric y Epstein sobre el modelo de consulta del DM (MDCS), describía la puesta en marcha exitosa de esta técnica, investigándose la evolución y efectos que tenían estas sesiones sobre el personal sanitario¹⁹. Se llegó a la conclusión de que el DM en muchas ocasiones está producido por “problemas subyacentes a la unidad, al equipo o al sistema, y que para tratarlos exitosamente hay que dirigirse directamente a aquellos factores desencadenantes”¹⁹. Los motivos de consulta más frecuentes durante las sesiones de MDCS fueron la falta de reconocimiento de DM, la deficiencia de empoderamiento, el bajo nivel de compromiso, la poca colaboración entre los miembros del equipo y la necesidad de una transformación a nivel de la unidad y del sistema de organización¹⁹. En el caso clínico que se llevó a cabo para evaluar la efectividad de las consultas se observó que las enfermeras no solo dieron con facilidad con el problema causante del DM, sino que, además, identificaron una serie de estrategias que lograrían subsanar dicha problemática¹⁹.

En dicho estudio describieron tres estrategias para abordar este problema: directa, indirecta y general¹⁹.

- Directa: se basa en abordar el DM específicamente a partir de diversas estrategias como, por ejemplo, la intervención MDCS, el retiro de escritura y el *Moral Distress Mapping*¹⁹.
- Indirecta: consiste en abordar un problema diferente y que su resolución permita disminuir el DM. Ejemplos de ello son:
 - Crear programas educativos que aumenten los conocimientos teóricos y prácticos, y así conseguir mejorar los cuidados y resultados de los

- pacientes, incrementando la comodidad de las enfermeras y, asimismo, favoreciendo a la disminución del DM¹⁹.
- Conversaciones éticas que faciliten abrir debate sobre situaciones cotidianas en las que se perciben dilemas morales, en donde hubiera un moderador para guiar la conversación y permitir que todo el mundo pueda aportar su punto de vista de una forma ordenada y respetuosa¹⁹.
 - Creación de programas de residencia en ética clínica para enfermeras, que se base en proporcionar educación basada en fundamentos teóricos, prácticas y simulaciones¹⁹.
 - Generales: consiste en resolver aquellas limitaciones que dan lugar al DM. Por ejemplo: aumentar la comunicación y receptividad entre la relación médico-enfermera a través de reuniones o sesiones de equipo, donde se puedan comentar las dificultades o problemas éticos que puedan surgir en el día a día entre estas dos categorías profesionales¹⁹.

1.5. Instrumentos de medida del DM

En aras de medir la magnitud de esta afectación se han llevado a cabo diversos estudios cuyo objetivo final consiste en diseñar instrumentos de medida válidos y viables que aporten un valor objetivo al DM. Estos estudios han basado sus escalas e instrumentos en hayar la intensidad y frecuencia del DM en el personal sanitario a través de elementos y aspectos como la mala comunicación con el equipo de trabajo, falta de conocimientos o de recursos, etc⁵. En la Tabla 2 se pueden consultar las diferentes escalas originales propuestas para medir el DM.

La primera investigadora en aportar una escala válida para medir el DM fue Corley en 2001, la llamada *Moral Distress Scale* (MDS). Posteriormente, Hamric realizó una adaptación de ese mismo instrumento, denominándola la *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R)⁵. Dichas escalas han sido las escalas más versionadas para realizar estudios sobre frecuencia e intensidad moral en otras áreas de salud, como es el caso de la *MDS for psychiatric nurses* (MDS-P) o de la *Modified versión of MDS for mental health services*⁵. Incluso se ha llegado a ajustar estas escalas a otros ámbitos de salud; es el caso de la *Moral distress scale revised– Occupational therapy adult setting* (MDS-R-OT[A])⁵.

| Nombre de la escala, autor y año. | País | Número de ítems y rango de respuesta | Población/Servicio donde se aplicó. | Valores de Coeficiente de Alfa de Cronbach |
|--|-----------------|--|--|--|
| Ethical Stress Scale [Raines, 1994] (Wands, 2018) ²⁰ | USA | - 52 ítems - Escala Likert (0-4 puntos) | 920 enfermeras de anestesia de diversos hospitales | No reportado |
| Moral Distress Scale-MDS (Corley, 2001) ²¹ | USA | - 32 ítems - Escala Likert (1-7 puntos) | 111 enfermeras de Unidades de pacientes críticos | -Coeficiente de Alfa de Cronbach para el factor "Responsabilidad individual" = 0.97 -Coeficiente de Alfa de Cronbach del factor "No es lo mejor para el interés del paciente" = 0.82 -Coeficiente de Alfa de Cronbach de factor "Decepción" = 0.84 |
| Moral Distress Scale-MDS (Corley, 2005) ²² | USA | 38 ítems | 106 enfermeras de centros médicos | Coeficiente Alfa de Cronbach= 0,9. |
| Moral Distress Scale Revised MDS-R (Hamric, 2007) ²³ | USA | - 19 ítems - Escala Likert (0-4 puntos) | 196 enfermas y 29 médicos de UCI | Coeficiente Alfa de Cronbach de la frecuencia del DM= 0,83 |
| Jameton Moral Distress Scale (Asayesh et al. 2008) ²⁴ | Irán | - 30 ítems - No consta el rango de respuesta. | 117 enfermeras de UCI | No reportado |
| Moral distress questionnaire (MDQ) (Eizenberg et al. 2009) ²⁵ | Israel | - 15 ítems - Escala Likert (1-6 puntos) | 179 enfermeras de un servicio que no se especifica. | -Consistencia interna del primer factor= 0,851. -Consistencia interna del segundo factor= 0,791. -Consistencia interna del tercer factor= 0,804. Para los tres factores, la consistencia interna estuvo por encima 0,79. |
| Moral Distress Scale for psychiatric nurses (MDS-P) (Ohnishi et al. 2010) ²⁶ | Japón | -15 ítems -Escala de Likert (0-6 puntos) | 289 enfermeras de Hospitales psiquiátricos. | Coeficiente de Alfa de Cronbach Total= 0.90 |
| Moral Distress Scale-Revised (MDS-R) (Hamric, 2012) ⁶ | Sudeste de EEUU | -21 ítems -Escala Likert (1-7 puntos). | 37 médicos y 169 enfermeras de UCI | Coeficiente Alfa de Cronbach para: -Enfermeras=0,89. -Médicos=0,67 en general, (0,69 médicos de adultos y 0,75 en peditras) -El total de Coeficiente de Alfa de Cronbach para todos los participantes fue de 0,88. |
| Moral distress Scale for physician. (Abbasi et al. 2014) ²⁷ | Irán | - 22 ítems -Escala de Likert (0-4 puntos). | 399 médicos de diferentes servicios y especialidades | Coeficiente de Alfa de Cronbach=0.92 |
| ICU Nurses' Moral Distress Scale (Atashzadeh-Shoorideh et al. 2015) ²⁸ | Irán | - 30 ítems - Escala Likert (0-4 puntos) | 159 enfermeras de UCI | Coeficiente de Alfa de Cronbach Total = 0.96. |
| Moral Distress Intensity. (Atabay et al. 2015) ²⁹ | Turquía | - 28 ítems - Escala Likert (1-5 puntos). | 201 enfermeras en servicios que no se especifican. | Coeficiente de Alfa de Cronbach para tres dimensiones: -Restricciones organizativas= 0,89 -Pacientes mal informados y tratamiento excesivos= 0,84 -Déficit de tiempo y de recursos= 0,80 |

| | | | | |
|---|--------|--|---|---|
| Moral distress scale revised-Occupational therapy adult setting (MDS-R-OT[A]). (Penny et al. 2016) ³⁰ | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4 puntos) | 122 terapeutas ocupacionales de Centros de terapia ocupacional. | No reportado |
| Brazilian moral distress scale in nurses (MDSN-BR). (Ramos et al. 2017) ³¹ | Brasil | - 57 ítems - Escala Likert (0-6 puntos) | 771 enfermeras en servicios que no se especifica. | No reportado |
| Italian Modified MDS. (Badolamenti et al. 2017) ³² | Italia | - 11 ítems - Escala Likert (1-5 puntos) | 347 enfermeras de UCI y traumatología. | Coefficiente Alfa de Cronbach de 0,823 en la dimensión de futilidad y 0,756 para la dimensión de daño potencial. |
| Moral Distress Risk Scale (MDRS). (Schaefer et al. 2018) ³³ | Brasil | - 53 ítems - Escala Likert (1-4 puntos) | 268 enfermeras de Hospitales y AP. | Coefficiente de Alfa de Cronbach=0,913 |
| Moral Distress in dementia care survey (MDDCS) (Awosoga et al. 2018) ³⁴ | Canadá | - 47 ítems - Escala Likert (1-5 puntos) | 389 enfermeras de Cuidados de larga duración (demencia) | Coefficientes de Alfa de Cronbach: -Frecuencia del DM:0,94 -Severidad: 0,92 -Efectos: 0,93. -Efectos mitigantes: 0,83 |
| Brazilian scale of moral distress in nurses for primary health care nurses. (Barth et al. 2018) ³⁵ | Brasil | - 46 ítems -Escala Likert (0-6 puntos) | 1226 enfermeras de Centros de AP. | Coefficiente Alfa Cronbach Total = 0,98 (entre 0,96 y 0,88 para los diferentes constructos). |
| Questionnaire to assess moral distress among social workers in long term care facilities. (Lev and Ayalon, 2018) ³⁶ | Israel | - 17 ítems - Escala Likert (0-5 puntos) | 15 trabajadores sociales del servicio de Enfermería a domicilio. | No reportado |
| Survey Instruments. (Bender et al. 2019) ³⁷ | USA | - 2 ítems. - 5 opciones. | 22 enfermeras y 137 médicos de servicios que no se especifican. | No reportado |
| Measure of moral distress for healthcare professionals (MMD-HP). (Epstein et al. 2019) ³⁸ | USA | - 27 ítems - Escala Likert (0-4 puntos) | 706 profesionales de la salud de UCI, quirófanos, consultas externas y centros médicos de larga estancia. | Coefficiente de Alfa de Cronbach Total= 0,931 |
| UCI: Unidades de Cuidados Intensivos AP: Atención Primaria | | | | |

Tabla 2. Instrumentos de medida del Distress Moral. Adaptada a partir de: Giannetta N, Villa G, Pennestrud F, Sala R, Mordacci R, Manara DF. Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. Int J Nurs Stud. 2020, 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767>

No obstante, en este estudio de investigación, se hará hincapié en la MDS-R, pues es la escala que este proyecto pretende adaptar y validar al contexto español. Para ello, se explicará el origen de dicha escala y cómo ha evolucionado tras el paso de las investigaciones que se han hecho sobre la misma y sobre el DM.

Como se ha nombrado con anterioridad, una de las primeras escala para medir la magnitud del DM fue desarrollada por Corley et al. en el 2001²¹. Ante la ausencia de instrumentos capaces de demostrar de forma congruente la presencia de DM, Corley

realizó un estudio con una muestra de 214 enfermeras pertenecientes a servicios intensivos de hospitales de Estados Unidos desde 1994 hasta 1997²¹, creando una escala con 32 ítems en formato Likert de 7 puntos, en la que, a mayor puntuación, mayor era el nivel de DM²¹. Se basaba en medir aspectos como la incidencia del DM relacionado con la responsabilidad, el engaño y dudas sobre qué es lo mejor para el paciente. La MDS se desarrolló en base a los conceptos de Jameton sobre DM, la teoría del conflicto de roles de House y Rizzo y la teoría del valor de Rokeach²¹ y dejó evidencia de su fiabilidad y validez en las primeras pruebas realizadas. **(Anexo I)**

Más tarde, en 2005, la misma autora incluyó en la MDS nuevos elementos que la anterior no poseía y que en encuestas previas habían detectado como problemas éticos, entre ellos, ítems que hablaban sobre la atención administrada, personal de salud incompetente, manejo del dolor, tareas de cuidado incompletas, falta de atención médica, etc²².

Posteriormente, Hamric et al (2007) ampliaron los profesionales incluidos en la muestra de la MDS, incluyendo en su estudio a los médicos y enfermeras que participaban en la atención directa al paciente. Además de ello, redujeron los ítems de 38 a 19. Fue entonces cuando surgió la *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R), cuyo objetivo principal fue medir, ante todo, la intensidad y frecuencia del DM^{5,6}.

Cinco años más tarde, los mismos autores de la MDS-R realizaron otra revisión de la MDS-R en la que incluyeron 2 nuevos ítems más (21 ítems) para adaptar su uso hacia todos los profesionales de la salud que trabajan en el área de los cuidados intensivos⁵. Dicha escala fue puesta a prueba en una muestra de 169 enfermeras y 37 médicos de 8 unidades de UCI de diferentes centros médicos universitarios en el sureste de EEUU⁶. El estudio fue llevado a cabo durante dos semanas del año 2011, y la publicación oficial de este instrumento se realizó un año más tarde, en 2012, bajo el propósito de dar a conocer el nivel de DM en múltiples entornos asistenciales e involucrando múltiples disciplinas⁶ **(Anexo II)**.

Esta última revisión de la escala comprende cuestiones que engloban situaciones de DM relacionadas con los dilemas éticos provocados por la institución de salud, preparación profesional o nivel de conocimientos, convivencia entre los miembros del equipo de trabajo, prolongación de la vida, situaciones de riesgo para los pacientes y nivel de implicación con el paciente y sus familiares⁶.

A diferencia de la escala original de Corley (MDS), la cual se centraba en el DM producido en la atención al final de la vida en UCI, la MDS-R tiene como objetivo principal de dar relevancia a tres aspectos: incluir más causas fundamentales de DM,

ampliar su uso fuera de los entornos de la UCI y hacerla adecuada para su uso en múltiples disciplinas sanitarias⁶. Además, se trata de un instrumento de fácil realización y que requiere poco tiempo para ser respondido, lo que la hace más accesible para el personal que participe en la investigación. Por otro lado, la presencia de dos cajas de comentarios para que los encuestados puedan añadir otras causas que les produzcan DM fomenta la identificación de nuevos aspectos que puedan ser relevantes para seguir investigando sobre esta afectación⁶.

Para aumentar la aplicabilidad de la MDS-R a poblaciones más allá de la enfermería, se desarrollaron seis versiones paralelas de la escala⁶. Tres se centran en proveedores que ejercen en entornos de adultos: enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, y las tres versiones restantes se centran en estos mismos grupos de proveedores en entornos pediátricos. Para ello, fue necesario realizar modificaciones en los ítems 6, 12, 13, 17 y 21⁶. No obstante, los cambios de redacción se minimizaron para garantizar que la causa raíz que se midiera permaneciera constante independientemente de la disciplina⁶.

Los participantes que rellenen la escala deben calificar cada ítem en términos de frecuencia y de intensidad. La puntuación relacionada con la intensidad comprende desde el 0 (“nada”) hasta el 4 (“mucho”), y la de la frecuencia desde el 0 (“nunca”) hasta el 4 (“muy frecuente”). Posteriormente, en cada ítem la calificación de intensidad debe multiplicarse por la calificación de frecuencia y los resultados de todos los elementos han de ser sumados, obteniéndose una puntuación que puede ir de 0 a 336, siendo esta última el mayor nivel de DM experimentado^{6,40}.

Su fiabilidad se midió mediante el cálculo del Coeficiente de Alfa de Cronbach que fue para esa población de enfermeras de 0,89^{6,39}. A su vez, los evaluadores de la escala le asignaron a la misma un nivel de validez del 88% y se aceptó este instrumento como una forma viable y fiable para medir el DM en el personal sanitario⁶.

Las propiedades psicométricas de la MDS-R indican que es una escala apta para comprobar la existencia de DM entre los trabajadores sanitarios, dejando, además, la posibilidad de ser aplicada en diferentes entornos sanitarios y categorías profesionales^{6,40}. La escala MDS-R ha sido traducida, adaptada y validada a diferentes idiomas y países. En la Tabla 3 se pueden consultar las diferentes validaciones de la escala MDS-R.

| Autor que realizó la validación y año. | País. | Número de ítems y rango de respuesta | Población/Servicio donde se aplicó. | Valores de Alfa de Cronbach |
|---|----------------|--------------------------------------|---|--|
| Borhani et al. 2014 ⁴¹ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 220 enfermeras de diferentes hospitales. | Coeficiente de Alfa de Cronbach Total: 0.93 |
| Sirilla, 2014 ⁴² | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | Seleccionaron a 363 enfermeros, de los cuales solo participaron 73 en unidades de oncología. | No reportado. |
| Karanikola et al. 2014 ⁴³ | Italia | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 566 enfermeras de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach Total: 0.842 |
| Ameri et al. 2015 ⁴⁴ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 122 enfermeras de UCI, medicina interna, cirugía y urgencias. | Coeficiente de Alfa de Cronbach Total: 0.92 |
| Borhani et al. 2015 ⁴⁵ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-5) | 300 enfermeras de UCI. | No reportado. |
| Nejadsarvari et al. 2015 ⁴⁶ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 321 médicos de hospitales que no se especifican. | No reportado. |
| O'Connell, 2015 ⁴⁷ | EEUU | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 31 enfermeras de UCI. | No reportado. |
| Whitehead et al. 2015 ⁴⁸ | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 754 profesionales de la salud de distintos hospitales. | Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,90 para enfermeros, 0,88 para médicos y 0,90 para el resto de profesionales sanitarios. |
| Ameri et al. 2016 ⁴⁹ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 148 enfermeras de oncología. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.88 |
| Dodek et al. 2016 ⁵⁰ | Canadá | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 669 profesionales de la salud de diferentes unidades de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.88 |
| Johnson-Coyle et al. 2016 ⁵¹ | Canadá | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 169 profesionales de la salud de distintas unidades de cardiología y UCI. | No reportado. |
| Zavotsky and Chan, 2016 ⁵² | EEUU | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 198 enfermeras de urgencias. | Coeficiente de Alfa de Cronbach= 0.95 |
| Lamiani et al. 2017 ⁵³ | Italia | - 14 ítems - Escala Likert (0-4) | 183 enfermeras y médicos de la UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.81 |
| Lusignani et al. 2017 ⁵⁴ | Italia | - 18 ítems - Escala Likert (0-4) | 283 enfermeras de cirugía y UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.83 |
| Austin et al. 2017 ⁵⁵ | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 329 médicos y enfermeras de distintos hospitales. | -El coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0,87 para toda la muestra utilizada. -En las enfermeras fue de 0,85 y en los médicos de 0,88. Coeficiente de Alfa de Cronbach= 0.87 |
| Rokhafrooz et al. 2017 ⁵⁶ | Irán | - 18 ítems - Escala Likert (0-4) | 82 enfermeras de cirugía, neurología, cardiología, UCI y diálisis. | No reportado. |
| Sirilla et al. 2017 ⁵⁷ | No especifica. | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 338 enfermeras de un centro médico académico que incluía seis unidades ambulatorias diferentes: académico, cardiología, oncología, rehabilitación, psiquiatría y comunitaria. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.94 |

| | | | | |
|--|--------------|-------------------------------------|--|--|
| Lamiani et al. 2018 ⁵⁸ | Italia | - 14 ítems - Escala Likert (0-4) | 183 médicos y enfermeras de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.76 |
| Altaker et al. 2018 ⁵⁹ | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 238 enfermeras de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.97 |
| Hiler et al. 2018 ⁶⁰ | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 328 enfermeras de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach para la frecuencia de DM= 0.87 |
| Neuman et al. 2018 ⁶¹ | USA | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 914 profesionales de la salud de diferentes unidades de trasplante de células hematopoyéticas. | No reportado. |
| Wenwen et al. 2018 ⁶² | China | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 465 enfermeras de servicios que no se especifican. | No reportado. |
| Abdolmaleki et al. 2019 ⁶³ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 173 enfermeras de Urgencias. | Coeficiente de Alfa de Cronbach para la frecuencia de DM= 0.81 |
| Ajoudani et al. 2019 ⁶⁴ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 278 enfermeras de servicios que no se especifican. | Coeficiente de Alfa de Cronbach para la frecuencia de DM= 0.91, y para la intensidad del DM= 0.89. |
| Almutairi et al. 2019 ⁶⁵ | Arabia Saudí | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 342 médicos y enfermeras de servicios que no se especifican. | No reportado. |
| Asgari et al. 2019 ⁶⁶ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 142 enfermeras de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach para la frecuencia de DM= 0.872, y para la intensidad del DM= 0.924. |
| Colville et al. 2019 ⁶⁷ | UK | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 190 enfermeras y médicos de UCI. | Coeficiente de Alfa de Cronbach: 0.87 |
| Doked et al. 2019 ⁶⁸ | Canadá | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 1390 profesionales sanitarios de la UCI. | No reportado. |
| Sharif Nía et al. 2019 ⁶⁹ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 771 enfermeras de diferentes unidades clínicas. | Coeficiente de Alfa de Cronbach para los siguientes ítems: -Déficit de competencias profesionales= 0,823 -Ignorar los problemas éticos relacionados con los pacientes= 0,806 -Cuidados inútiles= 0,800 -Cumplir órdenes de forma automática sin pararse a pensar si se trata de lo mejor para el paciente y cuidados poco seguros= 0,739 -Proveer cuidados bajo la presión organizativa y del personal= 0,894 |
| Solemani et al. 2019 ⁷⁰ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 310 enfermeras de cardiología, UCI, cirugía y quirófano. | El coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0,853, 0,686, 0,685 y 0,711 para los cuatro factores. |
| Solemani et al. 2019 ⁷¹ | Irán | - 21 ítems - Escala Likert (0-4) | 193 enfermeras de cardiología, UCI, cirugía y quirófano. | Coeficiente de Alfa de Cronbach Total: 0.88. |

Tabla 3. Validaciones y estudios con la escala MDS-R (2012). Adaptada a partir de: Giannetta N, Villa G, Pennestrìd F, Sala R, Mordacci R, Manara DF. Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. Int J Nurs Stud. 2020 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767>

Por todo lo anteriormente expuesto se ha considerado realizar para este proyecto de investigación la adaptación y validación al contexto español de la escala MDS-R.

1.6. Justificación

La enfermería tiene un compromiso profesional innato con la salud y bienestar del prójimo. En el código deontológico de la Enfermería se insta a las enfermeras a prestar cuidados integrales y holísticos a todo paciente que precise atención médica⁷². No obstante, en algunas ocasiones la estructura de los sistemas de salud, los recursos con los que se cuenta, los factores estresantes del trabajo y la falta de conocimientos y competencias no permiten garantizar la correcta administración de esos cuidados, dando lugar, de este modo, a situaciones que impiden que las enfermeras puedan actuar en base a sus creencias o valores éticos.

El DM es un conflicto que surge cuando existen discrepancias entre lo que uno cree que es ética y moralmente correcto, frente a lo que el sistema, el resto del equipo o los pacientes creen que se debe hacer. La confrontación de intereses dentro de un sistema tan grande como el sanitario no es infrecuente, y da lugar, en muchas ocasiones, a conflictos que ponen a la enfermera en una encrucijada moral.

La relevancia clínica del DM emana de la evidencia científica que existe acerca de sus repercusiones sobre el sistema sanitario, los pacientes y el bienestar mental y físico de las enfermeras. En ellas genera una disminución de la productividad, de la calidad de los cuidados y de la seguridad de los pacientes. Por ende, el DM produce un aumento de los siguientes aspectos: costes en recursos financieros, complicaciones de salud, errores clínicos y abandono profesional.

Es así que el bienestar laboral y psicológico de aquellos que proveen cuidados es esencial, no solo como un derecho de los propios trabajadores, sino como una forma de garantizar que los cuidados que se prestan son suficientes o adecuados.

En la misma línea, otro de los aspectos negativos que surgen a partir del DM, a parte de los nombrados con anterioridad es el residuo moral. El residuo moral (RM), como bien explican Epstein y Hamric³⁹, es un efecto adverso dado por un alargamiento en el tiempo de un DM que no ha sido tratado, o bien por un suceso en el pasado que ha provocado sentimientos persistentes. Ambas causas son capaces de producir una “pérdida de la identidad moral duradera y poderosa”³⁹, dando lugar a la aparición de

ansiedad y depresión en el plano personal, y evitación de los pacientes y *burnout* en el profesional³⁹.

Según estas investigadoras, no abordar el DM a tiempo puede provocar la aparición de RM y ocasionar “entumecimiento de la sensibilidad moral y retirada de la participación en desafíos éticos”, así como agotamiento y abandono laboral. El RM puede llegar a ser causa, asimismo, de la prolongación de la vida de los pacientes cuando se prevé un mal pronóstico³⁹.

Por esta razón, y dada la gran carga de elementos morales que conlleva un cuidado holístico e integral, resulta imprescindible contar en nuestro entorno con un instrumento de medida capaz de cuantificar la intensidad y frecuencia del DM que provocan los conflictos a la hora de prestar dichos cuidados. Este debe estar adaptado, además, a las particularidades de España, pues existen varios factores que indican cómo el DM puede ser una realidad en el día a día de los enfermeros españoles. Varias causas fundamentales de la aparición de DM son ya objeto de preocupación entre los miembros de los servicios sanitarios: véase, por ejemplo, la alta incidencia de síndrome de *burnout*⁷²⁻⁷⁴, la precariedad de las plantillas, la falta de recursos materiales y la falta de conocimientos y de especialización de las enfermeras, entre otros indicios.

Un ejemplo reciente de ello es la escasez de recursos durante el pico más alto de la pandemia Covid-19, donde, ante la falta de equipos de ventilación mecánica, hubo que decidir a qué pacientes se les asignaba este recurso escaso pero necesario para su supervivencia. Esta situación fue realmente estresante y angustiada para todos aquellos sanitarios que tuvieron que vivir esa experiencia, y se trata de un ejemplo de DM ocasionado por la falta de recursos y el dilema ético o moral de decidir quien vive o quien muere⁷⁵.

Es decir, las causas que provocan DM son elementos que nos encontramos a diario en los hospitales españoles. Sin embargo, España es uno de los pocos países que aún no posee investigación científica suficiente sobre el DM y cómo afecta a su personal sanitario.

Antes de comenzar a indagar en este tema en nuestro país, es necesario tener un instrumento de medida adaptado a las características sociodemográficas y que sea capaz de determinar la presencia, intensidad y frecuencia del DM. La escala MDS-R⁶ es una candidata ideal, pues, de entre las escalas creadas hasta ahora, esta es la que más fiabilidad y validez muestra en sus resultados y ya ha sido adaptada y validada con éxito en muchos países.

En conclusión, la relevancia de realizar esta investigación reside en la necesidad de identificar y cuantificar en qué medida el DM afecta y perjudica a los enfermeros españoles. En la actualidad, y más que nunca debido a la situación extraordinaria que vivimos debido a la pandemia mundial por la COVID-19, resulta esencial detenerse a observar las necesidades éticas y morales que los profesionales de enfermería manifiestan, así como darles respuesta de una forma eficaz.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Traducir, adaptar y validar el cuestionario *Moral Distress Scale-Revised (MDS-R)* al contexto español.

2.2. Objetivos específicos

- Medir la intensidad y frecuencia del DM en las enfermeras de los servicios de UCI y de unidades de servicios quirúrgicos-cirugía de los hospitales de La Palma, El Hierro, La Gomera y Tenerife.
- Comprobar la fiabilidad de la versión en español del cuestionario MDS-R.
- Indagar la sensibilidad al cambio de la versión en español del cuestionario MDS-R.
- Evaluar la relación entre las diferentes variables sociodemográficas y el nivel de DM percibido en las enfermeras de los servicios de UCI y de unidades de servicios quirúrgicos-cirugía de los hospitales de La Palma, El Hierro, La Gomera y Tenerife.

3. Método

Esta investigación será llevada a cabo en dos fases:

- Primera fase: traducción y adaptación transcultural de la escala *Moral Distress Scale – Revised (MDS-R)*.
- Segunda fase: estudio de diseño transversal observacional con componente analítico para obtener una muestra de validación (validación de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio) y cálculo de fiabilidad y sensibilidad al cambio del cuestionario.

3.1. Primera fase

3.1.1. Tipo de estudio

Una de las dificultades de llevar a cabo investigaciones en España radica en que muchos de los instrumentos y escalas de medida han sido desarrollados en países angloparlantes, y, por lo tanto, en un contexto idiomático y cultural diferente⁷⁶.

Para llevar a cabo mediciones y cuidados a una población determinada es preciso evaluar y comprender la cultura e idioma de dicha población. Si la investigación se limita a traducir un instrumento sin adaptarlo a su cultura, los resultados obtenidos no serán fiables o estarán sesgados^{76,77}. Es por ello por lo que a la hora de utilizar un instrumento que fue desarrollado en otro país y contexto cultural, es importante que el primer paso consista en traducirlo y adaptarlo transculturalmente^{76,77}.

Por otro lado, con el objetivo de obtener una equivalencia semántica y conceptual entre el instrumento original y el deseado, conservando este los mismos constructos y propiedades psicométricas, resulta necesario llevar a cabo un proceso reglado de varias fases. No obstante, no existe un consenso generalizado sobre el método estándar para ello; el que se elija debe ajustarse a las características del instrumento y el lugar donde se aplica^{76,77}.

Es por todo lo anterior que para este proyecto de investigación se plantea se llevar a cabo un proceso de traducción y adaptación transcultural de un instrumento de medida: se utilizará el método de traducción-retrotraducción, valoración por un panel de expertos y prueba piloto⁷⁷. Este proceso se realizará en consonancia con los métodos empleados en otras adaptaciones transculturales del cuestionario MDS-R, como las llevadas a cabo en países como Brasil⁴⁰ y Suecia⁷⁸, y siguiendo el método propuesto por Sousa et al⁷⁷.

3.1.2. Instrumento de partida

El cuestionario MDS-R fue desarrollado por Hamric et al. en 2012 con el objetivo de medir la frecuencia e intensidad del DM⁶. Se trata de un cuestionario que comprende situaciones de DM relacionadas con dilemas éticos provocados por la institución de salud, preparación profesional o nivel de conocimientos, convivencia entre los miembros del equipo de trabajo, prolongación de la vida, situaciones de riesgo para los pacientes y nivel de implicación con el paciente y sus familiares⁶.

Esta escala compuesta por 21 ítems tiene un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones (0-4), donde se evalúan dos áreas: intensidad y frecuencia del DM. La puntuación relacionada con la intensidad comprende desde el 0 (“nada”) hasta el 4 (“mucho”), y la de la frecuencia desde el 0 (“nunca”) hasta el 4 (“muy frecuente”). Posteriormente, en cada ítem la calificación de intensidad debe multiplicarse por la calificación de frecuencia y los resultados de todos los elementos han de ser sumados, obteniéndose una puntuación que puede ir de 0 a 336, siendo esta última el mayor nivel de DM experimentado^{6,40}.

Por otro lado, la escala posee cajas de comentarios para que los encuestados puedan añadir otras causas que les produzcan DM⁶.

Además, la MDS-R posee seis versiones paralelas. Tres se centran en proveedores que ejercen en entornos de adultos: enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, y las tres versiones restantes se centran en estos mismos grupos de proveedores en entornos pediátricos⁶. Estas versiones surgieron a partir de la modificación y adaptación de los ítems número 6, 12, 13, 17 y 21⁶. No obstante, este proyecto se centrará únicamente en realizar la traducción y adaptación transcultural del cuestionario estándar de la MDS-R.

3.1.3. Traducción y adaptación transcultural

El proceso de adaptación transcultural se compone de dos partes: traducción del cuestionario y adaptación transcultural⁷⁷.

En primer lugar, se realizará una comprobación de la propiedad intelectual contactado con la autora original para obtener su consentimiento. Este paso ya se ha realizado, comprobándose que la autora original se encuentra jubilada.

El equipo investigador de este proyecto está constituido por la investigadora principal y su tutor.

En una primera etapa, el instrumento en su lengua original (inglés) deberá ser traducido al español por dos traductores independientes y preferiblemente profesionales. Aunque su lengua materna será el castellano, ambos traductores deberán ser bilingües y, a ser posible, biculturales, es decir, deben conocer en profundidad ambas culturas: la española y la estadounidense⁷⁷. El primer traductor deberá estar familiarizado con el ambiente y la terminología sanitaria, así como con la idea del tema a tratar; mientras que el segundo debe manejar fluidamente la jerga

coloquial y sus expresiones comunes, y no conocer el tema sobre el que trata la escala⁷⁷.

Una vez realizada la traducción, se les pedirá a los traductores que evalúen la dificultad del proceso de traducción del cuestionario en los siguientes términos: “dificultad fácil”, “dificultad media” o “dificultad difícil”⁷⁹.

Una vez obtenidas las dos traducciones será necesario, en una segunda etapa, evaluarlas, compararlas con el cuestionario original y unificarlas para obtener una primera versión del instrumento en español. Esta etapa es responsabilidad del equipo investigador. Para repasar las discrepancias y ambigüedades que puedan surgir durante dicha unificación, podrá intervenir en el proceso un tercer traductor, que tendrá que poseer las mismas características que los traductores de la primera fase; es decir, deberá ser bilingüe y, a ser posible, bicultural⁷⁷. Además, en dicho proceso, también pueden pasar a formar parte los dos traductores de la primera etapa⁷⁷. Finalmente, el trabajo conjunto entre el equipo de investigación y traductores dará lugar a la primera versión en español de la MDS-R (versión preliminar 1 de la MDS-R-E).

En la tercera etapa, se realizarán las retrotraducciones de la versión preliminar 1 de la MDS-R-E. Los traductores que intervendrán en esta fase han de ser distintos a los participantes de la primera⁷⁷. No obstante, deberán poseer la misma cualificación y características. Asimismo, estos traductores no deben conocer el instrumento original⁷⁷. Una vez llevado a cabo este proceso se obtendrán dos retrotraducciones: la retrotraducción 1 y la retrotraducción 2.

Estos traductores también rellenarán un test de dificultad al igual que hicieron los traductores de la primera fase⁷⁹.

Una vez obtenidas las retrotraducciones 1 y 2, es habitual enviarlas a la autora original del instrumento. En este caso, como se mencionó con anterioridad, no será posible debido a que la autora se encuentra jubilada. En su defecto, se formará un equipo de expertos externos que se encargará de evaluar si las retrotraducciones 1 y 2 son fieles a la escala original. De ser así, tendrá lugar la segunda versión preliminar de la MDS-R (versión preliminar 2 de la MDS-R).

Sin embargo, si el equipo de expertos externos coincide en que las retrotraducciones 1 y 2 no son fieles a la versión original o poseen varias discrepancias, este proceso será anulado y tendrá que reiniciarse desde la primera fase contando con un equipo de traductores nuevo⁷⁷.

Este equipo de expertos externos estará constituido por 10 profesionales con distintos perfiles, elegidos en base a las siguientes características: nivel académico, años de experiencia laboral, ámbito de trabajo, categoría profesional y conocimientos sobre el DM⁷⁷. Es así que el equipo de expertos que se propone para participar en este proyecto estará compuesto por: expertos en ética de ciencias de la salud, expertos en metodología de la investigación, filólogos, psicólogos, enfermeras de UCI y enfermeras de unidades de servicios quirúrgicos-cirugía.

En una cuarta etapa, tendrá lugar la evaluación de la aplicabilidad del instrumento MDS-R-E sobre una prueba piloto. El objetivo de este proceso consiste en averiguar si la escala se adecua a la cultura de destino y comprobar si se producen conflictos de comprensión. La muestra debe estar compuesta por 20 participantes enfermeros de servicios de UCI y de unidades de servicios quirúrgicos-cirugía cuya lengua materna sea el español⁷⁷. Sumado a lo anterior, durante la realización de la escala es necesario evaluar el tiempo precisado para llevar a cabo su cumplimentación y así poder valorar la carga de administración del cuestionario⁷⁹.

Dicha encuesta será configurada a través del programa *Word*, y será administrada en formato papel a los encuestados. Una vez cumplimentada, esta será depositada por los mismos en un buzón situado en los servicios donde se lleva a cabo el pilotaje.

En este pilotaje, resulta conveniente realizar una valoración de la dificultad del cuestionario a los encuestados a través de un test de respuesta dicotómica (“claro” o “poco claro”) y solicitar que se indique en las “observaciones” cuales han sido los aspectos que generaron dudas. Esto aportará información acerca de aquellos elementos que son candidatos a la modificación para, de este modo, obtener un instrumento más claro y conciso⁷⁷.

Si existen elementos confusos para al menos el 20% de la muestra a la que se le administre la escala, será preciso realizar una reevaluación de aquellas partes que suscitaron dudas (instrucciones, ítems, formato de respuesta).

Una vez los participantes hayan cumplimentado el cuestionario y aportado las sugerencias pertinentes, el equipo investigador revisará las respuestas y efectuará las modificaciones necesarias para mejorar la comprensión de la escala.

Por último, una vez finalizadas las correcciones anteriores, se obtendrá como resultado la versión final del *Moral Distress Scale-Revised-Versión Española* (MDS-R-E). Se puede consultar en la Figura 1, un flujograma donde se expone el proceso de traducción-retrotraducción y adaptación transcultural propuesto para el MDS-R-E.

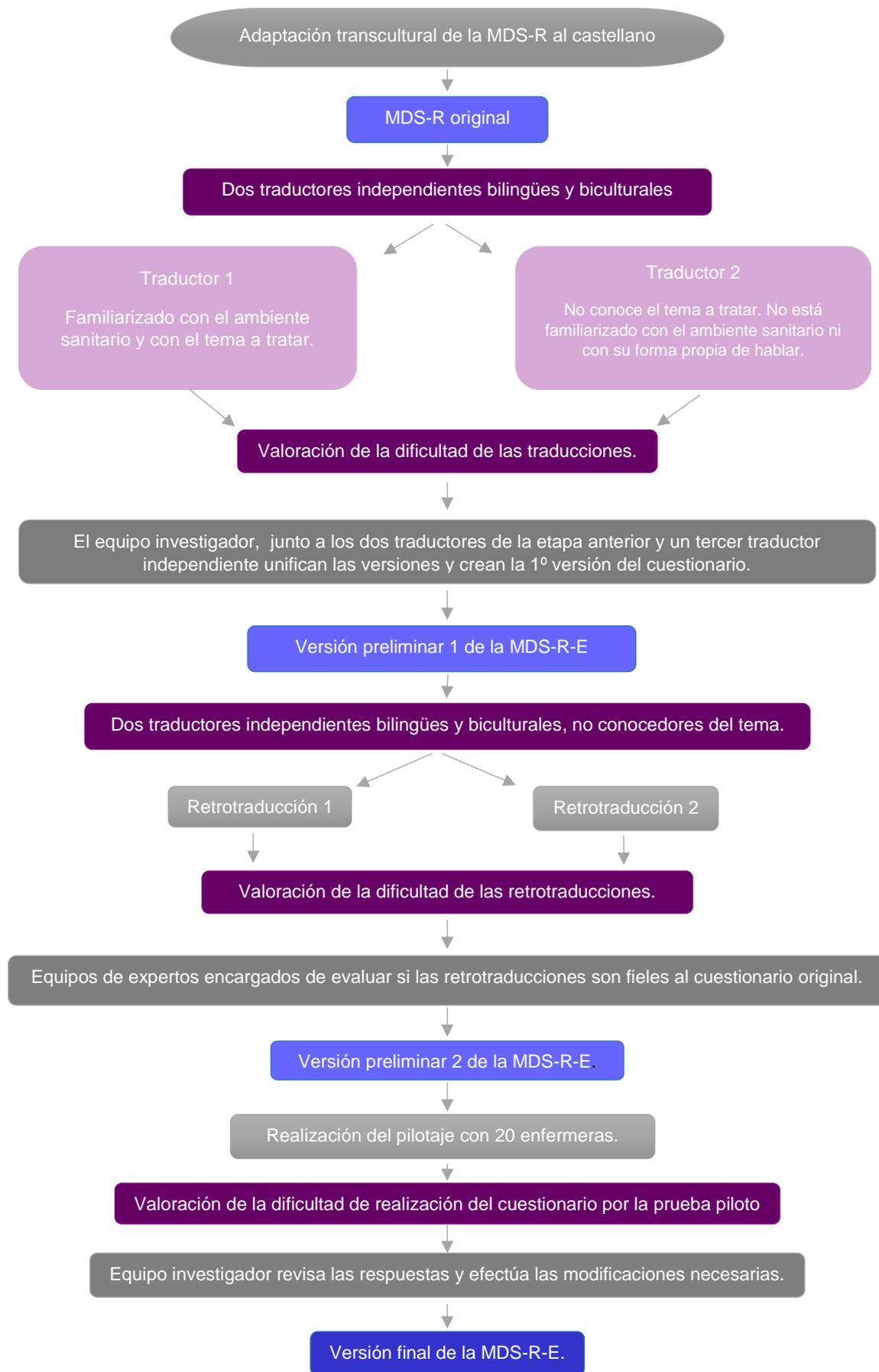


Figura 1. Diagrama del proceso de traducción-retrotraducción y adaptación transcultural del MDS-R-E.

3.2. Segunda fase.

3.2.1. Tipo de estudio

Estudio observacional transversal descriptivo con componente analítico.

3.2.2. Población a estudio

La población a estudio serán enfermeros de las islas pertenecientes a la provincia de Santa Cruz de Tenerife, cuya área de trabajo se ubique en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Quirófano y Unidades de Servicios quirúrgicos-cirugía, pues son los servicios en los que se han manifestado más casos de DM en otros países⁵.

A la población a estudio se le aplicarán los siguientes criterios de inclusión, exclusión y retirada:

- Criterios de inclusión:
 - Enfermeros de cualquier rango de edad y género cuyo lugar de trabajo habitual se localice en los servicios de UCI y unidades de servicios quirúrgicos-cirugía.
- Criterios de exclusión:
 - Enfermeros con barreras idiomáticas o dificultades para entender el español.
- Criterios de retirada:
 - Enfermeros que rellenen el cuestionario de forma incorrecta, añadiendo respuestas múltiples, o que deseen retirarse del estudio.

3.2.3. Tamaño muestral

Para obtener un tamaño muestral adecuado que posteriormente permita la realización de un análisis factorial, se utilizará la recomendación clásica que establece utilizar al menos 10 sujetos por cada ítem que posea la escala, y un mínimo de 200 sujetos⁸⁰. Por ello, en base a estos consejos se obtendrá una muestra total de 210 sujetos. Esta indicación se justifica en tanto que a mayor sea la muestra, mayor confianza se obtendrá en el cuestionario⁸⁰. Todo ello será realizado con el objetivo único

de obtener un tamaño muestral adecuado que posteriormente permita realizar un análisis factorial exploratorio (AFE) y un análisis factorial confirmatorio (AFC) tras la recogida de los datos con la escala MDS-R-E⁸⁰. No obstante, en tanto que se estima que podrá existir cierto porcentaje de pérdidas de un 19% aproximadamente en materia de encuestas mal respondidas, sujetos que finalmente no participen, etc. A esta muestra se añadirán 40 participantes más, quedando así un total de tamaño muestral requerido de 250 enfermeros para realizar el AFE.

3.2.4. Selección de la muestra

Para llevar a cabo este paso se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia en los servicios de UCI, servicios de Quirófano y Plantas de Cirugía-servicios Quirúrgicos de los siguientes centros hospitalarios públicos dependientes del Servicio Canario de Salud:

- Hospital General de La Palma.
- Hospital Nuestra Señora de los Reyes, El Hierro.
- Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, La Gomera.
- Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
- Hospital Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife.
- Hospital del Norte, Tenerife.
- Hospital del Sur, Tenerife.

Para conocer la cantidad aproximada de enfermeras susceptibles de participar en el estudio se indagó a cerca del número de efectivos correspondiente que se encuentran trabajando actualmente en los servicios quirúrgicos-cirugía y UCI de estos hospitales. Para realizar este recuento fue necesario contactar con los departamentos de Recursos Humanos y Direcciones de Enfermería de cada centro. En el caso del HUNSC, fue preciso enviar una carta formal donde se especificase el título de la investigación, el objetivo general y la información que se solicitaba (**Anexo III**).

A continuación, se cita el número de enfermeros que ejercen en los servicios de Quirófano, Planta de cirugía, Consultas Externas de Cirugía y UCI de aquellos hospitales de los cuales se pudieron extraer datos.

- Hospital General de La Palma.
 - Quirófano: 25
 - Planta de cirugía: 12
 - Consultas externas de cirugía: 1
 - UCI: 25
- Hospital Nuestra Señora de los Reyes, El Hierro.
 - Quirófano: 4
 - Planta de cirugía: Este centro no dispone de planta específica para esta especialidad médica.
 - Consultas externas de cirugía: 4 (competencia de los mismos 4 enfermeros de quirófano)
 - UCI: Este centro no dispone de este servicio.
- Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, La Gomera.
 - Quirófano: 9
 - Planta de cirugía: Este centro no dispone de planta específica para esta especialidad médica.
 - Consultas externas de cirugía: 3
 - UCI: Este centro no dispone de este servicio.
- Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.
 - Quirófano: 69
 - Planta de cirugía: Existen dos plantas de cirugía, cada una de ellas provista de 12 enfermeros.
 - Consultas externas de cirugía: 1
 - UCI: 70

El total de enfermeros asciende a 243. No obstante, este cómputo no registra el número de enfermeros de las plantillas correspondientes a los Hospitales del Sur de Tenerife, Norte de Tenerife y el Hospital Universitario de Ntra. Sra. De Candelaria, información a la que estudio no se pudo tener acceso.

3.2.5. Variables

Para este estudio se tendrán en cuenta las siguientes variables, que serán valoradas a través de una serie de preguntas que deberán ser cumplimentadas por los participantes en el momento de la realización del cuestionario:

- **Edad:** el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad. El fin de conocer esta característica de la muestra consiste en averiguar el grado de madurez para afrontar los dilemas morales que puedan surgir en la práctica de la profesión, así como la capacidad para advertir la presencia de los mismos. Se expresará en años enteros.
- **Género:** Se debe hacer distinción entre el género masculino y el femenino en tanto a que se ha comprobado que existen varias áreas dentro del concepto de la inteligencia emocional que tienen más desarrollo en hombres que en mujeres, y viceversa⁸¹. Un ejemplo de ello es la capacidad de atención, que experimenta un mayor desarrollo en mujeres que en hombres, o la capacidad de autocomprensión y regulación de las emociones, que es mayor en el género masculino que en el femenino⁸¹. Siendo esto así, y en relación con el DM, aquellas personas que poseen más habilidades emocionales son capaces de afrontar y resolver los problemas éticos y morales de una forma más eficiente que las que no⁷. De lo antedicho se concluye cómo la falta de manejo emocional puede propiciar un mayor nivel de DM⁷.
- **Experiencia laboral:** aptitudes o conocimientos adquiridos por los enfermeros durante un periodo de tiempo específico. El DM se encuentra estrechamente relacionado con este factor debido a cómo la cantidad de tiempo trabajado se vincula con el nivel de conocimientos adquiridos. Las enfermeras con un nivel medio de conocimientos están más predispuestas a sufrir más DM que aquellas con un nivel bajo o un nivel alto⁵⁹. Ahora bien, existe por otro lado la hipótesis de que, a mayor tiempo trabajado, mayor será la probabilidad de presentar un nivel alto de DM⁶. Esto se debe, en parte, al cariz acumulativo de esta afectación, que puede dar lugar a la aparición de residuo moral⁶. Esta característica será, pues, otra de las variables a estudio, y se medirá en años enteros.
- **Nivel académico:** este factor se encuentra estrechamente relacionado con la sensación de empoderamiento y seguridad de las enfermeras, por lo que, a mayor nivel de conocimientos y estudios realizados, mayor será el grado de empoderamiento y de seguridad. No obstante, se ha apreciado que, en los casos intermedios, donde la enfermera tiene un nivel de conocimientos medio, y por ende un nivel intermedio de empoderamiento, el nivel de DM tenderá al alza⁵⁹. Esta variable se medirá de forma no excluyente a través del máximo nivel académico logrado: grado, máster (oficial), especialidad de enfermería y doctorado.
- **Formación de postgrado en Bioética:** en la misma línea, la formación de postgrado, al ser una herramienta para aumentar los conocimientos sobre un área,

promueve el aumento de la percepción de empoderamiento de la enfermera y por consiguiente puede influir en la disminución del nivel de DM. Considerándose que es posible que a mayor cantidad de formación de este tipo recibida puede ser mayor el nivel de conocimientos adquiridos, se recogerá de forma cuantitativa el número de estudios completados respecto al área de bioética, distinguiéndose entre cursos de formación continuada, expertos universitarios y máster propios, en forma de números enteros, según la formación finalizada.

- Centro hospitalario: hospital donde la enfermera se encuentra ejerciendo en el momento de cumplimentación de la encuesta: Hospital General de La Palma, Hospital Nuestra Señora de los Reyes (El Hierro), Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (La Gomera), Hospital Universitario de Canarias (Tenerife) Hospital Nuestra Señora de La Candelaria (Tenerife) Hospital del Norte (Tenerife) y Hospital del Sur (Tenerife).
- Servicio: a la hora de rellenar el cuestionario debe quedar reflejado si el enfermero trabaja en una UCI o en Unidades de servicios quirúrgicos-cirugía.
- Tiempo trabajado en el servicio correspondiente: Debe cumplimentarse en formato de meses completos.
- Puntuación del cuestionario MDS-R-E: puntuación total obtenida tras la realización de la MDS-R-E, que puede ir de 0 a 336 puntos.

3.2.6. Métodos y técnicas de recogida de datos

Antes de comenzar el proceso de recogida de datos, se informará formalmente por escrito a los supervisores de las unidades de servicios quirúrgicos-cirugía y UCI de los hospitales que se nombraron con anterioridad para informar acerca del propósito del estudio y solicitar su colaboración (**Anexo IV**). Posteriormente, con el fin de concretar los detalles del proceso se realizará una reunión a través de *Google Meet*®. Una vez estos accedan a poner en marcha el estudio, se llevará a cabo el proceso de recogida de datos a través de las encuestas. A todos los participantes se les hará entrega vía email de un anexo informativo donde figure la definición del DM y el objetivo del estudio (**Anexo V**) y un consentimiento informado (**Anexo VI**).

La escala será configurada y administrada a través de la herramienta online *Google Forms*®. Para ello, previamente se enviará un enlace de acceso directo a la escala a los participantes a través de su correo electrónico. Además de la escala, en esta encuesta online estará disponible un formulario de las variables sociodemográficas

(Anexo VII). Todo lo anterior se realizará siguiendo las indicaciones de las normas CHERRIES⁸².

Una vez que la encuesta online haya sido cumplimentada, los datos obtenidos serán volcados directamente a una base de datos que garantice la privacidad y anonimato de los encuestados.

Se estipula que el proceso de recogida de datos durará un mes partiendo de la fecha en la que se envíen los enlaces de invitación a realizar la encuesta.

Posteriormente, con el fin de medir la sensibilidad al cambio de la escala, se solicitará a 30 de los enfermeros que participaron en la primera recogida de datos que cumplimenten la escala MDS-R-E por segunda vez. Para ello se utilizará nuevamente la estrategia de recogida de datos que se citó con anterioridad.

Este proceso tendrá inicio una vez se cierre el acceso directo a la plataforma de cumplimentación de la escala de la primera toma de datos (1 mes desde que se abra). A partir de este momento, se habilitará un nuevo enlace, y se enviará a través de email a los participantes quienes dispondrán de un plazo de 15 días para rellenar el cuestionario.

3.2.7. Análisis e interpretación de datos

Una vez obtenido los resultados de las encuestas se procederá a su análisis e interpretación teniendo en cuenta las variables de la muestra.

En una primera etapa, se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables, donde las variables cualitativas (género, nivel académico, centro hospitalario y servicio) serán expresadas en porcentajes y frecuencia, y las cuantitativas (edad, experiencia laboral, estudios de postgrado en Bioética, tiempo trabajado, puntuación del cuestionario MDS-R-E) serán calculadas a través de medidas de tendencia central (media, mediana y rango intercuartílico), medidas de dispersión (desviación estándar) y medidas de posición (percentiles) según se requiera.

En una segunda etapa se realizará un análisis inferencial para explorar las asociaciones entre las diferentes variables y la puntuación media total obtenida en el cuestionario.

Por un lado, con el fin de comprobar la simetría de la distribución de los datos obtenidos, se utilizará la prueba estadística no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. Para ello, es preciso tener una muestra mayor de 30-35 sujetos. En este caso, al preverse 250 participantes, este test se estima apropiado como prueba de ajuste de bondad⁸³.

Una vez calculados los resultados de Kolmogorov-Smirnov, si los datos obtenidos son simétricos se utilizará la prueba paramétrica T de Student, si por el contrario son asimétricos se realizará la prueba no paramétrica de Mann Whitney⁸³. Todo esto último con el fin de realizar una comparación de medias entre las variables cuantitativas.

Para comprobar la posible asociación entre la variable “Nivel académico” y la puntuación total que se obtenga en la MDS-R-E se utilizará la prueba ANOVA.

Y, por último, para estudiar la posible asociación entre las variables cuantitativas “Edad”, “Experiencia laboral” “Formación de postgrado en Bioética” y “Tiempo trabajado” frente a la puntuación total del cuestionario se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman en el caso de que la distribución sea asimétrica, o el coeficiente de correlación de Pearson en el caso de que la distribución sea simétrica.

Para comprobar si la asociación entre estas variables es estadísticamente significativa el p-valor obtenido deberá ser inferior al nivel de significación considerado para este estudio, siendo éste $\alpha = 0,05$.

Posteriormente, en una tercera etapa, se realizará un análisis factorial exploratorio (AFE). Este tipo de análisis es comúnmente utilizado en los estudios de adaptación y validación de los instrumentos de medida, debido a que permite explorar el conjunto de variables y sus factores comunes que explican las respuestas de las preguntas que ofrece el cuestionario⁸⁰. No obstante, antes será necesario averiguar si realmente esta escala permite realizar dicho análisis, para lo cual se utilizarán dos pruebas: la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

La prueba KMO considera que si el valor obtenido en la misma es inferior a 0,7 no es adecuado hacer el análisis factorial. Por el contrario, si los resultados obtenidos están entorno a los 0,7-0,8 puntos o más, es recomendable realizar un análisis factorial⁸⁴.

Por otro lado, la prueba de esfericidad de Bartlett explica que si los resultados obtenidos en la misma son inferiores a los 0,05 puntos es adecuado realizar el análisis factorial⁸⁴.

Para comprobar la fiabilidad y la consistencia interna del instrumento se utilizará el Coeficiente de Alfa de Cronbach. En general, se considera aceptable un valor situado en un alfa de 0,8 o más ($\alpha \geq 0,8$)⁸⁵.

Asimismo, como método alternativo para evaluar la confiabilidad del cuestionario, se usará el coeficiente Omega de McDonald (ω)⁸⁶. Este coeficiente será calculado a partir de los valores obtenidos en el análisis factorial. El rango aceptable de confiabilidad deberá situarse entre 0,70-0,90, puesto que un valor por debajo de estos límites indica poca confiabilidad, mientras que un valor situado sobre 0,90 indica baja especificidad y validez del constructo^{86,87}. No obstante, en algunas ocasiones, puede aceptarse valores situados por encima de 0,65⁸⁶.

Por último, para comprobar la estabilidad temporal del cuestionario, se llevará a cabo la técnica test-retest^{88,89}. Para ello, será necesario calcular el coeficiente de correlación entre la puntuación obtenida en la primera y la segunda toma del cuestionario a través del índice de concordancia entre evaluadores. El coeficiente de correlación elegido en este caso será el índice Kappa de Cohen⁹⁰.

Una vez se hayan recabado los resultados del coeficiente Kappa de Cohen tanto en la primera toma del cuestionario como la segunda, se deberá comparar los valores obtenidos, si estos son semejantes entre sí, se interpretará que la prueba indica que el cuestionario es reproducible y estable en el tiempo.

3.2.8. Aspectos éticos de la investigación

El protocolo de este estudio deberá ser evaluado y aprobado por el comité de ética de investigación perteneciente al Hospital Universitario de Canarias (H.U.C.). Dicho comité da cobertura a las islas pertenecientes a la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en las cuales se llevará a cabo la recogida de datos.

Además, como se ha mencionado con anterioridad, a la muestra se le informará previamente de la función y objetivo de este estudio y se les hará entrega en formato online de los correspondientes consentimientos informados, que deberán ser leídos y firmados antes de la cumplimentación del cuestionario.

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personales y garantía de los derechos digitales entrada en vigor el 7 de diciembre de 2018; la identidad de la muestra y los datos obtenidos en los formu-

larios permanecerán en el anonimato y tendrán un fin exclusivo para el desarrollo de la investigación.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizará una matriz anonimizada del programa estadístico utilizado, donde únicamente aparecerá el número de registro interno y no los nombres de los sujetos.

Además, todos los cuestionarios obtenidos serán custodiados durante un periodo de 10 años por los investigadores principales según la normativa vigente.

4. Plan de difusión de los resultados

Una vez se analicen e interpreten los datos recogidos en las encuestas, se redactará el correspondiente informe. Estos resultados serán presentados, en primer lugar, a todos los profesionales que configuran el equipo de expertos que participa en la Fase 1 de este proyecto. Además, se considera conveniente e interesante que tanto los supervisores de las unidades donde se lleve a cabo la recogida de datos, como los participantes que rellenen la escala también conozcan los resultados. Esta sería una forma de visibilizar la probable existencia de DM entre los miembros del equipo de enfermería.

Del mismo modo, siendo el DM un concepto muy poco conocido entre el personal sanitario y con poca o ninguna investigación científica en España que lo visibilice, se contempla la difusión inicial de los resultados de este estudio en congresos y jornadas de ámbito nacional.

Asimismo, dados el desconocimiento y la novedad arraigados al concepto del DM y teniendo en cuenta que los resultados pueden ser potencialmente relevantes, se considerará la posibilidad de la publicación de este estudio en revistas de difusión nacional o internacional que acepten su publicación.

5. Conclusiones

A pesar de las repercusiones negativas que el DM produce en el bienestar físico y psíquico de las enfermeras que lo padecen, así como del impacto que genera en los diferentes sistemas sanitarios, es un concepto que, en España, parece carecer de investigación científica.

Este estudio pretende traducir, adaptar y validar el cuestionario MDS-R para obtener la primera herramienta en este país capaz de medir este fenómeno.

Es así que, dando este primer paso, se pretende aumentar la visibilidad y comprensión de este problema, permitiendo demostrar la existencia o no de DM entre los enfermeros y enfermeras de España. En caso afirmativo, se allanaría el camino a la elaboración e implantación de nuevas políticas e intervenciones cuyo objetivo consistan en disminuir el DM.

Con todo lo dicho anteriormente, este estudio se enmarca como una primera aproximación en la necesidad de realizar más investigaciones sobre dicho fenómeno. De esta manera se abrirá la posibilidad de obtener más conocimientos acerca de por qué y de qué manera afecta el DM a las enfermeras de España, facilitando en última instancia el diseño de posibles estrategias que mejoren la calidad laboral de esta profesión y disminuyan los efectos negativos que en consecuencia se producen en los sistemas sanitarios.

Referencias bibliográficas

1. Jameton A. Nursing Practice: the Ethical Issues. *Int J Nurs Stud.* 1985;22(4):343.
2. Wilkinson JM. Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum.* 1987;23(1):16-29. DOI: 10.1111/j.17446198.1987.tb00794.x
3. Canadian nurses association, Code of Ethics for registered nurses [monografía de internet]. Ottawa, Canada: Canadian nurses association; 2017 [consultado el 26/11/2020]. Disponible en: <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/code-of-ethics-2017-edition-secure-interactive.pdf>
4. Woods M. Moral distress revisited: the viewpoints and responses of nurses. *Int Nurs Rev.* 2019;00:1-8.
5. Giannetta N, Villa G, Pennestrì F, Sala R, Mordacci R, Manara DF. Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud.* 2020;111:103767. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767>
6. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research.* 2012;3(2):1-9. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
7. Lewis SL. Emotional Intelligence in Neonatal Intensive Care Unit Nurses: Decreasing Moral Distress in end-of-life care and laying a foundation for improved outcomes. An integrative review. *HPNA.* 2019;21:250-256 DOI: 10.1097/NJH.0000000000000561
8. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB Empirical Bioethics.* 2019;10:1-13. DOI:10.1080/23294515.2019.1586008
9. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience Moral Distress: A systematic review. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2012;24:91–100. DOI: 10.1016/j.ccell.2012.01.004.
10. Laurs L, Blaževičienė A, Capezuti E, Milonas D. Moral Distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. *JNS.* 2019;00:1–9. DOI:10.1111/jnu.12536.

- 11.** Karakachian A, Colbert A. Nurses' Moral Distress, burnout, and intentions to leave: An integrative review. *J Forensic Nurs.* 2019;15:1-10. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000249.
- 12.** Lins Fumis RR, Junqueira Amarante GA, Nascimento AF, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *J Intensive Care Soc.* 2017;7(1):1-8. DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2.
- 13.** Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* [revista de internet] 2001 [acceso el 13 de diciembre de 2020]; 52:397-422. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- 14.** Dalmolin JL, Lunardi VL, Lunardi GL, Devos Barlem ED, da Silveira RM. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev. Lat Am Enferm.* 2014;22(1):35-42. DOI: 10.1590/0104-1169.3102.2393
- 15.** Vasconcelos E. et al. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm.* 2017;71(1):135-141.
- 16.** Neumann JL et al. Burnout, moral distress, work–lifebalance, and career satisfaction among hematopoietic cell transplantation professionals. *biology of blood and marrow transplantation.* *Biol Blood Marrow Transplant.* 2018;24(4):849–860. <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.11.015>
- 17.** Bordignon M, Monteiro MI. Predictors of nursing workers' intention to leave the work unit, health institution and profesión. *Rev Lat Am Enfermagem* 2019;27:e3219. DOI: 10.1590/1518-8345.3280.3219.
- 18.** Guerrero Flores S, Timón Andrada R, Conde Caballero D. Un estudio sobre la precariedad laboral en enfermería: consecuencias y relaciones en torno al síndrome de agotamiento y el abandono profesional. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* [Internet] 2018 [acceso el 15 de diciembre de 2020]; 27(4):204-212. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000400003&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552018000400003&lng=es)
- 19.** Hamric AB, Epstein EG. A Health System-wide Moral Distress Consultation Service: Development and Evaluation. *HEC Forum.* 2017;29:127–143. DOI 10.1007/s10730-016-9315-y

- 20.** Wands BA. A survey of moral distress in certified registered nurse anesthetists: A theoretical perspective for change in ethics education for advance practice nurses. *Int. J. Nurs. Sci.* 2018;5(2):121–125. DOI: 10.1016/j.ijnss.2018.03.006
- 21.** Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001;33(2):250-256.
- 22.** Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs. Ethics* 2005;12(4):381–390. DOI: 10.1191/0969733005ne809oa
- 23.** Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit. Care Med.* 2007;35(2):422–429. DOI: 10.1097/01.CCM.0000025472.50608.2D
- 24.** Asayesh H, Mosavi M, Abdi M, Masoud MP, Jodaki K. The relationship between futile care perception and moral distress among intensive care unit nurses. *J. Med. Ethics History Med.* 2018;11:1–6.
- 25.** Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. Moral distress questionnaire for clinical nurses: Instrument development. *J. Adv. Nurs.* 2009;65(4):885–892. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x
- 26.** Ohnishi K et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs. Ethics* 2010;17(6):726–740. DOI: 10.1177/0969733010379178
- 27.** Abbasi M, Nejadisarvari N, Kiani M, Borhani F. Moral distress in physicians practicing in hospitals affiliated to medical sciences universities. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(10):e18797. DOI: 10.5812/ircmj.18797
- 28.** Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs. Ethics* 2015;22(1):64–76. DOI: 10.1177/0969733014534874.
- 29.** Atabay G, Çangarli BG, Penbek S. Impact of ethical climate on moral distress revisited: Multidimensional view. *Nurs Ethics.* 2015;22(1):103–116. DOI: 10.1177/0969733014542674
- 30.** Smith-Gabai H, Kuzminski S, Eldridge E. Surveying moral distress among skilled nursing facility practitioners. *OT Pract.* 2018;23:24–25.
- 31.** Ramos AM, Barlem ELD, Barlem JGT, Rocha LP, Dalmolin G, Figueira AB. Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. *Rev Brasil Enferm.* 2017;70(5):1011–1017. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0518.

- 32.** Badolamenti S, Fida R, Biagioli V, Caruso R, Zaghini F, Sili A, Rea T. Modified Moral Distress Scale (MDS-11): validation study among Italian nurses. *Prof Infermieristiche*. 2017;70(4):238–248. DOI: 10.7429/pi.2017.704238
- 33.** Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Moral distress in nurses: A description of the risks for professionals. *Texto e Contexto Enferm*. 2018;27(4):1–11. DOI: 10.1590/0104-070720180 04020 017
- 34.** Awosoga O, Pijl EM, Spenceley S, Hagen B, Hall B, Sajobi T. Development and validation of the Moral Distress in Dementia Care Survey instrument. *J Adv Nurs*. 2018; 74(11):2685–2700. DOI: 10.1111/jan.13803
- 35.** Barth PO, Ramos FRS, Barlem ELD, Dalmolin G, de L, Schneider DG. Validation of a moral distress instrument in nurses of primary health care. *Rev Lat Am Enferm*. 2018;26. DOI: 10.1590/1518-8345.2227.3010
- 36.** Lev S, Ayalon L. Development and content validation of a questionnaire to assess moral distress among social workers in long-term care facilities. *Soc. Work Health Care* 2018;57(3):190–205. DOI: 10.1080/00981389.2017.1414096
- 37.** Bender MA, Andrilla CHA, Sharma RK, Hurd C, Solvang N, Mae-Baldwin L. Moral distress and attitudes about timing related to comfort care for hospitalized patients: a survey of inpatient providers and nurses. *Am J Hosp Palliat Med*. 2019;36(11):967–973. DOI: 10.1177/1049909119843136
- 38.** Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, Thacker LR, Hamric AB. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empir Bioethics*. 2019;10(2):113–124. DOI: 10.1080/23294515.2019.1586008
- 39.** Allen R et al. Moral Distress among healthcare professionals at a health system. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2013;15(3):111-118. DOI: 10.1097/NHL.0b013e3182a1bf33
- 40.** Ramos AM, Devos Barleml EL, Barleml JGT, Pereira Rochal L, DalmolinII GL, Figueiral AB. Adaptação cultural e validação da Moral Distress Scale Revised para enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1063-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0518>
- 41.** Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist. Med*. 2014;7:1–8.

42. Sirilla J. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18(5):536–541. DOI: 10.1188/14.CJON.536-541
43. Karanikola MNK et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag*. 2014;22(4):472–484. DOI: 10.1111/jonm.12046
44. Ameri M, Mirhashemi B, Hosseini SS. Moral distress and the contributing factors among nurses in different work environments. *J Nurs Midwifery Sci*. 2015;2(3):44–49.
45. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *J Med Ethics Hist Med*. 2015;8:2.
46. Nejadsarvari N et al. Relationship of moral sensitivity and distress among physicians. *Trauma Mon*. 2015;20(2):21–26. DOI: 10.5812/traumamon.26075.
47. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):32–42. DOI: 10.1177/0969733013513216.
48. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh*. 2015;47(2):117–125. DOI: 10.1111/jnu.12115
49. Ameri M, Safavibayatneed Z, Kavousi A. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. *Aust J Adv Nurs*. 2016;33(3):6–12.
50. Dodek PM et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016;31(1):178–182. DOI: 10.1016/j.jcrc.2015.10.011
51. Johnson-Coyle L, Opgenorth D, Bellows M, Dhaliwal J, Richardson-Carr S, Bagshaw SM. Moral distress and burnout among cardiovascular surgery intensive care unit healthcare professionals: A prospective cross-sectional survey. *Can J Crit Care Nurs*. 2016;27(4):27–36.
52. Zavotsky KE, Chan GK. Exploring the relationship among moral distress, coping, and the practice environment in emergency department nurses. *Adv Emerg Nurs J*. 2016;38(2):133–146. DOI: 10.1097/TME.000000000000100.
53. Lamiani G, Setti I, Barlascini L, Vegni E, Argentero P. Measuring moral distress among critical care clinicians: validation and psychometric properties of the Italian moral distress scale-revised. *Crit Care Med*. 2017;45(3):430–437. DOI: 10.1097/CCM.0000000000002187.

- 54.** Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag.* 2017;25(6):477–485. DOI: 10.1111/jonm.12431.
- 55.** Austin CL, Saylor R, Finley PJ. Moral distress in physicians and nurses: impact on professional quality of life and turnover. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2017,9(4):399–406.
- 56.** Rokhafrooz D, Hatami A, Hemmatipour A, Abdolahi-Shahvali E, Salehi Kamboo, M. Assessing nurses' moral distress and patients' satisfaction with the observance of the patients' rights charter. *J Nurs Midwifery Sci.* 2017;4(4):147. DOI: 10.4103/jnms.jnms _ 1 _ 18.
- 57.** Sirilla J, Thompson K, Yamokoski T, Risser MD, Chipps E. Moral distress in nurses providing direct patient care at an academic medical center. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2017;14(2):128–135. DOI: 10.1111/wvn.12213
- 58.** Lamiani G, Dordoni P, Argentero P. Value congruence and depressive symptoms among critical care clinicians: The mediating role of moral distress. *Stress Health.* 2018;34(1):135–142. DOI: 10.1002/smi.2769
- 59.** Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *Am J Crit Care.* 2018;27(4):295–302. DOI: 10.4037/ajcc2018252
- 60.** Hiler CA, Hickman RL, Reimer AP, Wilson K. Predictors of moral distress in a us sample of critical care nurses. *Am J Crit Care.* 2018;27(1):59–66. DOI: 10.4037/ajcc2018968
- 61.** Neumann JL et al. Burnout, moral distress, work–life balance, and career satisfaction among hematopoietic cell transplantation professionals. *Biol Blood Marrow Transpl.* 2018;24(4):849–860. DOI: 10.1016/j.bbmt.2017.11.015
- 62.** Wenwen Z, Xiaoyan W, Yufang Z, Lifeng C, Congcong S. Moral distress and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Nurs Ethics.* 2018;25(4):470–480. DOI: 10.1177/0969733016658792
- 63.** Abdolmaleki M, Lakdizaji S, Ghahramanian A, Allahbakhshian A, Behshid M. Relationship between autonomy and moral distress in emergency nurses. *Indian J Med Ethics.* 2019;4(1):20–25. DOI: 10.20529/IJME.2018.076

- 64.** Ajoudani F, Baghaei R, Lotfi M. Moral distress and burnout in Iranian nurses: The mediating effect of workplace bullying. *Nurs Ethics*. 2019;26(6):1834–1847. DOI: 10.1177/0969733018779210
- 65.** Almutairi AF, Salam M, Adlan AA, Alturki AS. Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. *Psychol Res Behav Manag*. 2019;12:107–115. DOI: 10.2147/PRBM.S191037
- 66.** Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(2): 346–356. DOI: 10.1177/0969733017712083
- 67.** Colville GA, Dawson D, Rabinthiran S, Chaudry-Daley Z, Perkins-Porras L. A survey of moral distress in staffworking in intensive care in the UK. *J Intens Care Soc*. 2019;20(3):196–203. DOI: 10.1177/1751143718787753
- 68.** Dodek PM, Norena M, Ayas N, Wong H. Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel. *J Crit Care*. 2019;50:122–125. DOI: 10.1016/j.jcrc.2018.11.030
- 69.** Sharif Nia H, Shafipour V, Allen K, Heidari MR, Yazdani-Charati J, Zareiyan A. A second-order confirmatory factor analysis of the moral distress scale-revised for nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(4):1199–1210. DOI: 10.1177/ 0969733017742962
- 70.** Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Panarello B. Psychometric evaluation of the Moral Distress Scale–Revised among Iranian Nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(4):1226–1242. DOI: 10.1177/0969733016651129
- 71.** Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Win MTM. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(4):1101–1113. DOI: 10.1177/0969733016650993
- 72.** Burguete Ramos M^a D et al. Sufrimiento moral en el personal de enfermería. *Cultura de los Cuidados [Revista de internet]* 2017 [acceso el 1 de febrero de 2021]; 21(48). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.23>
- 73.** Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2017;49(2):77-85. DOI: 10.1016/j.aprim.2016.05.004.
- 74.** Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E. Entorno laboral, satisfacción y burnout de las enfermeras de unidades de cuidados

críticos y unidades de hospitalización. *Enferm Intensiva*. 2013;24(3):104-12. DOI: 10.1016/j.enfi.2013.06.001.

75. García-Iglesias JJ et al. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94:23.

76. Bravo MÁE. Transcultural adaptation of health-related measurement instruments. *Enferm Clin*. 2004; 14: 102-6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73863-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73863-2)

77. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use incross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;17:268-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>.

78. Sandeberg M, Wenemark M, Bartholdson C, Lützén K, and Pergert P. To change or not to change – translating and culturally adapting the paediatric version of the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R). *BMC Medical Ethics*. 2017;18:14. DOI: 10.1186/s12910-017-0176-y

79. Santana Domínguez I, H. González de la Torre, Martín Martínez A. Adaptación transcultural al contexto español y evaluación de la validez de contenido del cuestionario Second Victim Experience and Support Tool (SVEST-E), *Enferm Clín*. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.042>

80. Lloret Segura S. Ferreres Traver A. Hernández Baeza A. Tomás Marco I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal Psicol [Internet]* 2014 [acceso en abril 2021];30(3):1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.

81. Rodríguez López J. Sánchez Santa Cruz RF. Ochoa Escobar LM. Cruz Piza IA. Fonseca Morales RT. Niveles de inteligencia emocional según género de estudiantes en la educación superior. *Revista Espacios*. 2019;40(31):26.

82. López Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online. *Aten Primaria*. 2019;51:586-9, Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.005>

83. Gómez Gómez M, Danglot Banck C, Vega Franco L. Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. *Rev Mex Pediatr*. 2003;70(2):91-99.

- 84.** Pizarro Romero K, Martínez Mora O. Análisis factorial exploratorio mediante el uso de las medidas de adecuación muestral KMO y esfericidad de Bartlett para determinar factores principales. *J Sci Res.* 2020;5:904-924. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4453224>
- 85.** García Bellido R, González Such J, Jornet Meliá JM. SPSS Análisis de fiabilidad; Alfa de Cronbach [monografía de internet]. Valencia, España: InnovaMIDE; 2010 [acceso 30 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
- 86.** Ventura León J, Caycho Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Rev Lat Am Cienc Soc Niñez Juv.* 2017;15(1):625-627.
- 87.** Oyanedel JC, Vargas S, Mella C, Páez D. Carta al editor: Cálculo de confiabilidad a través del uso del coeficiente Omega de McDonald. *Rev Med Chile* 2017;145:269-274.
- 88.** Torres-Ortuño A, Cuesta-Barriuso R, Nieto-Munuera J, Castiello-Munuera Á, López-Pina JA. Validation of the Spanish Version of the VERITAS-PRN Scale to Assess Adherence to on Demand Regimens in Patients with Hemophilia. *Patient Prefer Adherence.* 2021;15:967-974. DOI: 10.2147/PPA.S310662.
- 89.** Brando-Garrido C, Montes-Hidalgo J, Limonero JT, Gómez-Romero MJ, Tomás-Sábado J. Spanish Version of the Bedtime Procrastination Scale: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation in a Sample of Nursing Students. *Psychol Rep.* 2021:332941211005120. DOI: 10.1177/00332941211005120.
- 90.** Zec S, Soriani N, Comoretto R, Baldi I. High Agreement and High Prevalence: The Paradox of Cohen's Kappa. *Open Nurs J.* 2017;11:211-218. DOI:10.2174/1874434601711010211

Anexos

Anexo I: MDS. Extraído de Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs.* 2001;33(2):250-256.

- Work in a situation where the number of staff is so low that care is inadequate.
- Carry out the physician's orders for unnecessary tests and treatments for terminally ill patients.
- Assist the physician who in your opinion is providing incompetent care.
- Work with "unsafe" levels of nurse staffing.
- Initiate extensive life-saving actions when I think it only prolongs death.
- Follow the family's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.
- Follow the physician's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.
- Carry out the physician's order for unnecessary tests and treatment.
- Follow the physician's order not to tell the patient the truth when he/she asks about for it.
- Follow the physician's request no to discuss Code status with the family when the patient becomes incompetent.
- Observe without intervening when health care personnel do not respect the patient's dignity.
- Continue to participate in care for a hopelessly injured person who is being sustained on a respirator, when no one will make a decision, to "pull the plug".
- Follow the family's wishes to continue life support even though it is not in the best interest of the patient.
- Let medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.
- Assist physicians who are practicing procedures on a patient after CPR has been unsuccessful.
- Prepare a terminally ill elderly patient on a respirator for surgery to have a mass removed.
- Carry out a work assignment in which I do not feel professionally competent.
- Provide better care for those who can afford to pay than those who cannot.
- Ignore situations of suspected patient abuse by care givers.

- Ignore situations in which I suspect that patients have not been given adequate information to insure informed consent.
- Discharge a patient when he has reached the maximum length of stay based on diagnostic related grouping (DRG) although he has many teaching needs.
- Perform a procedure when the patient is not adequately informed about procedure which he/she is about to undergo.
- Carry out orders or institutional policies to discontinue treatment because the patient can no longer pay.
- Avoid taking any action when I learn that a nurse colleague has made a medication error and does not report it.
- Assist the physician who performs test or treatment without informed consent.
- Give only haemodynamic stabilizing medication intravenously during a Code with no compression or intubation.
- Follow the physician's request not to discuss Code status with patient.
- Prepare an elderly man who is severely demented and a "No Code" for surgery to have a gastrostomy tube put in.
- Follow the family's wishes for the patient care when I do not agree with them.
- Give medication intravenously to a patient who has refused to take the medication orally.

Anexo II. Escala MDS-R versión original. Extraído de Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*. 2012;3(2):1-9.

1. Provide less than optimum care due to pressure from administrators or insurers to reduce cost.
2. Witness healthcare providers giving “false hope” to a patient or family.
3. Follow the family’s wishes to continue life support even though it is not in the best interest of the patient.
4. Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death.
5. Follow the family’s request not to discuss death with a dying patient who asks about.
6. Carry out the physician’s orders for what I consider to be unnecessary tests and treatments.
7. Continue to participate in care for a hopelessly injured person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.
8. Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.
9. Assist a physician, who in my opinion, is providing incompetent care.
10. Be required to care for patients I don’t feel qualified to care for.
11. Let medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skills.
12. Provide care that does not relieve the patient’s suffering because the physician fears that increasing the dose of pain medication will cause death.
13. Follow the physician’s request not to discuss the patient’s prognosis with the patient or family.
14. Increase the dose of sedatives/narcotics for an unconscious patient that I believe will hasten the patient’s death.
15. Not take action about an observed ethical issue because the staff member who was involved requested that I do nothing.
16. Follow the family’s wishes for patient care when I do not agree with them, but do so because of fear of a professional complaint.
17. Work with nurses or other healthcare providers (other than physicians) who are not as competent as patient care requires.
18. Ignore situations of suspected patient abuse by caregivers.

- 19.** Ignore situation in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.
- 20.** Watch patient care suffer because of lack of provider continuity.
- 21.** Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.

Anexo III: Solicitud de información sobre recursos humanos a la Dirección de Enfermería del HUNSC.

Título del estudio: Adaptación transcultural y validación al contexto español del cuestionario *Moral Distress Scale – Revised* (MDS-R-E).

Centro: Universidad de La Laguna, Sede de Enfermería de La Palma.

Alumna: Elizabeth Rodríguez Pages

Email: Alu0101050553@ull.edu.es

Teléfono de contacto: 686 658 598

Distinguida Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Mediante esta carta quisiera hacerle llegar de manera formal mi voluntad de conocer algunos de los aspectos relacionados con los recursos humanos del HUNSC y del Hospital Sur de Tenerife para la elaboración del Trabajo de Fin de Grado (TFG) de Enfermería.

Dicho trabajo, tutorizado por el Dr. Héctor González de la Torre profesor asociado de la Universidad de La Laguna (ULL), se titula “Adaptación transcultural y validación al contexto español del cuestionario *Moral Distress Scale – Revised* (MDS-R-E)” y su objetivo consiste en realizar un planteamiento de cómo se llevaría a cabo la traducción, adaptación y validación del cuestionario MDS-R al contexto español.

Para realizar la validación de dicho cuestionario, en primer lugar, se seleccionaron varios hospitales de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, de entre ellos el HUNSC y el Hospital del Sur de Tenerife.

Tras la búsqueda bibliográfica precisa para llevar a cabo este proyecto, se observó que el resto de validaciones de esta escala realizadas en otros países fueron llevadas a cabo en servicios quirúrgicos-cirugía y en unidades de UCI. Por tanto, consideramos estos escenarios como los más indicados para llevar a cabo dicho plan.

Es por ello, que para obtener una estimación aproximada del número de enfermeros y enfermeras susceptibles de participar en la encuesta me gustaría conocer con antelación que cantidad de profesionales de este sector se encuentran trabajando actualmente en los servicios de UCI, quirófano, plantas de cirugía y consultas externas de cirugía general del HUNSC y del Hospital Sur de Tenerife.

Esperando contar con su apoyo para esta actividad, se despide, Elizabeth Rodríguez Pages. Un cordial saludo.

Esta carta ha sido enviada con la previa autorización del tutor de este TFG: Héctor González de la Torre, profesor asociado a la ULL.

Firmado por:

GONZALEZ DE LA TORRE HECTOR - 31868274A

el día 11/05/2021 con un certificado

emitido por AC FNMT Usuarios

Anexo IV. Solicitud de colaboración a los supervisores de los servicios de Unidades de Cuidados Intensivos y servicios quirúrgicos-cirugía.

Estimado/a supervisor/a:

Mediante esta carta quisiéramos hacerle llegar de manera formal nuestro propósito de realizar un estudio de investigación en su unidad de trabajo.

Dicho proyecto se denomina “Adaptación transcultural y validación del cuestionario Moral Distress Scale-Revised (MDS-R-E)” y su objetivo consiste en traducir, adaptar y validar el cuestionario MDS-R al contexto español. Ello permitirá que *a posteriori* pueda ser utilizado para medir el nivel de Distrés Moral (DM) entre los profesionales de la salud, más concretamente entre los enfermeros. Para ello, en primer lugar, será necesario llevar a cabo la validación del cuestionario sobre una muestra, a través del test ya traducido y adaptado. Tras la búsqueda bibliográfica precisa para llevar a cabo este proyecto, se observó que el resto de validaciones de esta escala realizadas en otros países fueron llevadas a cabo en servicios quirúrgicos-cirugía y en unidades de UCI. Por tanto, consideramos la unidad que usted supervisa como el escenario más adecuado para llevar a cabo dicho plan.

A todos los enfermeros/as que deseen participar en el estudio, se les hará llegar vía correo electrónico un enlace de acceso directo a una plataforma donde encontrarán una hoja informativa que explica el objetivo del proyecto, un consentimiento informado y un formulario de variables sociodemográficas. Se estima que el proceso de recogida de datos abarque un mes (junio de 2021). Asimismo, todas las dudas que puedan surgir tratarán de ser solventadas en el menor tiempo posible por el equipo de investigación. Del mismo modo, cabe destacar que todos los datos que se obtengan serán de carácter anónimo para cualquier individuo ajeno al equipo de investigación.

Para llevar a cabo este estudio, previamente ha requerido ser aprobado por el comité de ética de investigación perteneciente al Hospital Universitario de Canarias (H.U.C.).

Igualmente, si lo desea, nos comprometemos a mostrarle el informe de resultados una vez estos sean recabados y analizados.

Agradeciendo de antemano su atención, le saluda atentamente el equipo investigador,

Elizabeth Rodríguez Pages y Héctor González de la Torre – Tutor TFG

La Palma, mayo de 2021.

Anexo V. Documento informativo para los participantes del estudio.

Adaptación transcultural y validación al contexto español del cuestionario *Moral Distress Scale-Revised (MDS-R-E)*.

Información para el participante:

Estimado lector, ha sido usted seleccionado como candidato para formar parte del estudio que se pretende llevar a cabo en su unidad de trabajo.

El objetivo final de nuestro proyecto consiste en traducir, adaptar y validar al contexto español el cuestionario MDS-R. Dicha encuesta fue creada en EE.UU. en el año 2012 por la Dra. Hamric. Al tener origen en un país con un idioma y cultura diferentes, es necesario llevar a cabo el proceso anteriormente nombrado para elaborar una escala que pueda ser utilizada en España.

Dicho instrumento tiene como fin medir el nivel de frecuencia e intensidad del Distrés Moral (DM) entre el personal sanitario. El DM se define como el impedimento de no poder hacer lo que se considera moral y éticamente correcto por presiones internas o del entorno de trabajo. Actualmente, en España no existe suficiente investigación científica relevante sobre este aspecto, por lo que consideramos necesario obtener, en primer lugar, una escala con la que podamos identificar la existencia de DM entre los enfermeros de los hospitales españoles. Así, en caso de que se demostrara esto último, se podrían establecer estrategias y políticas hospitalarias que mejoren la calidad laboral de sus trabajadores y conseguir disminuir la frecuencia e intensidad del DM entre los mismos.

En caso de que consienta participar en este estudio, solo tendrá que responder a las preguntas que se le plantean en el cuestionario y rellenar un pequeño formulario con algunos datos de carácter personal y laboral que dejamos a su disposición.

Cabe mencionar que su información personal y todos los datos recogidos sobre usted durante este estudio serán de carácter confidencial de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y no se harán públicos.

Atentamente, el equipo investigador,
Elizabeth Rodríguez Pages y Héctor González de la Torre – Tutor TFG

Anexo VI. Consentimiento informado

Título del estudio: Adaptación transcultural y validación al contexto español del cuestionario Moral Distress Scale-Revised (MDS-R-E).

Investigadores: Elizabeth Rodríguez Pages, Héctor González de la Torre.

Centro: Universidad de La Laguna, Sede de Enfermería de La Palma.

Declaro que se me ha hecho entrega y he leído el “Documento informativo para los participantes” sobre el proyecto citado anteriormente.

He recibido una explicación satisfactoria acerca de las características y la finalidad de este estudio “Adaptación transcultural y validación al contexto español del cuestionario *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R-E)” en el cual se me invita a participar.

Se me ha dado la oportunidad de expresar todos aquellos interrogantes que me han surgido, y entiendo que puedo realizar cualquier cuestión a cerca de mi colaboración en esta investigación.

He quedado satisfecho con la información recibida, y comprendo que mi participación es anónima, voluntaria y que los datos que se recojan del cuestionario y formulario que a continuación voy a rellenar no serán utilizados con otra finalidad que la de llevar a cabo este proyecto.

Por lo tanto, de forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para la realización del consiguiente estudio, y conozco mi derecho de retirarme del mismo si por cualquier razón así lo prefiero.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

Anexo VII. Formulario de variables sociodemográficas para el participante del estudio “Adaptación transcultural y validación del cuestionario *Moral Distress Scale-Revised* (MDS-R-E).”

Estimado/a participante, a continuación, le dejamos una serie de ítems que solicitamos rellene con la mayor exactitud posible.

Agradeciendo de antemano su colaboración, atentamente el equipo investigador.

- Edad del participante:

- Género (indicar marcando con una cruz la casilla correspondiente):
 - Masculino
 - Femenino

- Experiencia laboral (expresar en años):

- Nivel académico (indicar marcando con una cruz las casillas correspondientes a los estudios realizados):
 - Grado
 - Máster oficial
 - Especialidad de Enfermería
 - Doctorado

- Formación de postgrado en bioética (indique con una cifra la cantidad de estudios de este tipo que ha realizado):
 - Cursos de formación continuada:
 - Expertos universitarios:
 - Máster propio:

- Centro hospitalario donde ejerce en la actualidad:

- Servicio donde está ejerciendo en la actualidad:

- Tiempo trabajado en dicho servicio (expresar en meses):

Nombre, apellidos y firma del participante:

Fecha:

Anexo VIII. Plan económico

| Partida presupuestaria | Definición | Coste (€) |
|--------------------------------------|---|---------------|
| Material bibliográfico | Pago de licencias de artículos privados. | 200 |
| Traductores | Remuneración de los traductores profesionales que se encargaron de traducir, retrotraducir e interpretar los cuestionarios. | 157.95 |
| Transporte | Se prevén gastos por desplazamiento del equipo de expertos necesario durante la Fase 1 de este proyecto, así como la posterior divulgación de los resultados que se obtengan del mismo. | 100 |
| Material fungible | Correspondiente a los gastos de impresión y materiales necesarios para llevar a cabo la recogida de datos durante el pilotaje. | 46 |
| 20 hojas informativas | | 1.22 |
| 20 consentimientos informados | | 1.22 |
| 20 cuestionarios | | 1.22 |
| 20 formularios de variables | | 1.22 |
| 2 buzones | | 32 |
| Equipos informáticos | Compra de material informático (pen-drives, etc.) | 200 |
| Varios imprevistos | 10% del gasto material y equipos. | 68.80 |
| Presupuesto total | | 809.63 |

Anexo IX. Cronograma

| Actividades | Oct. 2020 | Nov. 2020 | Dic. 2020 | Ene. 2021 | Feb. 2021 | Mar. 2021 | Abr. 2021 | May. 2021 | Jun. 2021 | Jul. 2021 | Ago. 2021 |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Elección del tema de estudio. | X | | | | | | | | | | |
| Búsqueda bibliográfica | X | X | | | | | | | | | |
| Elaboración del marco teórico y de la justificación. | | X | X | X | X | | | | | | |
| Determinación de los objetivos y el método de estudio. | | | | | X | | | | | | |
| Elaboración de la 1ª Fase de la metodología. | | | | | | X | X | | | | |
| Elaboración de la 2ª Fase de la metodología. | | | | | | | X | X | | | |
| Solicitud de permiso al comité de ética de investigación del H.U.C. | | | | | | | | X | | | |
| Puesta en marcha del proceso de traducción y adaptación transcultural del cuestionario. | | | | | | | | X | X | | |
| Reunión con los supervisores de las | | | | | | | | | X | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| unidades donde se llevará a cabo el estudio. | | | | | | | | | | | |
| 1ª Recogida de datos | | | | | | | | | X | | |
| 2º Recogida de datos | | | | | | | | | | X | |
| Traspaso de los datos. | | | | | | | | | | X | |
| Análisis de los datos. | | | | | | | | | | X | |
| Realización del informe. | | | | | | | | | | X | |
| Difusión de los resultados. | | | | | | | | | | | X |