

Distrés moral en estudiantes de enfermería de una universidad pública mexicana: estudio descriptivo transversal

Moral distress in nursing students at a Mexican public university: a
descriptive cross-sectional study

Yahayra Jacqueline García Cerrato

2152398j@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0003-2758-099X>

Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo

Morelia, Michoacán – México

Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

madejesus.ruiz@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7979-4215>

Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo

Morelia, Michoacán – México

María Magdalena Lozano Zúñiga

maria.lozano@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7750-0036>

Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo

Morelia, Michoacán – México

José Manuel Herrera Paredes

mherrera@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7631-5904>

Universidad de Guanajuato

Celaya, Guanajuato – México

Jesús Antonio Zamorano Espero

ja.zamoranoespero@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9601-8939>

Universidad Autónoma de Sinaloa

Los Mochis, Sinaloa – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5730>

Artículo recibido: 17 de diciembre de 2025.

Aceptado para publicación: 23 de abril de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5730>

Distrés moral en estudiantes de enfermería de una universidad pública mexicana: estudio descriptivo transversal

Moral distress in nursing students at a Mexican public university: a descriptive cross-sectional study

Yahayra Jacqueline García Cerrato

2152398j@umich.mx

<https://orcid.org/0009-0003-2758-099X>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz¹

madejesus.ruiz@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0002-7979-4215>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

María Magdalena Lozano Zúñiga

maria.lozano@umich.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7750-0036>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Morelia, Michoacán – México

José Manuel Herrera Paredes

mherrera@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7631-5904>

Universidad de Guanajuato
Celaya, Guanajuato – México

Jesús Antonio Zamorano Espero

ja.zamoranoespero@ugto.mx

<https://orcid.org/0000-0002-9601-8939>

Universidad Autónoma de Sinaloa
Los Mochis, Sinaloa – México

Artículo recibido: 17 de diciembre de 2025. Aceptado para publicación: 23 de abril de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El distrés moral en estudiantes de enfermería es un fenómeno prevalente que impacta su formación ética y profesional, aunque existe escasa evidencia en el contexto mexicano. Analizar el distrés moral en estudiantes de una facultad de enfermería pública en el centro-occidente de México. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 70 estudiantes de segundo a octavo semestre. Se aplicó el instrumento Distrés moral, que incluyó el Termómetro de Distrés Moral (MDT) y un cuestionario contextualizado de 30 ítems organizado en cinco dimensiones. Se empleó estadística descriptiva y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis, Rho de Spearman). El estudio se condujo conforme a la Declaración de Helsinki y la normativa mexicana vigente. La totalidad de los estudiantes reportó algún grado de distrés moral, con predominio de los niveles leve y moderado. Las condiciones institucionales y organizacionales constituyen la dimensión con mayor carga de distrés,

¹ Autora de correspondencia.

siendo la única cuya intensidad media se aproximó al nivel moderado. El miedo a que expresar una opinión ética afecte la evaluación académica fue la situación de mayor frecuencia e intensidad en todo el instrumento. La experiencia laboral previa, el semestre cursado y la edad se asociaron significativamente con puntuaciones más altas ($p < 0.05$). El distrés moral es una realidad extendida en la formación de enfermería en México. Las condiciones institucionales y la evaluación académica constituyen sus principales fuentes, lo que exige diseñar entornos clínicos psicológicamente seguros y estrategias pedagógicas que transformen esta experiencia en una oportunidad para el desarrollo de competencias ético-morales.

Palabras clave: distrés moral, estudiantes de enfermería, ética en enfermería, educación en enfermería, México

Abstract

Moral distress among nursing students is a prevalent phenomenon that impacts their ethical and professional development; however, evidence from the Mexican context remains scarce. To analyze moral distress in students at a public nursing school in west-central Mexico. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with 70 students from the second to eighth semester. The Moral Distress instrument was applied, comprising the Moral Distress Thermometer (MDT) and a contextualized 30-item questionnaire organized into five dimensions. Descriptive statistics and non-parametric tests were used (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Spearman's Rho). The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and current Mexican regulations. All students reported some degree of moral distress, with mild and moderate levels predominating. Institutional and organizational conditions were the dimension with the highest distress load and the only one whose mean intensity approached the moderate level. Fear that expressing an ethical opinion might affect academic evaluation was the most frequent and intense situation across the entire instrument. Prior work experience, academic semester, and age were significantly associated with higher scores ($p < 0.05$). Moral distress is a widespread reality in nursing education in Mexico. Institutional conditions and academic evaluation represent its main sources, highlighting the need to develop psychologically safe clinical environments and pedagogical strategies that transform this experience into an opportunity for the development of ethical-moral competencies.

Keywords: moral distress, nursing students, ethics in nursing, nursing education, Mexico

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: García Cerrato, Y. J., Ruiz Recéndiz, M. de J., Lozano Zúñiga, M. M., Herrera Paredes, J. M., & Zamorano Espero, J. A. (2026). Distrés moral en estudiantes de enfermería de una universidad pública mexicana: estudio descriptivo transversal. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 1408 – 1428. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5730>

INTRODUCCIÓN

La formación profesional en enfermería implica, desde sus primeras etapas, la inmersión del estudiante en entornos clínicos complejos donde coexisten demandas técnicas, relacionales y éticas. En estos espacios, los estudiantes se enfrentan reiteradamente a situaciones en las que reconocen cuál sería la acción moralmente correcta, pero encuentran obstáculos que les impiden llevarla a cabo. Esta experiencia, denominada distrés moral, constituye un fenómeno éticamente significativo que ha sido ampliamente estudiado en profesionales de enfermería, pero que apenas comienza a visibilizarse como problema relevante en la formación de pregrado (Timmins, 2025; Dos Santos et al., 2024).

El concepto de distrés moral fue introducido por Jameton en 1984, quien lo definió como el malestar que surge cuando la persona sabe cuál es la acción correcta, pero restricciones institucionales o jerárquicas le impiden actuar conforme a ese juicio. Décadas de investigación posterior han ampliado esta definición para incluir también restricciones de carácter interno (como el miedo, la inseguridad o la falta de confianza) así como conflictos derivados de relaciones interpersonales y condiciones estructurales del sistema de salud (Timmins, 2025; Hernández Díaz, 2024; Ramos et al., 2016). En el contexto de la formación, este fenómeno adquiere características propias: el estudiante ocupa una posición subordinada, está sujeto a evaluación constante y se encuentra en proceso de consolidar tanto su identidad profesional como sus competencias éticas (Bordignon et al., 2019; Mæland et al., 2021).

La evidencia disponible señala que el distrés moral en estudiantes de enfermería es un fenómeno prevalente y de intensidad moderada, presente desde los primeros semestres de formación clínica y no necesariamente relacionado de forma lineal con el avance académico (Baghdadi et al., 2020; Janatolmakan et al., 2021). Sus factores desencadenantes se organizan en tres niveles: micro, referido a la relación directa con el paciente; meso, vinculado a las dinámicas con el equipo de salud y los docentes; y macro, relacionado con las condiciones organizacionales e institucionales (Dos Santos et al., 2024). De manera transversal, el silencio, la inacción y la subordinación emergen como respuestas adaptativas frecuentes del estudiante ante situaciones éticamente problemáticas (Mæland et al., 2021; Krautscheid et al., 2017).

Las consecuencias del distrés moral en esta población son diversas y abarcan dimensiones emocionales (ansiedad, culpa, frustración), físicas (insomnio, cefalea) y académico-profesionales, entre ellas el deterioro del aprendizaje, la afectación de la identidad profesional y, en casos extremos, la intención de abandonar la carrera (Hernández Díaz, 2024; Bordignon et al., 2019; Krautscheid et al., 2017). No obstante, la literatura también señala que el distrés moral puede tener un valor formativo cuando es procesado reflexivamente, favoreciendo el aprendizaje ético y el desarrollo de la sensibilidad moral (Renno et al., 2016; Ramos et al., 2016).

A pesar de la creciente producción científica sobre el tema, persisten importantes vacíos en la literatura. La mayoría de los estudios han sido realizados en contextos anglosajones o del sur de Brasil, con escasa evidencia en Latinoamérica hispanohablante y prácticamente ningún dato disponible para el contexto mexicano (Hernández Díaz, 2024; Dos Santos et al., 2024). Adicionalmente, los estudios en estudiantes de enfermería representan aún una minoría frente a la producción enfocada en profesionales, lo que limita la comprensión del fenómeno en su dimensión formativa y dificulta el diseño de estrategias curriculares adecuadas (Timmins, 2025; Renno et al., 2016).

En este contexto, el presente estudio se propone analizar el distrés moral en estudiantes de enfermería de una facultad de enfermería de una universidad pública estatal del centro occidente de México, con el fin de contribuir a la comprensión de este fenómeno en la formación de pregrado en México y aportar evidencia que oriente el desarrollo de estrategias pedagógicas orientadas al fortalecimiento de las competencias ético-morales de los futuros profesionales de enfermería.

METODOLOGÍA

Enfoque y diseño

El presente estudio utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo, no experimental, observacional y de corte transversal (Argimon y Jiménez, 2019; Grove y Gray, 2019). Este tipo de diseño permite describir el fenómeno del distrés moral en un momento determinado, sin manipulación de variables, y es adecuado para estudios exploratorios en contextos formativos donde aún no existe evidencia local disponible.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de una facultad de enfermería de una universidad pública del centro occidente de México. La muestra fue no probabilística, integrada por 70 estudiantes, seleccionados mediante muestreo por conveniencia de acuerdo con la accesibilidad y disposición para participar en el estudio.

Límites de tiempo y espacio

La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre de 2025, en las instalaciones de una facultad de enfermería del centro-occidente de México.

Criterios de selección

Como criterios de inclusión se consideró a estudiantes de la Licenciatura en Enfermería regularmente inscritos en 2°, 4°, 6° u 8° semestre, que hubieran realizado al menos una experiencia de práctica clínica en cualquier escenario (hospital general, centro de salud, residencia de adultos mayores o práctica comunitaria), y que aceptaron participar de manera voluntaria otorgando su consentimiento informado.

Como criterios de exclusión no se incluyó a estudiantes que al momento de la recolección se encontraran en modalidad de baja temporal por cualquier motivo.

Se eliminaron del análisis tres cuestionarios que presentaron más del 10% de ítems sin respuesta o que mostraron inconsistencias sistemáticas en las respuestas.

Instrumento

Para medir el distrés moral se utilizó el instrumento Distrés moral, diseñado específicamente para estudiantes de enfermería en el contexto formativo universitario. El instrumento integra dos componentes complementarios.

El primero es el Moral Distress Thermometer (MDT), una escala visual analógica de 0 a 10 puntos, donde 0 corresponde a ningún distrés moral y 10 al nivel más intenso imaginable. Este instrumento ha sido utilizado en estudios cuantitativos con estudiantes de enfermería por su sencillez, rapidez de respuesta y capacidad de proporcionar una medida global del fenómeno (Janatolmakan et al., 2021; Krautscheid et al., 2017). Los puntos de corte utilizados para la interpretación fueron: 0 = ninguno; 1 a 3 = leve; 4 a 6 = moderado; 7 a 9 = severo; 10 = insoportable.

El segundo componente es el cuestionario contextualizado Distrés moral, compuesto por 30 ítems organizados en cinco dimensiones teóricamente fundamentadas: relación estudiante-docente (6 ítems), relación estudiante-equipo de salud (6 ítems), relación estudiante-paciente y familia (6 ítems), condiciones institucionales y organizacionales (6 ítems), y brecha teoría-práctica y formación ética (6 ítems). Cada ítem se evalúa mediante dos escalas Likert independientes de cinco opciones (0 a 4): una para la frecuencia con que se ha experimentado la situación (0 = nunca; 4 = siempre) y otra para la

intensidad del malestar moral que genera (0 = ninguna; 4 = extrema). La puntuación por ítem se obtiene multiplicando frecuencia por intensidad (rango 0-16) y el puntaje total resulta de la suma de los 30 ítems (rango 0-480), donde puntuaciones más altas indican mayor nivel de distrés moral. El instrumento fue diseñado con base en el marco conceptual de Ramos et al. (2016), las dimensiones de la Escala de Distrés Moral para Estudiantes de Enfermería (ESMEE) de Bordignon et al. (2019) y el análisis de concepto de Timmins (2025). En ese sentido, cabe señalar que los ítems fueron redactados de forma original por el equipo investigador, contextualizados al entorno formativo de la universidad, sin constituir traducción ni adaptación directa de ningún instrumento preexistente.

La fiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, considerando un valor ≥ 0.70 como aceptable para la consistencia interna (Argimon y Jiménez, 2019). El análisis se realizó tanto para el cuestionario completo como para cada una de sus cinco dimensiones, con base en las respuestas de los 70 participantes.

El instrumento total y todas sus dimensiones obtuvieron valores que superaron ampliamente el umbral de aceptabilidad, lo que respaldó la consistencia interna del instrumento en la población estudiada. No obstante, el coeficiente global excedió el valor de 0.95 (tabla 1), lo que puede reflejar cierto grado de redundancia entre ítems, aspecto que deberá considerarse en futuras revisiones psicométricas del instrumento (Tavakol y Dennick, 2011).

Tabla 1

Consistencia interna del cuestionario Distrés Moral por dimensión (n = 70)

Escala / Dimensión	N ítems	α de Cronbach	Consistencia interna
Instrumento total Distrés moral	30	0.981	Excelente*
D1: Relación estudiante-docente	6	0.949	Excelente
D2: Relación estudiante-equipo de salud	6	0.917	Excelente
D3: Relación estudiante-paciente y familia	6	0.961	Excelente
D4: Condiciones institucionales y organizacionales	6	0.944	Excelente
D5: Brecha teoría-práctica y formación ética	6	0.956	Excelente

Nota: α = coeficiente alfa de Cronbach. Criterio de interpretación: $\alpha \geq 0.70$ = aceptable; $\alpha \geq 0.80$ = bueno; $\alpha \geq 0.90$ = excelente (George y Mallery, 2003). * El valor del instrumento total ($\alpha = 0.981$) excede el umbral de 0.95, lo que puede indicar cierto grado de redundancia entre ítems y deberá examinarse en futuras revisiones psicométricas del instrumento (Tavakol y Dennick, 2011).

Fuente: elaboración propia.

Adicionalmente, el instrumento incluyó una sección de datos sociodemográficos y académicos que recopiló información sobre sexo, edad, semestre cursado, turno académico, experiencia laboral previa en enfermería, escenarios de práctica clínica, estado civil, religión y reprobación de unidades de aprendizaje.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo de forma presencial en las aulas de la facultad de Enfermería, previa coordinación con los docentes responsables de los grupos. A los estudiantes se les explicó el objetivo del estudio, la naturaleza voluntaria y anónima de la participación y su derecho a retirarse en

cualquier momento sin consecuencia alguna. Quienes aceptaron participar firmaron la carta de consentimiento informado antes de la aplicación del instrumento.

El instrumento se aplicó de forma individual y autoadministrada, en un tiempo estimado de 15 a 20 minutos. Al finalizar, se agradeció la participación y se ofreció a los estudiantes la posibilidad de conocer los resultados globales del estudio una vez concluida la investigación.

Análisis estadístico

La base de datos fue elaborada en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 27. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de las variables sociodemográficas y académicas, describiendo las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes, y las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, desviación estándar y rango).

Los puntajes por dimensión del cuestionario y el puntaje total del instrumento. La puntuación por dimensión resulta de la suma de los productos frecuencia $\times$ intensidad de sus seis ítems (rango posible 0–96 por dimensión; rango total 0–480). Para la categorización de los niveles de frecuencia e intensidad por dimensión del cuestionario Distrés moral, se calculó el puntaje medio por ítem de cada dimensión dividiendo la suma de sus seis ítems entre seis, de manera que el puntaje resultante se expresara en la misma escala de respuesta original (0–4). Los puntos de corte se establecieron por tercios iguales del rango de la escala: bajo (0.01–1.33), moderado (1.34–2.67) y alto (2.68–4.00), procedimiento recomendado cuando el instrumento carece de normas poblacionales de referencia (Argimon y Jiménez, 2019). Los participantes con puntaje 0 en una dimensión se clasificaron en la categoría ninguno.

La normalidad de la distribución de las variables dependientes se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, adecuada para muestras de tamaño pequeño a moderado (Argimon y Jiménez, 2019). Dado que ninguna variable presentó distribución normal ($p < 0.05$ en todos los casos), se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis inferencial: la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre dos grupos independientes (sexo, experiencia laboral previa y turno); la prueba H de Kruskal-Wallis para variables con tres o más categorías (semestre y religión); y el coeficiente de correlación Rho de Spearman para la variable continua edad.

El tamaño del efecto se estimó mediante la r de rango biserial para Mann-Whitney y el eta cuadrado ($\eta^2 = H/n-1$) para Kruskal-Wallis. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0.05$. Los resultados se organizaron y presentaron en tablas para facilitar su interpretación.

Consideraciones éticas y legales

El estudio se condujo conforme a los principios éticos de la investigación con seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2024) y las Pautas éticas internacionales del CIOMS (Organización Panamericana de la Salud, 2017), así como a la normativa mexicana vigente: la NOM-012-SSA3-2012 (Diario Oficial de la Federación, 2012) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Diario Oficial de la Federación, 2014).

La participación fue voluntaria, informada y anónima. Se garantizó el derecho de cada estudiante a retirarse en cualquier momento sin consecuencia académica ni personal. Toda la información se resguarda sin identificadores personales y se utiliza exclusivamente con fines de investigación académica. Al tratarse de un cuestionario de autoinforme sin intervención ni manipulación de variables, el estudio se clasifica como investigación sin riesgo, de acuerdo con la normatividad nacional. El

protocolo fue sometido para su evaluación y aprobación al Comité de Ética e Investigación de la UMSNH antes del inicio de la recolección de datos.

DESARROLLO

El distrés moral: origen y evolución del concepto

El distrés moral como categoría conceptual tiene su origen en la filosofía de la práctica enfermera. Jameton (1984) lo definió como el malestar que surge cuando la persona sabe cuál es la acción correcta, pero restricciones institucionales le impiden llevarla a cabo. Esta formulación inicial situó el fenómeno principalmente en el terreno de las limitaciones externas al profesional. Años después, el propio Jameton (1993) distinguió entre distrés inicial (experimentado como frustración o ansiedad ante los obstáculos) y distrés reactivo, que emerge cuando el profesional es incapaz de sobreponerse a ese malestar primario. La acumulación de este último fue conceptualizada posteriormente como residuo moral, entendido como la huella persistente que deja haber actuado en contra de los propios valores, comprometiendo la integridad moral del sujeto (Epstein y Delgado, 2010, citados en Ramos et al., 2016).

La evolución del concepto ha transitado desde una perspectiva centrada en la restricción externa hacia una comprensión más compleja, que incluye dimensiones psicológicas, relacionales y estructurales. Timmins (2025) propone, a partir de un análisis de concepto, que el distrés moral es fluido, dependiente del contexto y cualitativamente diferente según la población estudiada, lo que justifica su análisis específico en estudiantes en lugar de extrapolar directamente los resultados obtenidos en profesionales. Por su parte, Hernández Díaz (2024) lo conceptualiza como una respuesta psicológica ante conflictos éticos no resueltos, con manifestaciones que van desde la culpa y la vergüenza hasta la ruptura de la identidad profesional. Barlem y Ramos (2015, citados en Ramos et al., 2016) proponen comprenderlo como proceso, es decir, como una experiencia dinámica articulada con el desarrollo de la sensibilidad moral, la deliberación ética y la construcción del sujeto ético a lo largo de la trayectoria profesional.

Una distinción conceptual necesaria es la que diferencia el distrés moral del dilema moral y de la incertidumbre moral. En el dilema, el sujeto enfrenta más de una alternativa válida y debe elegir entre ellas; en la incertidumbre, existe duda sobre cuál es la acción correcta. El distrés moral, en cambio, se caracteriza por el reconocimiento claro de lo que debería hacerse y la imposibilidad, ya sea percibida o real, de actuar en consecuencia (Bordignon et al., 2019; Baghdadi et al., 2020; Ramos et al., 2016). Esta precisión es fundamental para delimitar el objeto de estudio y evitar la dilución del concepto en una categoría genérica de malestar profesional.

El distrés moral en estudiantes de enfermería: especificidades del contexto formativo

La transposición del concepto de distrés moral al contexto formativo exige reconocer las particularidades que distinguen la experiencia del estudiante de la del profesional en ejercicio. Renno et al. (2016) plantearon, en un estudio pionero sobre el tema, que el distrés moral en estudiantes no es un mito sino una realidad verificable, aunque requiere ser analizada considerando las relaciones de poder propias del proceso de formación, la socialización profesional y el desarrollo progresivo de la identidad como enfermero. Timmins (2025) coincide en señalar que la condición de ser “solo un estudiante” (expresión que refleja una identidad subordinada dentro de la jerarquía institucional) constituye uno de los antecedentes centrales del distrés moral en esta población.

Dos Santos et al. (2024), en una revisión de alcance sobre el tema, identificaron tres grandes fuentes de distrés moral en estudiantes durante la práctica clínica: las relaciones con supervisores y equipo de salud, caracterizadas por dinámicas jerárquicas y falta de apoyo; la relación directa con el paciente,

que expone al estudiante a situaciones éticamente complejas y al sufrimiento ajeno; y las condiciones organizacionales e institucionales, que imponen restricciones estructurales al ejercicio de un cuidado congruente con los valores aprendidos. Esta organización multinivel (micro, meso y macro) ofrece una estructura útil para el análisis del fenómeno en su complejidad.

Un hallazgo que atraviesa transversalmente la literatura sobre el tema es la tendencia del estudiante hacia la inacción moral: saber qué hacer y, sin embargo, no intervenir. Mæland et al. (2021), a partir de relatos narrativos de estudiantes noruegos, identificaron cuatro situaciones recurrentes que desencadenan esta inacción: la subestimación del juicio profesional del estudiante, el desacuerdo ante decisiones terapéuticas consideradas inadecuadas, el presenciar cuidados percibidos como indignos y la colisión entre los valores personales y las prioridades del sistema. En todos los casos, los factores explicativos de la inacción fueron similares: la evaluación constante, el miedo a represalias, la inseguridad sobre el propio juicio y la normalización cultural de prácticas cuestionables. Krautscheid et al. (2017) confirmaron este patrón en una muestra multicéntrica estadounidense, en la que el rol subordinado del estudiante fue identificado como el principal factor que explica la decisión de no actuar.

En términos de prevalencia y magnitud, los estudios cuantitativos disponibles reportan niveles moderados de distrés moral en estudiantes. Janatolmakan et al. (2021) reportaron una frecuencia e intensidad moderadas mediante la Escala de Distrés Moral Revisada (MDS-R) y el Termómetro de Distrés Moral (MDT) en una muestra iraní. Baghdadi et al. (2020) encontraron que aproximadamente el 75% de los estudiantes de su muestra había experimentado algún nivel de distrés moral durante la formación clínica, con una distribución que incluía niveles leves, moderados e incluso intensos en una minoría. Krautscheid et al. (2017) reportaron una media global de 3.12 en una escala de 0 a 10, lo que ubica el fenómeno en un rango de leve a moderado, pero sostenido y consistente en distintos contextos.

Factores asociados y dimensiones del distrés moral en estudiantes

Bordignon et al. (2019), en el estudio con mayor muestra en la literatura latinoamericana sobre el tema (n = 499), desarrollaron y validaron la Escala de Distrés Moral para Estudiantes de Enfermería (ESMEE), que organiza el fenómeno en seis dimensiones: compromiso de la dimensión ética del cuidado, condiciones institucionales inadecuadas, prácticas docentes autoritarias, falta de competencia docente, irrespeto a la ética en la formación y elección profesional. Esta estructura multidimensional es coherente con la propuesta conceptual de Ramos et al. (2016), quienes enfatizan que el distrés moral en enfermería no se limita al escenario asistencial, sino que se manifiesta también en las dimensiones formativa y organizacional del trabajo enfermero.

La figura del docente como actor que puede generar, modular o transmitir el distrés moral merece especial atención. Hernández Díaz (2024) y Renno et al. (2016) coinciden en señalar que el autoritarismo, la humillación, la incoherencia entre teoría y práctica y la falta de supervisión adecuada son prácticas docentes que producen directamente distrés moral en el estudiante. Renno et al. (2016) añaden una observación particularmente relevante: el docente puede reproducir en los estudiantes su propio distrés moral no resuelto, convirtiendo la relación pedagógica en un espacio de transmisión del sufrimiento ético.

El nivel de desarrollo moral del estudiante actúa también como variable moduladora. Casas et al. (2018), apoyándose en la teoría de Kohlberg y su revisión por James Rest, reportaron que la mayoría de los estudiantes de enfermería opera en un nivel moral convencional, guiado por el cumplimiento de normas y la búsqueda de aprobación social. Este nivel de desarrollo explicaría en parte la tendencia al silencio y la conformidad observada en la literatura: actuar conforme a las normas institucionales, aun cuando éstas sean éticamente cuestionables, reduce el riesgo de conflicto, pero incrementa la

exposición al distrés. Los estudiantes con mayor desarrollo postconvencional, en contraste, tenderían a cuestionar las normas desde principios propios y, por ello, a experimentar un conflicto interno más intenso ante situaciones éticamente problemáticas.

Krautscheid et al. (2017) incorporaron al análisis el concepto de microética, referido a dilemas éticos cotidianos y aparentemente menores (como la violación de protocolos básicos, el trato irrespetuoso al paciente o el encubrimiento de errores) que, sin embargo, generan distrés moral de manera acumulativa. Esta perspectiva desplaza el foco desde los grandes dilemas excepcionales hacia lo ordinario de la práctica clínica, lo que resulta especialmente pertinente en el contexto de la formación, donde el estudiante se enfrenta a estas situaciones de manera reiterada antes de haber consolidado sus recursos éticos y sus habilidades de afrontamiento.

Marco conceptual de referencia

Para el análisis del distrés moral en estudiantes de enfermería en el presente estudio, se adopta el marco conceptual propuesto por Ramos et al. (2016), que comprende el distrés moral como proceso articulado con la experiencia ético-moral global del sujeto. En este marco, el fenómeno no se reduce a un episodio de malestar producido por una restricción externa, sino que se entiende como parte de la trayectoria de construcción del sujeto ético, en la que intervienen la sensibilidad moral, la deliberación ética, la incertidumbre ontológica y la identidad profesional.

El proceso del distrés moral se inicia con la percepción de un problema moral, para lo cual es necesaria la sensibilidad moral: la capacidad de reconocer la dimensión ética de una situación, incluso cuando no existe un conflicto explícito. Ante ese problema, el sujeto puede tomar tres trayectorias posibles: estancarse en la incertidumbre sin deliberar, avanzar hacia un proceso de deliberación moral que concluya con una decisión y una acción coherente con su juicio, o encontrar una obstrucción (interna o externa) que impida actuar conforme a lo que considera correcto. Esta tercera trayectoria es la que constituye el distrés moral en sentido estricto (Ramos et al., 2016).

En el caso de los estudiantes de enfermería, este marco cobra una dimensión formativa particular: la construcción del sujeto ético no es previa a la práctica clínica, sino que ocurre en ella y a través de ella, en un contexto caracterizado por relaciones de poder asimétricas, condiciones estructurales limitantes y una identidad profesional aún en consolidación. Esta perspectiva justifica la necesidad de estudiar el distrés moral en estudiantes como fenómeno propio, no derivado, y orienta el análisis hacia la comprensión de los factores que favorecen o inhiben el desarrollo de la agencia moral durante la formación.

RESULTADOS

La Tabla 2 presenta las características sociodemográficas y académicas de la muestra (n = 70). La edad media fue de 21.49 años (DE = 1.78; rango 18–28). La muestra estuvo conformada predominantemente por mujeres, estudiantes de 8° semestre (lo que refleja la distribución real de matrícula), turno matutino y estado civil soltero/a. La mayoría reportó experiencia laboral previa en enfermería y afiliación religiosa católica. La reprobación de unidades de aprendizaje fue marginal. Respecto a los escenarios de práctica clínica, el hospital general (IMSS/ISSSTE/SSM) fue el más frecuente, seguido del centro de salud, la residencia de adultos mayores y la práctica comunitaria, con varios estudiantes que reportaron experiencia en más de un escenario.

Tabla 2

Datos sociodemográficos y académicos de la muestra (n = 70)

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	47	67.1
Masculino	23	32.9
Semestre		
2°	9	12.9
4°	6	8.6
6°	9	12.9
8°	46	65.7
Turno		
Matutino	46	65.7
Vespertino	24	34.3
Experiencia laboral previa en enfermería		
Sí	53	75.7
No	17	24.3
Estado civil		
Soltero/a	69	98.6
Casado/a	1	1.4
Religión		
Católica	55	78.6
Cristiana	13	18.6
Otra/Ninguna	2	2.9
Reprobación de unidades de aprendizaje		
No	68	97.1
Sí	2	2.9
Escenarios de práctica clínica (múltiple respuesta)		
Hospital general (IMSS/ISSSTE/SSM)	51	72.9
Centro de salud / Primer nivel	47	67.1
Residencia de adultos mayores	43	61.4
Práctica comunitaria	42	60.0

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 3 presenta la distribución del distrés moral global. La totalidad de los participantes reportó algún grado de distrés moral durante su práctica clínica, con predominio de los niveles leve y moderado.

Tabla 3

Distribución del distrés moral global (n = 70)

Nivel de distrés moral (MDT)	n	%
Leve	32	45.7
Moderado	31	44.3
Severo	5	7.1
Insoportable	2	2.9

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 4 presenta los puntajes por dimensión del cuestionario y el puntaje total del instrumento. La dimensión con mayor puntaje medio fue Condiciones institucionales y organizacionales (D4), seguida de la Relación estudiante-equipo de salud (D2) y la Relación estudiante-docente (D1). Las dimensiones con puntajes más bajos fueron la Brecha teoría-práctica y formación ética (D5) y la Relación estudiante-paciente y familia (D3).

Tabla 4

Puntajes del cuestionario Distrés moral por dimensión y total (n = 70)

Dimensión	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	% del máx.
D1: Relación estudiante-docente	9.91	12.61	6.5	0	68	10.3%
D2: Relación estudiante-equipo de salud	10.36	11.85	8.5	0	69	10.8%
D3: Relación estudiante-paciente y familia	8.56	13.85	5.0	0	80	8.9%
D4: Condiciones institucionales y organizacionales	14.31	19.83	6.0	0	84	14.9%
D5: Brecha teoría-práctica y formación ética	9.01	13.70	4.0	0	74	9.4%

Nota: Puntaje por ítem = frecuencia × intensidad (0–16). Puntaje por dimensión = suma de los 6 ítems (rango 0–96). % del máx. = media / puntaje máximo de la dimensión × 100. DE = desviación estándar.

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 5 presenta la frecuencia e intensidad del distrés moral por dimensión, expresadas como puntaje medio por ítem en escala de 0 a 4. Todas las dimensiones se ubicaron en nivel bajo conforme a los puntos de corte por tercios iguales del rango. No obstante, la dimensión D4 registró la intensidad media más alta y fue la única que se aproximó al umbral del nivel moderado, mientras que D2 obtuvo la frecuencia media más elevada, lo que indica que sus situaciones son las que los estudiantes enfrentan con mayor regularidad.

Tabla 5

Nivel de frecuencia e intensidad del distrés moral por dimensión (n = 70)

Dimensión	Frecuencia			Intensidad		
	Media	DE	Mdn	Media	DE	Mdn
D1: Relación estudiante-docente	1.02	0.68	0.83	0.98	0.70	1.00
D2: Relación estudiante-equipo de salud	1.21	0.72	1.17	1.02	0.70	1.00
D3: Relación estudiante-paciente y familia	0.97	0.77	1.00	0.91	0.72	0.83
D4: Condiciones institucionales y organizacionales	1.17	0.94	1.00	1.28	0.87	1.17
D5: Brecha teoría-práctica y formación ética	0.95	0.71	0.83	0.98	0.79	0.83

Nota: Los valores corresponden al puntaje medio por ítem de cada dimensión (suma de los 6 ítems / 6; escala 0–4).

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 6 presenta la distribución de los participantes según el nivel de frecuencia e intensidad por dimensión. Aunque todas las dimensiones se ubicaron en nivel bajo a nivel de la media grupal, la

distribución interna revela heterogeneidad relevante. La dimensión D4 concentró los mayores porcentajes en los niveles moderado y alto tanto en frecuencia como en intensidad, confirmando que las condiciones institucionales y organizacionales constituyen la fuente de distrés moral con mayor carga para los estudiantes de la muestra.

Tabla 6

Distribución de participantes según nivel de frecuencia e intensidad del distrés moral por dimensión (n = 70)

Dimensión	Frecuencia						Intensidad					
	Bajo		Moderado		Alto		Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
D1: Relación estudiante-docente	50	71.4%	18	25.7	2	2.9	48	68.6	20	28.6	2	2.9
D2: Relación estudiante-equipo de salud	38	54.3	29	41.4	3	4.3	48	68.6	20	28.6	2	2.9
D3: Relación estudiante-paciente y familia	49	70.0	19	27.1	2	2.9	51	72.9	17	24.3	2	2.9
D4: Condiciones institucionales y organizacionales	42	60.0	23	32.9	5	7.1	36	51.4	29	41.4	5	7.1
D5: Brecha teoría-práctica y formación ética	50	71.4	18	25.7	2	2.9	49	70.0	18	25.7	3	4.3

Nota: Los valores expresan n (%).

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 7 presenta los resultados de las pruebas no paramétricas según variables sociodemográficas y académicas. La experiencia laboral previa fue la variable con mayor número de diferencias significativas y tamaños del efecto más grandes, con puntuaciones más altas en todas las dimensiones entre quienes contaban con ella. La edad mostró correlaciones positivas y significativas con el puntaje total y con todas las dimensiones, aunque no con el MDT global, lo que sugiere que a mayor edad mayor exposición acumulada a situaciones éticamente problemáticas. El semestre cursado mostró diferencias significativas en el puntaje total y en todas las dimensiones, con excepción del MDT global, lo que indica que el instrumento contextualizado detecta diferencias según el avance formativo que la escala global no captura. El turno vespertino se asoció con puntuaciones más altas en la mayoría de las dimensiones; el sexo mostró diferencias en las dimensiones D1, D2, D3 y D5, con puntuaciones más altas en participantes masculinos y tamaños del efecto pequeños a medianos. La religión se asoció con diferencias significativas en la escala global y el puntaje total, sin explorarse comparaciones post hoc dada la naturaleza descriptiva del estudio.

Tabla 7

Resultados de las pruebas no paramétricas para diferencias en distrés moral según variables sociodemográficas y académicas (n = 70)

Variable independiente	Variable dependiente	Estadístico	p	Resultado y tamaño del efecto
Sexo	MDT global	U=558.5	0.823	n.s. $r = -0.033$
	Puntaje total	U=394.0	0.068	n.s. $r = 0.271$
	D1 Frecuencia	U=375.0	0.038	* $p < 0.05$ $r = 0.306$

Experiencia laboral previa	D1 Intensidad	U=369.0	0.032	* $p < 0.05$ $r = 0.317$
	D2 Frecuencia	U=373.0	0.036	* $p < 0.05$ $r = 0.310$
	D2 Intensidad	U=369.0	0.031	* $p < 0.05$ $r = 0.317$
	D3 Frecuencia	U=365.0	0.028	* $p < 0.05$ $r = 0.325$
	D3 Intensidad	U=382.5	0.048	* $p < 0.05$ $r = 0.292$
	D4 Frecuencia	U=460.0	0.315	n.s. $r = 0.149$
	D4 Intensidad	U=404.0	0.088	n.s. $r = 0.253$
	D5 Frecuencia	U=415.5	0.117	n.s. $r = 0.231$
	D5 Intensidad	U=356.5	0.021	* $p < 0.05$ $r = 0.340$
	MDT global	U=603.5	0.033	* $\rho < 0.05$ $r = -0.340$
	Puntaje total	U=653.5	0.006	* $\rho < 0.05$ $r = -0.451$
	D1 Frecuencia	U=610.0	0.029	* $\rho < 0.05$ $r = -0.354$
	D1 Intensidad	U=672.0	0.002	* $\rho < 0.05$ $r = -0.492$
	D2 Frecuencia	U=588.5	0.059	n.s. $r = -0.306$
	D2 Intensidad	U=708.0	< 0.001	* $\rho < 0.05$ $r = -0.572$
	D3 Frecuencia	U=593.0	0.051	n.s. $r = -0.316$
	D3 Intensidad	U=686.0	0.001	* $\rho < 0.05$ $r = -0.523$
	D4 Frecuencia	U=676.5	0.002	* $\rho < 0.05$ $r = -0.502$
	D4 Intensidad	U=669.5	0.003	* $\rho < 0.05$ $r = -0.486$
Semestre	D5 Frecuencia	U=661.5	0.004	* $\rho < 0.05$ $r = -0.468$
	D5 Intensidad	U=672.0	0.002	* $\rho < 0.05$ $r = -0.492$
	MDT global	H=6.502	0.090	n.s. $\eta^2=0.063$
	Puntaje total	H=19.940	< 0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.198$
	D1 Frecuencia	H=14.808	0.002	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.144$
	D1 Intensidad	H=22.043	< 0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.220$
	D2 Frecuencia	H=14.987	0.002	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.146$
	D2 Intensidad	H=19.933	< 0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.198$
	D3 Frecuencia	H=19.488	< 0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.194$
	D3 Intensidad	H=16.416	0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.161$
	D4 Frecuencia	H=16.333	0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.161$
	D4 Intensidad	H=19.512	< 0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.194$
Turno	D5 Frecuencia	H=14.942	0.002	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.146$
	D5 Intensidad	H=17.645	< 0.001	* $p < 0.05$ $\eta^2=0.174$
	MDT global	U=533.5	0.820	n.s. $r = 0.034$
	Puntaje total	U=801.5	0.002	* $\rho < 0.05$ $r = -0.452$
	D1 Frecuencia	U=771.0	0.007	* $\rho < 0.05$ $r = -0.397$
	D1 Intensidad	U=864.5	< 0.001	* $\rho < 0.05$ $r = -0.566$

	D2 Frecuencia	U=738.0	0.021	* $p < 0.05$ $r = -0.337$
	D2 Intensidad	U=867.5	< 0.001	* $p < 0.05$ $r = -0.572$
	D3 Frecuencia	U=802.5	0.002	* $p < 0.05$ $r = -0.454$
	D3 Intensidad	U=736.0	0.022	* $p < 0.05$ $r = -0.333$
	D4 Frecuencia	U=706.0	0.057	n.s. $r = -0.279$
	D4 Intensidad	U=782.5	0.004	* $p < 0.05$ $r = -0.418$
	D5 Frecuencia	U=733.5	0.024	* $p < 0.05$ $r = -0.329$
	D5 Intensidad	U=763.5	0.009	* $p < 0.05$ $r = -0.383$
Religión	MDT global	H=11.476	0.003	* $p < 0.05$ $\eta^2 = 0.095$
	Puntaje total	H=7.739	0.021	* $p < 0.05$ $\eta^2 = 0.056$
Edad	MDT global	$\rho = 0.149$	0.217	n.s. —
	Puntaje total	$\rho = 0.516$	< 0.001	* $p < 0.05$ —
	D1 Frecuencia	$\rho = 0.288$	0.016	* $p < 0.05$ —
	D1 Intensidad	$\rho = 0.419$	< 0.001	* $p < 0.05$ —
	D2 Frecuencia	$\rho = 0.287$	0.016	* $p < 0.05$ —
	D2 Intensidad	$\rho = 0.487$	< 0.001	* $p < 0.05$ —
	D3 Frecuencia	$\rho = 0.385$	0.001	* $p < 0.05$ —
	D3 Intensidad	$\rho = 0.299$	0.012	* $p < 0.05$ —
	D4 Frecuencia	$\rho = 0.326$	0.006	* $p < 0.05$ —
	D4 Intensidad	$\rho = 0.523$	< 0.001	* $p < 0.05$ —
	D5 Frecuencia	$\rho = 0.422$	< 0.001	* $p < 0.05$ —
	D5 Intensidad	$\rho = 0.485$	< 0.001	* $p < 0.05$ —

Nota: * $p < 0.05$ (estadísticamente significativo). n.s. = no significativo. U = estadístico de Mann-Whitney. H = estadístico de Kruskal-Wallis. ρ = Rho de Spearman. Tamaño del efecto: r de rango biserial para Mann-Whitney (pequeño ≥ 0.10 , mediano ≥ 0.30 , grande ≥ 0.50); $\eta^2 = H/(n-1)$ para Kruskal-Wallis (pequeño ≥ 0.01 , mediano ≥ 0.06 , grande ≥ 0.14). D1 = relación estudiante-docente; D2 = equipo de salud; D3 = paciente y familia; D4 = condiciones institucionales; D5 = brecha teoría-práctica.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian que el distrés moral es un fenómeno presente en la totalidad de los estudiantes participantes, con una distribución predominante en los niveles leve y moderado según el MDT global. Este patrón es consistente con lo reportado en la literatura internacional, donde los estudios cuantitativos sitúan el fenómeno en rangos similares, sostenidos en distintos contextos (Janatolmakan et al., 2021; Krautscheid et al., 2017; Baghdadi et al., 2020). Que ningún participante reporta ausencia total de distrés moral confirma la afirmación de Renno et al. (2016) respecto a que este fenómeno en estudiantes de enfermería no es un mito sino una realidad verificable desde las primeras experiencias de práctica clínica.

El análisis por dimensiones revela que las Condiciones institucionales y organizacionales (D4) constituyeron la fuente de mayor carga de distrés moral, con el puntaje más elevado del instrumento y

la única intensidad media próxima al umbral del nivel moderado. Este resultado es congruente con Dos Santos et al. (2024), quienes identificaron las condiciones institucionales como una de las tres grandes fuentes de distrés moral en estudiantes, y con Bordignon et al. (2019), cuya escala ESMEE incluyó este constructo como uno de sus ejes centrales. La relación estudiante-equipo de salud (D2) fue la dimensión con mayor frecuencia de exposición, aunque su intensidad resultó inferior a la de D4, lo que sugiere que las situaciones institucionales generan un malestar moral más profundo cuando se presentan.

El ítem con mayor puntaje de distrés en todo el instrumento fue aquel que describe el miedo a que expresar una opinión ética afecte la calificación o evaluación de práctica. Que este sea también el reactivo con la frecuencia más alta de toda la escala sitúa la evaluación académica como el principal mecanismo inhibitor de la expresión ética del estudiante, coincidiendo con la literatura que identifica el miedo a las represalias como factor central de la inacción moral en esta población (Mæland et al., 2021; Baghdadi et al., 2020; Krautscheid et al., 2017). Timmins (2025) señala que la condición de ser "solo un estudiante" es uno de los antecedentes más sólidos del distrés moral, y los resultados del presente estudio aportan evidencia específica a esta afirmación en el contexto mexicano.

La experiencia laboral previa fue la variable con el mayor número de diferencias estadísticamente significativas y los tamaños del efecto más grandes, con los participantes que contaban con ella reportando mayor distrés en la escala global, el puntaje total y la mayoría de las dimensiones. Este resultado, aparentemente contraintuitivo, puede explicarse desde la perspectiva de la sensibilidad moral: la mayor exposición al entorno clínico desarrolla la capacidad de reconocer situaciones éticamente problemáticas y, en consecuencia, amplifica el distrés cuando no es posible actuar conforme a los propios valores (Timmins, 2025; Ramos et al., 2016). Bordignon et al. (2019) atribuyeron el menor distrés en estudiantes con formación previa a una posible normalización del entorno; los datos del presente estudio apuntan en la dirección opuesta, en congruencia con Janatolmakan et al. (2021).

La edad mostró correlaciones positivas y significativas con el puntaje total del instrumento y con todas las dimensiones, pero no con el MDT global. Esta disociación constituye un hallazgo metodológico relevante: el instrumento contextualizado detectó la relación entre edad y distrés moral que la escala global no captó, probablemente porque el MDT mide la percepción instantánea del malestar, mientras que el instrumento acumula la valoración de situaciones específicas más sensibles a la trayectoria formativa. Lo mismo ocurrió con el semestre cursado, donde el MDT no mostró diferencias significativas entre grupos, pero el instrumento sí las detectó en todas las dimensiones. Este patrón apoya la pertinencia de instrumentos multidimensionales para estudiar el distrés moral en estudiantes, en línea con la recomendación de Timmins (2025) de desarrollar herramientas específicas para esta población.

El sexo mostró diferencias en la mayoría de las dimensiones, con puntuaciones más altas en participantes masculinos y tamaños del efecto pequeños a medianos, sin un patrón concluyente en la literatura (Bordignon et al., 2019). La religión se asoció con diferencias en la escala global y el puntaje total, y el turno vespertino con mayores niveles de distrés en la mayoría de las dimensiones, lo que podría relacionarse con diferencias en los contextos de práctica asignados o con la menor disponibilidad de supervisión docente en ese horario.

Implicaciones

Los resultados tienen implicaciones concretas para la formación en enfermería. Que el miedo a las consecuencias académicas sea la situación de mayor distrés señala una responsabilidad directa de la institución formadora: los espacios de práctica clínica deben constituirse en entornos psicológicamente seguros donde el estudiante pueda expresar sus observaciones éticas sin temor.

Hernández Díaz (2024) y Renno et al. (2016) coinciden en que las prácticas docentes autoritarias son fuentes directas de distrés moral, confirmando que la dimensión docente sigue siendo de las más cargadas. La formación en ética clínica aplicada, el uso de estrategias reflexivas y el desarrollo del coraje moral en el currículo emergen como líneas de acción pertinentes (Krautscheid et al., 2017). Desde el marco de Ramos et al. (2016), el distrés moral tiene potencial formativo cuando es procesado reflexivamente, lo que subraya la necesidad de acompañar el desarrollo moral del estudiante a lo largo de toda la trayectoria, no solo cuando el malestar se vuelve agudo.

Limitaciones

El tamaño muestral y su carácter no probabilístico limitan la generalización de los hallazgos. La distribución desigual entre semestres impidió comparaciones post hoc con poder estadístico suficiente. El diseño transversal no permite establecer relaciones causales ni dar cuenta de la evolución del fenómeno. El instrumento, diseñado para este contexto específico, no ha sido sometido aún a validación psicométrica formal, y el autoinforme introduce la posibilidad de sesgo de deseabilidad social en ítems que aluden a situaciones con el docente evaluador.

CONCLUSIÓN

El presente estudio confirma que el distrés moral es una realidad presente en estudiantes de enfermería en México, con una distribución predominante en niveles leve y moderado. Las condiciones institucionales del campo clínico y el temor a las repercusiones académicas al expresar juicios éticos emergen como las fuentes principales de malestar; la experiencia laboral previa y el avance en la formación se asocian con una mayor percepción del fenómeno. Estos hallazgos contribuyen a visibilizar el distrés moral en el contexto latinoamericano hispanohablante, donde la evidencia disponible era escasa, y aportan insumos concretos para el diseño curricular en enfermería. El estudio reafirma la necesidad de desarrollar estrategias pedagógicas que promuevan entornos clínicos psicológicamente seguros y favorezcan la reflexión ética, de modo que el distrés moral pueda transformarse en una oportunidad formativa que fortalezca las competencias ético-morales y la identidad profesional de los futuros profesionales de enfermería.

RECOMENDACIONES

Se sugiere ampliar la muestra con diseños probabilísticos estratificados por semestre. Es pertinente someter el instrumento a validación psicométrica formal que incluya análisis factorial e índices de confiabilidad como el coeficiente omega. Se recomienda incorporar diseños longitudinales para seguir la trayectoria del distrés moral a lo largo de la formación, y diseños mixtos que integren la perspectiva cualitativa de los estudiantes. Futuros estudios deberían explorar si el efecto de la experiencia laboral previa se mantiene al controlar por semestre y edad, e identificar qué aspectos específicos de esa experiencia modulan la percepción del distrés moral.

REFERENCIAS

Argimon, J. M., & Jiménez, J. (2019). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier.

Asociación Médica Mundial. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm>

Baghdadi, N., Alsomali, Z., Alanazi, M. E., Alasmari, M., Alfaqi, R., Alsofayan, R., Dator, W. L. T., & Malki, G. A. (2020). Moral distress among nursing students during clinical training. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 7(3), 269–276. <https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/paperpdf-1603370544.pdf>

Bordignon, S. S., Lunardi, V. L., Barlem, E. L. D., Dalmolin, G. L., Silveira, R. S., Ramos, F. R. S., & Barlem, J. G. T. (2019). Moral distress in undergraduate nursing students. *Nursing Ethics*, 26(7-8):2325-2339. <https://doi.org/10.1177/0969733018814902>

Casas, L. F., Ibáñez, L. E., & Parra, D. I. (2018). Desarrollo moral de los estudiantes de un programa de enfermería. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 50(3), 247–256. <https://doi.org/10.18273/revsal.v50n3-2018009>

Diario Oficial de la Federación. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. <https://bit.ly/3PTcCYp>

Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n_255.pdf

Dos Santos, S. S., de Godoy, S., & Costa Mendes, I. A. (2024). Moral distress among undergraduate nursing students in clinical practice: A scoping review. *Nursing Ethics*, 32(5):1418-1433. <https://doi.org/10.1177/09697330241287856>

Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice*. (7th ed.). Elsevier.

Hernández Díaz, A. (2024). Perspectivas de angustia moral en estudiantes de enfermería: revisión narrativa. *Horizonte de Enfermería*, 35(3), 1539–1568. http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.3.3.1539-1568

Janatolmakan, M., Dabiry, A., Rezaeian, S., & Khatony, A. (2021). Frequency, severity, rate, and causes of moral distress among nursing students: A cross-sectional study. *Education Research International*, 6673292. <https://doi.org/10.1155/2021/6673292>

Krautscheid, L., DeMeester, D. A., Orton, V., Smith, A., Livingston, C., & McLennon, S. M. (2017). Moral distress and associated factors among baccalaureate nursing students: A multisite descriptive study. *Nursing Education Perspectives*. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000214>

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>

Mæland, M. K., Tingvatn, B. S., Rykkje, L., & Drageset, S. (2021). Nursing education: Students' narratives of moral distress in clinical practice. *Nursing Reports*, 11(2), 291–300. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020028>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Ramos, F. R. S., Barlem, E. L. D., Brito, M. J. M., Vargas, M. A., Schneider, D. G., & Brehmer, L. C. F. (2016). Conceptual framework for the study of moral distress in nurses. *Texto Contexto Enfermagem*, 25(2), e4460015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004460015>

Renno, H. M. S., Ramos, F. R. S., & Brito, M. J. M. (2016). Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality? *Nursing Ethics*. <https://doi.org/10.1177/0969733016643862>

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>

Timmins, R. (2025). Student nurses' experiences of moral distress: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(2), 730–748. <https://doi.org/10.1111/jan.16370>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .

ANEXOS

Cuestionario contextualizado de distrés moral

Instrucciones: A continuación, se presentan situaciones que pueden ocurrir durante la práctica clínica en enfermería. Para cada situación indique:

- Frecuencia: ¿Con qué frecuencia ha vivido o presenciado esta situación durante su práctica clínica?
- Intensidad: ¿Qué tan intenso fue el malestar moral que le generó?

Tabla 1

Cuestionario contextualizado de distrés moral

Situación	Frecuencia					intensidad				
	0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Frecuentemente 4=Siempre					0=Ninguna 1=Poca 2=Moderada 3=Mucha 4=Extrema				
Dimensión 1: Relación estudiante – docente										
1. He observado que mi docente trata de manera irrespetuosa o humillante a un estudiante durante la práctica clínica.										
2. Me he sentido presionado/a a callar cuando el docente realiza o permite prácticas que considero éticamente incorrectas.										
3. Mi docente ha expuesto o ridiculizado a un estudiante frente a pacientes, familiares o el equipo de salud.										
4. He tenido miedo de que expresar mi opinión ética afecte mi calificación o evaluación de práctica.										
5. El docente ha ignorado mis observaciones sobre situaciones que me parecían incorrectas en el cuidado al paciente.										
6. He sentido que las exigencias del docente me obligan a actuar de forma contraria a mis valores como futuro/a enfermero/a.										
Dimensión 2: Relación estudiante – equipo de salud										
7. He observado que algún profesional de salud trata con descuido o falta de respeto a un paciente.										
8. He querido hablar sobre una situación que me pareció incorrecta, pero no lo hice por mi condición de estudiante.										
9. He presenciado cómo el equipo de salud ignoró las quejas, dudas o necesidades del paciente o su familia.										
10. He sentido que mi opinión o criterio no es tomado en cuenta por el equipo de salud por ser estudiante.										

11. He observado prácticas que consideré incorrectas y no pude intervenir porque el personal a cargo así lo determinó.										
12. He recibido instrucciones de realizar un procedimiento con el que no estaba de acuerdo éticamente.										
Dimensión 3: Relación estudiante – paciente y familia										
13. He atendido situaciones en que el paciente no recibió información suficiente o veraz sobre su condición de salud.										
14. He presenciado que no se respetó la decisión o el deseo del paciente respecto a su atención.										
15. He observado que se realizaron procedimientos a pacientes sin que estuvieran correctamente informados o hubieran dado su consentimiento.										
16. He sentido que el cuidado que pude ofrecer al paciente fue insuficiente por falta de recursos, tiempo o apoyo institucional.										
17. He presenciado situaciones de sufrimiento del paciente que no fueron atendidas adecuadamente.										
18. He observado que la familia del paciente fue excluida o desinformada sobre aspectos importantes de su atención.										
Dimensión 4: Condiciones institucionales y organizacionales										
19. Las condiciones del campo clínico (falta de material, personal o espacio) me han impedido brindar el cuidado que considero correcto.										
20. He percibido que las normas o rutinas institucionales se priorizan por encima del bienestar del paciente.										
21. He tenido que realizar actividades durante la práctica para las que no me sentía preparado/a, sin la supervisión adecuada.										
22. La sobrecarga de actividades académicas y clínicas me ha impedido brindar un cuidado de calidad.										
23. He observado que errores clínicos en la unidad de práctica no fueron reportados ni corregidos.										
24. He sentido que las jerarquías institucionales impiden que los estudiantes señalen problemas éticos en el cuidado.										
Dimensión 5: Brecha teoría – práctica y formación ética										
25. He observado en la práctica clínica situaciones que contradicen directamente lo aprendido en el aula sobre ética y cuidado.										

26. He sentido que mi formación ética no me preparó suficientemente para enfrentar dilemas morales en la práctica.										
27. He dudado de si lo que realizo en la práctica clínica es realmente lo correcto desde el punto de vista ético.										
28. He percibido que el tema de la ética y el cuidado humanizado no se aborda suficientemente en mi formación.										
29. He sentido conflicto entre lo que se me enseña sobre el cuidado humanizado y lo que observo en la realidad de los servicios.										
30. He tenido dificultad para actuar conforme a mis valores éticos porque no sabía cómo hacerlo ante la situación real.										

Fuente: elaboración propia.