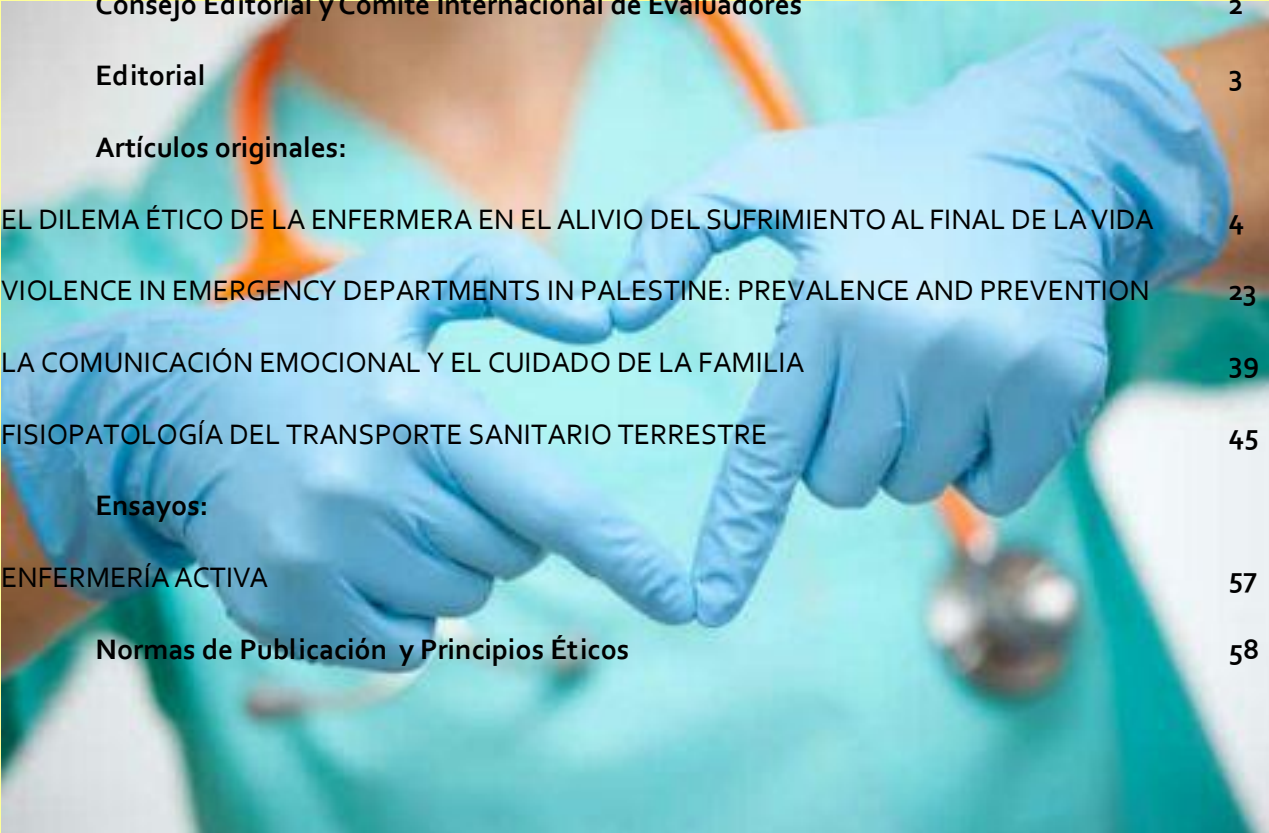


# ENFERMERÍA ACTIVA

**REVISTA ENFERMERA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA**

**NÚMERO 1.OCTUBRE 2015**

**ÍNDICE DE CONTENIDOS:**



Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores	2
Editorial	3
Artículos originales:	
EL DILEMA ÉTICO DE LA ENFERMERA EN EL ALIVIO DEL SUFRIMIENTO AL FINAL DE LA VIDA	4
VIOLENCE IN EMERGENCY DEPARTMENTS IN PALESTINE: PREVALENCE AND PREVENTION	23
LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL Y EL CUIDADO DE LA FAMILIA	39
FISIOPATOLOGÍA DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE	45
Ensayos:	
ENFERMERÍA ACTIVA	57
Normas de Publicación y Principios Éticos	58

**CONSEJO EDITORIAL**

- DIRECTOR:** Domingo Muñoz Arteaga (España); Enfermero. Máster en Cooperación al Desarrollo, Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud, Diplomado en Alta Dirección
- SUBDIRECTORA:** Kimm Alegría Castañeda Arellanes (México); Enfermera. Maestría en Administración de Empresas; Diplomada en Hemodialisis
- VOCALES:** Nancy Mannion Bonalumi (USA); Enfermera. Master of Science in Nursing Administration, Master Certificate in Applied Project Management  
Ignacio Campos Blanco (España); Enfermero. Máster en Enfermería Prehospitalaria de Emergencias  
Moraima Cano Valdez (México); Enfermera. Maestría en Educación Superior  
Luciano Clarizia (Italia); Enfermero; Especialista en Emergencias y Cuidados Críticos, Especialista en Información en la Atención a la Salud)  
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México); Enfermera. Especialista Infantil. Máster en Urgencias y Cuidados Críticos con Énfasis en Pediatría  
Ángela María Esquinas Jiménez (España); Enfermera. Máster en Migraciones Internacionales; salud y bienestar; modelos y estrategias de intervención  
Luis Alonso Ibarias Uribe (México); Enfermero.  
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México); Enfermera.  
Rafael Martínez Calero (España); Enfermero. Máster en Farmacología  
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador); Enfermero. Especialista en Planificación Estratégica, Máster en Drogodependencias, Experto en Urgencias y Emergencias  
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela); Enfermera. Maestría en Educación Superior, Maestría en Gerencia. Diplomada en Emergentología

**COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)   | Irama J. López Urbina (Venezuela)    |
| Nancy M. Bonalumi (USA)                   | Rafael Martínez Calero (España)      |
| Ignacio Campos Blanco (España)            | Concepción Martínez Lara (España)    |
| Moraima Cano Valdez (México)              | Domingo Muñoz Arteaga (España)       |
| Kimm Alegría Castañeda Arellanes (México) | Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador) |
| Luis Arturo Ceballos Ortega (México)      | Francisco Nieto Rosa (España)        |
| Luciano Clarizia (Italia)                 | Julia Ortega Limón (España)          |
| Sulpicia G. Contreras Jasso (México)      | José Antonio Ortiz Gómez (España)    |
| Ángela María Esquinas Jiménez (España)    | María da Graça Piva (Brasil)         |
| Luis Alonso Ibarias Uribe (México)        | Raiza C. Rada Rodríguez (Venezuela)  |
| Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)   | Blanca Sánchez Baños (España)        |
| Gerardo Jasso Ortega (México)             | Martín Alberto Toranzo (Argentina)   |

ISSN: 2444-782X  
[revistaenfermeriaactiva@gmail.com](mailto:revistaenfermeriaactiva@gmail.com)

**EDITORIAL**

Este que ves en tu pantalla es el número inicial de **Enfermería Activa**, estás asistiendo al alumbramiento de una nueva Revista Digital Enfermera de Divulgación Científica, tienes ante los ojos el instrumento que, humildemente, hemos creado para propagar, difundir y transmitir a través de la red el conocimiento enfermero, sus trabajos, sus investigaciones, su compromiso con la sociedad y sus propuestas para contribuir a mejorar la calidad de nuestro cuidado.

**Enfermería Activa** nace, sí, con vocación internacional, para ello hemos configurado un Consejo Editorial con enfermeras de sobrada cualificación de Estados Unidos, México, Ecuador, Venezuela, Italia y España y un Consejo Internacional de Evaluadores con prestigiosos profesionales provenientes también de Brasil y de Argentina; pero nace también con la convicción firme de la homogeneidad internacional de los cuidados enfermeros, quienes han tenido la suerte de participar o asistir a congresos internacionales saben lo que les decimos, los problemas son similares, las inquietudes las mismas y las ganas de brindar cada día un mejor cuidado a nuestros pacientes, el estímulo que nos mueve a investigar.

Somos conscientes de las dificultades que entraña nuestra aventura, somos conscientes de los mil y un errores que en este número inicial podréis encontrar (errores en el diseño, en la maquetación, en la publicación, en la edición...), desde ya estamos trabajando para corregirlos, para conseguir una publicación de calidad no solo en el contenido (algo que está

garantizado), sino también en el continente, que esperamos sea atractivo y accesible.

Hemos iniciado conversaciones con una prestigiosa editorial para conseguir que en sus instalaciones maqueten los siguientes números de un modo más profesional, pero siempre mantendremos nuestra voluntad de que **Enfermería Activa** sea una publicación gratuita y abierta a través de internet; en ese sentido, es posible que a mediados del próximo año podamos migrar a una nueva web desde la que acceder más fácilmente a nuestros contenidos y poder contactar con el Consejo Editorial.

**Enfermería Activa** no es una revista vinculada a ninguna sociedad científica ni a ninguna especialidad concreta, por lo que nace abierta a publicaciones, artículos, ensayos e investigaciones de cualquiera de los campos de la Enfermería. Desde el Consejo Editorial y el Comité Internacional de Evaluadores hemos dado el paso inicial y queremos expresar nuestro compromiso por mantener viva la revista publicándola trimestralmente, ahora necesitamos de ustedes, de vuestras compañeras y vuestros compañeros de profesión, necesitamos que volquéis en **Enfermería Activa** todo el conocimiento adquirido y todas las investigaciones realizadas para enriquecer y empoderar a nuestro colectivo y, de esta manera, hacer más eficaz, eficiente, cálida y científica la práctica enfermera.

Esperamos, de nuevo, verte en enero al otro lado de la pantalla.





**ORIGINALES**

**EL DILEMA ÉTICO DE LA ENFERMERA EN EL ALIVIO DEL SUFRIMIENTO AL FINAL DE LA VIDA**

**THE ETHICAL DILEMMA OF THE NURSE IN THE RELIEF OF SUFFERING THE END OF LIFE**

**AUTORES:**

Ángela María Esquinas Jiménez (Graduada en Enfermería. Máster en Migraciones Internacionales; salud y bienestar; modelos y estrategias de intervención)

Juan Antonio Fernández López (Doctor en Medicina, Máster en Medicina de Emergencias y Catástrofes. Profesor de Farmacología, Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja de Sevilla)

**RESUMEN**

Al pensar en el proceso de muerte y la manera en que ésta puede ser afrontada, surgen numerosas cuestiones. Uno de los temas más antiguos, y a la vez más actual que hace referencia a esta situación es el de la eutanasia.

Pretendemos dar a conocer las distintas posturas existentes en torno a la eutanasia, vista por algunos como un camino hacia la liberación y el alivio del sufrimiento, y por otros, como una forma de acabar con la vida humana.

En este trance los cuidados paliativos cobran especial importancia. Conservar la dignidad de la vida y paliar el sufrimiento, son tareas fundamentales a desarrollar para con este tipo de cuidados. El profesional de Enfermería es indispensable en todo lo que a los cuidados paliativos concierne, desarrollando tareas encaminadas a aumentar la calidad de vida del enfermo y, en consecuencia, la de su familia.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería, Cuidados Paliativos, Eutanasia, Bioética

**ABSTRAC**

When thinking about the process of dying, in what will be the end of life and how it can be tackled, many questions arise. One of the most ancient, and now increasingly referred to this situation is that of euthanasia.

This paper seeks to highlight the different positions existing around euthanasia, seen by some as a way to liberation and relief of suffering, and by others as a way of ending human life.

In this trance palliative care are particularly important. Preserve the dignity of life, which is inherent to the human being, and alleviating suffering are fundamental tasks to be developed for this type of care. The nurse is essential in all that relates to palliative care, developing tasks aimed at enhancing the quality of life of patients and, consequently, that of his family.

**KEY WORDS**

Nursing, Palliative Care, Euthanasia, Bioethics

## EL DILEMA ÉTICO DE LA ENFERMERA EN EL ALIVIO DEL SUFRIMIENTO AL FINAL DE LA VIDA

### INTRODUCCIÓN

Según la definición de Virginia Henderson, "cuidar significa asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación, o a una muerte pacífica, y que él o ella realizarían por sí mismos si tuvieran la suficiente voluntad o conocimiento". Nuestro colectivo profesional, desde el comienzo de su existencia, siempre se ha encargado del cuidado de las personas (en situación terminal o no). Ese es nuestro deber, este es el deber de los profesionales de enfermería. <sup>(1)</sup>

En la sociedad española, de la misma manera que en las sociedades de otros países, el tema de la "muerte digna", de la eutanasia, y todo lo que al respecto concierne, suscita gran interés, y es por ello que se ha convertido en objeto de continua discusión. Dentro de esta misma discusión son varios los temas a tratar. Por un lado podemos hablar del "derecho" que algunos consideran tener para con la "muerte digna". Por otro, es interesante conocer la labor de los cuidados paliativos, en donde el objetivo fundamental es conseguir la mejor calidad de vida posible para el paciente y sus familias.

Los cuidados paliativos (o cuidados tipo Hospice), son un tipo de cuidados especiales cuya finalidad es proporcionar el máximo bienestar y confort al paciente terminal, y dar soporte emocional y apoyo a sus familiares, cuando la enfermedad, que limita la vida, ya no responde a los tratamientos orientados a curar. Los cuidados paliativos tienen como objetivo que el paciente pase el final de sus días con síntomas tales como el dolor (en el que se hace especial énfasis) o la disnea controlados, que transcurran con la máxima dignidad posible, y que se den rodeados de sus seres queridos, en su casa o en un lugar lo más parecido posible <sup>(2)</sup>. Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte <sup>(3)</sup>.

Las decisiones clínicas que hay que tomar en torno al paciente terminal son complicadas y están cargadas de una gran responsabilidad. Deben valorarse medidas de soporte, mantenimientos de tratamientos; medidas con las que mantener el bienestar del enfermo y el alivio de sus síntomas <sup>(4)</sup>.

Ayudar a morir en paz a los ciudadanos, facilitar a cada uno su propia muerte, según su experiencia vital y su pérdida de identidad, sus expectativas y sus contradicciones, sus miedos, su vulnerabilidad, no es posible si no se incorporan los afectos, los valores y las creencias, que no se viven tanto desde el ámbito cognitivo, como emocional (los valores más que razonarse, se sienten (por eso el valor dignidad es conflictivo), constituyendo la esfera moral del individuo <sup>(5,6)</sup>.

El sufrimiento del final de la vida no es curable, ni se puede medicalizar. No sufren los cuerpos, sufren las personas, cada cual con una esfera moral que debe ser atendida de igual manera que la física, pero con herramientas más sutiles <sup>(7)</sup>. La experiencia íntima de sufrimiento no es el dolor, ni una lista de síntomas en una tabla, ni unos criterios de complejidad o una escalera analgésica <sup>(8)</sup>.

### CONSIDERACIONES

#### Morir con dignidad

La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos no es nueva. La encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega. Esto, poéticamente expresado en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la "mortalidad", después de que en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable. Pero plantear que en ciertas situaciones la muerte pueda ser percibida como una bendición divina no equivale necesariamente a arrojarse al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufriendo. Así lo

percibió Hipócrates, quien en su famoso Juramento reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con tal fin. (9, 10, 11).

Pero, cuando queremos hacer alusión al "morir con dignidad", lo que realmente se quiere dejar claro es que el enfermo agónico, mientras esté vivo, es un ser humano en pleno ejercicio de su dignidad, así esté consciente o dormido, hasta el momento que fallezca, y su "derecho a una muerte digna" es, en realidad, el derecho a vivir humanamente su propia muerte, donde las convicciones morales y religiosas determinan el comportamiento adecuado frente a la muerte, tanto para el que está muriendo, como para los que lo atienden. Así, pues, los profesionales de la salud tenemos la obligación moral y profesional de ampliar nuestra óptica del paciente y, descubriendo el sufrimiento, de ubicar en lo posible su fuente y emplear todos los medios proporcionados disponibles para permitirle al paciente el alivio que él desee<sup>(9)</sup>.

En el caso del paciente terminal, para que pueda morir dignamente: asistido, aliviado, acompañado, informado y no agobiado por su agonía desatendida. "Algún sufrimiento a la hora de morir es inevitable y hay que vivirlo, ya que no podemos concebir la muerte en forma romántica e idealizada, pero su alivio en lo posible es un acto moral de respeto por la dignidad humana." <sup>(12)</sup>. Pero la atención de salud es hoy una tarea cooperativa, que agrupa a personas de distintos orígenes culturales y religiosos. Podría suceder, entonces, que alguien que muera en un hospital, lo haga rodeado de personas que tengan visiones distintas a la suya de lo que significa morir bien. Ello podría llevar a que en algunos casos el equipo de salud opte por recurrir a ciertos medios que retarden artificialmente el momento de la muerte con el fin de evitar toda duda de un posible subtratamiento. Esta práctica conocida como "obstinación terapéutica" o "ensañamiento terapéutico" es rechazada por la mayoría de los éticistas como contraria a la dignidad de la persona. Sin embargo, sabemos que la medicina contemporánea está constantemente sometida a la tentación de considerar que es éticamente exigible todo lo que es técnicamente posible, fenómeno que Hans Jonas <sup>(13)</sup> denominó "imperativo tecnológico".

Verse envuelto en esta corriente cultural, o en su opuesta: la creciente aceptación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, podría imponer graves cargas morales en las personas moribundas, no permitiéndoles morir del modo que consideran correcto<sup>(9)</sup>.

Con el fin de cubrir esta necesidad de cuidados donde se procuran una mayor calidad de vida a los enfermos con padecimientos crónicos degenerativos, graves, progresivos e incurables, nacen los cuidados paliativos, donde la enfermería ha adquirido especial protagonismo.

### Cuidados Paliativos y Enfermería

El campo de la acción de la enfermería abarca todas las etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Y es en esta etapa final de la vida donde, en los últimos años y el profesional de enfermería ha adquirido mayor protagonismo a través de los cuidados paliativos.

El sufrimiento es una dimensión fundamental de la condición humana. Esto hace más complejo el abordaje de estos pacientes. Por ello se requiere de un equipo profesional interdisciplinario, donde se hable un lenguaje común, y que muestre siempre humildad y deseo de servicio. <sup>(14, 15)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) basa los cuidados paliativos en el "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana de factores adversos al confort y problemas agregados de índole psicológica o espiritual." <sup>(15)</sup>. Por tanto, el objeto de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, proporcionando unos cuidados basados en la visión holística del enfermo. Es la enfermería parte fundamental en la asistencia paliativa.



En el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E.) se afirma que uno de los deberes fundamentales del profesional de enfermería es "aliviar el sufrimiento".<sup>(16)</sup>

Los cuidados paliativos proporcionan alivio del dolor y otros síntomas, arman la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no intentan acelerar, ni retrasar la muerte, integran los aspectos espirituales y psicológicos del paciente, ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, facilitan un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo, utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familiares, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado, mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad y son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.<sup>(17, 18, 19)</sup>

### Bioética

La Bioética es el "Estudio sistemático de la conducta humana, en el campo de las ciencias biológicas y de la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales"<sup>(20, 21)</sup>

"Parte de la ética que se refiere a las cuestiones planteadas por el desarrollo de las ciencias biomédicas en los ámbitos de la vida y de la salud ante problemas nuevos o antiguos modificados por las nuevas tecnologías. Ha pasado de ser una mera deontología profesional a regular cuestiones éticas en el campo de la investigación y de la aplicación biotecnológica sobre el ser humano"<sup>(22)</sup>

### Principios fundamentales de la Bioética

Los principios de la ética básica son criterios generales que sirven de base a las normas de actuación de un grupo social o profesional. A lo largo de la historia la esencia de los mismos se ha mantenido mientras se adaptaban a las nuevas realidades. En la actualidad los principios a los que nos referimos han sido formulados por diversas corrientes filosóficas y desde realidades distintas como lo son el mundo anglosajón y el mediterráneo.

Como se ha comentado con anterioridad, el término "bioética" aparece en 1970. Rápidamente recibe un fuerte impulso a través de los informes Belmont (1978) y los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (1979). Así quedan establecidos cuatro principios:

**Autonomía:** Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

**Beneficencia:** "Hacer el bien", la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

**No-maleficencia:** Es el *primum non nocere*. Expresa la obligación de no producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

**Justicia:** Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.<sup>(23, 24)</sup>

## Principios éticos relevantes en Cuidados Paliativos

A continuación se desarrollarán cinco principios éticos de especial relevancia en la atención de pacientes terminales, si se quiere respetar la dimensión ética del morir. Ellos son: el principio de veracidad, de proporcionalidad terapéutica, del doble efecto, de prevención y de no-abandono.

### a) Principio de veracidad

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, podríamos decir que, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos (principio de beneficencia), pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía). Sin embargo, en la práctica hay situaciones en las que el manejo de la información genera especial dificultad para los profesionales sanitarios. Ello ocurre especialmente cuando se trata de comunicar malas noticias, como son el diagnóstico de enfermedades progresivas e incurables o el pronóstico de una muerte próxima inevitable. En esas circunstancias, no es inusual - especialmente en los países latinoamericanos- caer en una actitud falsamente paternalista, que lleve a ocultar la verdad al paciente. Se entra así, con alguna frecuencia, en el círculo vicioso de la llamada "conspiración del silencio" que, además de representar nuevas fuentes de sufrimiento para el paciente, puede suponer una grave injusticia (principio de justicia).

Lo anterior no excluye la necesidad de reconocer que existen situaciones en las que podría ser prudente postergar la entrega de la información al paciente, en atención al principio de no-maleficencia, como podría ocurrir, por ejemplo, en el caso de pacientes con depresiones severas que aún no hayan sido adecuadamente tratadas. Por tanto, para que la comunicación de la verdad sea moralmente buena, se debe prestar siempre atención al qué, cómo, cuándo, cuánto, quién y a quién se debe informar. En otras palabras, para el manejo de la información en Cuidados Paliativos se han de aplicar con prudencia los cuatro principios básicos de la ética clínica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, guiados por la virtud de la prudencia. <sup>(9)</sup>

### b) Principio de proporcionalidad terapéutica

Aceptar que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que le ofrecen una razonable probabilidad de beneficio no resulta difícil. Mayor dificultad reviste la pregunta por la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, pues ella nos confronta con el problema de los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud. Ya en la Antigüedad greco-romana encontramos testimonios de filósofos (como Platón o Aristóteles) que enfatizaban lo inadecuados que resultan aquellos esfuerzos médicos que sólo lograrán prolongar los sufrimientos. Los médicos griegos aprendían a reconocer aquellas situaciones en las que la naturaleza está de tal modo enferma, que inevitablemente conlleva el término de la vida humana. Así, para los griegos la muerte no era considerada como una falla de la medicina, sino como el final natural de la vida humana.

El principio de proporcionalidad terapéutica sostiene que existe la obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación de proporción no se cumple se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias. Por tanto, para determinar si una intervención médica es o no moralmente obligatoria en un determinado paciente, se debe realizar un juicio de proporcionalidad. La relevancia moral de este juicio estriba en que sería moralmente ilícito omitir aquellas intervenciones médicas que se juzguen como proporcionadas; ello representaría una forma de eutanasia por omisión (la mal llamada "eutanasia pasiva").



Para verificar si en una determinada situación se da o no esta relación de debida proporción, es necesario confrontar el tipo de terapia (su grado de dificultad, riesgos, costos y posibilidades de implementación) con los resultados esperables. En otras palabras, algunos de los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica, son la utilidad o inutilidad de la medida, las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios, el pronóstico con y sin la implementación de la medida y los costos (físicos, psicológicos, morales y económicos)

Es importante destacar aquí que el juicio acerca de la proporcionalidad de una determinada intervención médica debe hacerse con referencia al beneficio global de la terapia y no sólo en relación a los posibles efectos fisiológicos que ella sea capaz de inducir. Así, por ejemplo, no basta que un determinado tratamiento sea útil en términos de reducir o aumentar la presión arterial o el potasio en la sangre, si estos efectos no significan un beneficio real para la evolución global del paciente. En tal sentido, vale la pena tener en cuenta que en la actualidad se están desarrollando diferentes modelos de pronósticos basados en datos objetivos, que pueden brindar información importante para una mejor toma de decisiones (Medicina Basada en Pruebas). Como es lógico, el juicio de proporcionalidad incluye también la evaluación de los costos involucrados, entendiendo por costos no sólo los gastos económicos, sino también todas aquellas cargas físicas, psicológicas, morales y/o espirituales que la implementación de una determinada medida pueda comportar para el paciente, para su familia y para el equipo de salud. En este sentido, puede decirse que también consideraciones sobre la disponibilidad actual de una determinada medida en el lugar donde se está prestando la atención y/o sobre el grado de dificultad que su aplicación conllevaría, forman parte de la evaluación de los "costos" en un sentido amplio<sup>(22)</sup>.

Sin embargo, parece necesario precisar aquí que emitir un juicio de proporcionalidad terapéutica no equivale al resultado de un mero cálculo costo/beneficio, como proponen algunos defensores del Proporcionalismo. La valoración moral de nuestros actos no puede ser reducida a un mero balance de sus consecuencias positivas y negativas. Existen actos que -por su misma naturaleza- son siempre ilícitos. Ninguna buena consecuencia (social o económica, por ejemplo) podría justificarlos. A nadie le está permitido matar o dañar en su integridad corpóreo-espiritual a una persona inocente. En este sentido, podemos decir que el viejo aforismo médico "lo primero es no dañar" (*primum non nocere*) se encuentra aún plenamente vigente. Por tanto, cuando proponemos aplicar un juicio de proporcionalidad en la toma de decisiones médicas, damos por entendido que las opciones que involucran una acción intrínsecamente mala quedan absolutamente excluidas del balance.<sup>(9)</sup>

### c) Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia

Es frecuente que los enfermos terminales presenten dolor intenso, dificultad para respirar o síntomas como ansiedad, agitación, confusión mental, etc. Para el manejo de estos síntomas muchas veces es necesario utilizar drogas como la morfina, que puede producir una baja en la presión arterial o una depresión respiratoria, u otros fármacos que reducen el grado de vigilia o incluso privan al paciente de su conciencia. No es infrecuente que el uso de este tipo de terapias genere dudas en la familia y/o en el equipo de salud. Se teme que los efectos negativos de esas intervenciones médicas puedan implicar una forma de eutanasia. Ante esta inquietud cabe recordar que existe un principio ético (llamado voluntario indirecto o doble efecto) que señala las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos -uno bueno y uno malo- sea lícito. Estas condiciones son<sup>(25)</sup>:

- Que la acción sea en sí misma buena o, al menos, indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado.
- Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo.
- Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si aplicamos estos requisitos al tratamiento analgésico con drogas como la morfina vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que

carecen de los efectos negativos mencionados, no habría inconvenientes éticos en administrar morfina. En tales condiciones, esta forma de terapia representa, por tanto, el mayor bien posible para ese paciente.

En relación a la supresión de la conciencia, que es necesaria a veces en caso de pacientes muy agitados, por ejemplo, se aplica el mismo principio. Dado que las facultades superiores se consideran un bien objetivo de la persona, no es lícito privar a nadie de su conciencia sin una razón justificada. Para que sea moralmente lícita, esta privación de conciencia tiene que obedecer a un motivo terapéutico proporcionado y no debe ser directamente querida, sino sólo tolerada. <sup>(9)</sup>

#### e) Principio de prevención

Prever las posibles complicaciones y/o los síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición clínica es parte de la responsabilidad médica (deber de previsibilidad). Implementar las medidas necesarias para prevenir estas complicaciones y aconsejar oportunamente a los familiares sobre los mejores cursos de acción a seguir en caso de que ellas se presenten permite, por un lado, evitar sufrimientos innecesarios al paciente y, por otro, facilita el no involucrarse precipitadamente en cursos de acción que conducirían a intervenciones desproporcionadas. Cuando no se conversa oportunamente sobre las conductas que se adoptarán en caso de que se presenten, por ejemplo, complicaciones como hemorragias, infecciones, dificultad para respirar, o incluso un paro cardio-respiratorio, es frecuente que se tomen malas decisiones, que después es muy difícil revertir. <sup>(9)</sup>

#### f) Principio de no-abandono

Un último principio al hacer referencia aquí es el que algunos paliativistas han denominado principio de no-abandono. Este principio nos recuerda que, salvo casos de grave objeción de conciencia, sería ética-mente reprobable abandonar a un paciente porque éste rechaza determinadas terapias, aun cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado. Permaneciendo junto a su paciente y estableciendo una forma de comunicación empática podrá, tal vez, hacer que el paciente recapacite, si ello fuera necesario <sup>(16)</sup>.

Pero existe otra forma más sutil de abandono, frente a la que este principio ético quiere prevenirnos. Tenemos, en general, mala tolerancia para enfrentar el sufrimiento y la muerte. La atención de pacientes moribundos nos confronta, obligadamente, con estas realidades. Fácilmente podríamos caer en la tentación de evadir su trato, que frecuentemente genera una sensación de impotencia. Esta tentación se ve reforzada por la mentalidad exitista imperante. Habrá que recordar, entonces, que incluso cuando no se puede curar, siempre es posible acompañar y a veces también consolar. El acompañamiento a pacientes moribundos nos recuerda, así, nuestro deber moral de aceptar la finitud propia de la condición humana y pone a prueba la verdad de nuestro respeto por la dignidad de toda persona, aun en condiciones de extrema debilidad y dependencia, tarea que no siempre resulta sencilla. <sup>(9)</sup>

### Bases éticas de la Enfermería en Cuidados Paliativos

Según Collière: "Desempeñando el rol de enfermería, ésta experimenta en el curso de su formación y durante el ejercicio profesional, la influencia de corrientes predominantes que contribuyen a orientar de forma determinante los imperativos de su rol". Si bien el deber de "cuidar" es una constante en la naturaleza de la enfermería y en su desarrollo profesional (que ha permanecido firme a pesar de los efectos que los diversos factores socioeconómicos, culturales, políticos o sanitarios hayan podido influir sobre ella), existen otra serie de factores que han transformado su concepción. Entre ellos se encuentran: las creencias y valores de los profesionales de la enfermería y de las personas que requieren de sus cuidados <sup>(19)</sup>.



Cabe destacar que los principios de profesionales y pacientes están íntimamente relacionados dentro del sistema social. La interacción entre estas dos partes interactuantes, dan lugar a situaciones positivas y negativas:

- Por un lado, actuar de forma complementaria mediante una relación de ayuda, compensación, aprendizaje y colaboración.
- Por otra parte, actuar de manera antagonista, oponiéndose o ignorando las razones, los motivos o los mensajes de la otra parte.

Por estas razones, es importante reflexionar acerca de cuáles son los límites que permitan respetar, desde la diversidad, los valores y los derechos de cada una de las partes que conforman el proceso del cuidado.

Para ejercer con profesionalidad la enfermería, es necesario partir de una estructura moral que se encuentre integrada por principios y valores éticos, que sean entendidos como fines valorados por la comunidad de la profesión de enfermería y reconocidos como el producto de un conjunto de valores aceptados y respetados universalmente. La enfermería debe poseer una ética profesional basada en principios sociales, donde el enfoque de los problemas sea racional y social, es decir, basado en una ética civil y una construcción moral, que oriente las actitudes y comportamientos de los profesionales hacia la provisión de cuidados que promuevan la salud, prevengan sus complicaciones, contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, ayuden a vivir o morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles. <sup>(19)</sup>

Las bases bioéticas se aplican a los Cuidados Paliativos al tomar en consideración algunos hechos que no siempre han sido reconocidos en la relación con el paciente como la legitimidad moral de todos los sujetos que intervienen en ella para conocer y participar en su tratamiento, la propia evolución de la profesión de enfermería, las características de la asistencia sanitaria actual y la exigencia ética de que todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración, respeto y conseguir, si es posible, la "tolerancia cero" al sufrimiento. <sup>(18)</sup>

### **Presencia de la Enfermería en los Cuidados Paliativos**

Los cuidados paliativos consideran que, para un enfermo, la etapa final de la vida puede ser un período útil. Ya que, si bien se trabaja por aliviar el sufrimiento, también se ayuda a la realización de la persona y a la satisfacción de sus necesidades. <sup>(20)</sup>

La profesión de enfermería establece:

1. Dar atención global al paciente, con una actitud y positiva de los cuidados, superando el "no hay nada más que hacer".
2. Dar importancia a la comunicación y soporte emocional en las diversas etapas de adaptación a la enfermedad terminal.
3. Controlar los síntomas comunes de la enfermedad, especialmente el dolor, si es posible con tratamientos curativos, de apoyo y de prevención.
4. Reconocer al paciente y a la familia como una unidad.
5. Respetar los valores, preferencias y elecciones del paciente.
6. Considerar siempre las necesidades globales de los enfermos, evitar su aislamiento a través de seguridad, del no abandono y mantener siempre una comunicación adecuada.
7. Reconocer las preocupaciones del cuidador primario y apoyarle en sus necesidades mediante diversos servicios de soporte.
8. Ayudar a implementar el cuidado domiciliario.
9. Promover acciones para conseguir que el enfermo muera en paz.



10. Dar apoyo a la familia después de la muerte del paciente.
11. Ofrecer asesoría y soporte ético - legal.
12. Desarrollar infraestructuras institucionales que apoyen las mejores prácticas y modelos de Cuidados Paliativos.

### Derechos del enfermo terminal

Tiene derecho de ser tratado como un ser humano vivo hasta el momento de su muerte.

Tiene el derecho de mantener una esperanza, cualquiera que sea ésta.

Tiene el derecho de expresar a su manera sus sentimientos y sus emociones por lo que respecta al acercamiento de su muerte.

Tiene el derecho de obtener la atención de médicos y enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.

Tiene el derecho de no morir solo.

Tiene el derecho de ser liberado del dolor.

Tiene el derecho de obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea su pregunta.

Tiene el derecho de recibir ayuda de su familia y para su familia en la aceptación de su muerte.

Tiene el derecho a morir en paz y con dignidad.

Tiene el derecho a conservar su individualidad y de no ser juzgado por sus decisiones, que pueden ser contrarias a las creencias de otros.

Tiene el derecho de ser cuidado por personas sensibles y competentes que van a intentar comprender sus necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudándole a enfrentarse con la muerte.

Tiene el derecho de que su cuerpo sea respetado después de su muerte. <sup>(25, 26)</sup>

### DISCUSIÓN

La práctica de la eutanasia, al igual que el contenido de su significado, se ha ido transformando a lo largo de la historia. Si bien es cierto que siempre ha estado presente, es desde hace unos años cuando cobra mayor actualidad si cabe, dado que suscita un gran interés social por el considerable debate en que se ve sometida. Este es: ¿Es ético permitir la eutanasia para enfermos terminales? ¿Es la eutanasia la solución para el alivio del sufrimiento de estas personas? ¿Qué puede hacer el profesional de enfermería al respecto? <sup>(27, 28)</sup>

El considerable avance de la medicina en los últimos años nos ha llevado a pensar si es necesario usar todos los medios posibles para mantener a una persona viva o si se ha de usar toda terapia disponible a pesar de que estas ya no sean útiles para la obtención de algún progreso. Se discute, por tanto, la cuestión del derecho a morir con dignidad, ya que para la mentalidad de la sociedad de hoy, cualquier muerte acompañada de sufrimiento es indigna.

La palabra "eutanasia" proviene del griego "eu" bien, y "Thánatos", muerte. Por lo tanto, literalmente no significa otra cosa que buena muerte. Sin embargo, esta palabra ha adquirido otro sentido, que es el de procurar la muerte sin dolor a quienes sufren <sup>(29)</sup>.

Llamaremos eutanasia a la actuación cuyo objeto es causar muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.

Hay dos elementos esenciales que configuran el fenómeno complejo de la eutanasia:

La muerte ha de ser el objetivo buscado, ha de estar en la intención de quien practica la eutanasia: no es eutanasia, por tanto, el aplicar un tratamiento necesario para aliviar el dolor, aunque acorte la

expectativa de vida del paciente como efecto secundario no querido, ni puede llamarse eutanasia al resultado de muerte por imprudencia o accidente.

Puede producirse por acción (administrar sustancias tóxicas mortales) o por omisión (negarle la asistencia médica debida); ha de buscarse la muerte de otro, no la propia. <sup>(30)</sup>

Durante los últimos cien años, aproximadamente, la esperanza de vida en los países desarrollados ha crecido extraordinariamente, superando con creces la frontera de los setenta. Este fenómeno hace que las personas que antes morían relativamente jóvenes a causa de múltiples dolencias naturales, ahora, gracias a los avances de la medicina, gozan de la vida hasta edades muy avanzadas. Por ello, nuestra sociedad tiene cada vez más ancianos y enfermos crónicos. Sin embargo, seguimos basando nuestro funcionamiento en principios utilitaristas de activismo, de culto a la juventud, demostrándolo así con la marginación a personas mayores y enfermos que padecen dolencias incurables.

Uno de los síntomas más característicos de la actual cultura occidental es lo que se ha llamado su "estilo de muerte". De la misma manera en que antaño el sexo y todo lo relacionado con la sexualidad se llegó a considerar como algo indecente que pertenecía al área de los bajos instintos humanos y que por tanto había que ocultar, actualmente ocurre algo parecido con la muerte. El acto de fallecer tiende a enmascararse. Hablar de este tema hoy resulta casi de mal gusto, porque en esta época de bienestar y de confort tecnológico, la muerte viene a recordar la finitud del ser humano y el fracaso de la poderosa medicina. El estilo de muerte del hombre actual consiste en procurar disimularla y negarla casi por completo. Vivir como si nunca hubiera que morir. Aun así, no parece que tal estilo de muerte esté contribuyendo a hacer al hombre más feliz ni más humano.

En medio de este contexto, de esta cultura de esconder la muerte, la tentación de la eutanasia aparece como una forma de dominar la propia muerte. El secularismo que invade nuestra sociedad hace creer al hombre que no hay más vida que la presente. Esto implica una crisis de valores en donde la vida humana solo se entiende en función del placer o el bienestar que se posee. La enfermedad y la muerte resultan carentes de sentido porque truncan las expectativas de la vida. Frente a esto, se hace uso de la libertad para afirmar que todo paciente tiene derecho a disponer de su propia vida si así lo desea. El eficientismo de la presente época, que procura el progreso a través de la planificación y la técnica, pretende así tomar las riendas y el control de la vida, eliminando a las personas que inevitablemente se han vuelto improductivas, inhábiles o incluso torpes. Los ancianos, que cada vez son más numerosos en nuestra sociedad, se ven como seres insoportables, a quienes conviene dar una adecuada "solución". Es como si interesase más ayudar a matar bien que a vivir mejor.

Como dice el profesor Blázquez: *"Mal está que se apunte a los toros después de la corrida, pero parece bien el que se apunte a un enfermo en el lecho del dolor propinándole una pócima letal de morfina. ¿Sinceridad, o cinismo? ¿Buena fe, o degeneración humana?"* <sup>(28)</sup>. (Blázquez 1996:514).

Cuando la muerte se convierte en un evento próximo, y se acerca, los humanos sentimos miedo, nos aterroriza este hecho. Pero este miedo normal que se experimenta, no es tanto a la muerte en sí, sino al sufrimiento que esta provoca. El uso de medios desproporcionados que aumentan el sufrimiento del enfermo en mayor medida que se beneficia a este, el dolor agudo, hacen aún si cabe más complejo y tormentoso el proceso de la muerte. En esta "pobre" calidad de vida se basan los defensores de la eutanasia, y sus argumentos en pro de la misma explotan el miedo normal antes explicado. Para ello plantean una disyuntiva. Ésta como tal no es la acertada, pero en el planteamiento de sus dos alternativas nos basaremos para explicar las dos posiciones en torno a la eutanasia, y para demostrar que estas dos opciones no son las que debemos plantearnos.

Cuando un enfermo se encuentra en un momento en el proceso de su enfermedad en el que ya no hay cura y su pronóstico de vida es inferior a seis meses. ¿Qué podemos hacer? Se plantean dos alternativas extremas: <sup>(31)</sup>



**A.- Se le aplica la eutanasia al enfermo**

**B.- Morirá irremediablemente lleno de dolor y sufrimiento**

**A. - *Se le aplica eutanasia al enfermo.***

En este extremo nos encontramos a los partidarios de esta práctica. En su defensa se alegan muchos y diversos argumentos. A continuación vamos a analizar alguno de ellos.

**1. El derecho a la muerte digna, expresamente querida por quien padece sufrimientos atroces.** <sup>(30)</sup>

El deber del equipo sanitario de cuidar al enfermo y aliviar su dolor se impone por un lado, por otro, no prolongar su vida artificialmente más allá de lo razonable <sup>(32)</sup>. A pesar de que los avances de la medicina hayan logrado alargar la vida, hay casos en que el deterioro físico e intelectual hace que no tenga sentido vivir más, perdiéndose entonces *la calidad y dignidad de la vida*. Los que defienden la eutanasia, argumentan que en algunas circunstancias vivir es peor que morir, ya que el dolor y el sufrimiento causado por una enfermedad terminal pueden hacer la vida tan agonizante y difícil de llevar, que la muerte puede parecer un "acto humanitario" y se considera racional que el médico ayude al suicidio como una forma de morir con dignidad <sup>(33)</sup>.

A veces, el sufrimiento puede ir más allá del dolor. Este, puede venir dado por circunstancias tales como una progresiva pérdida de movimiento y actividad, pérdida de libertad asociada con ser dependiente de otros, náuseas, vómitos o disnea, incapacidad de tragar o hablar, etc. La muerte es preferible, la vida pierde toda calidad y significado.

*"Quienes sufren de enfermedades curables deben de ser tratados y asistidos, pero cuando la enfermedad no solo sea incurable sino también terriblemente dolorosa, los jueces y los sacerdotes deben concederles la merced de la muerte, Los que son convencidos se dejan morir de hambre o reciben su muerte mientras duermen y sin darse cuenta".* Tomás Moro, 1516.

- En este argumento se confunde el valor de la calidad de vida con la calidad que la vida tiene. La vida humana tiene un valor intrínseco en sí misma, y la buena salud no puede dotar de dignidad a la vida humana, porque la salud no posee vida en sí misma, más bien participa de la vida. La dignidad de la persona no desaparece con la enfermedad. Juzgar qué calidad tiene una vida, tiene un fuerte carácter subjetivo. Muy fácilmente el profesional de la salud puede sustituir sin darse cuenta su concepto de calidad de vida con aquel que tiene el paciente. No es posible juzgar que a partir de conceptos existenciales individuales de la calidad de vida se pueda decidir el acabar activamente con una vida. El morir con dignidad no ha de entenderse como un derecho a la eutanasia, cuando uno se encuentra bajo una pobre calidad de vida por el dolor y el sufrimiento, sino como un derecho a morir en un entorno digno del ser humano, recibiendo de las personas cercanas contacto humano y el derecho a no prolongar la vida por medio de una tecnología que no puede sanar <sup>(33)</sup>

**2. El derecho de cada cual a disponer de su propia vida, en uso de su libertad y autonomía individual** <sup>(30)</sup>

*"La vida es mía y hago con ella lo que quiero"* <sup>(34)</sup>. Este "slogan" toma cada vez más la forma de la reivindicación de un derecho: si yo quiero, tengo el derecho de pedir y de obtener, al menos para mí mismo, la eutanasia.



El Principio Ético de Autonomía parte del derecho del individuo sobre su propio cuerpo, y admite que el destino de una persona racional es un acto que le corresponde solo a ella misma, lo cual supone también elegir, las circunstancias de su muerte, y también el momento, el modo de hacerlo y el instrumento físico que se lo provoque. Esta idea es de base kantiana, y entiende que las personas tienen la capacidad de actuar según sus propias decisiones, y solo los seres racionales tienen esa capacidad de elección y por tanto son autónomos. Lo que aquí está en juego es ser libres para tomar responsabilidades sobre la propia vida, parte de la cual constituye la muerte. Cada persona tiene un nivel de tolerancia para el sufrimiento y por tanto no existe una respuesta objetiva que se pueda aplicar a todos a cerca de cuándo la vida se hace insoportable.

- El enfermo terminal sufre depresión, rechazo, miedo, culpabilidad, hallándose su capacidad de autonomía comprometida. Se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad, donde la toma de decisiones es bastante más complicada y donde, de manera habitual, se tiende a seguir las indicaciones y/o sugerencias de las personas que le rodea, por lo que su petición de muerte no tiene por qué reflejar un deseo reflexionado ni voluntario. Por ejemplo: el enfermo podría desear la muerte por deficiencias en la atención médica, como el no poder aliviar el dolor, no por una decisión libre <sup>(33)</sup>.

La profesión de Enfermería, desde su origen, acompaña al enfermo en cada etapa de su enfermedad; acompañando, aliviando, cuidando. Es nuestra obligación, como establecen los cuatro deberes fundamentales de la enfermería, aliviar el sufrimiento.

Si de verdad la enfermería fuese fiel a su propósito, ¿se evitaría en los pacientes terminales la pérdida de esperanza, y se fomentaría por otro lado el sentimiento de lucha y aceptación? Debemos acompañar al enfermo al morir. No queremos su sufrimiento, tenemos que mitigarlo. Tenemos que apoyar al enfermo, enseñándole a enfrentar la muerte.

### 3. El argumento del Principio de Beneficencia

El no abandonar al enfermo a lo largo de su proceso de enfermedad, ha sido parte del cuidado tradicional ejercido por el médico. Los médicos actúan bajo el Principio de Beneficencia para aliviar el dolor y el sufrimiento de pacientes terminales. Según este principio existe una obligación moral de actuar en beneficio de los demás, hay que "hacer el bien". Para los defensores de la eutanasia, esta forma de pensar convierte a la misma en un acto virtuoso. Por ello hoy día, se considera que los médicos son los candidatos en donde buscar ayuda para el morir, ya que para muchos, esto, significa una extensión del rol del médico de aliviar el sufrimiento como una forma de ejercer su cuidado, coexistente con la profesión <sup>(33)</sup>.

- *"Nunca suministraré a nadie una droga letal a pesar de que se me solicite ni tampoco sugeriré la posibilidad de usarla."* Juramento hipocrático.

Aceptar y asistir al suicidio por parte del médico no es competencia de la profesión médica, como tampoco lo es de la enfermera. Además de esto, la idea de eutanasia va en contra del código ético de la medicina en donde se adquiere un compromiso de curar y tratar la enfermedad.

La función de enfermería es fundamental para reducir el sufrimiento. Nos encontramos siempre al lado del enfermo. Debemos ser su voz, cuando esta se apaga lentamente; somos sus ganas de lucha cuando la fuerza es cada vez más pobre. Es nuestra responsabilidad cuidar y tenemos que tomar decisiones, este problema cada vez es mayor y más frecuente. ¿Cuál es el rol del profesional de enfermería? Debemos recordar constantemente el derecho del enfermo a que se alivie su sufrimiento. Para ello contamos con la administración de analgésicos. Cuando estos no son considerados, tenemos la obligación de reclamarlos, debemos fomentar y mantener la calidad de vida del enfermo.

Matando no se alivia el sufrimiento. Ayudando a matar aceptando y/o realizando cualquier acto que provoque la muerte, tampoco alivia el sufrimiento. La enfermería tiene el derecho a negarse a realizar

cualquier actividad que considere que va en contra de los principios éticos de la profesión, o en contra de la moral que tiene como persona.

La verdadera compasión, de la que hablan los que defienden la eutanasia, no elimina al que sufre, sino que busca aliviar la causa del sufrimiento. La compasión es una cualidad espiritual que significa "sufrir con", estar presente con el que sufre. El enfermero está siempre presente con el que sufre. La eutanasia, desde la perspectiva médica: 1) viola la ley médica del cuidado profundo al enfermo terminal, 2) modifica el concepto básico de que el médico cura y 3) cambia la esencia de la medicina <sup>(35)</sup>.

**4. Si alguien ha perdido la conciencia o la capacidad de deliberación, no hay vida específicamente humana.**

¿Por qué una pérdida que se supone permanente de la conciencia hace que una vida deje de ser humana, y una pérdida temporal (durante el sueño, o tras un golpe), no? Mientras un ser humano vive, conserva la dignidad de todo ser humano. En una sociedad que presume de defender la dignidad humana y a los débiles, es una gran hipocresía defender que algunas vidas son más dignas que otras. Aquí ya no se habla de libertad del individuo, sino de poder de otros para eliminarlo <sup>(36)</sup>.

El papel de enfermería hace posible el mantenimiento de la dignidad de la persona, del enfermo en cualquier situación. Tenemos que trabajar por ello sean cuales sean las condiciones en las que se encuentra la persona y su enfermedad. ¿Debe tratarse, desde el punto de vista de los cuidados, de manera distinta a una persona consciente que a otra que no lo esté? El profesional de enfermería debe velar siempre por el buen cuidado del enfermo, proporcionando los mejores cuidados adecuado a cada situación.

**5. El argumento de la solidaridad social que significa la eliminación de vidas sin sentido, que constituyen una dura carga para los familiares y para la propia sociedad.**

El avance tecnológico de la medicina en los últimos tiempos ha permitido que enfermedades o dolencias que antes llevaban a la muerte temprana de las personas, ahora puedan ser controladas, aumentando así la edad media de supervivencia. A causa de esto, nuestra sociedad tiene cada vez más enfermos crónicos y ancianos. La sociedad actual dificulta que sus mayores puedan habitar y convivir en el seno del núcleo familiar. La invalidez, la enfermedad, aumentan progresivamente y aproximan la muerte biológica hasta que el anciano pierda las ganas o la ilusión por vivir. Por esto, no es de extrañar que muchos pidan la eutanasia.

Cuatrocientas mil personas mueren cada año en España. La mayoría son ancianos. El porcentaje de suicidios entre la gente mayor crece cada año.

- Cabe preguntarse: ¿la pedirían si viviesen de otra manera? ¿Exigirían morir si no tuvieran que depender de los demás? ¿Solicitarían que se les matara si no estuvieran tan solos y apartados del mundo de los vivos? Es muy probable que no pensarán en la muerte si se les tratara de otra manera **(28)**. Permitir que el médico asista al suicidio de enfermos terminales dejará un impacto en otras personas que sufren por enfermedad. Los enfermos terminales perderían la relación con las personas que lo acompañan en los últimos momentos de su vida, justificando su decisión de mantenerse vivos, en vez de aceptar que tanto la familia como la comunidad tienen el deber de cuidar a la persona hasta el final, aunque resulte una carga y un sacrificio. Ayudar a descubrir, a través del sufrimiento, el significado de la vida en su condición presente, puede liberar al enfermo del sentimiento de abandono y desesperación que produce enfrentar la muerte. Es el enfermero, quien acompañando desde el principio hasta el final al enfermo, quien ayuda y hace más posible este cambio.



**6. No existe diferencia moral entre matar y dejar morir.**

Este argumento se refiere a la diferenciación entre eutanasia activa y pasiva. Algunos autores sostienen que desde un punto de vista moral no existe una diferencia entre matar activamente a un paciente o permitirle pasivamente que muera. Se argumenta entonces que ambos tipos de eutanasia no diferirían, dado que el resultado es el mismo: la muerte. <sup>(33)</sup>

- Este argumento es contrario al sentido común, pues desde luego, no es lo mismo matar activa y deliberadamente a un enfermo terminal, que dejar de utilizar determinados procedimientos terapéuticos excepcionales cuando son inútiles y añaden sufrimiento. El primero, es un acto médico contrario al principio de no maleficencia, mientras que, el segundo, es un acto de carácter beneficente <sup>(37)</sup>.

El tratamiento habitual de este tema es equivocado y, más bien, debe enfocarse desde el punto de vista de la proporcionalidad de los actos médicos <sup>(37)</sup>.

El médico, atendiendo a su deber ético y técnico, tiene que utilizar siempre métodos diagnósticos y terapéuticos proporcionados a la condición y expectativas de recuperación de un paciente.

Cuando un sujeto joven, por lo demás sano, tiene una insuficiencia respiratoria aguda grave y se decide colocarle un respirador mecánico, se está indicando un procedimiento terapéutico proporcionado a la condición del enfermo y la potencial reversibilidad de su enfermedad. Del mismo modo, cuando en un enfermo terminal con una insuficiencia respiratoria provocada por un cáncer de pulmón en estadio terminal en condición irreversible un médico decide utilizar una medida de soporte extraordinaria colocando un respirador, estaríamos ante un caso de obstinación terapéutica. Se alarga el sufrimiento del enfermo con medidas que no proporcionan ninguna mejora. Si, por el contrario, el médico decide no utilizar un llamado "método extraordinario de tratamiento" o retirarlo si lo está utilizando, está aplicando correctamente el principio de proporcionalidad terapéutica que debe guiar su acción médica y no está dejando de usar un tratamiento con la intención de que el enfermo muera. En otras palabras, no es una omisión, una actitud pasiva, sino una acción médica racionalmente determinada.

Llegados a este punto, el enfermero tiene que proporcionar los cuidados necesarios para mantener la calidad de vida del enfermo, evitando siempre su sufrimiento. De esta manera, la actuación enfermera sería paralela a este último razonamiento. Estos cuidados se centrarían ahora en mantener la integridad de la piel; proporcionar hidratación e higiene; mantener una buena nutrición; realizar técnicas que alivien el sufrimiento; suministro de analgesia para paliar el dolor, etc. Es decir, hacer todo lo posible para que el enfermo muera dignamente.

**7. La alternativa no es entre vida y muerte, sino entre dos clases de muerte: una lenta con dolor y sufrimiento, y otra rápida y dulce rodeado por tu familia.** <sup>(38)</sup>

Los defensores de la eutanasia argumentan que cuando un enfermo se encuentra en un proceso terminal, con todo lo que esto conlleva, la única forma de acabar con el sufrimiento es la eutanasia, provocando así una muerte "placentera", en la que el dolor no existe.

- En su naturaleza última, el dolor y la muerte humanos encierran un misterio, que no es otro que el misterio del mismo ser humano puesto en esta tierra; es también el misterio de la libertad y del amor, que son realidades vivas e íntimas, aunque intangibles, y que no encuentran explicación suficiente en la física o la química. No por esto se está diciendo que se permita el sufrimiento. En ningún momento, la analgesia nos ayudará a hacer más llevadero el proceso de muerte del enfermo.



- El dolor y la muerte no son criterios aptos para medir la dignidad humana, pues ésta conviene a todos los seres humanos por el hecho de serlo; el dolor y la muerte serán dignos si son aceptados y vividos por la persona; pero no lo serán si alguien los instrumentaliza para atentar contra esa persona.

Si podremos proporcionar una mejor calidad de vida, y con esto un proceso digno de muerte, tratando de mitigar al máximo el dolor.

- Una muerte digna no consiste sólo en la ausencia de tribulaciones externas, sino que nace de la grandeza de ánimo de quien se enfrenta a ella. Es claro que, llegado el momento supremo de la muerte, el protagonista de este trance ha de afrontarlo en las condiciones más llevaderas posibles, tanto desde el punto de vista del dolor físico como también del sufrimiento moral. Los analgésicos y los cuidados paliativos por un lado, y el consuelo moral, la compañía, el calor humano y el auxilio espiritual, por otro, son los medios que enaltecen la dignidad de la muerte de un ser humano que siempre, aun en el umbral de la muerte, conserva la misma dignidad <sup>(30)</sup>.

Por eso el papel nuestro, el de la enfermería, es hacer el sufrimiento más llevadero, cubriendo todas y cada una de las necesidades que el enfermo tenga. Debemos apoyar al enfermo en estos momentos, acompañarlo en este camino dando consuelo y preparándolo para enfrentar la muerte, nunca solo, siempre con nuestra mano cogida de la suya.

#### ***B.- El enfermo se morirá irremediamente "lleno de dolor y sufrimiento".***

Esta es la segunda opción que se planteaba al principio. Una vez descartada la eutanasia, nos encontramos ante un paciente cuyo proceso de enfermedad es irreversible. Su padecimiento puede adoptar mil facetas que disminuyen y humillan de manera intolerable. Desde el horror de una cara deformada por un tumor y la vergüenza provocada por un organismo que no controle esfínteres, hasta el derrumbamiento de un cuerpo que dejó de sostenerse <sup>(35)</sup>. Como deber fundamental de la enfermería se encuentra la promoción de la salud. Somos los elegidos para educar a la ciudadanía en la adopción de medidas que protejan su salud, o que de ser ésta dañada, tengan los suficientes conocimientos para restaurarla y, si no fuese posible, mantener el mejor nivel de salud alcanzable. Para ello se ofrece información tanto de los procesos de enfermedad como de las distintas alternativas para hacer de esta algo más llevadero.

#### **Derechos del enfermo moribundo**

- Derecho a no sufrir inútilmente.
- Derecho a que se respete la Libertad de su conciencia.
- Derecho a conocer la verdad de su situación.
- Derecho a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a que se le haya de someter.
- Derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares, amigos y sucesores en el trabajo.
- Derecho a recibir asistencia espiritual.

La enfermedad crónica y terminal existe, y puede afectar a cualquier persona, en cualquier edad. La enfermedad terminal puede ser causada por una enfermedad crónica, por los efectos de la creciente accidentalidad y violencia que se viven, o por defectos incurables al nacer <sup>(39)</sup>. El médico ha agotado todas las opciones de tratamiento posibles. Pero esto no significa el fin, ni tampoco que el médico ni la enfermera que atienden se den por vencidos al encontrar que no hay nada que hacer, y dejen al paciente y a la familia abandonados, sin tener en cuenta que existen medidas de apoyo que se pueden dar al paciente y la familia, y que es deber dar acompañamiento, comodidad y bienestar hasta el final. Este es papel fundamental de la enfermería.

Estas situaciones de enfermedad terminal llevan a reconocer la vigencia e importancia que toman los cuidados paliativos, y con ellos la labor de enfermería, y la necesidad de investigar sobre las mejores y

más efectivas intervenciones de los miembros del equipo profesional para mejorar los cuidados paliativos a fin de ayudar más eficientemente al paciente terminal y su familia. Estos cuidados paliativos nacen de la necesidad de tratar a los pacientes con enfermedades terminales cuando los recursos de la ciencia no dan esperanzas y las personas son conscientes de que el final de su vida está muy cerca.

Paliar proviene del latín "pallium" que quiere decir cubrir, o palliar, que significa "mitigar los dolores, la violencia de ciertas enfermedades" <sup>(39)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (1990) definió los cuidados paliativos como "el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es alcanzar la mayor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias". Esta definición se completa con los siguientes aspectos <sup>(40)</sup>:

- Afirmar la vida y contemplar la muerte como un proceso normal.
- No adelantar ni retardar la muerte.
- Proporcionar alivio al dolor y otros síntomas.
- Ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte.
- Dar apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del paciente y en su elaboración del duelo.

Según France <sup>(39)</sup> el término "paliativo" cubre tres categorías de cuidados de salud, de cuidados médicos y de enfermería <sup>(39)</sup>:

Aunque sean tres las categorías de cuidados de salud, una referida a personas inválidas y con defectos, y la otra referida a la procreación artificial, nos centraremos en la categoría aplicada en la hora de la muerte, y durante la enfermedad terminal, sin esperanza de curación, o la enfermedad crónica, que emplea los cuidados humanizados combinados con los analgésicos y las medidas para aliviar el dolor, el sufrimiento y otras molestias; se ofrece el apoyo emocional y en concreto apoyo médico y enfermero a nivel de estado de ánimo, calidad de vida y para enfrentarse dignamente a la muerte.

Los elementos fundamentales, según la Guía de Cuidados Paliativos editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que determinan la necesidad de cuidados paliativos son los siguientes <sup>(41)</sup>

1. Padecimiento de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la consideración, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Las medidas paliativas comprenden todas las medidas para aliviar el dolor, las molestias del vómito, la disnea, el delirium, la hemorragia, el mantenimiento de la hidratación, la alimentación, etc. Es decir todas aquellas medidas, que sin ser extraordinarias ni desproporcionadas, proporcionen al paciente la calidad de vida necesaria para un digno proceso de muerte. ¿Quién realiza esta labor? Sin duda es el trabajo de la enfermería el que hace posible, desde sus cuidados y técnicas, la posibilidad del enfermo de enfrentarse dignamente a muerte sin sentirse solo, sin sufrir.

En este punto debe hablarse de la sedación paliativa. Se entiende por sedación paliativa la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o varios síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante <sup>(42)</sup>. Lo que hace especial a esta actuación es que uno de sus posibles efectos secundarios puede contribuir a acortar el tiempo de vida del paciente. Para



justificar esta práctica, y evitar la acusación de "eutanasia" encubierta, se ha acudido al uso de un antiguo principio moral, el "principio del doble efecto". En este se dice que, cuando una determinada situación tiene dos posibles efectos, uno positivo y otro negativo, si la persona actúa buscando intencionadamente el efecto positivo, pero como consecuencia de ello se produce además, de manera no buscada, el negativo, la actuación es moralmente correcta <sup>(25)</sup>. La intención del médico no es que el enfermo muera, sino que se alivie de sus dolores.

Este tipo de argumentos es el que subyace en el nº 2279 Del Catecismo de la Iglesia Católica así como en el artículo 27.1 del Código de Ética y Deontología médica.

Finalmente, cabe destacar que el deseo de morir que expresan los enfermos y los ancianos, no pocas veces esconde un mensaje al mismo tiempo de reproche y de petición de ayuda, como el siguiente: "considerando el abandono en que me encuentro, la falta de preocupación y atención que se me brinda, es mejor que me muera". Esto es particularmente cierto para los enfermos y ancianos más modestos que carecen de los recursos económicos necesarios para que se le brinde una atención que les permita sobrellevar con mínima dignidad sus dolencias. El cuidado del enfermo terminal y de los ancianos, es sumamente, complejo y de un alto costo económico y emocional. Es un deber de la sociedad implementar los mecanismos que posibiliten una atención de salud oportuna y eficaz, como ser la promoción de un servicio social eficiente, la instalación de unidades de cuidados paliativos en los centros asistenciales, la atención multiprofesional y la extensión de los cuidados paliativos al hogar, que les permita a los enfermos y ancianos desvalidos morir en paz rodeados de sus familiares. Estas medidas de apoyo social y humano y el uso de recursos terapéuticos proporcionados a la condición de los pacientes, evitando el empleo de métodos extraordinarios de tratamiento en pacientes con enfermedades irreversibles, parecen ser más humanas y éticamente aceptables que la eutanasia activa y su variante, el suicidio médicamente asistido.

## CONCLUSIONES

Tras los análisis realizados en este trabajo podemos concluir que

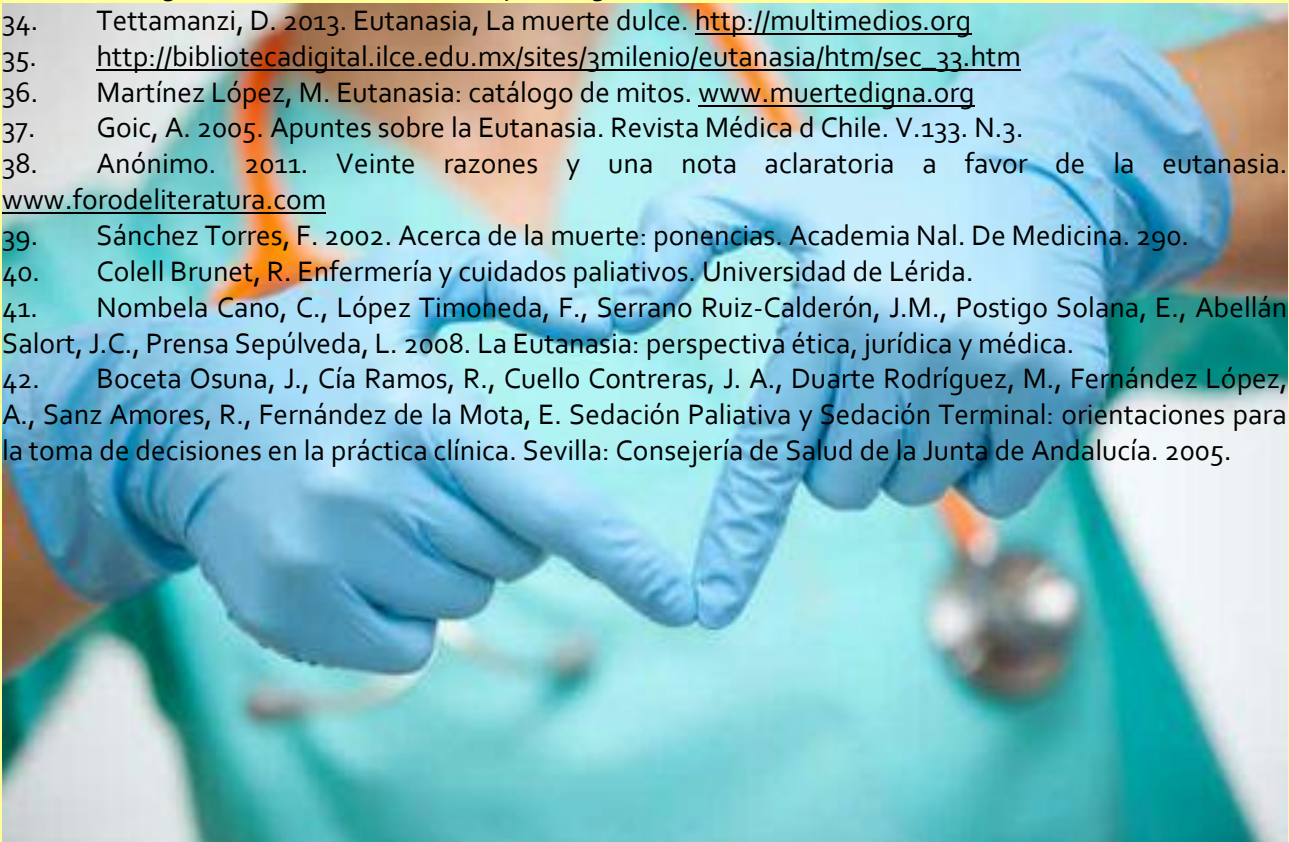
1. Cada ser humano por el simple hecho de serlo, posee una dignidad intrínseca e inviolable, inherente a toda vida humana. Esta dignidad no se ve modificada y es universal e independiente de la edad, salud o autonomía que se posea.
2. El contexto del individualismo hedonista que algunos defienden, el derecho a "una muerte digna" es un eufemismo para fomentar un supuesto derecho a matarse, o a matar por compasión, en sintonía con una inaceptable concepción de la autonomía, la libertad y la vida humana.
3. El auxilio al suicidio y la eutanasia representan atentados contra la vida humana reprobables ética y jurídicamente.
4. La muerte es necesaria para facilitar la sucesión de generaciones y por ello la evolución. El dolor es ante todo un mecanismo de protección, y en este sentido nos protege. Este dolor es necesario porque sin esta capacidad sensitiva el ser humano estaría mucho más expuesto. El dolor no es que sea positivo, sino que es necesario. El dolor y la muerte no son criterios aptos para medir la dignidad humana, como se ha señalado antes, ésta conviene a todos los seres humanos por el hecho de serlo; el dolor y la muerte serán dignos si son aceptados y vividos por la persona; pero no lo serán si alguien los instrumentaliza para atentar contra esa persona. Cuando el dolor degrada la vida de quien lo sufre se debe centrar la atención en analgésicos para paliarlos y en los cuidados paliativos, que proporcionan una atención integral al enfermo y su familia.



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Sanz Ortiz, Jaime. Historia de los cuidados paliativos en España. [www.secpal.com](http://www.secpal.com)
2. Hospice Foundation of America. What is hospice? <http://www.hospicefoundation.org>
3. Centeno Cortés, C., Arnillas González, P. Historia y Desarrollo de los Cuidados Paliativos. En: Marcos Gómez Sancho (ed.). Cuidados Paliativos e Intervención Psicosocial en enfermos de Cáncer. Las Palmas: ICEPS; 1988
4. Gómez-Sancho, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Corral, P., González-Fernández, J.L., Herranz, J.A., Rocafort, J., Rodríguez-Sendín, J.J. Atención médica al final de la vida. Conceptos. Revista de la Sociedad Española del Dolor, v. 17 n.3. 2010.
5. Comité de Ética. Compartiendo ese tiempo del enfermo terminal. Gráficas 82. Madrid. España. 1992.
6. Hartfiel, M. La Construcción social de la muerte. Una mirada actual. <http://www.cucaiba.gba.gov.ar/002.htm>
7. Bonilla Merizalde, J. Actitudes éticas del personal médico, participación de enfermería y la familia en la toma de decisiones humanizadas en pacientes con Limitación del Esfuerzo Terapéutico. Quito, 2010.
8. Jiménez Aboitiz, R. Tesis Doctoral: ¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la Sociedad Española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte. Universidad de Valladolid.
9. Taboada, P. El derecho a morir con dignidad. Acta bioethica, v.6 n.1. 2000.
10. Marín Olalla, F. Morir con dignidad en el siglo XXI: ¿hacia el obstinamiento paliativo? Index de Enfermería. V.18 N.3. 2009.
11. Masiá, J. Dignidad Humana y situaciones terminales. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. V.30. Supl.3. 2007
12. Drane, J. El cuidado del enfermo terminal: Ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios. Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud. 1999.
13. Jonas H. Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Frankfurt A.M.: Insel Verlag; 1979.
14. Torralba J. Rosello F. Ética y estética de los Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa 1999,4,159-163
15. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. J pain Symptom Manage 2002
16. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Ginebra, Suiza. 2000. [www.icn.ch](http://www.icn.ch)
17. Clavé, E. La toma de decisiones al final de la vida. Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia. Editado por W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo. EUNSA, Barañain, 4ª Edición, 555- 558, 2002
18. Conde, J., Couceiro, A. Problemas éticos en Cuidados Paliativos. Editado por L.M.Torres,, J. Elorza, M.Gómez S. Rico, J.A., Muriel C. Masson, S.A. 1997
19. Arroyo, P., Cortina, A., Torralba, M.J., Zugasti, J. Ética y legislación en enfermería. En: Análisis sobre la responsabilidad profesional. Interamericana-Mc-Graw-Hill. Madrid 1996
20. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del Enfermo en fase terminal y Atención a su familia. EUNSA, Barañain, 4ª Edición, 2002
21. Caldani, M.A. El Hombre y su medio en la Bioética de nuestro tiempo. XI Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética. Ediciones Suárez. Rosario. Argentina. 2006.
22. Calipari, M. Curarse y hacerse curar. Entre el abandono del paciente y el encarnizamiento terapéutico. EDUCA Universidad Católica Argentina. Buenos Aires. 2007.
23. Ciccone, L. 2005. Bioética: Historia. Principios. Cuestiones. Palabra (ed). 2.
24. Merino López, N., Reyes Miranda, T., Reyes Nieto, M.E. Ética, Bioética y Legalidad en los Cuidados Paliativos; Competencia de Enfermería. López et al, Cancerología 5 (2010): 37-44.

25. Batiz, J., Loncan, P. Problemas Éticos al final de la vida. Guías médicas Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). <http://www.secpal.com>
26. De Lillo, L. Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. <http://www.fmv-uba.org.ar/>
27. Gandía, E. (2003). Normas de comportamiento. Deontología profesional. Legislación y Ética profesional.
28. Cruz Suárez, A. 2008. Bioética cristiana: una propuesta para el tercer milenio. Editorial Clie. Ilustrada. 476.
29. Gómez Cano, S. 2010. Si puedes curarme, cúrame, pero no dejes de cuidarme nunca. Revista medicina paliativa. V. 17. N.1.
30. Comité Episcopal para la defensa de la vida. 1993. "La eutanasia" 100 cuestiones y repuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos. [www.conferenciaepiscopal.nom.es](http://www.conferenciaepiscopal.nom.es)
31. Castañeda, A.J. Como defender la vida ante los argumentos a favor de la eutanasia y el suicidio asistido. [www.aciprensa.com/eutanasia/argumentos.htm](http://www.aciprensa.com/eutanasia/argumentos.htm)
32. Pallas, C. Eutanasia: Argumentos a favor y en contra. [www.uruguayeduca.edu.uy](http://www.uruguayeduca.edu.uy)
33. Rodríguez Yunta, E. La Eutanasia y sus argumentos. Reflexión Crítica. Ars Médica. V.2. N.2.
34. Tettamanzi, D. 2013. Eutanasia, La muerte dulce. <http://multimedios.org>
35. [http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/3milenio/eutanasia/htm/sec\\_33.htm](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/3milenio/eutanasia/htm/sec_33.htm)
36. Martínez López, M. Eutanasia: catálogo de mitos. [www.muertedigna.org](http://www.muertedigna.org)
37. Goic, A. 2005. Apuntes sobre la Eutanasia. Revista Médica d Chile. V.133. N.3.
38. Anónimo. 2011. Veinte razones y una nota aclaratoria a favor de la eutanasia. [www.forodeliteratura.com](http://www.forodeliteratura.com)
39. Sánchez Torres, F. 2002. Acerca de la muerte: ponencias. Academia Nal. De Medicina. 290.
40. Colell Brunet, R. Enfermería y cuidados paliativos. Universidad de Lérida.
41. Nombela Cano, C., López Timoneda, F., Serrano Ruiz-Calderón, J.M., Postigo Solana, E., Abellán Salort, J.C., Prensa Sepúlveda, L. 2008. La Eutanasia: perspectiva ética, jurídica y médica.
42. Boceta Osuna, J., Cía Ramos, R., Cuello Contreras, J. A., Duarte Rodríguez, M., Fernández López, A., Sanz Amores, R., Fernández de la Mota, E. Sedación Paliativa y Sedación Terminal: orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2005.



**VIOLENCE IN EMERGENCY DEPARTMENTS IN PALESTINE: PREVALENCE AND PREVENTION**  
**VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS EN PALESTINA: PREVALENCIA Y PREVENCIÓN**

**AUTOR:**

Naji Abu Ali (Enfermero, Profesor Titular de la Universidad de Belén, Palestina)

**RESUMEN**

Muchos estudios de investigación muestran que la violencia y la agresión en el lugar de trabajo han aumentado en los últimos años. Además, muestran que la prevalencia de la violencia es 6 veces más alta en los sectores sanitarios. El personal que se encuentra en primera línea, como en el servicio de urgencias, es el más susceptible a la violencia y al asalto. La verdadera incidencia de la violencia es difícil de determinar debido a las diferentes definiciones que puede haber de violencia. Hay evidencias que muestran el bajo número de denuncias que se hacen de los comportamientos violentos y la falta de formación y preparación en el trato con los pacientes violentos. También existe la falta de apoyo a las víctimas en el campo de la salud.

El tipo de apoyo más corriente que el gerente facilitaba era la oportunidad de hablar sobre lo sucedido y de denunciar el incidente en ambos tipos de violencia, física y verbal. Por lo general, las víctimas no estaban muy contentas con la manera con la que se trataba el incidente en el lugar de trabajo. La denuncia de las agresiones era baja debido a que las víctimas piensan que es algo inútil y sin importancia. Los encuestados piensan que restringir el acceso al público, mejorar las instalaciones, restringir el cambio de dinero en el lugar de trabajo, una adecuada asistencia médica, la formación del personal, la inversión en el desarrollo de recursos humanos y reducir los períodos de tiempo en los que se trabaja solo, podrían ayudar a minimizar la violencia en el lugar de trabajo.

**PALABRAS CLAVE**

Violencia, Enfermería, Prevención

**ABSTRACT**

Many research studies show that violence and aggression in the workplace have increased in recent years. Moreover, they show that the prevalence of violence is six times higher in health sectors. Personnel in the front line as in the emergency department (ED) are more susceptible to violence and assault. The true incidence of violence is difficult to determine, due to different definitions of violence. There is evidence of under-reporting of violent behaviours and lack of formal education and training in relation to dealing with violent patients. There is also lack of support for victims in the health care sectors.

The most common type of support given by the employer was the opportunity to speak about and report the incident in cases of both physical and verbal violence. In general, the victims were dissatisfied with the way the incident was handled in the workplace. Reporting of violent incidents by victims was low, as they think it is useless and not important. Respondents think that restricted public access, improved surroundings, restricted exchange of money at the workplace, patient screening, training, investment in human resource development and reduced periods of working alone could be helpful in minimizing workplace violence.

**KEY WORDS**

Violence, Nursing, Prevention



## VIOLENCE IN EMERGENCY DEPARTMENTS IN PALESTINE: PREVALENCE AND PREVENTION

### INTRODUCTION

Violence and assault in the Emergency Department (ED) are recognised as significant occupational hazards for nursing professionals. However, all nurses are in danger of violence and assault from patients, family members or visitors. As violence increases in society, the risks facing nurses increase. Also, violence has become the second cause of death in societies like the U.S.A. (Mayer et al 1999). Litterateur shows that violence is increasing in other societies (ENA 1999, Brantley 1992, Aple & Hoag 1993, Presley, Rippon 2000 and Robinson. 2002).

To ensure a safe working environment, nurse managers must provide training for staff in preventing and responding to violence and aggression. Preparation for nurses is needed, as is careful selection of ED staff. Formal education in stress management and restraint procedures should be presented and emphasised by management.

It is important for staff working in ED to realise that violence and aggression from patients results from a number of variables like stress, pain, fear of the unknown, extended waiting time to be seen and treated, adequacy of staffing, lack of visible security and noxious stimuli like the sound of monitors (Presly, 2002). There are also environmental causes for example an unpleasant waiting environment, uncomfortable and insufficient seating, and lack of distraction, T.V., magazines, telephones and posters. All of these aspects can lead to violence.

#### Problem Statement

Violence and physical assault in emergency departments (EDs) are recognized as significant occupational hazards for nursing professionals. Violence in societies increases and become a second leading cause of death in some societies (Mayer et al 1999). To detect the prevalence of violence in the ED, and to increase staff awareness of violence this study intends to investigate the prevalence of violence in EDs and staff opinions as how such violence might be prevented. To ensure safe working environment in EDs, nurse managers must provide training for nursing staff in relation to prevention and responding to violence and aggression. Nurses should understand that violence result from a number of variables, like stress, pain, fear of unknown, extended waiting time to be seen and treated and unpleasant environment.

### SIGNIFICANCE OF STUDY

As violence increases in society, this study will investigate nurses' attitudes in relation to the prevalence of violence and prevention measures against violence in EDs There is a lack of data in relation to the prevalence of violence in EDs in Palestinian hospitals, so staff and community awareness will be increased through this research, and this will lead to the development of explicit policies in relation to violence and how to respond to it, and therefore the need for staff preparation in EDs. The study will also increase the awareness of health management in health care settings of the importance of selection criteria as to the characteristics of nurses and their qualifications when being assigned to EDs

### PURPOSE OF THE STUDY

The main purpose of the study is to investigate the prevalence of violence in emergency departments and factors used by ED staff to prevent such violence.

### RESEARCH QUESTION

What is the incidence of violence in EDs in Palestine?

What structural interventions are in place in EDs to prevent violence?

Violence has increasingly become as an issue in the workplace over the past 15 years. It has become a public health concern both for those who provide and those who receive health care (Kingma, 2001). Research has concentrated on violence perpetrated by service users in psychiatry (Walsh 1996, Fairly and Brown 1997) general wards (Whittington et, al 1996, McKenna 1999), and in EDs (Dolan & Holt, 2000). There are a number of definitions of workplace violence, some defining it in terms of actual or attempted physical assault (Krus et. al, 1995), others defining it as non-physical abuse, such as verbal abuse and threats, which can have psychological and care consequences (Flannery et. al, 1995).

Violence is a difficult term to define (Brennan, 2000). Dennen (1980) discovered 106 definitions of the term. Violence is defined as any incident in which a person is verbally abused, threatened or assaulted, psychologically or physically by a patient or member of the public, fear or the application of force arising out of the course of their work whether or not they are on duty (Health and Safety Commission, 1997, Rippon 2000, Beale et al 1999, RCN, 1998).

Violence is defined as term of actual or attempted physical assault. it as any behaviour intended to harm workers or their organisation, the intentional use of power against another person or against a group (Kraus, 1995, Folger, 1996, WHO, 1995).

The International Labour office, ICN, WHO and Public Services International have launched a joint programme to reduce the incidence of violence in the health sector and to minimize its negative impact on the victims and services. In this study the ICN workplace violence definition is adopted and it is defined as: 'Incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health (ICN, 2003. page 2)'.

Workplace violence has its origins in a number of factors. Individual factors may play a role. For example, mental illness, alcohol or drug usage may heighten the risk of violence to health care workers. Organisational factors may play a role as well. Environmental factors, such as poor lighting, poor security, unpleasant waiting areas and the layout of ED's can play a role and increase the risk of violence. Understaffing may increase the risk of violence due to longer patient waiting times and workers being alone with patients. Workplace stressors, such as low supervisor support, work overload and poor professional relationships may also increase the risk of aggression.

It is difficult to assess the source of violence in EDs, as there can be a number of factors influencing its development. These include attitudes of the staff, the internal state of the individual and the environment of the ED (Dolan & Holt, 2002).

Low staffing levels and an inappropriate skill mix also form significant factors contributing to violence (Dolan & Holt, 2000). Poor staffing of EDs where there is a heavy workload, may also contribute to an atmosphere of tension. In these conditions, the nurse may be under pressure to care for a large number of patients at any given time. An impression of lack of interest in the patient and relatives may be conveyed, resulting in negative non-verbal cues from the nurse, provoking aggressive confrontations (Dolan & Holt, 2000).

Theoretical framework for this study. Freud (1920) saw aggression as a response to pain and frustration. This is very much the case in Palestine People there live in the midst of political conflict, which affects every aspect of their lives. There are few work opportunities; indeed the infrastructure of the whole country has largely been destroyed. Everyone suffers from loss and grief: many people have been killed or injured; homes have been demolished; even fields and trees have been destroyed; and large number of people put in prison. Movement is restricted; there are long waiting times to be endured at check points, increasing the feeling of hopelessness and humiliation. Anger, stress and frustration are suffered constantly, leading inevitably to aggressive behaviour and violence in daily life.

Behavioural perspective suggests that human aggression is acquired and maintained through reinforcements and punishment. This is exactly what is happening in Palestine. Through the daily humiliation and punishment to most Palestinian peoples, mainly the adults. Their aggression is then turned against their family members. Moreover, the children in such society acquire this aggressive behaviour and it is reinforced through play, imitating what they see in the TV, street, school and home.

A non-experimental, cross-sectional, descriptive survey was used in this study to identify the prevalence of violence and to identify the preventative measures used to prevent aggression and violence in EDs in Palestine. Cross-sectional designs involve the collection of data at one point in time; the phenomena under study are captured during one period of data collection. This is appropriate for describing the relationships amongst the phenomena. In this study they were: age and violence, gender and violence, years of experience and violence, training and violence, and management and violence through policies in EDs.

### POPULATION

The target population was all nurses (LPNs, RNs) who work in EDs in Palestine hospitals in the West Bank and Jerusalem.

### SAMPLE

The sample included all nurses working in EDs 9 hospitals in the West Bank and Jerusalem which represent 3 major geographical areas: Al Ahli Hospital, Alia Hospital and Al Muhtasib Hospital are in the South; Beit Jallee Hospital and Al Yamama Hospital are in the Centre with: Al MaKassed Hospital and Augustia Victoria Hospital in Jerusalem and finally Ramalla Hospital, Al Sheich Zaiid Hospital and Al Reaia Hospital are in the North.

The sample size was 99 nurses who met the eligibility criteria of:

Nurses who work in EDs in Palestine;

Nurses including LPN and RN;

Nurses who work at least 21 hours per week;

Nurses who have experienced more than 3 months in EDs so as to give the nurse time for orientation and adaptation to the ED environment;

Nurses who work in one of the 9 hospitals named above.

The selected sample was a non-probability sample; lack of access to potential participation for random selection and limited time and resources were instrumental factors in the selection choice.

The sample represents around 75% of total nurses working in EDs in West Bank and Jerusalem hospitals; therefore this should ensure that the sample is representative. 92 completed questionnaires were returned back, with response rate 92.9%. The total population of nurses working in ED departments in Palestine is 135, the confidence interval was set at  $\pm 5\%$  at the 95% confidence level.

### INSTRUMENTS

The International Council of Nurses in Geneva developed the questionnaire in 2003. Their permission in order to use this questionnaire has been requested and official permission granted



The questionnaire consists of four sections or sub-constructs. The first section (Section A) consists of 12 items related to demographic data: age, gender, present job status, years of experience, category of employment sectors, type of job, number of staff present in the same shift, degree of worry about violence and reporting procedure in the hospitals. Section B consists of 21 items related to physical violence including: prevalence of violence, source of violence, time of incident, ways of responding to violence, effects of violence on the employee, consequences of violence, type and source of support after the incident and reporting of the incident.

Section C consists of 13 items related to verbal abuse, including: prevalence, time, source and response to violence. Furthermore, consequences, type and source of support after the incident and reporting procedures are also included in this section.

Section D consists of 7 items related to health sector employees including: policies, measures taken to deal with violence, different changes that happened in the work setting in the past 2 years, its impact on daily work and finally, formal education and training related to violence handling and prevention. For more reliability, the researcher calculated alpha to check the internal consistency of the instrument as shown in Table 1. Kuder-Richardson 20 (KR20) computed for dichotomy questions and Cronbach's alpha were computed for scale questions. Alpha reliability coefficients were between 0.46 and 0.79. Only one domain was below the approved level of 0.70. (Table 1).

Table 1- Alpha coefficients for each domain for the instrument.

Item	Alpha
Physical and verbal question (Yes, No Question)	0.71
Problems and complaints post physical incident (scale 5- 20)	0.77
Problems and complaints post verbal incident (scale 5- 20)	0.74
Health sector (HE 1). (Yes, No Question)	0.77
Health sector (HE 2). (Yes, No Question)	0.46
Heal Sector (HE 3). (scale 16-64)	0.79

In terms of validity, a pilot study done to assess the clarity of items in relation to language as English is not the primary language for the participants in the study. A translation of the instrument into Arabic by an expert in both languages, as it is needed mainly for the LPNs.

The most common and highly recommended procedure for verifying the translation of an instrument is back translation (Jones E., 1986). In this procedure, the instrument is changed into the target language by one translator and that version translated back into the source language by a different translator. This procedure is recommended in comparative trans-cultural study.

The beneficence principle was met by doing no harm to the participants by their involvement in the study, which was true in this study. The participants were free from any foreseeable risk of harm while potentially contributing to nursing by exploring the problem of aggression. Moreover, this study assured the freedom from any exploitation; participants were assured that their participation or any information that they may provide will not be used against them in any way. Therefore, people agree to participate in the study as they may perceive direct personal benefits or as they may benefit the society in general.

Respect for human dignity was the second principle articulated in this study and included the right to self-determination and the right to full disclosure. The right to self-determination ensured participants the right to decide voluntarily whether to participate in the study without risking any penalty or prejudicial treatment. They also have the right to ask questions and ask for clarification.

The right to full disclosure was assured in this study by full description of the nature of the study and all participants in this study were aware that the study is completely voluntary.

The third ethical principle in this study concerned justice, which included participants' rights to fair treatment and their right to privacy. All nurses in the EDs were treated the same if they meet the inclusion criteria of selection. The right to privacy was observed in this study by assuring anonymity and confidentiality.

All these rights were protected, assured and cleared in the cover letter of the instrument that used in this study. Permission to proceed with this study was obtained and the voluntary, anonymous and confidential nature of the study were emphasised.

**RESULTS OF THE STUDY**

The data was analysed, mostly by using SPSS; descriptive analysis; chi –square; ANOVA and t-test to see the difference between groups. The level of probability was set at  $p \leq 0.05$ .

**Description of Sample**

The total sample size was 92 nurses; The Socio-demographic characteristics of respondents including age and gender distribution are reported in Table 2. 64 (69.6%) were male, and 28 (30.4%) female. 59 (66.3%) respondents fall within the 26 – 44 age category.

Table 2 – Socio-demographic characteristics of respondents, Palestine

	Frequency (N)	Percent (%)
<b>Age Distribution</b>		
- 25	17	19.1
26-44	59	66.3
45 +	13	14.6
Total	89	100.0
<b>Gender of Respondent</b>		
Male	64	69.6
Female	28	30.4
Total:	92	100.0

Table 3 describes the distribution of the respondents according to their present job position as well as how long they have been working, and to which employment sector they belong. 35 are Registered Nurses (38.19%), 30 Practical Nurses (33.3). The results show a high level of experience 48(52.2%) having above 10 years of experience.

The majority work in the private non- profit sector, 40(44%), and 24 (26.4%) work in the public/governmental sector.

Table 3 – Present Position, experience and employment sector of Respondents

	Frequency (N)	Percent (%)
<b>Present Job</b>		
Head Nurse	18	20.0
Assistant Head Nurse	7.0	7.8
Registered Nurse	35	38.19
Practical Nurse	30	33.3
Total:	90	100.0

Years in work experience

1-4	20	21.7
5-9	24	26.1
10+	48	52.2
Total	92	100.0

Employment Sector

Private – non profit	40	44.0
Private – profit	16	17.6
Public/governmental sector	24	26.4
International agency	6.0	6.16
Others	5.0	5.5
Total:	91	100.0

Dimensions of violence

The dimension of workplace violence showing most prevalence was verbal abuse (69.8%, N = 60) followed by physical attacks (34.1% N = 31). Results showed that violence was perceived as a typical incident by the victims in most of the cases; for physical incidents slightly over half thought it typical while for verbal abuse over two thirds perceived it as typical incident.

In case of both physical and verbal violence, the relatives were the main perpetrator nearly two third, followed by the patients at less than 20%.

Table 5- Prevalence of physical and verbal violence

	Physical		Verbal	
	N	%	N	%
Attacked				
Yes	31	34.1	60	69.8
No	60	65.9	26	30.2
Total	91	100.0	86	100.0
Typical Incident				
Yes	17	58.6	47	71.2
No	12	41.4	19	28.8
Total	29	100.0	66	100.0
Who Attacked				
Patient	6.0	18.2	12	18.5
Relative	23	69.7	45	69.2
Staff member	2.0	6.1	7.0	10.8
General public	2.0	6.2	1.0	1.5
Total:	33	100.0	65	100.0

Figure 1 shows the distribution of physical and verbal violence in EDs, with verbal abuse occurring twice as often as physical assault..

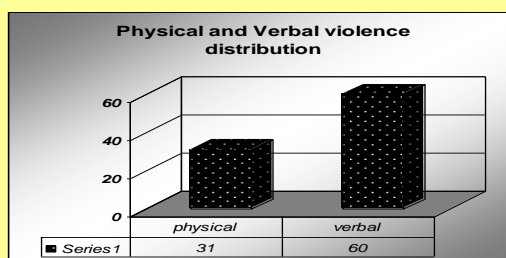


Figure 1- Distribution of physical and verbal violence in EDs



Figure 2 shows that the most frequent time of physical attack was happened between 7 am and 1 pm, 17(51.5%) while the lowest frequent attack happened between 6 pm and 12 mid-night.

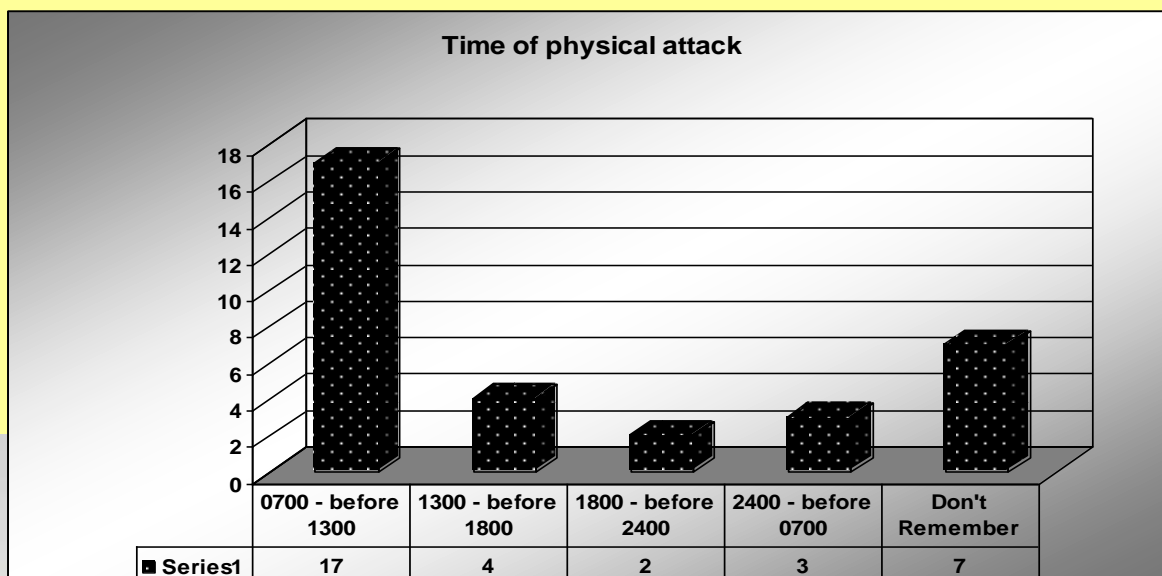


Figure 2- Time of incidents of physical attack as reported by victims

### Response of the victim to the violence

The majority of victims took a combination of measures in response to the violence experienced. In case of both physical and verbal violence the majority of victims told the person to stop, took no action, pretended that the incident never happened or reported to senior staff

The descriptions of all the existing measures that may minimize violence in the workplace, as reported by all respondents produced in Table 7. Results show that security measures, improved surroundings, restricted exchange of money, patient screening and reduced periods of working alone are the most frequent measures taken to deal with violence.

The employer did take action in response to violence incidents. Results shows that action was taken only to one third of the incidents for both physical and verbal abuse as reported by the victims, while around two third of respondents said there was no action taken by the employer. Also this table shows that two third of the actions were taken by the managements. In relation to the consequences to the perpetrator, around one third of cases issued verbal warning and only one fifth reported to the police, while 41% of perpetrators ha no action taken. Around fifty percent of victims reported that incidents could be prevented in cases of both physical and verbal abuse.

Support given to the victims is reported in table 9. The most common type of support given by the employer was the opportunity to speak about / report the incident incase of both physical and verbal violence. In general, the victims were dissatisfied with the way the incident was handled in the workplace. And as the reason for not reporting the option 'useless' or 'it was not important' had the highest frequency.

All respondents were asked whether they were aware of the development of a specific policy by their employer. Table 10 reports on policies related to health and safety, physical violence, and verbal abuse in the workplace. Results show that the majority of health employees do not think that their employer developed specific policies on these matters.

All the existing measures that may minimize violence in workplace, as reported by all respondents are presented in Table 11. Results show that security measures, restricted exchange of money, patient screening, and improved surroundings were the most often taken measures to deal with violence.

The perception of respondents in general varied about workplace violence in the Health Sector. Results show that nurses in EDs were moderately or very worried about violence. Two thirds of respondents said that there were procedures for reporting violent incidents and the employers encouraged nurses to report it.

Figure 5 reports if the respondent had formal education in relation to causes and prevention of violence, stress management and safety measures in EDs. Results show that levels of formal education were very low in relation to the three areas.

It was found that male nurses were more worried about physical attack than females; 75% of the nurses who worry about physical attack were males. This is statistically significant ( $X^2 = 6.429$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.04$ ).

Figures showed, also, that the higher the staff position at the hospital the less worried the nurse was about violence. 65.6% of the nurses who worry most were registered and practical nurses while 34.4% of them were the head and the assistant nurses. This is statistically significant ( $X^2 = 6.177$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.046$ ).

Experience factor: This factor was statistically significant in relation to physical attack but not to verbal abuse. Results showed that 60.0% of the nurses who have less than 4 years of experience were exposed to physical attack while only 29.2% of the nurses who have 5-9 years of experience and 25.5% of the nurses who have more than 10 years of experience were exposed to physical attack. ( $X^2 = 7.769$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0.021$ ).

Employment sector This factor is statistically significant concerning exposure to physical attack. Results showed that only 18.8% of the nurses who were exposed to physical attack were working in the private-profit health sector. This figure increased to 25.0% in the private non-profit sector and 39.11% in the public government health sector. ( $X^2 = 11.029$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.026$ ). There was no statistical significance in the results of verbal abuse. Also it was found that there is a high statistical relation between the employment sector and the degree of counselling the nurse received from his/her employer. Pearson Correlation test = 0.49,  $p$  (2-tailed) = 0.009).

Discussion of Findings: The prevalence of physical violence was measured in this study, finding that 34.1% of the respondents experienced physical violence at their workplace during the last 12 months. This is much higher than the rate Deep found (5.8%) or that found by Atwaneh et al. (16%) in this study of emergency department nurses at a general hospital in Kuwait. This is in spite the fact that all these studies were done in areas of similar cultural background and geographic zone. However, the rate found by this research falls within the standard range of similar studies. Schneider & Marren-Bell's (1995) study registered 33.3% of randomly chosen nurses exposed to physical violence, of whom 35% were from emergency department nursing staff. Also Rippon (2000) found 30% of hospital staff, Mayer (1999) 41.5% of emergency department nurses, Rose (1997) 40% of nurses and care assistants working in Ireland's largest Dublin hospital and Steinman (2003) 27% of respondents had all been exposed to violence. On the other hand this rate is much lower than the rate reported by Gannon, which reached 85.1% of the sample experiencing physical abuse. This difference could be related to the fact that Gannon's study was done in dementia wards where the patients were suffering from severe uncontrolled conditions. The frustration-aggression hypothesis of Dollard et al. (1939) could explain why the prevalence of violence in this study is higher than in similar studies done in similar geographic areas such as the Deep and Atwaneh et al. studies. As mentioned above, Palestinians face a huge amount of difficulty throughout their daily life which increases the frustration which precedes aggression. This cause of violence is different from that of either study. For example - Mayer's - who found that there is a significant correlation (1-tailed Pearson,  $p =$



0.001) existing between incidents during the past year and the number of perpetrators perceived to be under the influence of alcohol.

In spite of the fact that 61.3% of the respondents who were exposed to physical attack are males, the gender factor did not make a real statistical difference concerning physical violence in this study. This fact could be explained in that male nurses compose more than two-third of the respondents of this study. However, gender variation in patterns of work assault is confirmed by other studies. There is a tendency for women to experience higher levels of verbal abuse, while men tend to receive more threats and physical assaults.

It is important to mention that the majority of the incidents of physical attack (51.5%) happened between 7 am and 1 p.m. The peak of work occurs at this period of time, which exerts great pressure on the staff and a long waiting time on clients. The nature of most of the reasons that cause physical violence is related to the political situation and the hard time the patient and his/her family have to reach the health institution. When, during the day, patients and their families coming long distances to reach emergency departments are waiting for a long time at Israeli military barriers and this causes great mental and physical stress. Other studies such as Mayer (1999) identified that incidence of verbal abuse was significantly correlated with the shift. It was higher on the day shift (54.9%;  $P = 0.043$ , Spearman's  $r = 0.001$ ). The majority of the assaults (55.4%) occurred during the day shift and one third during the night shift.

It was found that families caused 69.7% of the physical attacks and patients caused only 18.2% of them. This rate opposes Deep's (2003) study where patients caused the highest rate of physical attack - 62.9%, while families caused 25.9% of them. This fact is related to the nature of the causes of violence as mentioned above, where drug and alcohol could be the first reasons for Lebanese physical violence, while the political factor is more significant in the Palestinian situation.

When comparison was made between the different health sectors, it was found that the prevalence of physical violence in the non-profit private health and the public government sectors was higher than the profit in the private, international and other health sectors (70.4%: 29.6%). Both extent of work pressure and time of waiting could be the main factors affecting the prevalence of physical violence. In addition the public may develop festering bad feeling towards the government institutions, accusing their employers of neglect and lack of commitment to their work.

Also, it was found that the lower the age of the nurse the higher the chance of exposing to physical attack. 64.7% of the nurses aged less than 25 years experienced physical attack compared to 28,8%, of those aged 25-44 years and 25% of those more than 45 years old.

However, this study showed that there was no statistical difference between genders in experience of physical violence in spite of the fact that 61.3% of the respondents were males. Because of the higher number of the male nurses these figures seem more significant than they are (more than two times higher). This also increases the worrying feeling towards experiencing physical attack by male nurses.

Since the position, in general, was connected with the length of experience, it was found that the higher the position and experience were, the less exposed the respondents were to physical attack. Only 20% of the nurses exposed to physical attack were head and assistant head nurses. This explains why the findings show that they were the least worried about physical attack. Also the higher ranked nurses have more knowledge about procedures for reporting violence in the workplace.

Literature registered a low level of reporting violence. In Persley (2002) 70% of the respondents did not report the incidents of assault. Deep (2003) - 23% of the Deep's respondents reported assaults. Gannon (2002) study showed that 17.6% of respondents reported more than 50% of incidents, while Fernandes' (1999) study which was done at St. Paul's hospital, Vancouver, found that 66% of the



respondents indicated that in 1996 verbal abuse was never or rarely reported and of the 48 respondents who were physically assaulted with injury, 21 (44%) never or rarely reported it. The same underreporting of assault is recorded by this study in spite of the fact that 71.9% of the respondents said that there are procedures for reporting violence. Only 37.4% of the victims reported assaults to senior staff, 33.3% in the case of physical attack and 34.8% of verbal abuse. In addition only 3 out of 31 (9.7%) and 4 out of 60 (6.6%) respondents completed incident forms for physical attack and verbal abuse respectively. This finding is lower than the findings of the Deep (2003) study, which showed that 13% of incidents of physical attack and 10% of the verbal abuse of the respondents were reported to senior staff. Also, there was no respondent who pursued prosecution for either physical or verbal abuse, while only 2% of respondents who were exposed to verbal abuse and 3.6% of those exposed to physical attack completed an incident form.

Other studies such as Mayhew (2003) and Mayer et al. (1999) recorded a higher percentage of reporting. Mayhew confirmed that nurses exposed to violent incidents reported 40.5% of these events to their supervisor and OHS coordinator, 7.1% to the health sector and 1.9% to police. These findings are higher than the findings of this study, but still lower than the expected level.

However, this phenomenon of low rate of reporting could be related to the cultural factors which control people's communication and relationships. It is believed that some further investigation is needed to determine the real reasons behind it.

#### **Attitudes of respondents to formal reporting of assaults**

The attitudes of the respondents concerning reporting of assault is partially connected to the low response rate of the actions that were taken by the employers themselves - 33.3% and 26.2% for physical violence and verbal abuse respectively. Also, this is authenticated by the fact that 54.8% of the respondents said that it was useless to report physical attacks. They also showed a very low level of satisfaction with the way the incident was handled, 59.4% and 61% of the respondents who were exposed to physical attack and verbal abuse respectively experiencing low degrees of satisfaction. This attitude of respondents is emphasized by the fact that the existing measures that deal with workplace violence do not encourage respondents to report incidents of violence (Persaon  $r = 0.93$ ,  $P = -0.016$ ,  $n = 29$ ). Interestingly, 89% disagreed with the statement that nurses who were assaulted and received only minor injuries should not report the incident, (Presley, 2002).

**Education and Training:** Despite the fact of the higher rate of assault incidents reported by the respondents of this study, the extent of the training programmes, dealing with management and causes of violence was low and limited. 81% of respondents did not receive any training programme in relation to 'causes and prevention of violence'. Similar results were found in relation to training programmes in 'stress management', 'safety measures in emergency department' and 'communication skills'. The low rate of such training was presented in Mayer's study - more than one fourth of the respondents reported having no formal education in preventing violence. However, figures showed that formal education is significantly affecting respondents by preventing them from defending themselves physically when exposed to physical attack (0%). But this is not reducing the number of attacks that they are experiencing, which are, in fact, increasing. Also, formal education increased the reporting actions of respondents to 40% and 50% for the staff who took 'safety in emergency' and 'communication' training programmes. But this is still not enough. Besides it is known that most of these training programmes were provided to the higher ranked nurses, which explain why these nurses had more knowledge about reporting and procedures policies. 81.8% of the higher rank nurses said that there are procedures for reporting of violence.

One more point to be mentioned in this section is that nurses do not think that the present level of training is having a useful effect in decreasing violence. Figures showed that only 15.4% of the

respondents said that training had decreased the prevalence of violence. On the other hand, 66.7% of the respondents believed that training would be helpful in improving conditions in the workplace.

This section shows that respondents of this study didn't receive enough training in dealing with violence in the workplace although they believe in the importance of an education and training programme to have better and safe conditions at work.

### **Cost of Violence Incidence**

Violence and assaults at the health workplace doesn't only affect the physical health and mental health of the workers but it extends its effect to the whole health system. A sick leave increase, as does the use of health care insurance for treatment and the workload on other staff to accomplish the work, becomes heavier. Fortunately only 7 out of the 33 nurses exposed to physical attack took days off as a result of the violent incident. The average of sick leave days was only 1.79 days. It ranged between 1 to 2 days. Only 3 nurses got treatment because of injury that resulted from a physical attack. On the other hand 6 respondents of this study who were exposed to assaults were transferred to another position. The emergency departments lost 6 trained nurses who took time and effort to be trained to work at the emergency department. In addition, some nurses would take more time and efforts to be trained to work in the emergency department. In this study we need to emphasise the importance of the cost that results from violence incidents. It can be accurately measured by increased reporting systems.

### **LIMITATIONS**

This study has some limitations in relation to sampling, instrument and methodology. The sample size was quiet small, which may have reduced the representation and generality of the findings. However, it is hoped that the fact the sample was drawn from ten different research sites will have increased the likelihood of achieving a representative sample. The selected sample was a non-probability sample; lack of access to potential participation for random selection and limited time and resources were instrumental factors in the selection choice.

The sample represents around 75% of total nurses working in EDs in West Bank and Jerusalem hospitals. Therefore, this should ensure that the sample is representative. There are some limitations in relation to the instrument used in this study. The original instrument was written in English and it was translated to Arabic, which may change some terms and meanings to fit the new culture. Alpha reliability coefficients were between 0.46 and 0.79. Only one domain was below the approved level of 0.70.

Study may list information about qualitative approach. It also may list deep understanding. However, the survey could be more comprehensive.

### **CONCLUSION**

The main purpose of the study was to investigate the prevalence of violence in emergency departments and factors used by ED staff to prevent such violence. The study also aimed to determine the level of support, to explore the types of support available to staff who are exposed to violence and to investigate staff opinions as to how such violence might be prevented. Finally, attempts were made to identify effective management strategies to address the assault based on suggestions put forward by respondents and those arising from literature.

Research has shown that workplace violence has become an alarming phenomenon worldwide. Health sector personnel are particularly at risk of violence in their workplace and personnel in the front line in the ED are more susceptible to violence and assault. The true incidence of violence in the health care setting is difficult to estimate, as there are different definitions of workplace violence. In addition, there



are different data collection systems for different types of violence. Furthermore, under-reporting of violent incidents by health care workers is a significant factor in detecting the true incidence of violence.

Research also shows that the prevention of violence in health care settings requires a strong commitment from the health care administration. This includes allocating sufficient resources for security, risk assessment and worker and management training in violence prevention. Moreover, a clear written policy for job safety and security should be presented and communicated to all personnel. Also, an inter-departmental and multi-disciplinary anti-violence team should be formed. Training and education programmes for employees, nurses, supervisors, managers and security members in relation to recognition of the signs of impending violence, communication skills, restraining techniques and stress management should also be provided. There is evidence that violence in health care can be psychologically harmful to victims apart from causing physical injury. Management support for assaulted employees is crucial in terms of counselling and support.

Important conclusions can be drawn from the findings of this study. Rates of both physical and verbal abuse were found to be higher in this study than in other studies done in the same geographic area, but similar to the international studies. Position, years of experience and type of health sector is seen to be factors that affect the prevalence of assaults. Workers in public and non-profit health sectors are exposed to physical and verbal abuses much more than in private health sectors. Gender and age factors were not statistically significant factors that affected the prevalence of violent incidents in this study. As movement is restricted at night the rates of abuse are much higher during day shifts and relatives were the main perpetrators in this study. The rate of reporting of incidents was low and limited and the respondents reported a low degree of satisfaction with the way the incidents were handled.

Respondents believed that improving the surroundings, increasing security measures, training and investment in human resources are the most effective factors in controlling and decreasing the extent of violence.

It is important to highlight the fact that each study undertaken is specific to a time, location and is therefore unique. This research was done during the Intifada with nurses working in EDs, the health workers most vulnerable to violence during this period in Palestine. The Intifada has had a negative effect on the different aspects of the Palestinian life: politically, financially, and socially. Indeed, its effect dominates every day life: movement is greatly restricted by Israeli military checkpoints and barriers, so the Palestinian people need much more time and effort to reach their destination, with the result that they are often exhausted, frustrated and bored. These feelings are intensified when a sick person needs to be conveyed quickly to an ED and faces one of these barriers. If the patients and families encounter further obstacles and delays in receiving health care when they arrive at the ED, their frustration easily spills over into violence. This is supported by the frustration-aggression hypothesis of Dolard et al. (1939).



**REFERENCES:**

- Arnetz J.E. (1998). Origin of violence at work. United States. John Hopkins School of Hygiene and Public Health. Available from <http://www.ICN.ch> (accessed 2 December 2003)
- Arnetz J.E. (1998). The Violent Incident Form (VIF): A practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress*, 12, 17-28.
- Arnetz J.E., Arnetz, B.B. and Patterson, I.L. (1996). Violence in nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work & Stress*, 10, 119-127.
- Atawneh J.H. & Baron, R.A. (1998). Workplace Violence and Workplace Aggression. United States. John Hopkins School of Hygiene and Public Health. Available from <http://www.ICN.ch> (accessed 2 December 2003)
- Bandura A. (1982). The psychology of chance encounters and life paths. *American Psychologist* 37: 747-755.
- Bandura K. (1973). *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Brantley A (1992) Rising violence in ERs causes hospitals redesign security. *Journal of Emergency Nursing*. 25(5),1082-1084.
- Budd T. (1999). *Violence at Work: Findings from the British Crime Survey*. London: Home Office.
- Buss A.H. (1961). *The Psychology of Aggression*. Wiley, New York.
- Claravall I. (1996). Health care violence: A nursing administration perspectives. *Journal of Nursing Administration*, 26(2), 41-46.
- Clark-Carter, David (1997). *Doing quantitative research: from design to Report*. Psychology Press, Hove.
- Cooper C. (2001). Workplace violence in the health sector. Geneva. Available from <http://www.ICN.ch> (accessed 17 January 2004).
- Deep M. (2003) Workplace violence in the health sector. Lebanon. Country case study. from <http://www.ICN.ch> (assessed 2 December 2003).
- Dillman Don A (2000). *Mail and Internet surveys*. New York, John Wiley.
- Dolan B. and Holt L. (2002). *Accidents and Emergency*. Bailliere Tindall, London.
- Dolan B. (1998). Waiting times (editorial). *Emergency Nurse*. 6(4).
- Dolan, B., Dale, J. & Morley, V. (1997). Nurse Practitioners: Role in A&E and Primary Care. *Nursing Standards* 11(17), 33-38.
- Elston M.A., Gabe J., Patton R. (2000). *Violence in NHS General Medical Practice: A qualitative study of practice experience and strategies for prevention and management*. Final Report, Department of Health & North Central Thames Primary Care Research Network, June, Royal Holloway, University of London, Department of Social and Political Science, Egham, Surrey TW20 OEX.
- Emergency Nurses Association (1999) *Position Statement: Violence in the emergency care setting*. ENA London.
- Emergency Nurses Association (2001): *Violence in the Emergency cares Setting*. *Canadian Medical Association Journal* 161(10)
- Erickson L. and William-Evans S. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing* 20(3), 210-215.
- Fernandes Christopher (1999). Violence in Emergency Department: a survey of health care workers. *Canadian Medical Association Journal* 161(10), 1245-1248.
- Folger R. and Baron R.A. (1996). Violence and hostility at work: a model of reactions to perceived justice. In G.R. VandenBos & E.Q. Bulatao (eds.): *Violence on the Job*, Washington D.C. American Psychological Association.
- Gannon Carol (1998). Workplace violence affects one-third of nurses. *Nursing World*, September/October.
- Freud S. (1920). Beyond the pleasure principle. In: Strachey, J. (ed) *The complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 18. Hogarth Press, London
- Health and Safety Commission Advisory Committee (1997) *Violence And Aggression to Staff in the Health Service*. London. HSC Books.
- Health and Safety Executive (October, 1999). *Violence at Work: Findings from the British Crime Survey*. Home Office Information and Publications Group; Research, Development and Statistics Directorate, London.

- Hildegard E.R., Hildegard R. and Atkinson, R.C. (1987). Introduction to Psychology. New York: Harcourt Brace Jovanovich?
- Hoag-Apel C.M. (1998) Violence in the emergency department. *Nursing Management* 29(7), 60-63.
- International Council of Nursing, ICN (2003). Workplace Violence in the Health Sector. Geneva. Available from the net: <http://www.ICN.ch> (accessed 2 December 2003).
- Jenkins M. G., Rocke L. G., McNicholl B. P., and Hughes D. M. (1998) Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency department. *Journal of Accident and Emergency Medicine* 15(4), 262-265.
- Kingima Mirelle (2001) Workplace violence in health sector. A problem of epidemic proportion, *International Nursing Review* 48(3), 129.
- Kraus J.F., Blander B. and McArthur D.L. (1995). Incidence, risk factors and prevention strategies for work-related assault injuries – a review of what is known, what needs to be known and countermeasures for intervention. *Annual Review of Public Health* 16, 355-379.
- Lazarus R.S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist* 46, 352-367.
- Levin P.F., Hewitt J.B. and Misner S.T. (1998). Insights of nurses about assault in hospital-based emergency departments. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 249-254.
- Lorenz K. (1966). On aggression. Methuen, London.
- Mayer B.W., Smith F.B. and King C.A. (1999) Factors associated with Victimization of Personnel in Emergency Departments. *Journal of Emergency Nursing*. 25(5), 361-366.
- Mayhew C. and Chappell D. (2003) Workplace violence in health sector. Case study in Australia. <http://www.ICN.ch> (accessed 2 December 2003).
- Merton R.K. (1939). Social structure and anomie. *American Sociological Review* 3: 672-682.
- Moran J. (1984). Aggression management: responses and responsibility. *Nursing Times*, 80(14), 28-31.
- Needs B. (2000) In: Dolan, B., Holt, L. Accident and Emergency: Theory into Practice. London: Balliere Tindall.
- Newman J.H. & Baron R.A. (1998). Workplace violence and workplace aggression. United States. John Hopkins School of Hygiene and Public Health. Available from <http://www.ICN.ch> (Accessed 2 December 2003).
- NHS: Managing Violence NHS Executive (1999). Working Together, Securing a Quality Workforce for the, Accidents and Sickness Absence in the NHS. NHS Executive, Department of Health, London, [www.doh.gov.uk/coinh.htm](http://www.doh.gov.uk/coinh.htm).
- NIOSH (1996). Violence in the Workplace: Risk Factors and Prevention Strategies. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centres for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS, Publication #96-100
- OSHA (1998). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers. Washington, D.C: United States Department of Labour, Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148
- Polit D. and Hungler, B. (2004). *Nursing Research Principles and Methods* (6th Ed.). Lippincott, Philadelphia.
- Poster E.C. (1996). A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(6), 365-373.
- Presly D. and Robinson G. (2002) Violence in the Emergency Department. *Emergency Nursing* 37(1), 161-169.
- Quine L. (1999). Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *British Medical Journal* 318, 228-232.
- Rippon T. (2000) Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 452-460.
- Rix G. (1985). Compassion is better than conflict. *Nursing Times* 81(38), 53-55.
- Rose M. (1997) A survey of violence towards nursing staff. *Journal of Emergency Nursing* 23(3), 214-219.
- Royal College of Nursing (1998) Dealing with Violence Against Nursing Staff. London. RCN.
- Saarela, K.L. and Isotalus, N. (1999). Workplace Violence in Finland: High-risk groups and preventive strategies. *American Journal of Industrial Medicine Supplement* 1, 80-81.

- Schalling D., Asberg M., Adman G. and Oreland L. (1987). Markers for vulnerability to psychopathology: temperament traits associated with platelet MAO activity. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 76: 172-182.
- Sains J.C. (1999). Violence and aggression in A&E: Recommendation for Action. *Accident and Emergency Nursing* 7(1), 8-12.
- Schnieden V. and Marren Bell U. (1995) Violence in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing* 3: 74-78.
- Steinman S. (2003) Workplace violence in the health sector. Country case study South Africa. <http://www.ICN.ch> (Accessed 2 December 2003).
- Stirling G., Higgins, J.E. & Cooke, M.W., (2001). *Accident and Emergenc. Nursing* 9, 78-86.
- Walsh M. (1986) On frontline. *Nursing Times* 82(37), 55-56.
- Warburton J.M. (1982). Violence and the nurse. *Nursing* 36,1533-1534.
- WHO (1995). *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organisation.
- Williams D.G. (1992). Sorting out triage. *Nursing Times* 88(30), 34-36.
- Wolfgang M.E. and Ferracutti F. (1967). *The subculture of violence*. Tavistock, London.
- Wright B (1985) Hostility in accident and emergency departments. *Nursing Times* 161(14), 42-44.





LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL Y EL CUIDADO DE LA FAMILIA  
THE EMOTIONAL COMMUNICATION AND THE CARE OF THE FAMILY

**AUTORES:**

Domingo Muñoz Arteaga, Francisco Javier Espinaco Garrido y Manuel Luque Oliveros (Enfermeros, Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud)

**RESUMEN**

La comunicación es un instrumento de relacionadas insustituible en el cuidado enfermero, los profesionales de Enfermería deben tener un buen nivel de adaptabilidad a contextos nuevos, ser sociable, tener empatía y tener habilidades sociales para establecer relaciones humanas, así como conocer y manejar las reglas del juego social

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería, Comunicación expresiva, Comunicación emocional, Familia

**ABSTRACT**

The communication is an instrument of related irreplaceable in the elegant nurse, the professionals of Infirmary must have a good level of adaptability to new contexts, be sociable, have empathy and have social skills to establish human, like that relations like to know and to handle the rules of the social game

**KEY WORDS**

Nursing, Expressive communication, Emotional Communication, Family



## LA COMUNICACIÓN EMOCIONAL Y EL CUIDADO DE LA FAMILIA

### INTRODUCCIÓN

Los humanos, dentro del Universo, se han definido como los seres que hablan, son (somos), por lo tanto, un ser comunicativo <sup>(1)</sup>.

Por otra parte, la comunicación humana es el fundamento de toda la vida social. Sin comunicación no se puede mantener la continuidad de una vida social organizada; la salud y la actuación de cualquier sistema social, ya sea una empresa, comunidad, área metropolitana, familia u otra unidad, depende de la facilidad y certeza de la comunicación; para mantener cualquier sistema social debe producirse una transmisión y una recepción de ideas, planes, instrucciones, valores, sentimientos y propósitos <sup>(2)</sup>.

El término comunicación es muy amplio y, así, se llama *medios de comunicación* a las publicaciones periódicas, a la radio, a la televisión y medios similares que han hecho suyos y propagados muchos de los conceptos de la comunicación; nos hallamos en la llamada era de las comunicaciones, donde las aplicaciones informáticas y las redes sociales son también medios de comunicación. <sup>(1, 3)</sup>

Se entiende por comunicación, en su sentido más amplio, el paso de una determinada información de un punto a otro, distante en el espacio y/o en el tiempo. En el mundo de las ciencias sociales se puede entender la comunicación, de una manera más restringida, como cualquier tipo de comportamiento que tiene como finalidad principal promover alguna clase de respuesta por parte de una persona o grupo de persona. En una clásica definición sobre la comunicación, Lasswell, en 1948, describía su clásica secuencia comunicativa de la siguiente manera: “*Alguien dice qué a través de qué canal a quién con qué efecto*” <sup>(4)</sup>.

Cualquier proceso de comunicación que sea eficaz no es automático, sino que precisa de preparación y esfuerzo, exigiendo la participación activa e inteligente de las personas <sup>(3)</sup>.

Por todo ello, el desarrollo y perfeccionamiento de las habilidades comunicativas son asuntos de particular interés para los profesionales de la salud <sup>(5)</sup>.

### OBJETIVO

#### Objetivo general

Valorar en la literatura científica la importancia de la comunicación emocional o de la comunicación expresiva en el cuidado de la familia por parte de los profesionales de Enfermería

#### Objetivos específicos

Identificar las características de la comunicación no verbal en la relación de cuidado a la familia  
Reconocer las barreras existentes en la comunicación

### MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado una búsqueda sistemática por pares (en este caso tres búsquedas paralelas) en las bases de datos de PubMed, Scopus, IME, ISOC y ENFISPO, de artículos publicados desde enero de 2005, en idiomas inglés, portugués y castellano.

Las estrategias de búsqueda empleadas fueron:

- “Comunicación expresiva” AND Familia (“Expressive communication” AND Family)
- “Comunicación emocional” AND Familia “Emotional Communication” AND Family

Un gran número de artículos fueron recuperados en respuesta a los términos de búsqueda, seleccionando para este trabajo final aquellos que, en su resumen, se ceñían más al objetivo general y a los objetivos específicos del mismo

### **Criterios de inclusión**

Los estudios que tienen una orientación cualitativa

Artículos publicados con texto completo en idiomas inglés, portugués y español

### **RESULTADOS**

El personal de Enfermería utiliza la comunicación como herramienta básica para el ejercicio de su profesión <sup>(1)</sup>. Para Watzlawick la comunicación y la existencia son dos ideas que no pueden separarse, pues un ser requiere para su subsistencia tanto los elementos indispensables para su metabolismo como la apropiada información sobre el mundo que lo rodea <sup>(2)</sup>.

La mejora de la comunicación entre el personal sanitario y el paciente y su familia es una condición indispensable para poder avanzar positivamente en el sistema sanitario<sup>(1)</sup>. No podemos olvidar que, desde un punto de vista emocional, la enfermedad es una situación negativa para el sujeto enfermo y para su ecosistema (sistema familiar) <sup>(1, 2)</sup>; por ello reclama una interacción cálida y satisfactoria que una el apoyo social con el calor humano y la ayuda e intervenciones y técnicas que los profesionales de la salud le prestan mientras dura su padecimiento <sup>(3)</sup>. En esta interacción, en la que predominan las calidades afectivas, se ponen en juego los aspectos más complejos del proceso social de interacción comunicativa <sup>(4)</sup>.

En nuestros días todo el mundo reconoce que la única manera de establecer, mantener y mejorar los contactos humanos es mediante la comunicación que se convierte, de esta manera, en un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano, podríamos decir que "somos en la medida que nos comunicamos" <sup>(5)</sup>

No existe la posibilidad de no comunicar, la no conducta no existe. Habitualmente se entiende por comunicación un intercambio de información entre dos o más personas, pero además la comunicación es una transmisión de afectos, una interacción personal y una interacción social; en este proceso no sólo interviene el lenguaje, sino que el profesional también es un instrumento en que se refleja el habla del paciente <sup>(6)</sup>.

### **Barreras de la comunicación**

Entendemos por impedimentos o barreras de la comunicación todo aquello que dificulta la percepción, captación, interpretación y comprensión del mensaje <sup>(7)</sup>.

Entre las barreras u obstáculos que dificultan la comunicación podemos distinguir <sup>(8)</sup>:

a) *Barreras físicas*: Aquellos obstáculos que impiden la comunicación, como pueden ser los ruidos, la distancia...

b) *Barreras semánticas*: El lenguaje nos traiciona y las palabras no significan lo mismo según los distintos contextos.

c) *Barreras personales*: Son las más frecuentes y las que tienen su origen en nuestra propia condición de seres humanos. Se suelen agrupar en diversas tipologías, por ejemplo distorsiones cognitivas, emocionales, etc; sin embargo, a veces no está clara la demarcación para situar la barrera en un tipo u otro. Por ello se las suele clasificar en dos bloques, de un lado las que están relacionadas con la percepción o recogida de la información y, de otro, las que podemos conectar con la elaboración o interpretación de la misma <sup>(9)</sup>.

a. *Percepción de la información*



- *Filtro mental*: tendencia a elegir un detalle negativo de una situación, fijándose en él de una manera tan exclusiva que el resto de la realidad queda oscurecida y difuminada
- *Efecto halo*: las personas tienden a juzgar un rasgo específico o hecho concreto en función de una impresión general, favorable o desfavorable; en tal caso, el halo actúa de pantalla que priva al perceptor de ver el rasgo o hecho que está juzgando.
- *Selección perceptiva*: Tomamos de la realidad aquello que va en consonancia con nuestro esquema mental o visión de las cosas.
- *Defensa perceptiva*: En nosotros tiene eco, resuena, aquello sobre lo que tenemos algún tipo de sensibilización.

b. *Elaboración o interpretación de la información*

- *Lectura de pensamiento*: Creemos adivinar todo lo que los demás están pensando. La mayoría de las veces tiene un componente negativo y distorsionador.
- *Generalización excesiva*: Se llega a una conclusión general a partir de un incidente, que ha sucedido en una situación concreta
- *Personalización*: Tiende a situarnos en el centro de cualquier problemática, bien haciéndonos asumir una responsabilidad ante un hecho negativo, bien considerando que lo que los pacientes hacen o dicen manifiesta una reacción hacia nosotros.
- *Estereotipos*: Clichés de pensamiento que se refieren a características de personas o grupos. Es una simplificación de la realidad.
- *Proyección*: Aquello de nosotros que no nos gusta o no aceptamos lo lanzamos fuera y echamos la culpa de nuestros fallos a los demás.

**Comunicación no verbal**

No fue sino hasta comienzos del siglo pasado cuando se inició una verdadera investigación sobre la comunicación no verbal, en este sentido, los antropólogos sociales demostraron que los movimientos corporales no son fortuitos, sino que se aprenden al igual que la lengua <sup>(4)(10)</sup>.

Así como el discurso puede descomponerse en sonidos, palabras, oraciones, párrafos, etc., en la comunicación a través de los gestos (kinesia) existen unidades similares, el más simple es el Kynema, movimiento simple, pero significativo, portador de sentido cuando se los toma en conjunto <sup>(11)</sup>.

Los puntos de partida sobre los que se podría sustentar la comunicación no verbal son los siguientes <sup>(11)</sup>:

1. Todas las personas comunican continuamente e involuntariamente sus estados de ánimo
2. Las comunicaciones no verbales complementan y, a veces, sustituyen a las comunicaciones verbales
3. La interpretación de los gestos como comunicación de actitudes es válida en tanto tales gestos no respondan a causas exclusivamente fisiológicas
4. Los elementos simples de la comunicación no verbal (sonrisa, mirada, contacto físico de cortesía...) suelen tener un significado convencional (norma social), por lo tanto son fácilmente falseables
5. La acumulación de gestos refuerza el mensaje no verbal lo hace más fácilmente interpretable y, por lo tanto, ofrece mayores garantías de acierto en el diagnóstico de la actitud
6. La mayor parte de las comunicaciones no verbales desencadenan actitudes recíprocas en el interlocutor, si no es consciente de ellas

**CONCLUSIONES**

Sabemos que la comunicación es un instrumento de la relación y, sin embargo, a veces somos demasiado confiados respecto a nuestra eficacia comunicativa y luego nos sorprenden los extraños efectos que se derivan de ella.

Los profesionales de Enfermería debemos conocernos, hacer introspección, tener conciencia de sus propios valores u prejuicios, así como sus debilidades y fuerzas. A pesar de ello se suele responder inconscientemente en los contextos emocionalmente cargados.

Los profesionales de Enfermería deben tener un buen nivel de adaptabilidad a contextos nuevos, ser sociable, tener capacidad de empatía, tener habilidades sociales para establecer relaciones humanas, así como conocer y saber manejar las reglas del juego social.

Además deben ser capaces de poner en suspenso los propios juicios de valor.

La comunicación interpersonal es una realidad multifuncional y multidimensional en la que fluyen de manera continua mensajes verbales y no verbales.

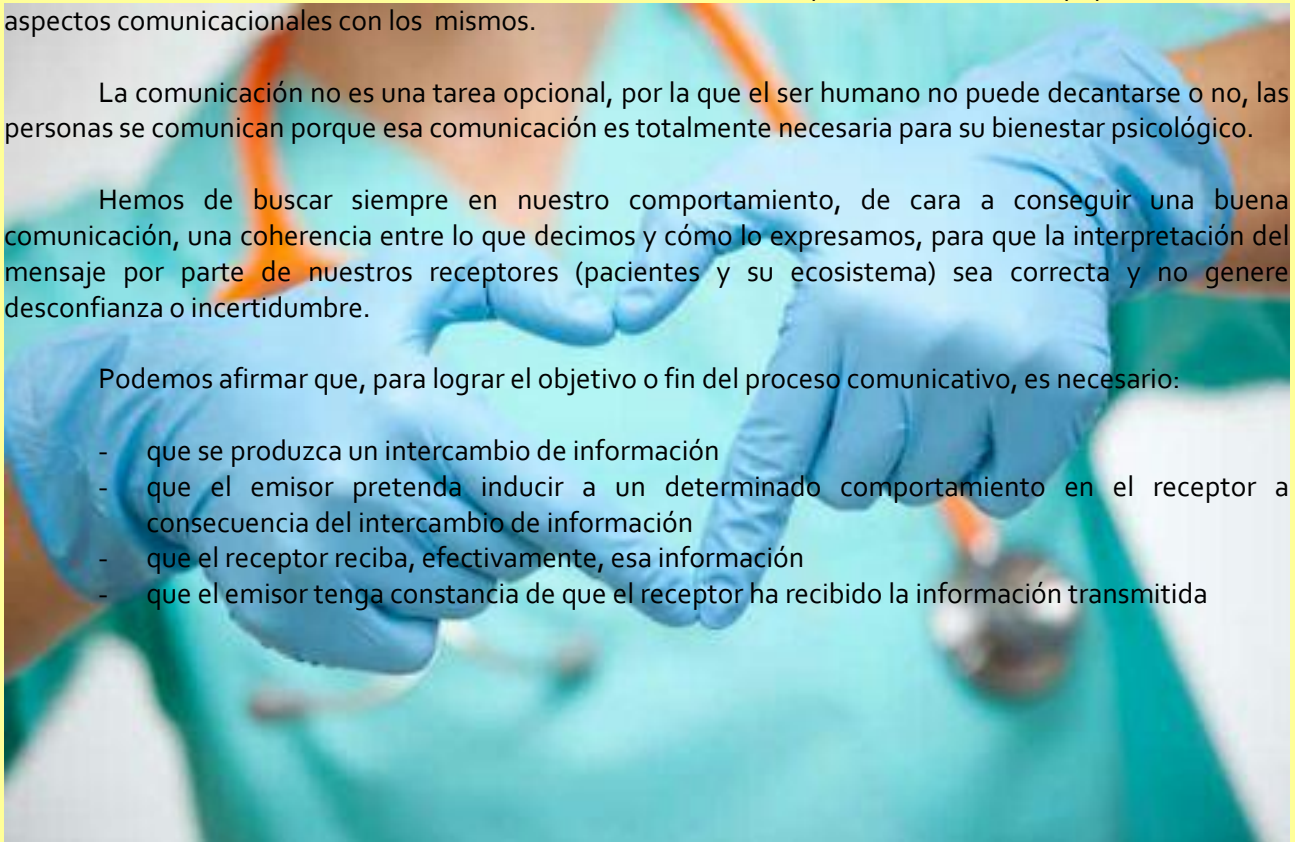
Como profesionales implicados activamente en el cuidado del individuo y la familia enferma debemos concienciarnos en atender con más calidad todos los aspectos relacionados y que atañen a los aspectos comunicacionales con los mismos.

La comunicación no es una tarea opcional, por la que el ser humano no puede decantarse o no, las personas se comunican porque esa comunicación es totalmente necesaria para su bienestar psicológico.

Hemos de buscar siempre en nuestro comportamiento, de cara a conseguir una buena comunicación, una coherencia entre lo que decimos y cómo lo expresamos, para que la interpretación del mensaje por parte de nuestros receptores (pacientes y su ecosistema) sea correcta y no genere desconfianza o incertidumbre.

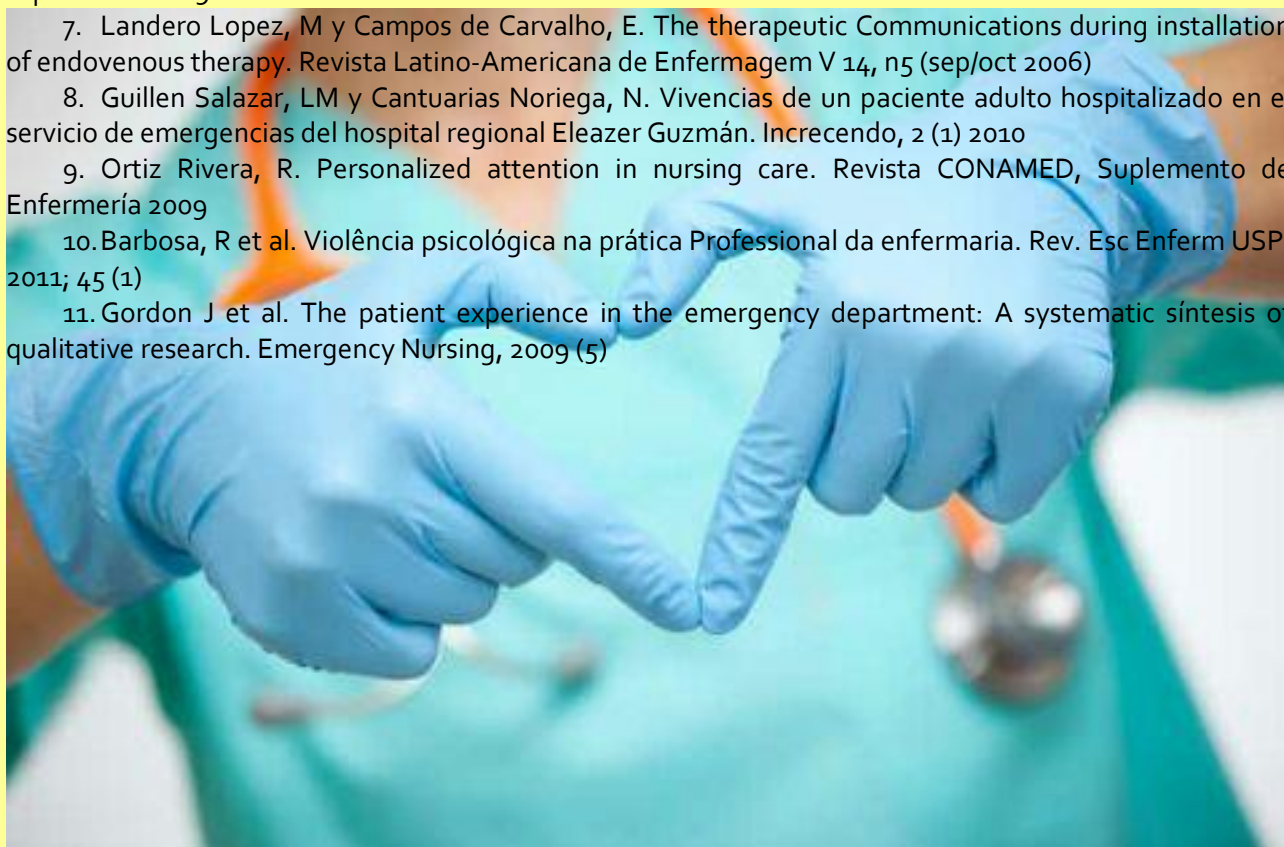
Podemos afirmar que, para lograr el objetivo o fin del proceso comunicativo, es necesario:

- que se produzca un intercambio de información
- que el emisor pretenda inducir a un determinado comportamiento en el receptor a consecuencia del intercambio de información
- que el receptor reciba, efectivamente, esa información
- que el emisor tenga constancia de que el receptor ha recibido la información transmitida



**BIBLIOGRAFÍA**

1. Jorcano Lorén, Pilar. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lcoo17.php>
2. García Laborda, A y Rodríguez Rodríguez, JC. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol. XXV, nº 96, octubre/diciembre 2005
3. Leal Costa, C et al. Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. Enfermería Intensiva, 2010; 21 (4)
4. Soldevilla Cantueso, MA et al. La intimidad desde una perspectiva global;: pacientes y profesionales. Revista Calidad Asistencial, 2008; 23 (2)
5. Arranz Carrillo de Albornoz, P et al. Protocolo de actuación para favorecer la comunicación entre paciente, familia y equipo sanitario en cuidados paliativos. Revista de Psicología Social, 2006, 13 (2)
6. Martínez Garduño, MD et al. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de Enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol 6, año 6, julio-septiembre 2009
7. Landero Lopez, M y Campos de Carvalho, E. The therapeutic Communications during installation of endovenous therapy. Revista Latino-Americana de Enfermagem V 14, n5 (sep/oct 2006)
8. Guillen Salazar, LM y Cantuarias Noriega, N. Vivencias de un paciente adulto hospitalizado en el servicio de emergencias del hospital regional Eleazer Guzmán. Increscendo, 2 (1) 2010
9. Ortiz Rivera, R. Personalized attention in nursing care. Revista CONAMED, Suplemento de Enfermería 2009
10. Barbosa, R et al. Violência psicológica na prática Profissional da enfermagem. Rev. Esc Enferm USP; 2011; 45 (1)
11. Gordon J et al. The patient experience in the emergency department: A systematic síntesis of qualitative research. Emergency Nursing, 2009 (5)





FISIOPATOLOGÍA DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE  
PATHOPHYSIOLOGY OF HEALTH LAND TRANSPORT

**AUTORA:**

María Teresa Monasterio Bazán (Enfermera, PEAC Centro de Salud de Checa. Guadalajara)

**RESUMEN**

El transporte en ambulancia tiene consecuencias sobre el paciente y su patología, sobre el equipo asistencial y sobre el material, debido a fuerzas de aceleración, cambios de dirección, vibraciones, temperatura, ruido, variaciones de altitud e incluso por la iluminación y el color.

Es importante conocer los efectos que estos fenómenos producen para anticiparse a los problemas que pudiesen surgir durante el traslado a fin de minimizar su impacto y evitar complicaciones.

En este documento se resumen los principales problemas que causan todos estos fenómenos derivados del transporte y las medidas preventivas a aplicar para evitar su aparición con el objetivo de servir de guía de referencia rápida y concisa al personal sanitario responsable del traslado.

**PALABRAS CLAVE**

Fisiopatología, transporte sanitario terrestre, velocidad, cambios de dirección, vibraciones, temperatura, ruido, cambios de presión, iluminación, color.

**ABSTRACT**

Ambulance transport has implications for the patient and his pathology, for the care team and for the materials, due to acceleration forces, direction changes, vibration, temperature, noise, altitude variations and even illumination and color.

The study of the effects produced by these phenomena allows preventing problems that may arise during transport, in order to minimize their impact and to avoid further complications. This paper summarizes the main problems caused by transport and proposes possible preventive measures, with the aim of serving as a quick reference for medical transport personnel.

**KEYWORDS**

Pathophysiology, ground medical transport, speed, direction changes, vibration, temperature, noise, pressure changes, illumination and color



## FISIOPATOLOGÍA DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE

### INTRODUCCIÓN

Actualmente la atención de las urgencias extrahospitalarias se encuentra en el punto de mira debido a las medidas que de forma directa se están aplicando en este ámbito derivadas de las actuales políticas sanitarias y contexto económico <sup>(1)</sup>

Estas medidas se están centrando fundamentalmente en la atención prehospitalaria prestada en el ámbito rural, ámbito con características especiales las cuales hacen que se den problemas que no se presentan en otros, caracterizados por la accesibilidad más rápida a los hospitales, destino de los pacientes más graves<sup>(2)</sup>.

Dada la creciente preocupación que dichas medidas están provocando tanto a los usuarios del sistema como al personal sanitario, se hace necesario revisar las actuaciones que a este nivel se realizan para mantener y mejorar la calidad de nuestra atención haciendo hincapié en las especiales circunstancias y problemas que caracterizan al ámbito rural<sup>(2, 3)</sup>.

A pesar de las recomendaciones de uso de las ambulancias para transporte sanitario primario según tiempo de llegada/distancia (menos de 20 minutos <sup>(1)</sup> y 0/150Km <sup>(1, 5, 6)</sup>) es frecuente que el traslado en ambulancia de este tipo de paciente y, por supuesto, del secundario sea más prolongado<sup>(5)</sup>.

Es fundamentalmente en el ámbito extrahospitalario, concretamente rural y aislado, donde más frecuentemente se da esta situación. Los recursos especializados (helicóptero) son limitados, las distancias largas, los accesos accidentados y la patología de lo más variado <sup>(7)</sup>.

Por todo esto se hace necesario conocer las implicaciones que dicho transporte conlleva para adecuar nuestras actuaciones y cuidados durante el mismo y evitar los problemas que se deriven de ello o bien, dar las indicaciones necesarias al personal técnico que aseguren un traslado adecuado, seguro y sin incidencias <sup>(8)</sup>.

El artículo documento resume de manera clara y concisa los factores que influyen en el traslado del paciente y las medidas a adoptar para minimizar su impacto. Además de los factores generalmente descritos en la literatura, en este trabajo se proponen y analizan las variaciones de presión debido a los cambios en la altitud, la luz y el color como posibles influencias.

### EFFECTOS DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE

La primera consideración a tener en cuenta es el fuerte impacto psicológico que supone para el paciente ser trasladado en este tipo de vehículos. Este impacto se minimiza informando al enfermo, si es posible, y a familiares o acompañantes del por qué del traslado, las dificultades del mismo, las actividades terapéuticas que se llevarán a cabo, el tiempo aproximado de llegada y el lugar de destino <sup>(9, 10, 11)</sup>.

Además, los procesos físicos a los que se ve sometido el paciente van a originar respuestas fisiológicas de poco significado en individuos sanos pero de consecuencias importantes en el enfermo <sup>(12, 13, 14, 15)</sup>.

Así mismo el aparataje, medicación, sistemas de inmovilización y perfusiones también pueden sufrir alteraciones <sup>(1, 13)</sup>.

Finalmente el personal sanitario también puede verse afectado pudiendo incluso llegar a disminuir su capacidad de respuesta <sup>(3, 9)</sup>.

Estos efectos vienen determinados por:

- a) Variaciones de la velocidad: Aceleración-Desaceleración.
- b) Cambios de dirección: Curvas.
- c) Vibraciones.
- d) Temperatura.
- e) Ruido.
- f) Variaciones de la presión debidas a los cambios de altitud.
- g) Iluminación.
- h) Color.

**Variaciones de Velocidad:** De especial importancia en caso de inestabilidad/hipovolemia ya que los efectos se multiplican por 10<sup>(4, 5, 10)</sup>.

#### EFFECTOS (1,6, 9, 15):

1. Variaciones positivas (Aceleraciones, cambios de marcha, arranques bruscos,...):
  - 1.1. Desplazamiento de la sangre hacia las extremidades inferiores que puede provocar:
    - a) Hipotensión y taquicardia refleja. Arritmias.
    - b) Disminución de la Presión Venosa Central (PVC) y de la perfusión cerebral.
    - c) Aumento del sangrado en las heridas en los miembros inferiores (MMII).
  - 1.2. Desplazamiento del paciente en la camilla con lo que la posición final de traslado puede resultar perjudicial.
2. Variaciones negativas (Frenazos bruscos): Desplazamiento de la sangre hacia la parte superior del cuerpo provocando:
  - a) Aumento de la Tensión Arterial (TA) y bradicardia refleja.
  - b) Aumento de Presión Intra Craneal (PIC) y Presión Venosa Central (PVC).
  - c) En casos de especial inestabilidad puede producir incluso Parada Cardio Respiratoria (PCR).
  - d) Aumento del peso aparente de los órganos por mayor acúmulo de sangre en los mismos. (TABLA 1) (14).
3. Ambas: Pequeños desplazamientos de los órganos internos. En casos extremos o de objetos clavados, esto puede derivar en rotura y hemorragia interna.
4. Efectos sobre los materiales/aparataje del vehículo: Desplazamiento de materiales de la ambulancia con riesgo de lesión.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS (1, 6, 9, 13):

- Velocidad constante y moderada/baja que permita actuar con suficiente antelación y suavidad ante las incidencias.
- El paciente irá por norma general con la cabeza en el sentido de la marcha.
- Adecuado anclaje del enfermo mediante los sistemas de sujeción a la camilla y sistemas de tope" (Ejemplo: Manta doblada al final de los pies).
- Protección con cinturones de seguridad del personal acompañante.
- Sólidos sistemas de fijación y adecuada sujeción de los materiales.
- Materiales ligeros, resistentes y sin bordes cortantes. (Gotero "Viaflex" VS cristal)
- Las drogas vasoactivas deben administrarse mediante bombas portátiles de infusión continua y en su defecto usar Dosi-Flow® y vigilar estrechamente.



**Cambios de posición (Curvas):** A mayor intensidad y duración, menor capacidad de compensación (4, 5).

**EFFECTOS** (1, 4, 5, 9, 11):

1. Acúmulo de sangre en un hemicuerpo: de especial relevancia en lesionados torácicos y en traumatizados ya que en ellos puede provocar:
  - a) Empeoramiento del hemotórax.
  - b) Empeoramiento del taponamiento cardíaco.
  - c) Aumento del dolor por desplazamiento del cuerpo sobre el lado de la/las fractura/-s que pueden producir importantes reacciones vagales.
  - d) Aumento del sangrado de las lesiones en ese lado.
  - e) Destrucción de tejidos y hemorragia en caso de objetos clavados.
2. Cinetosis (Mareo): Náuseas y vómitos.
3. Desplazamiento de materiales de la ambulancia con riesgo de lesión.

**MEDIDAS PREVENTIVAS** (1, 4, 5, 9, 11, 12):

- Velocidad constante y moderada.
- El trazado de las curvas se realizará lo más rectilíneo posible (buscando el centro de las curvas con la rueda delantera correspondiente)
- Analgesia y prevención de náuseas y vómitos (Dimenhidrinato u otros sedantes vestibulares)
- Estrecha vigilancia de las lesiones sangrantes.
- Adecuada sujeción de materiales. De elección serán ligeros, sin bordes cortantes y resistentes.

**Vibraciones:** Las vibraciones que repercuten negativamente en el ser vivo se encuentran entre los 3 y 20Hz, siendo las más nocivas entre los 4 y 12Hz por inducir fenómenos de resonancia en órganos internos. El nivel medio de vibraciones registradas en una ambulancia se encuentra entre 4-16Hz (4, 5, 10, 14).

**EFFECTOS** (1, 3-5, 12, 13, 15):

1. De forma generalizada:
  - a) Fenómenos de resonancia en órganos internos que pueden producir roturas de pequeños tejidos especialmente a nivel de los capilares sanguíneos lo que en pacientes politraumatizados pueden aumentar el riesgo de hemorragias.
  - b) Dolor en puntos de presión.
  - c) Alteraciones de las funciones vegetativas: Cambios en la TA, taquicardia y taquipnea.
2. Según la intensidad: (TABLA 2)<sub>(16)</sub>
3. Artefactos en los instrumentos de monitorización. (Electrocardiograma (ECG), TA, bombas, pulsioxímetros...)

**MEDIDAS PREVENTIVAS** (1, 6, 9, 11, 12)

- Mantenimiento adecuado de la suspensión del vehículo.
- Uso del colchón de vacío.
- Analgesia adecuada.

- Vigilancia estrecha de las constantes vitales.

**Ruido:** El tráfico de las calles, material almacenado, electromédico, etc. suponen que la intensidad del ruido en la ambulancia oscile entre 70 y 80db, siendo patológico a partir de los 85db <sup>(3)</sup>. Sin embargo, de todos los ruidos presentes, la sirena es la que más influye en los enfermos <sup>(2, 3, 6)</sup>.

#### EFFECTOS <sup>(1, 6, 9, 15)</sup>

1. Los más destacados sobre el paciente son el miedo y la ansiedad, lo que implica un aumento en la frecuencia respiratoria (FR) y cardíaca (FC), aumento del consumo de oxígeno (O<sub>2</sub>) y vasoconstricción periférica.
2. Interfiere en la adecuada comunicación con el paciente y entre miembros del equipo.
3. Otros efectos:
  - a) Impide la escucha adecuada de alarmas del aparataje.
  - b) Impide la realización de técnicas como la auscultación, percusión, toma de TA con esfigmomanómetro...

#### MEDIDAS PREVENTIVAS <sup>(1, 6, 9, 13)</sup>

- Uso de las sirenas preferentemente "en vacío" (A la ida); Una vez con el paciente, usar sólo en situaciones puntuales (Intersecciones, tráfico denso...) y durante un breve periodo.
- Información adecuada, apoyo psicológico.
- Uso de protectores acústicos (orejeras).
- Uso de sedantes.
- Elegir rutas con un firme adecuado.
- Mantener los sistemas de acondicionamiento en perfecto estado para evitar tener que llevar la ventanilla abierta.
- Adecuada insonorización del habitáculo.
- Sujetar todo el material firmemente.
- Usar material maleable y acolchar/algodonar el que no lo es (Ej: Ampollas de medicación)

(TABLA 3) <sup>(5)</sup>

**Temperatura:** De especial relevancia en pacientes con problemas de la termorregulación (Neonatos, ancianos, lesionados medulares, quemados...) <sup>(4, 5, 10)</sup> pudiendo provocar o fomentar hipotermias e hipertermias.

#### EFFECTOS <sup>(1, 6, 9, 13)</sup>

1. Alta:
  - a) Sudoración profusa que en traslados largos puede provocar desequilibrio hidroelectrolítico y disminución de la diuresis.
  - b) Malestar del paciente/ansiedad.
2. Baja:
  - a) Colapso vascular periférico dificultando la canalización de vías periféricas.
  - b) Escalofríos/tirtonas que aumentan el consumo de oxígeno.

3. Efectos sobre los materiales/aparataje del vehículo: Los cambios de temperatura extremos pueden suponer la pérdida de hasta un 30% de eficacia en los medicamentos, además de alteración de materiales tales como gomas, plástica, adhesiva... <sup>(15)</sup>
  - a) Por frío:
    - Descarga de las baterías.
    - Mal funcionamiento de los sistemas de monitorización (Pulsioximetría).
    - Mal funcionamiento de las pantallas de los sistemas de monitorización:(ECG, pulsioximetría, TA, FC, temperatura (Tª)...)
    - Alteración en el hinchado de férulas: El frío disminuye la consistencia.
    - Alteración de medicaciones/sueros (Cristalización/desnaturalización...)
  - b) Por calor:
    - Alteración de las medicaciones/sueros.
    - Alteración en el hinchado de férulas: El calor aumenta la consistencia.
    - Alteración en la consistencia del colchón y férulas de vacío: El calor la disminuye.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS <sup>(1, 6, 9, 13, 15):</sup>

- Uso del interior del vehículo para la exploración, valoración y tratamiento del paciente evitando exposiciones innecesarias tanto por el efecto de la temperatura como por pudor.
- Adecuado sistema de climatización.
- Vehículo protegido del calor y del frío.
- Adecuado aislamiento térmico.
- Disponibilidad de mantas térmicas.
- Adecuado mantenimiento y aislamiento de la medicación y los sueros.
- Asegurarse de su temperatura e idoneidad antes de administrar.
- Revisión frecuente del estado del material de inmovilización.

**Variaciones de altitud:** Son más marcadas en el transporte aéreo pero se pueden registrar diferencias de presión significativas en un traslado con un desnivel acumulado de 700-1000m. (TABLA 4) <sup>(16, 17)</sup>. Ej: Teruel (915m sobre el nivel del mar) – Zaragoza (208m) (Dato obtenido de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET))

#### EFFECTOS <sup>(1-3, 5, 6, 9, 11, 13, 14):</sup>

1. Si ascendemos:
  - 1.1. Sobre el paciente:
    - a) La disminución de la presión parcial de O<sub>2</sub> (sobretudo a partir de los 1000m) <sup>(2, 3, 6, 9, 10)</sup> va a provocar:
      - Aumento del gasto cardíaco e hiperventilación refleja.
      - Alcalosis respiratoria, espasmos tetánicos e inconsciencia.
      - Desestabilización de enfermos con insuficiencia respiratoria, shock, hipovolemia, anemia...
    - a) La expansión de los gases: (A 1000m el volumen es 1,2 veces el volumen a nivel del mar) <sup>(14)</sup> va a provocar entre otros efectos:
      - Empeoramiento del neumotórax, neumomediastino, neumoencéfalo.
      - Molestias gástricas, vómitos, agravamiento de íleos.
      - Molestias en los oídos.
      - Expansión de heridas y suturas.
      - Aumento de la presión intraocular.
      - (...)
  - 1.2. Sobre el material:
    - a) Aumento de presión de los sistemas de neumotaponamiento (sondajes, tubos endotraqueales...)



- b) Disminución de la consistencia de los sistemas de inmovilización de vacío y aumento de la consistencia de los sistemas de hinchado.
- c) Alteración de los dispositivos de aspiración continua (Plur-evac).
- d) Disminución del ritmo del gotero si no están igualadas las presiones internas/externas.

2. Si descendemos: Las contrarias.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS (1, 6, 9, 13, 14)

- Modificar la FiO<sub>2</sub> para contrarrestar los efectos de la hipoxemia con control de la saturación de oxígeno mediante pulsioxímetro.
- Revisión frecuente del estado del paciente (lesiones y saturación).
- Valorar el sondaje nasogástrico.
- Pneumotaponamientos con agua bidestilada.
- Revisión frecuente del estado de los sistemas de inmovilización, sistemas de vacío y sistemas de aspiración.
- Uso de bombas de infusión.
- Uso de goteros en envase de plástico (tipo "Viaflex") para poder aplicar presión desde el exterior.
- Si abrir la toma de aire del sistema de gotero no es suficiente, clavar una aguja en el caucho.

#### **La luz:**

##### A) EFECTOS DURANTE EL DÍA (18):

Mejor humor si la iluminación es de 2000Lx que si es de 300Lx, sin embargo por la noche no parece tener el mismo efecto que por el día.

Cuando la exposición es prolongada interviene en el sistema inmune mejorándolo.

##### B) EFECTOS DURANTE LA NOCHE (19):

A partir de 500Lx, se produce disminución de la secreción de melatonina lo que implica un aumento del estado de alerta/vigilancia y disminución de la somnolencia en menos de una hora.

La frecuencia cardíaca aumenta de forma dosis-dependiente en respuesta a la exposición a la luz brillante durante la noche y madrugada, no así durante el día.

#### **El Color** (18, 20, 21):

##### **ROJO**

Efectos psicológicos:

- a) Si es intenso, se relaciona con el peligro.
- b) Si es suave se relaciona con calidez.

Efectos fisiológicos:

- a) Estimulante del sistema nervioso y circulatorio.
- b) Aumento de la tensión muscular.

NO SE RECOMIENDA EN: Procesos inflamatorios, pacientes agresivos.

##### **AMARILLO:**

Efectos psicológicos:

- a) Si es intenso, puede provocar ansiedad, sentimientos de enfado y frustración.
- b) Si es suave se relaciona con la alegría y energía.

Efectos fisiológicos:

- a) Aumento del metabolismo.

b) Estimulante del sistema digestivo y nervioso.

NO SE RECOMIENDA EN: Estados de excitación, ansiedad, irritabilidad, náuseas.

NARANJA/ANARANJADO:

Efectos psicológicos:

- a) Aumento de energía (Estimula el movimiento y disminuye la fatiga).
- b) Calidez ambiental.

Efectos fisiológicos:

- a) Estimulante del sistema respiratorio y nervioso (puede tanto calmar (tono suave) como irritar (tono fuerte)).

VERDE:

Efectos psicológicos:

- a) Se relaciona con la buena salud y la esperanza.
- b) Tiene efecto sedante.

Efectos fisiológicos:

- a) Disminuye los biorritmos en situaciones de excitación (Disminuye la FC y FR).
- b) Dilata los capilares disminuyendo los dolores por neuralgias y jaquecas.

AZUL:

Efectos psicológicos:

- a) Si es intenso, produce sensación de frío.
- b) Si es claro: Se relaciona con sensaciones de calma y serenidad. Ayuda a controlar el dolor.

Efectos fisiológicos:

- a) Disminución de la frecuencia cardíaca y de la temperatura corporal.
- b) Efecto tónico sobre el sistema pulmonar.

ROSA:

Efectos psicológicos: Produce un efecto calmante y de tranquilidad.

PÚRPURA:

Efectos psicológicos:

- a) Si es intenso, produce sentimientos de incertidumbre y misterio.
- b) Si es claro, de serenidad.

Efectos fisiológicos:

Aúna el efecto estimulante del rojo y el tónico del azul, actuando sobre el corazón, los pulmones y los vasos sanguíneos.

MARRÓN:

Efectos psicológicos:

- a) Si es intenso, puede producir sentimientos de tristeza y soledad.
- b) Si es suave, de calidez, confort y seguridad.

BLANCO:

Sensación de pulcritud y orden. En las culturas orientales se asocia a la muerte.

NEGRO:

Sensaciones de miedo y soledad. En nuestra cultura se asocia al dolor y la muerte.

No obstante, las investigaciones, han demostrado que estas alteraciones son temporales y están muy influenciadas por la experiencia personal y cultural.

## CONCLUSIONES

En sí mismo, el proceso de trasladar a un paciente implica un gran riesgo de que se deteriore el nivel de cuidados. El ambiente en el que el paciente es colocado muchas veces es impredecible. Una planificación cuidadosa puede minimizar el impacto que pueden causar todos estos eventos para lo que el personal de transporte debe estar adecuadamente formado y entrenado con el fin de proporcionar al paciente los cuidados que sean necesarios durante el traslado.

El disponer de una guía de referencia clara y esquemática puede ser útil a la hora de planificar adecuadamente el traslado de un paciente y hacer frente de forma eficaz a las complicaciones derivadas del mismo que se presenten.





**BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Alarcón, J., Naharro Álvarez, A., Blanco del Valle, A. y Alvarez Borrajo, E. Traslado de pacientes críticos. En: Medina Aragón, FJ. y Gómez Salgado, J. Coordinadores. Fundamentos teórico-prácticos de enfermería de emergencias. Madrid: Estugraf Impresores S.L; 2009 p. 266, 267, 290, 292 a 297.
2. Rubio Muñoz, J., Martínez Cámara, F. y Marina Martínez, L. Transporte sanitario. En: Arrese Coscolluela, MA. Coordinador. Atención prehospitalaria a la enfermedad traumática. 2007. p: 165-180. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. (FISCAM).
3. Echániz Serrano, E. Fisiopatología del transporte sanitario. En: Manual de atención inicial al traumatizado grave. Grupo docente 061 Aragón. p: 13 a 17.
4. Fisiopatología del transporte sanitario. En: Formación en socorros, guía del formador/-a. Módulo 3: Transporte sanitario urgente. Cruz Roja Española. Madrid: Grupo Marte; 2008. p: 99 a 104.
5. Gómez Vázquez, R. Transporte de enfermos. En: Manual del técnico en transporte sanitario. Pontevedra: Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. 2004. p: 145 a 149.
6. Herrera Carranza, M. Director de grupo. Traslado de enfermos críticos. En: Protocolos de transporte secundario y primario. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias 2001. Servicio Andaluz de Salud. P: 90, 91, 93, 96.
7. Barroeta Urquiza, J. y Boada Bravo, N. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Mensor consultoría y estrategia. 2011. p: 185-186.
8. Traslado para cuidados definitivos. En: Comité de trauma del colegio americano de cirujanos, Coordinadores. Manual ATLS 7ª ed. 2005. p: 296, 302.
9. Vergara Olivares, J.M., Malagón Luque, F., Cordero Leco, J. y Buforn Galiana, A. Transporte del paciente crítico. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/transpor.pdf>
10. Gasca Gómez, JC. y Cester Martínez, A. Fisiopatología del transporte sanitario. Disponible en: <http://reanimovil.com/docespeciales/Fisiopatologia%20del%20transporte%20sanitario.pdf>
11. Aguaviva Bascuñana, J. El transporte sanitario en terreno abrupto. Repercusiones hemodinámicas. En: Particularidades de los accidentes de tráfico en el medio natural. Material docente del Postgrado en "Medicina en el medio natural" (Máster MUM Universidad de Zaragoza)
12. Márquez Flores, E., García Torres, S. y Chaves Vinagre, J. Transporte de pacientes en estado crítico. En: Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Disponible en: <http://tratado.uninet.edu/indice.html>
13. Fisiopatología del transporte sanitario. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/FISIOPATOLOGIA%20DEL%20TRANSPORTE%20SANITARIO.pdf>
14. [Lacámara Sánchez, A. El transporte del paciente crítico adulto. Emergencias y catástrofes. 2000 Vol 1. Núm. 3. p: 186-192](#)
15. [Díaz de Francisco, Eduardo. Manual del técnico de transporte sanitario I. Cruz Roja Española. Madrid: Grupo Marte; 2008. p: 12, 13, 14](#)
16. Muriel, C. Efectos de la vibraciones sobre el cuerpo humano. Emergencias médicas. ELA-Arán. Madrid, 1992. p: 44.
17. Cambios en la presión atmosférica con la altitud. Disponible en: <http://fischer-barometer.de/meteoclima/spanisch/index.htm?luftdruck/luftdruck.htm>
18. Martínez Verdú, FM. y De Fez Saiz, D. La ergonomía del color: Influencia en el rendimiento y la salud del trabajador. En: Gestión práctica de riesgos laborales, nº 30, p 34-44. Septiembre 2006.
19. Ocular lighting effects on human physiology, mood and behaviour. Technical Report. CIE (International Commission on Illumination)158-2004.
20. Cherry, K. How colors impact moods, feelings, and behaviors. Color Psychology. Disponible en: About.com Guide.
21. Sancho Serrano, A., Lozano Pradilla, P. y De la Ossa Nieto, E. Cromoterapia. El color y la salud. Trabajo de Postgrado en "Medicina naturista". 2003. Disponible en: Enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales: [http://www.aibarra.org/Apuntes/Ciencias\\_Alternativas/Cromoterapia.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/Ciencias_Alternativas/Cromoterapia.pdf)

FISIOPATOLOGÍA DEL TRANSPORTE SANITARIO TERRESTRE

ANEXO 1. Tablas.

TABLA 1: AUMENTO APARENTE DEL PESO DE LOS ÓRGANOS INTERNOS.

Aumento aparente del peso de los órganos internos por impacto o desaceleración.				
	Peso (Kg)	Peso aparente a 36Km/h (Kg)	Peso aparente a 70Km/h (Kg)	Peso aparente a 100Km/h (Kg)
Bazo	0,25	2,5	10	22,5
Hígado	1,8	18	72	162
Corazón	0,35	3,5	14	31,5
Encéfalo	1,5	15	60	135
Sangre	5	50	200	450
<b>P. Total (Kg)</b>	<b>70</b>	<b>700</b>	<b>2800</b>	<b>6300</b>

Extraído de: Lacámara Sánchez, A. El transporte del paciente crítico adulto. Emergencias y catástrofes. 2000 Vol 1. Núm. 3. p: 186-192 (14)

TABLA 2: EFECTO DE LAS VIBRACIONES SOBRE EL CUERPO HUMANO.

Efecto de las vibraciones sobre el cuerpo humano (F. Magid).	
Dolor al ventilar	1-3 Hz
Dolor torácico	5-7 Hz
Dolor abdominal	4,5-10 Hz
Dolor mandibular	6-8 Hz
Dolor lumbosacro	8-12 Hz
Tenesmo rectal	10,5-16 Hz
Tenesmo vesical	10-18 Hz
Dificultad en el habla	13-20 Hz
Cefalea	13-20 Hz

Extraído de: Muriel, C. Emergencias Médicas. ELA-Arán. Madrid, 1992. p: 44.(15)

TABLA 3: NIVEL DE RUIDOS, ACELERACIÓN Y VIBRACIÓN EN LOS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE.

Nivel de ruidos, aceleración y vibración en los vehículos de transporte.			
	Ruido (dB)	Aceleración (g)	Vibración (Hz)
Ambulancia. parada (motor en marcha)	70	0	4-6
En transporte de 40-90 Km/h	75-80	0,3-0,85	4-16
Helicóptero 365 Dauphin C2	83-85		

Extraído de: Gómez Vázquez, R. Transporte de enfermos. En: Manual del técnico en transporte sanitario.p: 150. (5)

TABLA 4: DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ATMOSFÉRICA CON LA ALTITUD.

Altura (m)	Diferencia de Presión (hPa)	Altura (m)	Diferencia de Presión (hPa)
100	12,0	1100	125,4
200	23,8	1200	136,1
300	35,5	1300	146,8
400	47,2	1400	157,3
500	58,7	1500	167,7
600	70,1	1600	178,1
700	81,3	1700	188,3
800	92,5	1800	198,4
900	103,6	1900	208,4
1000	114,5	2000	218,4

Extraído de: [http://fisher-barometer.de/meteoclima/spanisch/index.htm?luftdruck/luftdruck.htm\(17\)](http://fisher-barometer.de/meteoclima/spanisch/index.htm?luftdruck/luftdruck.htm(17))





**ENSAYOS**

**ENFERMERIA ACTIVA**

**AUTORA:**

Kimm Allegría Castañeda Arellanes

El gremio de Enfermería en los servicios de salud, constituye el grupo de proveedores más numerosos en el mundo, razón por la cual sus aportaciones además de enriquecer y fortalecer la investigación multidisciplinaria, la gestión de los servicios de atención, el desarrollo de estrategias para la formación de recursos humanos para la salud, también contribuyen a ser los custodios de las mejores prácticas y seguras para el cuidado de las personas, en el ejercicio disciplinar de la enfermería.

Las y los enfermeros en el afán de ser reconocidos en diversos escenarios hemos trabajado de manera individual o conjuntado esfuerzos gremiales en asociaciones, colegios, locales, nacionales e internacionales, labor que ha quedado un poco alejada de los "frentes de batalla", es decir de aquellos individuos que día a día se enfrentan a un sinnúmero de respuestas humanas a las que el cuidado otorgado ha trascendido en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, casi como un matrimonio; de esa manera acompañamos a las personas, vivimos, sufrimos y nos regocijamos con nuestros "pacientes", "sujetos de cuidado", "clientes"... personas simple y complejamente personas, que nos brindan su confianza por el hecho de portar un uniforme o un distintivo que nos identifica como ENFERMERIA y a quienes no les interesa los años escolares, los grados académicos, la experiencia adquirida, los títulos de especialización, ellos identifican a SU ENFERMERA(O) por el cuidado que recibieron aún y si los resultados no fueron positivos, ellos agradecen nuestra presencia, las palabras de aliento, las alternativas y el cariño con el que hacemos lo que hacemos... CUIDAR.

ENFERMERIA ACTIVA me remite a una persona que vive y ama el servicio a los demás a través de cuidados y dar satisfacción a sus respuestas humanas; bajo el sustento científico que le permite fundamentar cada una de sus actividades y adaptarlas a la persona y al entorno con los recursos disponibles, siendo creativa e innovadora en su ejercicio, construyendo relaciones haciendo uso de su arte, trascendiendo en una interacción amorosa. Cuando además se encuentra dispuesta a indagar, a compartir, a aplicar, a medir, a difundir y con ello logra cambios que mejoren sus intervenciones y dignifiquen la integridad ética con la que se ejerce esta carrera, entonces esa persona formada con ese propósito logra un ambiente empoderador de la disciplina y en realidad profesionaliza la actividad.

Vaya en reconocimiento a todos aquellos profesionales que con amor siguen construyendo lazos invisibles pero sólidos que nos permiten descubrir una nueva IDENTIDAD.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, tiene una periodicidad trimestral y publicará artículos en los idiomas español, portugués e inglés. Anualmente se publicarán las ediciones extraordinarias que el interés o las necesidades del Comité Editorial demanden

Esta publicación está abierta a la acogida de temas de interés sanitario y sociales relacionados de cualquier ámbito de la Enfermería.

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA tiene el ISSN, que certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para sus autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportunos (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.).

Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, la cual quedará supeditado a la revisión del Comité Internacional de Evaluadores.

El Consejo Editorial y el Comité Internacional de evaluadores se reservan el derecho de introducir modificaciones de estilos, así como realizar los reajustes del texto que consideren necesarios, con el compromiso de respeto por el original remitido.

Los conceptos e ideas expuestos en los trabajos son de la exclusiva responsabilidad de sus autores/as y representan su opinión personal.

Esta publicación incluirá, además de trabajos científicos, otros artículos de interés, entrevistas y cualesquiera otras secciones sean consideradas de interés por su Consejo Editorial.

Los trabajos y colaboraciones podrán remitirse por correo electrónico a la Dirección de la Revista, en la dirección electrónica [revistaenfermeriaactiva@gmail.com](mailto:revistaenfermeriaactiva@gmail.com)

La extensión de los trabajos no podrá superar los 25 folios con tipo de letra corbel número 11 interlineado sencillo y, de forma genérica pueden constar de los siguientes apartados:

### **Título.**

**Autor/es:** Debe figurar su/s nombre/s, categoría/s profesional/es y lugar/es de trabajo. Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al.

**Resumen:** La extensión del resumen no será superior a 250 palabras y su lectura debe permitir conocer los aspectos principales del trabajo: objetivos, metodología, resultados más relevantes y principales conclusiones.

**Palabras clave:** Se aconseja señalar un número de entre 3 y 10 palabras claves.

**Title:** Traducción al inglés del título (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

**Abstract:** Traducción al inglés del resumen (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

**Key words:** Traducción al inglés de las palabras clave (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

**Introducción:** Debe establecer los objetivos y justificación, así como las referencias más relevantes de los trabajos publicados que permitan contextualizar el tema de estudio.

**Material y métodos:** En este apartado se describirán las principales características de la metodología utilizada, sujetos de estudio, procedimientos, tipo de análisis, tiempo del estudio, etc.

**Resultados:** Se deben destacar los resultados más relevantes, y se debe evitar en la medida de lo posible repetir información proporcionada por tablas y figuras.

**Discusión:** Interpretación de los resultados y comparación de los mismos con estudios similares llevados a cabo por otros autores. Limitaciones del estudio tras su ejecución.

**Conclusiones:** Consideraciones finales de los autores en relación con la discusión del estudio y los objetivos del mismo.

**Bibliografía:** Las referencias bibliográficas se ajustarán a las Normas de Vancouver su exactitud es responsabilidad de los autores. Deberán ir numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos volados. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá siempre a dicho signo.

**Anexos:** Se pueden recoger en estos: las escalas, hoja de recogida de datos, tablas, figuras, etc. Las tablas y fotografías podrán ser incluidas en el texto, o ser enviadas en un archivo adjunto (Word, Excel, Power-Point etc.). Dichos elementos irán referenciados en el texto y acompañados de una leyenda en el archivo adjunto (Ej.: figura 1, tabla 1, foto 1, gráfico 1).

**Agradecimientos:** Se podrán incluir los agradecimientos que los autores consideren someter, dentro del contexto del trabajo.

### PRINCIPIOS ÉTICOS

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel: autonómico, nacional, e internacional, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social: Declaración de los Derechos Humanos y Constitución Español

Los organismos responsables de la Revista ENFERMERÍA ACTIVA y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.

Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.

Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.



Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias.

Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc. Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.

Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.

Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.

Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.

Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

