

SUMARIO

EDITORIAL

LA EUTANASIA Y EL VALOR ABSOLUTO DE LA VIDA

Manuel Toledo Trujillo

HISTORIA

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA EN
ONCOHEMATOLOGÍA

Ana Yurena Oliva Hernández

ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (I)

Natalia Rodríguez Novo, Francisco Javier Castro Molina,
José Ángel Rodríguez Gómez

SAPIENZA VIVA

75º ANIVERSARIO DEL DÍA DE LA VICTORIA EN EUROPA:
LA ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (I).

Entrevista de Guillermo García a Francisco Javier Castro Molina

MISCELÁNEA

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Daniel Magdaleno Ramírez, Jesús Manuel Quintero Febles

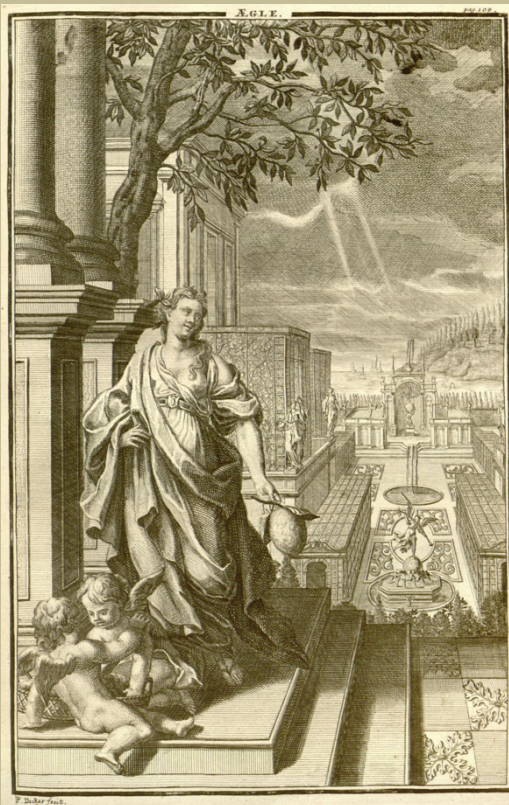


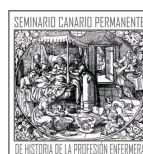
Imagen de la portada: grabado de *La ninfa Egle*, obra de Johann Christoph Volkamer (1708).

acHpe^o

Asociación Canaria de Historia
de la Profesión Enfermera



COLABORAN:



Proyecto Editorial de la Asociación de Historia de los Profesión Enfermera – ACHPE.

Web grupo de trabajo: <http://historiaenfermeriacanaria.org>

e-mail: revegli@historiaenfermeriacanaria.org

Dirección Editorial: Calle San Martín, 63 (38001-SC de Tenerife).

ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

EGLE. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud.

AÑO VI- Número 14. Segundo Semestre 2019.

Revista on-line: <http://historiaenfermeriacanaria.org>

CORREO POSTAL: Calle San Martín, 61.

38001-Santa Cruz de Tenerife.

ISSN-e: 2386-9267

Edita: Asociación de Historia de los Profesión Enfermera, ACHPE.

Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería (RIHE).

<http://www.observatoriorh.org/?q=node/702>

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros.

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 euros.

EGLE NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS
ARTÍCULOS, LOS CUALES EXPRESAN OPINIONES Y
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS AUTORES.

CONSEJO DE REDACCIÓN.

DIRECTOR

Prof. Dr. Francisco-Javier Castro-Molina
Escuela Univ. Enfermería N^º S^ª de Candelaria,
Universidad de La Laguna (ULL). Universidad Nacional
Educación a Distancia (UNED).

SECRETARIO REDACCIÓN 1

Prof. Dr. Juan José Suárez Sánchez
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
(ULPGC).

REDACTOR JEFE

Prof. Dr. Jesús Manuel Quintero Febles
Universidad de La Laguna (ULL).

SECRETARIO REDACCIÓN 2

Máster Natalia Rodríguez Novo



COMITÉ DE REDACCIÓN

D. Álvaro Causapie Castro. Historiador. Periodista (Madrid-España).

Dra. Dña. Sara Darías Curvo. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. María Luz Fika Hernando. Licenciada en Ciencias Sociales y de la información. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

Dña. María Luz Fernández Fernández. Enfermera. Licenciada en Historia. Máster Universitario en Historia Contemporánea. Profesora Titular de la E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" de la Universidad de Cantabria (responsable de la asignatura de "Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería"). Secretaria del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid).

Dr. D. David Garriga Girtart. Enfermero (Bachelor of Science in Nursing European University). Psicólogo. Criminólogo. Máster Mundo Árabe e Islámico. Especialista Universitario en terrorismo Yihadista: Análisis, Insurgencia y Movimientos Radicales. Libros: Del bimaristan al hospital psiquiátrico: historia de la enfermería y la salud mental en el islam y Las Legiones de Satán: Asesinos en Serie en tierras del Islam (Barcelona, España).

Dr. D. Justo Pedro Hernández Rodríguez. Médico. Académico correspondiente de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Presidente de la Sociedad Canaria de Historia de la Medicina. Miembro del Museo Canario. Miembro del Instituto de Estudios Canarios. Miembro de la British Association of History of Medicine. Miembro de la Società Italiana di Storia della Medicina. Miembro de la American Association for the History of Medicine. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Dña. Teresa Miralles Sangro. Enfermera. Presidenta de la "Fundación María Teresa Miralles para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería". Directora del "Museo de Historia de la Enfermería" (FMTMS - CODEM) de Madrid. Miembro del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS.

Universidad de Alcalá (Madrid-España).

Dr. D. José Luis Molino Contreras. Enfermero de salud mental. Director Técnico Adjunto Escuela Enfermería Cartagena, adscrita a Universidad de Murcia (Murcia-España).

Dr. D. José Ángel Rodríguez Gómez. Enfermero. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Fisioterapeuta. Antropólogo. Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife. Vicepresidente III del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. D. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín. Médico. Director del Instituto Canario de Bioantropología y Museo Arqueológico de Tenerife (OAMC-Cabildo de Tenerife). Co-Director de la Revista Canarias Arqueológica, Arqueología/Bioantropología (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

D. Manuel Solórzano Sánchez. Enfermero (Hospital Universitario Donostia de San Sebastián. Osakidetza). Miembro de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Miembro de la Red Cubana de Historia de la Enfermería. Académico de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia. Insignia de Oro del Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa (San Sebastián, País Vasco-España)

Dr. D. Manuel Toledo Trujillo. Profesor Adjunto de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna. Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Diploma de plata del Servicio Canario de Salud por la labor asistencial y docente. Colegiado de Honor del Consejo General de Médicos de España. Ha publicado numerosas novelas, ensayos y estudios sobre la Cirugía Canaria (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dña. Ana Luisa Velandia-Mora. Enfermera. Máster en Administración por la Universidad Nacional de Colombia; Ph. D. en Ciencias Médicas por el Instituto de Medicina Sanitaria de San Petersburgo (Rusia). Pasantía Postdoctoral en la Universidad de Alicante. Miembro del Grupo Coordinador de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería y Coordinadora de la Red Colombiana de Historia de la Enfermería (Bogotá, Colombia).

CONSEJO DE EDITORIAL

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Profesora titular del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears (UIB), miembro del Grupo de Investigación Crítica en Salud (GICS) integrado en el Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud - IUNICS (Islas Baleares-España).

Dr. D. Carlos Javier Castro Brunetto. Historiador del Arte. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Dña. María Paz Castro González. Enfermera. Antropóloga. Universidad de León. (León-España).

Dra. Dña. Ana María Díaz Pérez. Historiadora del Arte. Miembro del Instituto de Estudios Canarios (IEC) y de la Tertulia Amigos del 25 de Julio (presidenta en la actualidad). Académica correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Tenerife (RAMED) y de la Canaria de Bellas Artes de San Miguel Arcángel (RACBA). Miembro de Número de la Real Sociedad Económica de Amigos de País de Tenerife, RSEAPT, (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. D. Alfonso Miguel García Hernández. Director Académico del Máster en Cuidados al final de la vida (Tanatología), Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. Jerónimo González Yanes. Enfermero. Abogado. Periodista e Historiador (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Dña. Juana María Hernández Conesa. Enfermera. Filósofa. Pedagoga. Historiadora. Investigadora Principal del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS. Medalla Florence Nightingale. 2009. CICR. Suiza. Universidad de Murcia. (Murcia-España).

Dr. D. Francisco Megias-Lizancos. Emérito de la Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares - España).

Dra. Dña. Mercedes Novo Muñoz. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. Fernando Porto. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (Universidad de Río, UNIRIO). Líder do Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem – LACUIDEN – UNIRIO, Brasil.

D. Antonio Miguel Rodríguez Hernández. Farmacéutico especializado en Análisis Clínicos. Diplomado en Sanidad. Analista del Laboratorio Municipal de Salud de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

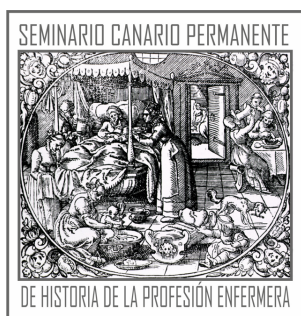
Dr. D. José Siles González. Enfermero. Historiador. Pedagogo. Universidad de Alicante (Alicante-España).

Dr. D. Francisco Toledo Trujillo. Emérito de la Universidad de La Laguna, Académico Numerario de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. D. Francisco Ventosa Esquinaldo. Enfermero. Centro de Enfermería de “San Juan de Dios” adscrito a la Universidad de Sevilla (Sevilla-España).



COLABORAN CON LA PUBLICACIÓN.



SUMARIO

EDITORIAL

LA EUTANASIA Y EL VALOR ABSOLUTO DE LA VIDA

Manuel Toledo Trujillo

HISTORIA

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA EN ONCOHEMATOLOGÍA

Ana Yurena Oliva Hernández

ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (I)

Natalia Rodríguez Novo, Francisco Javier Castro Molina, José Ángel Rodríguez Gómez

SAPIENZA VIVA

75° ANIVERSARIO DEL DÍA DE LA VICTORIA EN EUROPA: LA ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (I)

Entrevista de Guillermo García a Francisco Javier Castro Molina

MISCELÁNEA

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Daniel Magdaleno Ramírez, Jesús Manuel Quintero
Febles

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

EDITORIAL

EUTANASIA Y EL “VALOR ABSOLUTO DE LA VIDA”

Manuel Toledo Trujillo

Correspondencia a: manuelitoledo@hotmail.es

Recibido: 13/02/2019

Aceptado: 17/05/2019

Los repetidos intentos de búsqueda de una justificación histórica o etnológica del ‘Arte a bien morir’ como se denominó a la ‘Eutanasia’ hasta el siglo XVII, no se ha encontrado ninguna base ética o moral en que fundamentarse.

El término Eutanasia, cuya significación ha ido cambiando desde su concepción en el siglo V a.C., y hoy no podríamos atribuirle una ‘traducción simple’ que pudiera aclarar las diversas concepciones ideológicas que le fueron atribuyendo la Ilustración, el Positivismo, la Bioética y, últimamente, la Ineptocracia que describe el filósofo francés Jean D’Ormeson para aplicarla a las democracias actuales. Si bajo el término ‘Eutanasia’ queremos el hecho de acabar con una vida humana para acortar sus sufrimientos y por deseo propio, el juicio moral desde la apreciación personal es obvio. Sin embargo, la posición de cualquier vida humana se

opone a la doctrina cristiana que determina que la vida humana incluso terminal debe ser reprobada.

Pero pensemos, filosofemos, sobre el final de la vida biológica, sobre ese momento inevitable al que los médicos asistimos con mayor frecuencia que los demás. Por ello, es por lo que tal momento, y su discusión, debe pertenecer mayormente al ámbito privado de la medicina y, no porque así lo hayamos querido, sino porque, a partir del siglo XVII, con la irrupción de la Razón y de la creación del Estado, fue el médico quien se hizo cargo del hombre en sus momentos finitos y fue él, quien diese fe documental del final de cualquier hombre. Ante asunto tan jugoso, la prensa, la política, la Iglesia, la Filosofía analítica, o la Ciencia jurídica, no pudieron abstenerse de emitir un juicio propio, incluyendo en el asunto, como dice Laín Entralgo, 'el hecho, el acto, y el concepto', creando un lío semántico cuyo esclarecimiento se ha hecho imposible.

Para comprender que son los médicos, quienes deben tratar preferentemente la cuestión y justificar el rechazo de tal actitud por políticos, juristas y otros pensadores debemos mucho a los trabajos de John Stuart Mill, y a su biblia jurídica 'Sobre la libertad', en cuyo artículo IV dice: *La libertad consiste en poder hacer todo aquello que no cause perjuicio a los demás. El ejercicio de los derechos naturales de cada hombre no tiene otros límites que los que garantizan a los demás miembros de la sociedad el disfrute de los mismos derechos.* Es por ello por lo que he renunciado a incluir ningún tipo de opinión paramédica para definir *la ayuda a bien morir*, porque, insisto, es a los médicos a quienes la sociedad moderna colocó ante estos problemas morales con preferencia ante cualquier otro profesional.

Nuestra sociedad, 'buenista y protectora', inicia a los niños, desde la más tierna infancia en la 'fisiología del amor', pero, cuando estos niños dejan de ver a su abuelo y preguntan por él, se les contesta que *se han ido de viaje muy lejos, que está descansando en un bello jardín en el que crece la madre selva*. Ya no son los niños los que vienen en las cigüeñas, sino los muertos los que desaparecen entre las flores.



Figura 1: *El pensador* de Rodín.

Para ser serios, debemos pensar que el hombre no es solo vida material y biológica que, además, es autoconciencia, libertad y responsabilidad de modo que, la cuestión del final de su vida terrenal no debe reducirse a la vulgar concepción de que es algo que se ajusta a un modelo bidimensional, a un camino con dos extremos, a dos periodos de tiempo separados por dos instantes a los que hemos quedado en llamar nacimiento y muerte. Más al

contrario, deberemos pensar que, su expiración, significa la consumación psíquica y biológica de la historia de una persona.

Los médicos de hoy, nos sentimos como aprendices de brujo, fascinados y amedrentados por el actual dominio de la ciencia y la técnica sobre la vida, en la falsa creencia de haber llegado a la era del prometido *dominiun térrae* y, sorprendidos y dominados por el progreso, nos atrevemos a sacar conclusiones de una serie de datos físicos o químicos, cuando, en realidad, la medicina ante el 'moriturus', seguirá siendo 'filosofía', esto es, un ideal sobre el que podríamos vivir ilusionados, un arte que, en cierto modo, la ciencia y el progreso nos han hurtado. Desde que Nietzsche ilustró a la humanidad con la idea de que *el horizonte a que podría llegar el esclarecimiento del misterio de la muerte se perdería en el vacío de una noche infinita*, tendemos a interpretar el misterio soslayando cualquier 'razonamiento serio', como si, en verdad, nos hubiésemos rendido ante lo insuperable. Para vuestro consuelo quiero recordaros que Noah Gordon, en un momento de su obra 'El último judío', dice a su discípulo, *Nuño, algunos de nuestros pacientes se nos mueren: no tenemos que afligirnos en exceso ni sentirnos culpables por el hecho de no ser dioses y no poder regalar la eternidad.*

El término 'Eutanasia' es un vocablo al que, desde su concepción por el poeta clásico Suetonio, cinco siglos a.C., se le han ido otorgando diversos significados. Aquella acepción primitiva, se fue expandiendo hasta el siglo XVIII, en que cambió, fundamentalmente, con los trabajos de Francis Bacon. El primitivo Euthanathos (buena muerte), comenzó a diversificarse para alcanzar las equivocadas, múltiples, y confusas acepciones que se le van otorgando sobre todo en el horrible siglo XX, al hilo de los múltiples

asesinatos en masa para, lentamente, retornar a su neta definición influido por la bioética. Porque la bioética le añadió la dignidad, 'morir con dignidad' para morir cristianizado, como pretendió y consiguió Sor Teresa de Calcuta, con cientos de miles de parias moribundos recogidos en las orillas de las estrechas y embarradas callejas y, no para curarles, como puede pensarse, sino para bautizarles y que pudiesen morir muriesen con un nombre.

Quisiera situaros en el instante previo al fenómeno biológico de la muerte, allí donde deben tomarse las decisiones que implica la acción eutanásica e invitaros a filosofar, no ya sobre la muerte, que es posterior y consecuencia del acto eutanásico, sino, precisamente, sobre los momentos previos a la muerte que es el asunto que nos compete como médicos. A partir de mediados del siglo XVIII, con el Positivismo, se habló mucho, bueno y malo, sobre esta cuestión y, en casi todos los trabajos, existe un apartado dedicado a la 'perspectiva histórica'. Algunos de esos trabajos son meras copias de obras anteriores más serias, en particular los que se refieren a los actos criminales y las barbaridades cometidas antes, durante y tras el superfilmado Tercer Reich, comparable, aunque no tan filmados, como los realizados por Stalin, Pol Pot, o ¿Truman?, sin tantos fotogramas y sin la hiperemisión en múltiples remakes de la farsa histórica americana a la que se dio en llamar Juicio de Núremberg y que, en realidad, nada tienen que ver con el término que analizamos. Sencillamente, necesitaban un término con que reemplazar el Gnadentot, los genocidios de judíos, de spartaquianos, de gitanos y de discapacitados: de vidas sin valor vital, y de igual forma que llamaron 'Holocausto' al asunto turco-inglés de Galipollis se les ocurrió aplicar el término 'Eutanasia' a una diversa serie de formas de matar que nada tienen que ver con la exterminación de todo lo que pasó por la mente de un vesánico.

El Dr. Google dice: *el término “eutanasia” se refiere usualmente a causar la muerte sin dolor de un individuo con una enfermedad crónica o incurable.* En el uso nazi, sin embargo, ‘eutanasia’ se refería a la matanza sistemática de los discapacitados mentales y físicos que estaban internados en instituciones, sin el conocimiento de sus familias. Llama la atención que siendo el asesinato de masas de enfermos psíquicos en el Tercer Reich más que un capítulo de la historia de los asesinatos de vidas con o sin valor vital no han llamado la mínima atención los crímenes que se han sucedido a lo largo de la historia reciente y menos reciente de este mundo. Diferencia notable es que nadie recuerda cuando los romanos asesinaron masivamente a los Dacios en tres guerras consecutivas ante la sublevación de Decíballo, llevando sus cabezas prendidas a la boca o al cinto, ni cuando Carlos Martel y su descendiente Carlomagno estuvieron matando sajones como un entretenimiento durante treinta años. Y es que por entonces no había cámaras fotográficas y si nos enteramos de algo fue porque lo grabaron, para honor y gloria, en la columna de Trajano. ¿También podríamos atribuir estos crímenes a la Eutanasia? Más sorprendente aun, es el hecho de que, en 1932, se produjese un desapercibido ‘Movimiento por la Eutanasia’ en Inglaterra, como en EE. UU. sin que ello llamase la atención del mundo y, fue cuando el presidente de la ‘Sociedad de Medical Officers de la Salud’, el Dr. K. Millard, propuso el ‘Mercy killing’ y el ‘Hoplessly defective infants’, que aceptaron el ¡80! por ciento de los 3.722 médicos consultados. Dos años después en 1935, el ínclito Lord Mohynihan, presidente del Real Colegio de Cirujanos fundó La sociedad inglesa para la Eutanasia.

Pero volvamos a cuestiones planteadas con anterioridad. La palabra 'Holocausto' es la traducción castellana del término inglés 'Holocaust', palabra con la que los británicos designaban desde el siglo XVIII a episodios de gran violencia en la que se producían numerosas víctimas como por ejemplo ocurriría en Gallipolis, o en la lucha sudafricana contra los zulúes. Antes del Holocausto nazi, los británicos calificaron con ese término al genocidio armenio realizado por el Imperio Otomano.

A partir de 1918, en que Arendt Hannah publica su obra 'Los Orígenes del Totalitarismo' muchas naciones fueron respondiendo a estas fundaciones con la aplicación de *medidas eutanásicas contra los judíos y contra vidas sin valor vital*. Hoy, aunque sólo sea entre los que somos médicos, en lugar hablar de Eutanasia debemos corregir tal acepción y hablar de 'asistencia al moriturus' que *se trata de acompañar afectuosamente y asistir a una persona en extrema e irreversible gravedad, con el fin de evitarle sufrimientos inútiles, de modo que pueda hacer un tránsito vital digno y en paz consigo mismo*.

Algo de historia...

Recordemos algo de la historia del término de acuerdo con la hermenéutica, esto es, con la evolución del concepto referido a cada época histórica. Es preciso que diferenciamos entre tres tipos de eutanasia: la equívoca, la unívoca-situacional y la unívoca práctica. La primera se desarrolló entre los siglos V a.C. y el I d. C., caracterizándose por la diversidad de significados. Citemos algunos de estos: como una muerte oportuna (que ocurre en su momento). Los primeros en utilizarla fueron el cómico griego Cratino, y el poeta Suetonio en el siglo V a.C., utilizándolo como adverbio: euthanatos; como el fin de una vida plena en concepto de

los cómicos Aristófanes y Menandro, que también utilizan distanasia en acusativo (edisthanei) para expresar una muerte cruel. En lo sucesivo Heródoto y Teofrasto lo aplican para la destrucción de plantas; como un 'extremo penoso, aflictivo y doloroso', según Polisipo en el siglo III a.C.; como 'un final dulce', según describía el poeta Polibio en siglo II a.C.; como la 'muerte perfecta' de Crisipo en el siglo I a.C. (como un hecho que sucede tras una vida completamente realizada); o como 'una muerte suave, tranquila y sin sufrimiento', que aparece en las narraciones del general romano Cayo Suetonio Paulino en el siglo I d.C. En lo que respecta a la segunda, la 'eutanasia univoca-situacional', es a partir del siglo I d.C., a pesar de que aparecen muy escasas anotaciones al respecto, pero, en general, vemos como se impone el sentido que le daba Suetonio (como 'una muerte suave y tranquila, sin sufrimiento'), perdiendo el pluralismo anterior. No es hasta 1605 en que Francis Bacon en dos de sus obras, 'The second book' y en 'The Dignitate scientiarum' publicadas en 1623 cuando estima que *el oficio del médico no sólo es restaurar la salud, sino también mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades y, no sólo cuando el alivio conduce a la curación, sino cuando habiéndose esfumado toda esperanza de recuperación, sirve para dar una salida más dulce y plácida a la vida*. Queda claro en este pasaje de su obra que hace referencia a mitigar los dolores que sirven para dar 'una salida dulce a la vida', no matando, tan solo aliviando, como una misión propia. Ello da lugar a tres motivos que determinan el cambio secular del concepto: es 'univoca' porque, en cualquier caso, la eutanasia, que Bacon llama 'externa', exige un tránsito suave y tranquilo; porque tal suavidad describe una 'situación' en la que el hombre muere sin dolor ni sufrimiento; porque además de 'situar la

eutanasia en un contexto médico’, reduce la tarea a procurarle ‘situaciones de pacífica terminalidad a los desahuciados’.



Figura 2: *Francis Bacon, Viscount St Alban.*
Artista desconocido, c. 1618.

Con ello Bacon se constituye en el primer defensor de la vida ya que en ningún momento la interpreta como ‘Matar’. No debemos olvidar a Tomás Moro, en su ‘Utopía’ de 1516, cuenta como los habitantes de aquella isla, ‘los utópicos, no rechazaban la muerte, sino, o se dejaban morir, o se les dejaba morir de la vida mientras dormían’.

Por último, hay que destacar, la denominada ‘Eutanasia univoca práctica’ (siglos XVII al XXI). Es a partir del siglo XVII, cuando el concepto comienza a

formar parte del acervo lingüístico común entre moralistas y médicos y comienzan a aparecer obras con ligeras variantes y, con la Ilustración, en la segunda mitad del XVIII, aparecen la ‘Oratio de euthanasia naturali’ de Paradys (1794) y la tesis doctoral de 1836 del Dr. Karl Friedrich Heinrich Marx, ‘De euthanasia medica’. Ambos autores, desde el punto de vista histórico, defienden que la significación cruenta de la eutanasia como práctica sobre el final de la vida de una persona para acabar con ella es muy reciente y no es aplicable a las múltiples prácticas realizadas a lo largo de la historia por diversas culturas. Según Marx, *nunca debería permitirse al médico* que, ni siquiera inducido por otras personas, por sentido piadoso, por cesar la penosa condición del paciente, acabar con su vida a propósito y deliberadamente, lo que también asevera Albert Jonsen, filósofo de la muerte en su obra ‘Ética de la Eutanasia’.

A comienzos del siglo XX, Alfred Hoche y Karl Binding, en la República de Weimar, publican ‘Die Freigabe der Vernichtung Lebens unwertes Lebens’ (‘La libertad de la aniquilación de vidas sin valor vital’). Dicha obra fue apoyada por Lord Mohynihan en Inglaterra, por el Dr. Millard en EE. UU. y por el Dr. Arnold van Gennep en Canadá. Ello favoreció que surgieran grupos de apoyo para definir el término de ‘vidas sin valor vital’, proponiendo la constitución de ‘Sociedades para la Eutanasia’ entendiendo por Eutanasia, la impune ‘aniquilación de infradotados’. Estos movimientos dieron principio a la aniquilación de todo enfermo psiquiátrico o neurológico con el absurdo motivo de ‘evitar una carga económica’ y, bajo el apelativo común de ‘Práctica de la Eutanasia’ en Weimar se liquidaron unas 220.000 vidas sin valor vital, comprendiendo a todos los enfermos psiquiátricos y neurológicos diagnosticados e ingresados en centros

sanitarios del país. En Canadá se imitó tal boutade auspiciada por un yerno de Wagner que se preocupó de la difusión de estas ideas en aquel país. La colaboración de los médicos del Reich fue determinante. Ellos fueron los grandes ejecutores, aunque ninguno de los 26 imputados en el llamado 'Juicio de los doctores', con una media de sesenta imputaciones por cada médico, aunque ninguno fue condenado ante la situación de que ninguno de los hechos se justificó 'por falta de tiempo'.

El juego de las 'Denominaciones'

No conformes con la fijación del término eutanasia para definir algo que ya estaba completamente dilucidado, siguieron términos con los que se quiere expresar la gradación de algo ya definido e ingraduable: Univoco. Personalmente me resulta ridículo que se quiera especular con la denominación de una acción calificada 'unívocamente' como 'ayuda a bien morir' sea la que fuere, la forma de aplicarlo. Después las increíbles barbaridades cometidas en el del siglo XX se producen diversos intentos de denominación para el concepto univoco 'euthanatos', añadiéndole los distintos prefijos que se le van ocurriendo a políticos, filósofos o juristas, para crear una serie de neologismos y 'estúpidos adjetivos' con el objeto de diversificar la 'maléfica' gradación del hecho abusando etimológicamente del termino. Así se habla de 'cacotanasia' para referirse a la eutanasia sin autorización (es una 'eutanasia mala'); 'distanasia', encarnizamiento, obstinación o ensañamiento terapéutico, empleado de todos los medios posibles, sean proporcionados o no, para prolongar artificialmente la vida o para un tratamiento largo y abusivo de una vida cuando no hay esperanza biológica de curación; 'ortotanasia' para una muerte bien ejecutada; 'criptotanasia' para la realización oculta de la eutanasia; o la 'adistanasia',

que sería negar al enfermo los medios que le conducirían a retrasar la muerte inminente, equivaliendo a ‘respetar el proceso natural del morir’. De otra parte, los juristas Helmut Erhardt y S. Kuhn, en 1998, publicaron una clasificación, esta vez jurídicamente fundamentada, con idéntico ánimo: la gradación de un crimen que no ha existido nunca. Y así nos hablan de: Eutanasia sin acortamiento de la vida o Eutanasia purísima; Eutanasia por abandono de actividades o Eutanasia pasiva; Eutanasia por medicación con consecuente acortamiento de la vida o ‘actio duplicis effectus’; Eutanasia por acortamiento intencionado de la vida o Eutanasia directa, con consentimiento o sin consentimiento del paciente y con la participación en pro o en contra por parte de la familia; y, por último, el Alargamiento artificial de la vida y el sufrimiento o Eutanasia Negativa, que si merece la denominación de distanasia en tanto que ni moral ni jurídicamente ni según la moral católica puede justificarse en cada hospital, la existencia de un equipo de personas que viva a expensas de prolongar el sufrimiento. De unidades hospitalarias de profesionales dedicados exclusivamente a mantener en sufrimiento a una persona que ha perdido, sin la menor duda científica, la esperanza de vivir.

Los ritos de paso...

Igual que no se deben equiparar los asesinatos en masa con los holocaustos ni la eliminación de vidas sin derecho a vivir, con la eutanasia pura dado que la eutanasia nada tienen que ver con el crimen. Hasta el siglo XVIII, (y podemos añadir que hasta hoy), la ‘ayuda morir’ se ejecutó por diferentes pueblos y épocas, sin necesidad del consentimiento de las víctimas posibles, ya inconscientes y en extremos irrecuperablemente terminales, la ayuda a

morir, digo sólo, respondió a diversos ritos étnicos e históricos. Genep, en 1986, publicó lo que en la Edad Media se llamó 'Ars Moriendi' a datos en los que abundó el historiador francés Philipp Aries añadiendo algunos otros ejemplos de ritos históricos o legendarios. Lancelot en 'La Mesa Redonda' muere acostado, en decúbito supino y con los brazos en cruz y la cabeza hacia Jerusalén, se desprende de sus armas y pide perdón. En 'La Canción de Rolando' el héroe muere haciendo una plegaria en dos partes: primero sobre 'la culpa' y luego sobre la 'comendacione animae'. Ambos ejemplos que culminan con la absolución final.



Figura 3: Aparición del Santo Grial en la Tabla Redonda. *La Quête du Saint Graal*, Francia, h. 1470. París, BnF, Ms. Fr. 116, fol. 610v.
(Foto: Bibliothèque nationale de France)

Más descripciones pueden leerse en la muy difundida obra renana del siglo XV, 'Ars bene moriendi', o en la 'Preparación y aparejo para bien morir' de Erasmo de Róterdam. Parece obvio que las personas tenemos una necesidad antropológica de significar algunos momentos de nuestra vida a través de ritos y costumbres que se han ido afianzando en todas las culturas. En la nuestra ocurre con el nacimiento, la pubertad, el matrimonio y también con la muerte, con la peculiaridad de que ella, es ya un camino sin retorno o un viaje hacia algo desconocido. Algo que significa un modo de tránsito a una forma de existencia diferente, un cambio ontológico o incluso una conversión radical y así surgen los ritos de muerte dedicados a la concepción, enterramiento, incineración, funeral, duelo, inmortalidad, reencarnación o resurrección. De igual importancia parecen los actos de como colocar al cadáver, como velarlo, como transportarlo, donde enterrarlo, que oraciones rezar, etc., variedad de ritos que tienen como función común que la persona descanse en paz y se salve para la eternidad. Es claro y evidente que estos ritos 'para bien morir', nada tienen que ver con lo que se ha querido entender por eutanasia y, sin embargo, su significación se aproxima. Existen numerosos datos que atestiguan como gran parte de las culturas procuraron que los moribundos pasaran por el tramo final de la manera más apacible cuando padecían un camino a todas luces irreversible. Se trata de prácticas mezcladas de elementos religiosos, mágicos, y hasta esotéricos que, según escribe Reverte, *tienen en común un sentimiento de piedad hacia la persona enferma a la que se pudiera ayudar para hacer una buena muerte, al menos desde las diferentes acepciones culturales, algunas de las cuales, ciertamente, rozan la extravagancia por lo menos desde nuestro punto de vista.* Valgan como ejemplo los ritos de

algunas tribus de América, África y Oceanía. Cuando una persona llegaba a 'no valerse por sí misma', se le llevaba al bosque, se le acostaba en una especie de hamaca con algo de bebida y alimentos para, tras algunos meses, recoger los restos óseos que quedaban tras haber sido comido por carroñeros y gusanos, colorearlos y enterrarlos en una vasija de barro o cerámica en una ceremonia festiva. Los esquimales hacían algo parecido. Dejaban al moribundo en medio de la estepa helada para que, finalmente, fuesen víctimas del frío o de un oso, al cual, en tal caso, se le perseguía y mataba para cerrar el ciclo. Los batakis de Sumatra subían a sus ancestros moribundos a un árbol muy alto y lo dejaban caer para tener la seguridad de que su vida terrenal acababa. Luego, y según el deseo del moriturus se preparaba un banquete para comer su carne en una fiesta familiar. Sus huesos se conservaban. Entre los indios Cuevas de Panamá, cuando el chamán determinaba la imposibilidad de vivir de un individuo, le administraban unas hierbas llamadas 'ina nusu' que *acababan* con su vida. En algunos países como Argentina, Perú, Paraguay y Bolivia, desde el periodo prehispánico, existía el llamado *despenador* y al parecer persiste en algunos poblachos ocultos. Cuando moriturus pierde la conciencia se llama al 'despenador' que se queda solo con él. Le coloca boca abajo y apoyando las rodillas sobre la espalda, tira simultáneamente del cuello y de las piernas hasta producir fracturas vertebrales. Luego se le abandona en un charco de agua el tiempo necesario para macerar sus tejidos de modo que, los huesos puedan ser desprendidos fácilmente para colorearlos y guardarlos. Entre los indios boronos del Matto Grosso, a petición de la esposa del moriturus, son los propios hijos actúan como 'despenadores'. Conviene recalcar que, como en la 'diversificada' eutanasia, todas estas prácticas están siempre rodeadas de elementos ajenos al propio proceso

de morir. Son prácticas que, también, como en la eutanasia, se administran inmediatamente antes de morir, lo cual explica que la ayuda a morir no mata nunca, aunque su consecuencia pueda ser letal: no se mata al individuo, se le alivia el sufrimiento y entonces podríamos estar hablando de eutanasia de la práctica de un 'actio duplicis effectus'.



Figura 4: Ritual funerario esquimal (Foto: autor desconocido)

Hasta el siglo XVIII era normal que, tal determinación, fuese tomada, unilateralmente por el grupo social o familiar al que pertenecía el moriturus y, hasta el comienzo de siglo pasado, la toma de tales determinaciones se basó siempre en motivos sociales, políticos, médicos o eugenésicos 'sin que nunca', se tuviera en cuenta la voluntad del moribundo. A mediados del siglo XX, se comenzó a proteger al enfermo ante su muerte ocultándole la verdad y, él, intuyendo el juego piadoso, se hace cómplice del engaño. La

creación de las grandes unidades de terminales como lugares para ayuda mejor morir produce un cambio en el tratamiento de la muerte.

Con la aparición de los analgésicos y la anestesia, es cuando la lucha contra el dolor se convierte en un papel primordial en la acción terapéutica y, el debate filosófico comienza a abonar el terreno de la discusión ética sobre su valor. Nietzsche, influenciado por los positivistas Locke, Jefferson y Hume, da valor al suicidio afirmando, con Rielke, que *el momento de la muerte no debería ser elegido calculada y cautelosamente, sino a través de una elección firme y orgullosa*. Pio XII, el 9 de septiembre de 1958, en el congreso de anestésistas italianos, y el 24 de febrero de 1957 en el Congreso Nacional Italiano de Neuropsicofarmacología, respecto a la pregunta, que si sería lícito, en casos extremos, utilizar calmantes que acortarán de hecho la vida del moriturus, respondió: *Está permitido, si el moribundo consiente en ello, utilizar con moderación narcóticos que calmarán sus sufrimientos, pero que, también, acarrearán una muerte más rápida*.

De otra parte, sabemos que la conservación y el mantenimiento de la vida no es un axioma ético o un valor objetivo supremo al cual debe subordinarse cualquier otra entidad moral y, por tanto, es injusto emplear fuerza, justicia, disposición teológica, jurídica, filosófica o legislativa, para impedir la libre disposición de una persona sobre su más auténtica propiedad, 'sobre su vida'. El problema de la 'ayuda a bien morir', sigue siendo discusión diaria y excluyente entre moralistas, teólogos y políticos que, desde cómodas o, cuando menos, serenas poltronas y, lejos de las unidades de vigilancia intensiva emiten juicios extraños a una terrible y cotidiana realidad, sin profundizar en las incertidumbres de los que, sujetos a la práctica diaria, nos vemos acosados por tales interrogantes. Lo normal,

en posesión de una plena conciencia, es querer seguir viviendo, pero, en ocasiones, la vida puede ser ¡tan penosa! que, el propio individuo, aún dueño de ella y de su conciencia, prefiera no continuar sufriendo. Muchas personas de su entorno familiar o algunos autorizados defensores de la vida a ultranza pueden y deben intentar persuadirle de seguir viviendo: es justo y necesario. Pero nadie debería tener ‘el derecho’ de impedir que acabe con su sufrimiento, aunque el deseo de morir aparezca como algo horrible, puesto que toda persona tiene derecho a vivir y, más aún, a vivir sano, pero también tiene un inviolable derecho a morir.

‘Obligar a vivir en sufrimiento, no es más que impedir morir en paz’. Sin intención de polémica, creo que prohibir o permitir la ayuda del médico ‘por decreto’, es legislar en contra del más débil e incapaz. La penalización de una ayuda al tránsito castiga severamente a quien intenta hacer un bien, según la propia valoración objetiva de la persona que recibe el alivio y, los que luchan en contra de su legalización quizás cambiarían de opinión si, en una situación desesperada similar a la del que sufre, necesitaran que alguien que le ayudase al propio tránsito. La vida, y su evolución biológica a un final, es un fenómeno natural y, al margen de los más respetables credos, no debe ser calificada como un misterio ‘trascendente’ ni, como se dice, ‘un regalo de la divinidad’. Impedir que un individuo muera ante la imposibilidad biológica de superar su enfermedad evitando el sufrimiento suyo y de los suyos, no equivale, en forma alguna, a dejar en manos de nadie la decisión sobre quien pueda vivir y quién deba morir. Que el médico tenga ganado el derecho y capacidad laboral y jurídica para asistir y aliviar a alguien en su irremediable final, no implica dejar en sus manos la posibilidad de asesinarlo y, el argumentado ‘miedo social al peligro de los

abusos profesionales’, a que el médico pueda matar al paciente por interés personal o el de sus allegados equivaldría, ni más ni menos, a temer que la legalización de las relaciones sexuales libres puedan inducir a la violación o a la prostitución.

Porque el dolor es un mecanismo cognitivo que sirve para incrementar la supervivencia de los seres vivos. Esto es incontestable. Pero no cabe atribuir al sufrimiento, ni al martirio, un sentido sobrenatural. Ello sería como atribuir un valor moral a la liberación por el martirio y es difícil atreverse a tal ejercicio, porque pudiera ser interpretada como una forma disimulada de masoquismo. No cabe la menor duda de que, aquellos religiosos y sus siempre respetables creencias, pueden consolar ante la realidad inexorable de la muerte, pero sus bien intencionadas ideas podrían interpretarse como ficciones inconscientes, aunque en la mayoría de los casos fueran bien intencionadas.

El hombre moderno, posrenacentista y unidimensional, liberado de las cadenas prometeicas, debe ser dueño de sí mismo mientras aliente y, tiene el derecho inalienable a participar en su forma de morir, un derecho que emana de su propia vida en la que ‘ha nacido, amado, sufrido y cumplido su destino’. No se pretende aquí hurtar a la autoridad legítima su derecho y deber de promulgar leyes necesarias a la hora de ‘ayudar a morir. Pero los médicos hemos de ser colegiadamente irreductibles ante la convicción de que la mera asistencia social del Estado no debe poder paralizar ni anular, la voluntad ‘responsable’ del médico desde el momento en que, ‘motu proprio’, se ha obligado humana y ‘espontáneamente’ a ayudar al hombre por el hombre. Los médicos y los no médicos, hemos convenido en considerar la ausencia irreversible de las funciones cerebrales, como ‘terminus ad quem’ de la vida personal y como comienzo de la ‘pérdida del

derecho a ser protegido'. La filosofía existencial con Sartre, Camus, White, Kasper y otros muchos ateos y deístas, define al hombre como un *ser intelectual hecho para la muerte* y, desde esa perspectiva, deberemos considerar a la muerte, como el acontecimiento más decisivo en la historia del hombre.

En conclusión, la vida humana no es ningún valor absoluto. El mero existir cuantitativo no debe erigirse en ídolo del trabajo del médico. Una ética exclusivamente vitalista y biológica, desconoce que el encuentro con la muerte, superada con paz espiritual, puede convertirse en el postrer y más maduro acto en el que se concentran todo el sentido y toda la dinámica de la vida. La muerte es la frontera de ese tiempo que aun pertenece a la vida y el médico debe respetar como un servicio al hombre dejándole morir. No lo matará, pero le permitirá morir cuando la biología haya puesto a su existencia un término adecuado. Con ello no se arroga el poder sobre la vida y la muerte, sólo respeta honestamente el plazo concedido al hombre.

HISTORIA

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA EN ONCOHEMATOLOGÍA

Ana Yurena Oliva Hernández

Correspondencia a: anayoliva@gmail.com

Recibido: 15/03/2019

Aceptado: 21/05/2019

Resumen:

La Oncohematología es la parte de la Hematología que trata a pacientes afectados de hemopatías malignas. El diagnóstico de una enfermedad tumoral causa en el paciente que la sufre trastornos psiquiátricos asociados a ansiedad y depresión debido no sólo a la incertidumbre frente a su propia enfermedad, sino también a su tratamiento, pronóstico y efectos secundarios. El recibir adecuada información al respecto y el poder resolver sus dudas y miedos, en forma del consentimiento informado, es fundamental para que el paciente comprenda y acepte de forma autónoma su enfermedad y su tratamiento. La evolución de la medicina a lo largo de la historia nos ha demostrado por qué es importante que el paciente de voluntariamente, ejerciendo su derecho a la autonomía, su consentimiento informado ante cualquier actuación que se realice sobre su persona. Desde

los experimentos de Neisser, en el siglo XIX, pasando por los Juicios de Nuremberg, tras la barbarie cometida por los nazis, con experimentos realizados en seres humanos durante la Segunda Guerra mundial, podemos encontrar múltiples ejemplos no sólo del paternalismo de la figura del médico, frente a la capacidad de decisión del paciente, cuando se intenta curar, sino también, desgraciadamente, al atentado cruel frente a la vida humana y sus derechos. Posteriormente han sido necesarios muchos años y muchos acontecimientos, entre ellos, la Declaración de Helsinki, en 1964, el informe Belmont, en 1978, la Ley General de Sanidad, de 1986, para llegar en España a la Ley 41/2002, protectora del derecho a la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Palabras clave:

Consentimiento informado Quimioterapia Oncohematología

Summary:

Oncohaematology is the part of haematology that treats patients affected by malignant haemopathies. The diagnosis of a tumour disease causes in the patient that suffers it psychiatric disorders associated to anxiety and depression due not only to the uncertainty in front of his own disease, but also to his treatment, prognosis and side effects. Receiving adequate information in this regard and being able to resolve their doubts and fears, in the form of informed consent, is fundamental for the patient to understand and accept their illness and its treatment autonomously. The

evolution of medicine throughout history has shown us why it is important that the patient gives voluntary, informed consent to any action taken on his or her behalf. From Neisser's experiments in the 19th century, through the Nuremberg Trials, after the barbarism committed by the Nazis, with experiments carried out on human beings during the Second World War, we can find many examples not only of the paternalism of the figure of the doctor, in the face of the patient's ability to make decisions when trying to cure, but also, unfortunately, of the cruel attack on human life and its rights. It has taken many years and many events, including the Declaration of Helsinki in 1964, the Belmont report in 1978, and the "*Ley General de Sanidad*" of 1986, to arrive in Spain at Act 41/2002, which protects patients' right to autonomy and their rights and obligations in the field of clinical information and documentation.

Key words: Informed consent Chemotherapy Oncohematology

Introducción

La Hematología y Hemoterapia es la especialidad médica que se encarga de tratar a los pacientes afectados de enfermedades de la sangre, así como de garantizar que la transfusión sanguínea sea segura¹. La Oncohematología es el área dentro de la Hematología que se ocupa del tratamiento de pacientes que padecen las denominadas hemopatías malignas, o cáncer de origen en las células sanguíneas. Entre estas enfermedades se encuentran las Leucemias, los Síndromes Mielodisplásicos, los Linfomas y el Mieloma Múltiple, entre otros.

El tratamiento de las hemopatías malignas ha avanzado mucho en los últimos años, habiendo cada vez más posibilidades terapéuticas para afrontar estas enfermedades. Uno de los pilares fundamentales de su tratamiento sigue siendo, aunque cada vez más avanzada y mejor tolerada, la quimioterapia. El impacto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer, según describen Terol et al.², provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que varían en grado e importancia y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, depresión, falta de energía, disfunciones sexuales, dificultades laborales y sentimientos de soledad forman parte de los problemas que los pacientes oncológicos refieren con mayor frecuencia. El 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida, principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos. Muchos de estos cuadros suelen ser ignorados,

minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo².

Según recogen Maté et al.³ el 30-50% de los pacientes diagnosticados de cáncer refieren dificultades para dormir. Entre los factores que lo precipitan se incluye el propio tratamiento y sus efectos secundarios, como las náuseas y los vómitos.

También refieren estos autores que el 25% de pacientes diagnosticados de cáncer manifiestan síntomas de ansiedad (4%) o cumplen criterios de Trastorno adaptativo con ansiedad (21%). Entre los factores de riesgo para sufrirla se encuentra el tratamiento oncológico. La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden ser inductores de ansiedad. El tipo de tratamiento y la respuesta del tumor al mismo tienen influencia en los niveles de ansiedad. La quimioterapia es una de las mayores causas generadoras de malestar emocional, incluyendo la ansiedad por la anticipación de la toxicidad, previa al inicio del tratamiento y por la repetición de náuseas y vómitos durante el mismo, llegando a ser síntomas condicionados que pueden dificultar la adherencia al tratamiento².

El entender correctamente su enfermedad y su tratamiento contribuirá a controlar estas respuestas psicológicas en el paciente oncológico y en cierta forma, a mejorar su calidad de vida. Éste, por tanto, debe de ser un objetivo primordial del consentimiento informado de la quimioterapia en Oncohematología, el ayudar al paciente a comprender el tratamiento que va a recibir, por qué lo va a recibir, los efectos secundarios que puede percibir, su duración y cuál es la forma de solucionarlos. Desgraciadamente, este derecho innegable hoy en día al ser humano ha requerido de una lucha constante a lo largo de la historia. Durante el desarrollo de este artículo haremos un resumen de la evolución del tratamiento con quimioterapia,

así como del desarrollo y avance del consentimiento informado para poder utilizar este tipo de tratamientos en el paciente oncohematológico.

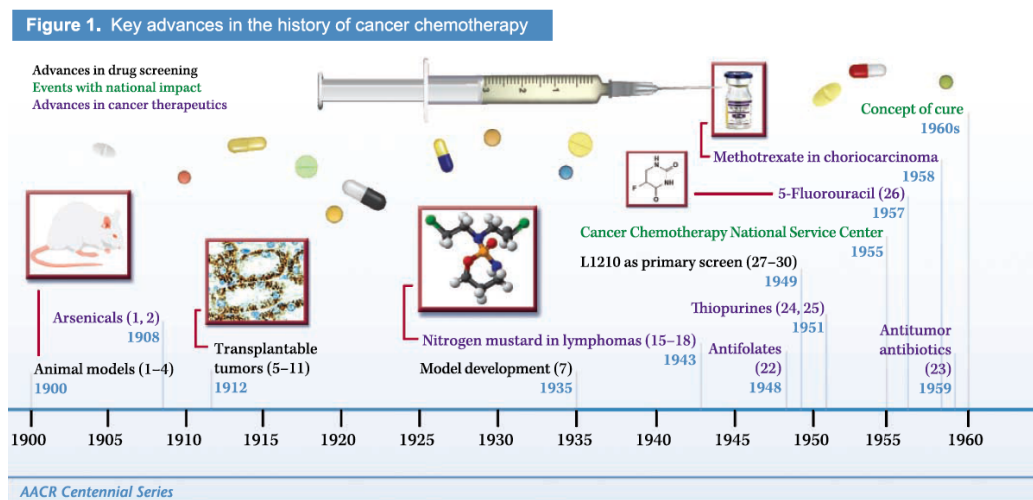


Figura 1: Evolución histórica en el tratamiento quimioterápico del cáncer 1.
 Fuente: Cancer Research. Key advances in the story of cáncer chemotherapy [sede Web]. Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org>

Resumen evolutivo del tratamiento con quimioterapia en Oncohematología.

Según lo recogido por DeVita y Chu⁴ y Morrison⁵, las primeras cuatro décadas del siglo 20 fueron fundamentales para el desarrollo de los primeros modelos de tratamiento con quimioterapia. En sus inicios, sobre qué sustancias químicas utilizar y cómo llevar a cabo los estudios con las mismas. Desafortunadamente, la Segunda Guerra Mundial fue crucial para el desarrollo de agentes quimioterápicos, como las mostazas nitrogenadas, decisivas para el tratamiento de las neoplasias hematológicas. Al usarlas en el campo de batalla descubrieron que producían una importante depleción

de la médula ósea y de los ganglios linfáticos, situación ideal para el tratamiento de las leucemias y linfomas.

Así, en 1943 el Dr. Lindskog usó mostaza nitrogenada por primera vez para tratar un paciente con un Linfoma de Hodgkin que presentaba una masa mediastínica. En 1937 se descubrió que el déficit grave de ácido fólico producía en la médula ósea efectos similares a la mostaza nitrogenada.

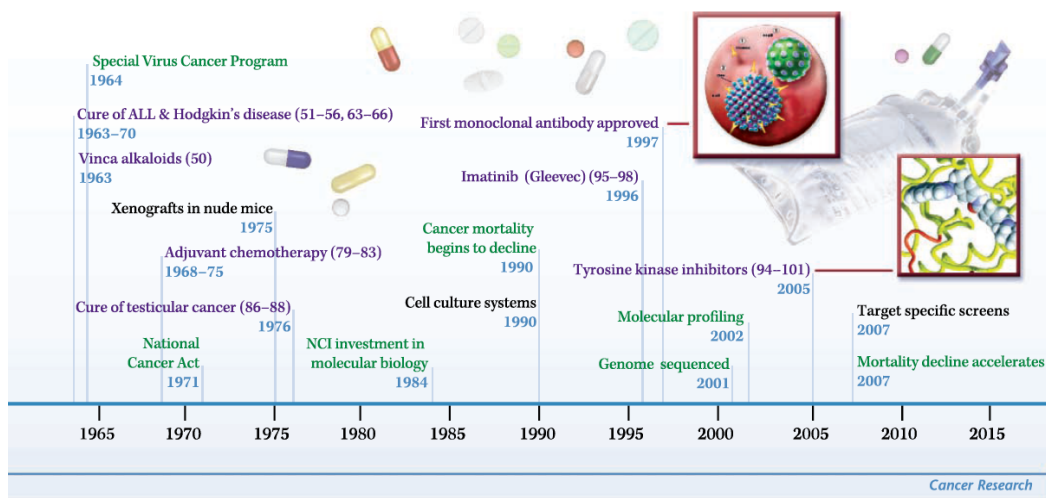


Figura 2. Evolución histórica en el tratamiento quimioterápico del cáncer 2.

Fuente: Cancer Research. Key advances in the story of cancer chemotherapy[sede Web]. Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org>

Farber y Harriet Kille comenzaron a desarrollar antagonistas del folato, como el metotrexato, que fue utilizado en 1948 con éxito para el tratamiento de niños con leucemia. (Figura 1)

A partir de este momento, se fueron desarrollando múltiples agentes quimioterápicos, con novedosas dianas terapéuticas, a destacar, por ejemplo, el gran descubrimiento del Imatinib en 1996, que revolucionó para siempre el tratamiento y el pronóstico de la Leucemia Mieloide Crónica. También la aparición de los primeros anticuerpos monoclonales, en 1997.

Así el anti-CD20 supuso un cambio de paradigma en el tratamiento de los Linfomas No Hodgkin de estirpe B. (Figura 2).

Hoy en día, el avance de la ciencia es infinito, no sólo desde el punto de vista de los tratamientos, sino también del diagnóstico hematológico y del conocimiento de la enfermedad. Han ido surgiendo nuevos agentes terapéuticos especialmente dirigidos frente a mutaciones específicas celulares y frente a dianas terapéuticas cada vez más definidas y por tanto, con menos efectos secundarios y menos toxicidad para el paciente.



Figura 3. Aaron Ciechanover. Fuente: Colaboradores de Wikipedia. Aarón Ciechanover [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2019 [fecha de consulta: 8 de mayo del 2019]. Disponible en <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Aar%C3%BA3n_Ciechanover&oldid=125025043>.

Así, por ejemplo, según refiere Fantl6, los inhibidores del proteosoma supusieron un gran avance en el tratamiento del Mieloma Múltiple, que les valió el Premio Nobel de química a Hershko y Ciechanover, en 2004. (Figura 3).

¿Por qué es importante el consentimiento informado? De los experimentos de Neisser, en el siglo XIX, a la Ley española 41/2002.

Para poder llevar a cabo estos avances terapéuticos y demostrar sus resultados eficientes en el tratamiento de las enfermedades, no sólo las hematológicas, es imprescindible la experimentación, esto es, la

reproducción de estos resultados en seres humanos. Pero ¿por qué es tan importante el consentimiento informado? Como ya adelantábamos y como continuaremos revisando a continuación, la historia nos ha enseñado por qué es importante la aparición y obligación de obtención del consentimiento informado de los pacientes y sujetos de experimentación. Poniendo algunos ejemplos, en los últimos años del siglo XIX Neisser inoculó suero procedente de enfermos de sífilis a jóvenes, en su mayoría prostitutas, buscando la posibilidad de una vacuna. Estas jóvenes no sólo no desarrollaron inmunidad, sino que padecieron en su mayoría una sífilis secundaria. Cuatro de sus pacientes denunciaron, lo que suscitó un debate público. Sin embargo, el ministerio público sólo condenó a Neisser a una multa por haber realizado estas pruebas sin el consentimiento de los enfermos y pudo continuar ejerciendo su profesión⁷.

El modelo paternalista del ejercicio de la medicina otorgaba a los médicos la supremacía absoluta sobre el paciente. La antigua visión simplista consideraba que el aquejado por la enfermedad no tenía la capacidad moral de tomar decisiones correctas, por lo que correspondía al facultativo decidir por él en cuestiones correctas que afectaban a su salud, más aún cuando el médico se consideraba con la capacidad de “gratificar – curar” al enfermo y evitarle dolor por las malas noticias, por lo que el enfermo tenía la obligación de dejarse gratificar – curar por él, aceptando sus decisiones y órdenes como las más acertadas, aunque no siempre esto fuera cierto y aunque no lo comprendieran⁸. Según lo recogido por Herreros Ruiz y Bandrés⁷, ni siquiera la realeza estaba a salvo de esta hegemonía ejercida por los médicos, así el emperador de Prusia tuvo que prohibir en 1887 que se le extirpara a su hijo un cáncer de laringe sin su consentimiento.

Uno de los peores ejemplos de la falta de respeto hacia la vida humana lo protagonizó el régimen Nazi, durante la Segunda Guerra Mundial. Según recogen Herreros y Bandrés⁷, ya desde antes de comenzar el brutal ataque a los judíos, se había impuesto la llamada “Acta de esterilización”, en la cuál se exigía que todos aquellos enfermos diagnosticados de esquizofrenia, psicosis maniacodepresiva, debilidad mental congénita, epilepsia hereditaria, corea de Huntington, ceguera y sordera congénita, malformaciones corporales de carácter hereditario o alcoholismo crónico, debían de esterilizarse obligatoriamente, aún en contra de su voluntad.



Figura 4. Miriam y Eva Mozes, gemelas sometidas a los experimentos de Mengele.
Fuente: Colaboradores de Wikipedia. Anexo: Experimentos de Josef Mengele [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2019 [fecha de consulta: 8 de mayo del 2019]. Disponible en <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anexo:Experimentos_de_Josef_Mengele&oldid=125812055>.

Esto supuso la esterilización involuntaria de casi 400.000 personas. Otro ejemplo de barbarie fue “el decreto de la eutanasia”: “el 1 de septiembre de 1939, haciendo coincidir la fecha con el comienzo de la guerra, Hitler firmó el documento en el que se autorizaba la muerte de enfermos incurables, transmitiendo la idea de lucha tanto contra el enemigo exterior como contra el enemigo interior representado, este último, por las personas genéticamente distintas a la raza aria”⁷. Bajo este decreto fueron asesinadas más de 70.000 personas.

El genocidio Nazi, durante la segunda Guerra Mundial, supuso uno de los mayores atentados contra la humanidad de la historia. Los experimentos médicos realizados en los campos de concentración faltaron a toda ética y valor moral humano, quebrantando la vida y la libertad del individuo, carentes de toda justicia.

Herreros Ruiz y Bandrés⁷ hacen referencia a todo tipo de experimentos realizados en humanos, con fines de mejorar la supervivencia del ejército alemán en la guerra, experimentación de nuevos fármacos o técnicas quirúrgicas, demostración de teorías de superioridad racial o simplemente para producir sufrimiento o exterminio. Entre ellos, hacen referencia a los siguientes:

- Producción de heridas letales, provocando su daño y/o sobreinfección posterior para probar agentes terapéuticos y comprobar su eficacia.
- Supervivencia bebiendo sólo agua de mar o frío extremo.
- Supervivencia tras administración de venenos.
- Transmisión de enfermedades infecciosas.

- Experimentación con gemelos univitelinos, para estudiar aspectos genéticos. De más de 1.500 parejas de gemelos, sólo sobrevivieron alrededor de 200 individuos. (Figura 4).



Figura 5. Acusados en el proceso principal de Núremberg. Fuente: Colaboradores de Wikipedia. Juicios de Núremberg [en línea]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2019 [fecha de consulta: 8 de mayo del 20]. Disponible en <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Juicios_de_N%C3%BAremberg&oldid=125323889>.

El empleo de judíos y otros prisioneros como materiales de investigación y de laboratorio representa la más clara y obvia conexión entre las atrocidades Nazis y la comunidad médica. Esta gente fue explotada antes de morir y ser usada para investigación inhumana. Sus cuerpos fueron explotados después de muertos. Esta explotación, no sólo fue llevada a cabo en los campos de concentración, sino también en hospitales y

universidades. La investigación no ética fue conducida también en todas partes, incluyendo los Estados Unidos⁹.

Los casos descritos son sólo algunos ejemplos de las atrocidades que ha cometido la humanidad contra sí misma, en nombre de la ciencia, la medicina, la curación, la supremacía y el propio ego. La crueldad del genocidio Nazi provocó una importante reacción en contra por parte de la sociedad y las autoridades del momento y tras la victoria aliada, en la Segunda Guerra Mundial, se proclamó el Tribunal de Núremberg y el Código de Núremberg, en 1947, para regular la investigación en humanos a través del consentimiento informado^{5,7,9,10}. (Figura 5).

El Código de Núremberg, reconoce en su primer punto, como uno de los principios fundamentales, la obligación de obtener y respetar el consentimiento voluntario del sujeto humano, así como sus salvaguardas, considerándolo absolutamente esencial:

“El consentimiento voluntario del paciente es absolutamente esencial, esto quiere decir que la persona afectada deberá de tener capacidad legal para consentir; deberá de estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá de tener información y conocimiento suficientes de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta”^{10,11}.

“Como dice el brocardo nihil volitum quem praecognitum, esto es, si la persona no cuenta con la información adecuada y suficiente, difícilmente podrá externalizar su voluntad con libertad”^{8,9,11}.

Llegado a este punto y, antes de continuar avanzando en el desarrollo histórico del consentimiento informado actual, es necesario definir el principio de Autonomía, uno de los principios básicos de la bioética

moderna, junto con Justicia, Beneficencia y No Maleficencia. Situaremos el principio de Autonomía en el contexto de la relación médico-paciente y en la capacidad de decisión, respecto al consentimiento informado. En el núcleo de la filosofía moral de Emmanuel Kant está la afirmación de que la moralidad se centra en una ley que los seres humanos se imponen a sí mismos y que al hacerlo, necesariamente se proporcionan un motivo para obedecer. Kant llama autónomos a los agentes que se autogobiernan de este modo¹¹.

Como lo han señalado Faden y Beauchamp¹², la autonomía, pese a su uso universal en la ética médica, a menudo es objeto de una interpretación simplista. Estos investigadores hacen una distinción precisa y válida entre la persona y la acción autónomas y al tratar del consentimiento informado prefieren hacer hincapié en el acto autónomo, más que en la persona autónoma. La autonomía es una capacidad que emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno^{13,14}. El ejercicio de la autonomía en salud es, previamente a un derecho del paciente, un deber moral que se desarrolla y que progresa a través del ejercicio de la palabra, es decir, del diálogo, que constituye la base de la relación clínica. La sentencia del juez Benjamin Cardozo en el caso Schloendorff, contra la Society of New York Hospital de 1914, estableció que: “Cada ser humano de edad adulta y sano juicio tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo”. El consentimiento informado es el proceso que jurídicamente garantiza el derecho al ejercicio de la autonomía^{13,14}. Posteriormente al Código de Núremberg, en 1948, se aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁵, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que

en su artículo 10 expone: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”¹¹.

No fue hasta 1957 que surgió el concepto moderno de “consentimiento voluntario”, en la sentencia en Estados Unidos en la que el juez Brody (Salgo contra Stanford, 1957) dictaminó: “los médicos violan sus deberes con sus pacientes y se exponen a demandas si se ocultan hechos que son necesarios para formar la base de un consentimiento informado inteligible por el paciente respecto al tratamiento propuesto”. Es la primera vez que se emplea la expresión “consentimiento informado” dejando claro la adecuación de la información y la obligatoriedad de conseguir el consentimiento del paciente^{11,16,17}.

Posteriormente la Asamblea Parlamentaria del consejo de Europa estableció en 1976 el deber de informar, de forma expresa y por escrito, al menos en procedimientos concretos, con exposición del riesgo-beneficio, objetivos concretos, alternativas existentes, limitaciones ulteriores, todo ello en lenguaje llano y comprensible. Una vez en posesión de todo ello, el paciente otorga o no su consentimiento¹⁷.

Según recoge Collazo¹⁷, en España en 1984 se puso en marcha el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria, con el fin de implantar una carta de Derechos y Deberes del paciente, que tuvo escasa transcendencia. Posteriormente, en 1986, la Ley General de Sanidad estableció en su artículo 10.5: “a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”, sin embargo, esta ley estaba aún muy por detrás, así por ejemplo, en su artículo 10.9 obligaba al paciente a abandonar el centro

hospitalario si se negaba a recibir un tratamiento. El Convenio Europeo de los Derechos Humanos y Biomedicina, celebrado en Oviedo en 1996 y que entró en vigor en España en 2002, resalta la importancia de dar una información adecuada de la intervención, que el consentimiento sea libre e inequívoco y el derecho a revocarlo en cualquier momento.

Como señalan Martínez Bullé y Olmos¹¹, es importante también mencionar como mandatorio en el reconocimiento de los derechos del paciente la conocida Declaración de Helsinki o la Declaración de la Asociación Médica Mundial, publicada en 1964, sobre los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, estableciendo las bases para la otorgación del consentimiento de pacientes participantes en investigaciones.

En 1978 se publicó el informe Belmont por la National Commission for the protection of Human Subjects, cuyo objetivo fue proporcionar un marco filosófico a las reglas y reglamentos desarrollados en respuesta a los escándalos de las investigaciones norteamericanas, como la de Tuskegee y la de Willowbrook¹¹. Según Martínez Bullé y Olmos¹¹ en el informe Belmont se establecieron los principios básicos de respeto a la autonomía, beneficencia y justicia, fundamentales en cualquier decisión bioética y los requisitos mínimos del consentimiento informado. Se sentaron las bases de la bioética principialista. Esta bioética principialista fue desarrollada como método de deliberación en bioética por Tom L. Beauchamp y James F. Childress¹⁸. Según estos autores, el respeto a la autonomía, desde el punto de vista del sujeto, implica que todos los individuos deben de ser tratados como agentes autónomos y que todas aquellas personas cuya autonomía está disminuida, como los menores de edad, o los incapaces, tiene derecho

a ser protegidos. La autonomía en las decisiones debe reunir los requisitos de intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. El principio de beneficencia implica hacer lo mejor para el paciente, pero hasta donde el paciente lo acepte. El principio de no maleficencia protege al paciente de una mala praxis. El principio de justicia implica a las terceras partes en la decisión bioética, puesto que los dilemas bioéticos no sólo afectan al individuo, sino a la sociedad en su conjunto.

Con todo esto se ha conseguido una importante evolución del concepto del consentimiento informado y del derecho a elegir del paciente, de tal forma que del mismo modo que el Estado está en el deber de cuidar la salud del paciente, éste también está en su derecho de elegir dónde y cómo hacerlo, debiendo el Estado proporcionarle los medios para asegurarlo.

La edición de 1984 del Manual de ética del Colegio de Médicos Americanos define al consentimiento informado de la siguiente manera: “El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y normalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para, a continuación, solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica del paciente”¹¹. “Un consentimiento informado inadecuado se considera como ausencia de este”¹⁷.

Collazo recoge las excepciones al consentimiento informado en España, según la Ley General de Sanidad de 1986¹⁷. Éstas son:

- Peligro para la salud pública, como es el caso de una epidemia.

- Urgencia vital, en la que peligre la vida del paciente.
- Paciente reconocido como incapaz de tomar decisiones.
- Privilegio terapéutico, que sólo podrá ser utilizado excepcionalmente.
- Imperativo legal.
- Rechazo explícito de toda información.

Para finalizar esta recopilación histórica, es necesario resaltar que los requisitos necesarios del consentimiento informado legal en España están actualmente regulados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹⁹:

- En su Artículo 4 establece el derecho del paciente a recibir información respecto al ámbito de su salud, comprensible y que le ayude a tomar una decisión, siendo obligación del médico el aportarle esta información.
- En el Artículo 5 reconoce al paciente como el tutor de la información asistencial, incluso en caso de incapacidad, pudiendo decidir acerca de si se informa o no a sus familiares y los supuestos en los que se puede informar a sus familiares.
- A continuación, citaremos textualmente algunos de los puntos del Artículo 8, específico del consentimiento informado:
 - a) Artículo 8.1: “Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez recibida la información prevista en el Artículo 4, valorando las opciones propias del caso”.
 - b) Artículo 8.2: “El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes:

intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

c) Artículo 8.3.: “El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anexos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos”.

d) Artículo 8.5.: “El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.

- Por último, cabe citar también el Artículo 10, Condiciones de la información y consentimiento por escrito: a) Artículo 10.1.: “El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad. b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente. c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención. d) Las contraindicaciones”.

Reflexión final.

Como hemos repasado a lo largo de este artículo, el paciente, en este caso el oncohematológico, se siente en muchas ocasiones indefenso y con miedo, no sólo hacia su enfermedad en sí misma, sino también a los

posibles efectos, tanto beneficiosos, como perjudiciales, de su tratamiento, en el tema que aquí nos afecta, la quimioterapia. La historia nos ha enseñado que se han cometido numerosas atrocidades en el nombre del progreso científico y de la medicina, bien fuera con intención de curar o también, desgraciadamente, como ya hemos comentado, con intención de hacer daño. El consentimiento informado del paciente, expresado de forma autónoma, sin coacción y una vez haya comprendido las características de su enfermedad y de su tratamiento y se le hayan podido aclarar todas sus dudas, debe de ser la única manera de proceder entre el médico, el paciente, su enfermedad y sus opciones terapéuticas.

Bibliografía

1. Orden por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Hematología y Hemoterapia (Orden SCO/3254/2006, 2 de octubre). Boletín oficial del estado, nº 252, 2006, 21 octubre.
2. Terol MC, López S, Rodríguez J, Pastor MA, Mora M. Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*. 2000; 16(2): 111-22.
3. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004; 1(2-3): 211-30.
4. DeVita V, Chu E. A History of Cancer Chemotherapy. *Cancer Research*. 2008; 68(21): 8643-53.
5. Morrison WB. Cancer Chemotherapy: An Annotated History. *Journal of Veterinary Internal Medicine*. 2010; 24: 1249-62.
6. Fantl D. Bortezomib. *Hematología*. 2012; 6(2): 114-9.
7. Herreros Ruiz B, Bandrés F. Historia ilustrada de la bioética. Madrid: Ademas Comunicación Gráfica; 2015.

8. Weber A. Consentimiento informado en Oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético. Gaceta Mexicana de Oncología. 2016; 15(5): 285-91.
9. Palma JA, Rebollo DI, Gómez A, Villa L. Los nazis, la norma ICH y los Comités de Ética. Gaceta Médica de México. 2003; 139(4): 415-22.
10. Tribunal Internacional de Núremberg. (1947). Código de Nuremberg. [Internet]. Disponible en: www.bioeticanet.info/documentos/nuremberg.htm
11. Martínez VM, Olmos A. (2016). De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. 2016; 49(145): 101-34.
12. Faden R, Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. Nueva York: Oxford University Press; 1986.
13. Pellegrino E. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol of Sanit Panam. 1990; 108(5-6): 379-90.
14. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, United Nations, 1948. Recuperada en agosto 21, 2018, del sitio Web: Naciones Unidas en www.un.org/es/universal-human-rights/
15. Santiesteban AL. La autonomía sanitaria: análisis sobre la construcción de un valor. Actualidad médica. 2016; 101(797): 50-4
16. Collazo E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cirugía Española. 2002; 71(6): 319-24.
17. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 6ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2009.
18. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002, 14 de noviembre). Boletín Oficial del Estado, nº 274, 2002, 15 noviembre.

ENFERMERAS E HISTORIA: RECUERDOS DEL AYER (I)

Natalia Rodríguez Novo, Francisco Javier Castro Molina,
José Ángel Rodríguez Gómez

Correspondencia a: nrodrigu@ull.edu.es

Recibido: 01/07/2019
Aceptado: 16/11/2019

Resumen

La Enfermería ha estado presente en la Historia “siempre”. El cuidado de por sí, surgió en las cavernas, con aquellos primeros hombres que nos precedieron, y que colocaron la primera piedra de nuestra civilización. Estos cuidados, informales en su origen que se desarrollaban en el espacio doméstico, fueron dando paso a formas mucho más elaboradas que buscaban dar solución a los problemas de las personas, a cubrir sus necesidades, a acompañar a los que más lo necesitaban. Porque eso sí, la Enfermería y las enfermeras siempre han estado “presentes”. Progresivamente, las ordenes religiosas asumieron una labor del cuidado prestado a los pobres y desvalidos, que en numerosas ocasiones no era bien vista por la sociedad de ese momento. Las pequeñas casas de beneficencia fueron dando paso a hospitales de organización cada vez más compleja bajo la protección de las clases dominantes.

Palabras claves: cuidados, Enfermería, enfermera, historia.

Abstract

Nursing has been present in history "always". Self-care arose in the caves, with those first men who preceded us, and who laid the first stone of our civilization. This care, informal in its origin that was developed in the domestic space, was giving way to much more elaborate ways that sought to provide solutions to people's problems, to cover their needs, to accompany those who most needed it. Because yes, Nursing and nurses have always been "present". Progressively, the religious orders assumed a task of caring for the poor and helpless, which on many occasions was not well regarded by society at that time. The small charities were giving way to increasingly complex organizing hospitals under the protection of the ruling classes.

Key words: care, nursing, nurse, history.

Introducción.

Los nuevos descubrimientos científicos obligaron a la tecnificación que en ocasiones sucedió de la noche a la mañana, unida a una nueva forma de ver las cosas que Florence Nightingale definió tras su estancia en Scutari. El mundo y su sociedad comenzaron a mover a una velocidad ajena hasta ahora. Todo ello obligó a los profesionales de las Ciencias de la Salud adquirieran los conocimientos necesarios para estar a la altura de las necesidades. Así, a mediados del siglo XIX, la comúnmente conocida “Ley Moyano” diferenció tres figuras que estuvieron presentes en la Historia de la Enfermería española casi un siglo: Practicante, Matrona y Enfermera. Mientras las dos primeras partieron con una clara definición de competencias, la Enfermera tuvo que esperar hasta 1915 para lograrla. Pero la sociedad comenzó a crecer y, nuevamente, las demandas de éste mutaron.

En 1953, las que hasta ahora habían sido figuras independientes, se fusionaron, naciendo el Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.). A diferencia de sus predecesores, su vida fue corta. El descontento se había instalado en una profesión, la de los “cuidadores profesionales”, que reivindicaban el “espacio” que durante muchos años se le había negado. El momento llegó con el final de los “años de cesarismo” que tras la Guerra Civil española había acampado en nuestro país. En 1977 los estudios de Enfermería se incorporaron en la Universidad, como una disciplina más, como una profesión con la finalidad de dar respuestas a los problemas de la población, y que paso a paso les ha permitido lograr alcanzar el “techo académico”. Con este pistoletazo de salida, las enfermeras españolas han iniciado una

escalada que las ha llevado, las lleva y las llevará a la “autorrealización como profesión”.

La presente exposición busca dar a conocer la “Historia de las Enfermeras”. No pretendemos ser ambiciosos, tan solo buscar nexos que unan situaciones que fueron trascendentales y logran definir el camino de una profesión en cuatro momentos: Cuidados Domésticos Cuidados Vocacionales Cuidados Tecnificados Cuidados Profesionalizados.

Cuidados Domésticos.

Desde siempre, una tras otro, han surgido teorías que han procurado dar respuesta al comienzo de la vida humana sobre la faz de la Tierra. El origen del hombre se ha explicado empleando dos ópticas antagónicas, la científica, en el que la génesis se sitúa en un resultado de la “evolución biológica de los organismos vivos”, y una mística de la especie humana, en la que se concibe como un “acto voluntario de los dioses”. La especie humana, una más de las existentes sobre la Tierra, ha estado sometida a las leyes de la evolución que modelan a todos los seres vivos, resultando una serie de progresivos cambios adaptivos que generan nuevas líneas evolutivas y abocan a la desaparición a otras.



Figura 1: Indígenas de La Gomera, según ilustración de Leonardo Torriani (1592).

El instinto de supervivencia obligó a aunar esfuerzos para asegurar los alimentos mediante la caza, la pesca, la recolección y el pastoreo, valiéndose de utensilios y recursos elaborados por los primeros hombres. Las prístinas sociedades antiguas, presentes también en las Islas Canarias antes del comienzo de la Era Cristiana, consideraban a la familia como el núcleo fundamental de su vida económica, política y ritual. Estas culturas constituyeron instituciones carentes de un fin especial, aunque estaban especializadas en modalidades que lograban una óptima adaptación al entorno en el que se encontraban inmersas.



Figura 2: Aborígenes Canarios

En ellas, los ancianos ostentaban “superioridad social” sobre los de menor edad, y los hombres tenían una posición social superior a la de las mujeres. Estas últimas practicaban la agricultura, la recolección y se encargaban de las tareas domésticas tales como la producción de cerámica o tejidos, y el cuidado tanto de los hijos como de los ancianos y enfermos. Es imposible establecer el momento en el que surge el “cuidado como herramienta sanadora”, pero se puede afirmar que vino de la mano de las primeras

mujeres, resumido en la afirmación de Jeanne Achterber: women have always been healers.



Figura 3: Momia guanche del barranco de Herques, hallada en 1776, en Tenerife. Los antiguos canarios momificaban a miembros destacados de la sociedad y los enterraban en tumbas colectivas en cuevas de difícil acceso.

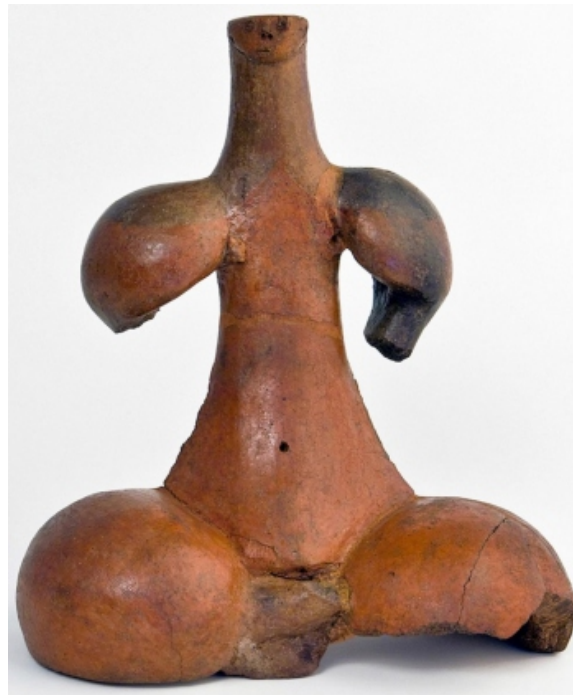


Figura 4: Ídolo de Tara. Esta pieza está relacionada con el culto a la fertilidad. (Telde, Gran Canaria).

Pero tras la Conquista definitiva de las Islas, este tipo de cuidados siguieron estando presentes en los hogares. La precariedad presente obligó a dos tipos de medicina: la convencional que tenían como clientela a las clases mejor posicionadas, y la medicina de los curanderos y santiguadoras que mediante rezos y bendiciones procuraban dar solución a numerosas enfermedades. Estas últimas, las santiguadoras, a las que se les otorgaban “poderes mágicos”, eran las encargadas de curar el mal de ojo, el susto, el sol en la cabeza y otras tantas dolencias y males a los que la medicina científica no daba solución. A los rezos y oraciones se le unían las conocidas “aguas guisadas”, infusiones o tisanas, que se elaboraban con las plantas propias de la zona y a las que el “saber popular” les había otorgado propiedades curativas.



Figura 5: Plantas medicinales (Foto: Natalia Rodríguez Novo)

Cuidados Vocacionales.

Entre los siglos XII al XIII determinadas órdenes religiosas, también denominadas mendicantes, adquieren protagonismo en el cuidado a los enfermos y necesitados. Hasta ese momento, su actividad se había centrado básicamente en la vida en comunidad y la oración.



Figura 6: Obra titulada “San Juan de Dios liberando a los pobres del incendio del Hospital Real”, pintada por Manuel Gómez-Moreno González en 1880.

La orden franciscana jugó un papel fundamental (Orden de los Frailes Menores, Orden de las Clarisas Pobres, fundada por Santa Clara de Soffi, y Orden de los Terciarios, fundada con carácter mixto y laico). Esta orden religiosa cohabitó a otras muchas que fundamentaban su existencia en la dedicación al prójimo. Destacaron entre otras la Orden de Predicadores o Dominicos, la Orden de San Agustín o Agustinos, la de Nuestra Señora del

Monte Carmelo o Carmelitas de Antigua Observancia, la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios que nace en Granada en el siglo XVI, la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, más conocida como Hermanos Obregones, y la Orden de los Hermanos Betlemitas, cuyo fundador, Pedro de San José de Betancor, recibió las aguas bautismales en el pueblo sureño de Vilaflor de Chasna en la isla de Tenerife.



Figura 7: Beata Sor María Wiecka

Junto a las órdenes mendicantes surgieron desde el siglo XI (hacia 1048, aunque algunas fuentes apuntan un siglo antes), los Caballeros de San Juan de Jerusalén, o también llamados, Sagrada Orden de San Juan de Jerusalén, personajes ilustres y militares, que entre sus menesteres estaba el del cuidado a los enfermos que desarrollaban en las posadas-hospitales para los palmeros, es decir, aquellos que buscaban visitar Tierra Santa. Los

miembros que la conformaban trocaban una túnica negra dotado de cuello blanco, con cota de malla y una enorme cruz de Jerusalén, también denominada “Cruz de las Cruzadas” y fundándose así, la que se denominó Orden del Espíritu Santo en 1198.



Figura 8: Ilustración de los hábitos de las órdenes mendicantes más sobresalientes Religioso de Santo Domingo.



Figura 9: ilustración de los diferentes trajes empleados por los “Caballeros de San Juan de Jerusalén”

Tanto el siglo XVII como el XVIII, están representados por dos figuras que por sus características podríamos considerar profesionalmente antagónicas: por un lado, las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, congregación fue fundada en 1633, siguiendo los preceptos formulados por su patrono recogido en el texto *Confréries de Charité* hecho público el 23 de agosto de 1617. La acogida fue tal, que rápidamente su actividad fue creciendo, multiplicándose su presencia por toda Europa, para a inicios del siglo XIX comenzar a actuar en las colonias. Estaban encargadas de la asistencia a los mendigos y los desvalidos, sobre todo los surgidos de las epidemias como la peste. Por el otro, un grupo de “mujeres de vida alegre”, antiguas presidiarias o dependientes del alcohol, que buscaban el sustento y alojamiento a cambio de una “precaria actividad asistencial”, bien retratada en la novela de Dickens, en la que se narra la vida de Martin Chuzzlewit, satirizando la figura de la enfermera en el personaje de Sarah Gump.

Bibliografía.

1. Abate Tirón. Historia y trajes de las órdenes religiosas. Barcelona: Editado por Doctor Martí y Artigas, 1854.
2. Arocha de Cabrera, O. Símbolos de pertenencia de la enfermería. *Revista Avances de la Enfermería [Col]*.2000; XIX (1).
3. Brocker, S.; Furgang, K. Clara Barton: la fundadora de la Cruz Roja Americana, 1821- 1912. In *Médico pioneros*. China: Estudios sociales, 2011.

4. Castro Molina, F.J. Arquitectura y Medicina en Canarias. Dispositivos asistenciales y recursos sanitarios en Tenerife (s. XVI-XX). Tesis doctoral-Universidad de La Laguna bajo la dirección de María Isabel Navarro Segura y Jesús Pérez Morera; La Laguna: [s.n.], 2012.
5. Castro Molina, F.J; Castro González, Mariapaz; Megías Lizancos, F; Martín Casañas, F.V; Causapie Castro, A. (2012) Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.05>.
6. Coss, C. Lillian D. Wald: Progressive Activist. New York: The Feminist Press at CUNY, 1989.
7. Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. 2 volúmenes. Madrid: Espasa Libros SLU, 2001.
8. Dickens, C. The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit. Volumen I-II. London: Chapman and Hall, 1865.
9. Galera Gracia, A. La verdadera de la Orden del Templo de Jerusalén. A la luz de la documentación histórica. Madrid: Editorial Edaf S.L., 2008.
10. García Barrios, S.; Calvo Charro, E. Historia de la Enfermería. Málaga: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Málaga, 1992.
11. García Martín-Caro, C.; Martínez Martín, M.L. Historia de la enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid: Editorial Elsevier, 2007.
12. Hernández Conesa J. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995.

13. Instrucciones ascéticas para las Hijas de la Caridad de España. Madrid: Imprenta Repullés, 1827.
14. 1ª Jornadas de Enfermería de Lanzarote: ¿Qué he hecho yo para merecer esto? Dirección de Enfermería del Hospital General de Lanzarote, Escuela Universitaria de Enfermería de Lanzarote y el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas. Lanzarote, del 8 al 10 de Octubre de 1992. Pase de uniformes de enfermería por épocas dentro de las actividades de la organización.
15. León Román C.A. Los atributos de Enfermería. Hospital Clínico-quirúrgico de los Hermanos Ameijeiras, Boletín no 2, 1994.
16. Noel, N. F. Isabel Adams Hampton Robb, 1860-1910. In American Nursing: A Biographical Dictionary. Nueva York: Garland Publishing, 1988.
17. Parentini, M. R. Historia de la enfermería. Aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX. Uruguay: Ediciones Trilce, 2002.
18. Rubio Pilarte, J.; Expósito González, R.; Solórzano Sánchez, M. La cofia, su historia. Enfermería Avanza [Blog]. Publicado el 16 de octubre de 2011. URL: <<http://enfeps.blogspot.ch/2011/10/la-cofia-su-historia.html>>; consultado el 8 de octubre de 2012.
19. Salas Iglesias, P. M. El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea. Alicante: Editorial Club Universitario, 2012.

SAPIENZA VIVA

75° ANIVERSARIO DEL DÍA DE LA VICTORIA EN EUROPA: LA ENFERMERÍA EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (I)

Guillermo García
("Dicen: Diario Independiente de Contenido Enfermero")

Link de la entrevista realizada a Francisco Javier Castro Molina:
<https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-enfermeria-en-la-segunda-guerra-mundial-i/>

El 8 de mayo se celebra el Día de la Victoria en Europa; este año se cumplen 75 de la rendición de la Alemania, lo que puso fin a la Segunda Guerra Mundial, el mayor conflicto bélico de la historia, que se desarrolló hasta 1945, en el continente. El 1 de septiembre de 1939 el ejército nazi de Hitler invadió Polonia, dando comienzo a una conflagración que enfrentó a las potencias del bando Aliado y las del Eje en Europa, África y Asia, hasta la toma de Berlín y la rendición de Japón, seis años después, tras la entrada del ejército soviético y los bombardeos atómicos de las ciudades de Hiroshima y Nagasaki, respectivamente. Esta guerra ha sido estudiada desde numerosos puntos de vista por sus implicaciones en todos los ámbitos, pero ¿cuál fue el papel de las enfermeras durante el conflicto?

Contexto histórico: los avances sanitarios de las guerras mundiales

“El pistoletazo de salida se da con Florence Nightingale en Crimea, al cambiarse todas las instalaciones y los espacios dedicados al cuidado. Además, hay otros elementos que se van modificando en los pródromos de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) que continúan en el 39”, afirma Francisco Javier Castro, enfermero de Salud Mental, profesor de la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria (Universidad de La Laguna) y director de la Asociación Canaria de Historia de la Profesión Enfermera. “El tratamiento en el campo de batalla, los hospitales de sangre, que aparecen en la primera y se retoman en la Segunda Guerra Mundial, el papel del camillero... Ese primer abordaje de batalla”. Entre estos elementos, Castro destaca el acercamiento de los hospitales, que se convierten en el primer centro que presta asistencia a los heridos, y donde el papel de la enfermera es fundamental, “porque está ahí a pie de cama o de camilla, intentando, de alguna manera, sobrellevar la situación del paciente”.

De dicho acercamiento, explica este enfermero, existe un preámbulo con Marie Curie y los petites curies, los pequeños aparatos de rayos que va a llevar la propia premio Nobel por todo el campo de batalla; “una de las causas de su muerte es su implicación porque, aunque manejaba estos dispositivos, a veces desarrollaba actividades como enfermera, como cuidadora. Gracias a ella se llegó a saber si muchas heridas tenían metralla, porque antes se cerraban directamente, con lo que a la larga se complicaban”. También aparece la férula de Thomas, la cual se descubre en 1917, “que alivia la vida de muchísimos soldados heridos, sobre todo

aquellos con traumatismos importantes”. O el tratamiento de las quemaduras, que a partir de la Segunda Guerra Mundial va a ser mucho más científico, las transfusiones de sangre, “en las que la enfermera jugó un papel importante en los pequeños hospitales de los campos de batalla, en donde se hacían las primeras transfusiones, (además, se descubre el sustrato de sodio, que permite realizarlas sin necesidad de que sean de persona a persona)”, toda la cirugía general y la anestesia... O los puestos de atención médica avanzada, que surgen en el ejército británico, espacios sanitarios a pie de campo. “Incluso la medicina aeronáutica, con las famosas Flying Nightingales”, concluye.

La labor enfermera en el conflicto

“Creo que la figura de la enfermera fue fundamental, sobre todo para prestar cuidados en el primer momento directamente al herido. Ya lo fue en la Primera Guerra Mundial y sigue en la segunda, con un despliegue colosal de medios humanos y materiales”, continúa Castro. Como ejemplo, comenta, hay que tener en cuenta que el ejército británico crea el Real Cuerpo de Enfermeras, que fueron las que estuvieron “a pie de camilla en los puestos sanitarios avanzados”, donde se buscaba atender in situ. Hay que hablar, explica, de la labor de las enfermeras militares, que cuentan con una buena formación, una buena práctica y una experiencia importante, “y la voluntad de ayudar. Además, se suma la intervención de la Cruz Roja”. Asimismo, “se debe tener presente que esta guerra bebe mucho de la Guerra Civil española. España es el laboratorio de lo que va a ser el enfrentamiento directo de dos formas de pensar: la soviética y la capitalista”. Este conflicto fue clave incluso desde el punto de vista de la organización sanitaria, afirma este enfermero. “Nunca la enfermería había

llegado, en el mundo, a un nivel tan alto como en la Segunda República. No la estoy defendiendo, pero se quedó atrás el vínculo a la religión y se dio paso a una profesionalización hecha y derecha”.

Hubo muchas enfermeras que participaron en la Segunda Guerra Mundial, y tuvieron diversos papeles. De entre todos los nombres se puede destacar el de Andrée de Jongh, que se alista en 1940 y forma parte de la Cruz Roja belga, es destinada a un hospital militar en Brujas, y allí comienza a atender a gente directamente implicada en la contienda. “Las enfermeras belgas voluntarias asisten a los soldados británicos y belgas, sobre todo, después de Dunkerque, y aparece esa actividad frenética que busca ayudar por todos los medios a esta gente”. Además, de Jongh llega a fundar el Comet Line, “la denominada ‘línea de la libertad’, una organización que, desde 1940 hasta 1944, buscaba hacer retornar a muchos pilotos que habían sido derribados”. Otras muchas enfermeras intervinieron en el conflicto, como Susan Travers, Sofía Casanova, Augusta Chiwy, Lise Borsum, Virginia Hall, Violeta Szabo, Lilian Gutteridge o Elsie Ott. También destaca la enfermera Carla Kristensen, una mujer que relata la vocación que tiene como profesional en Dinamarca. “La Cruz Roja busca voluntarias a las que intenta formar como enfermeras” y ella describe su proceso de instrucción, cómo se lleva a cabo el procedimiento de selección, cómo se intenta buscar un perfil adecuado, cómo debido a la necesidad se elegía de forma apremiante, refiere.

Castro explica que igual que durante la Primera Guerra Mundial existió la figura de las VAD, enfermeras voluntarias, durante la segunda surgió otro papel: el de la espía, “que se disfraza de enfermera para poder obtener información. No es profesional, aprende con un curso rápido de formación,

y de la misma forma que estuvo presente durante la guerra del 14 con aquella figura, vemos aquí esa labor de prestar cuidados, porque lo que prima es la necesidad”.

Por otra parte, en el bando de las potencias del Eje, las enfermeras tuvieron asimismo una labor importante. “Los nazis consideraban a los noruegos como una de las secciones más puras de la raza aria, y llegaron a crear granjas para poder, de alguna forma, producir niños”. Según expone Castro se obligaba a las mujeres con estas características a tener relaciones sexuales con oficiales de las SS, y “los que nacían eran arrebatados y atendidos directamente en estos espacios en Noruega, custodiados y gestionados por enfermeras afines al Tercer Reich”. Además, cientos de mujeres se convirtieron en auxiliares, detalla, que cuidaban no solo los campos de concentración, sino que se las formaba para “trabajar en hospitales, fábricas... La mujer en Alemania jugó un papel fundamental, fue la que volvió a hacer que el país funcionara tras la guerra”.

Las Flying Nightingales

Las Flying Nightingales son un cuerpo de enfermeras que se crea durante esta guerra, son las profesionales destinadas a las ambulancias aéreas, las encargadas de las evacuaciones. “Durante la primera no existe un uso del avión, hay zepelines, otras formas de conquistar el mundo aéreo; posteriormente, los aeroplanos juegan un papel importantísimo, no solo como arma, sino también como mecanismo de escape, como ambulancias. A lo largo de la segunda existieron ambulancias terrestres, también trenes, barcos y aéreas, lo que constituye una innovación importante”.

El objetivo principal de las Flying Nightingales era salvar soldados heridos que estaban en los campos de batalla y a los que había que trasladar a sitios

más seguros donde pudieran resolver su dolencia. “Parten con unas 200 enfermeras, que son las que van a conformar la primera unidad de ambulancias aéreas. Es una modalidad nueva que opera bajo el Comando de Transportes británico, y formaban un total de 46 grupos”. Socorren a los soldados que están combatiendo en terreno francés y a los que hay que evacuar hacia Inglaterra. “Se las ve como heroínas, las heroínas de los cielos. Las verdaderas cuidadoras de los cielos”, destaca Castro.

“Hay pocos nombres investigados de estas enfermeras, se debe profundizar más”, subraya. Se conocen algunos, como Lilian West, que fue de las primeras en ambulancias aéreas, Lydia Alford o Edna Birkbeck. “Empiezan en edades muy tempranas, y se convierten en enfermeras de orden de las Fuerzas Aéreas Auxiliares de Mujeres”, cuya labor consistía, asimismo, en atender a pacientes con miembros amputados, cortes, huesos rotos, traumatismos craneales... “Buscaban básicamente ese tipo de intervención”.

“Las Flying Nightingales son importantes, además, porque en la Primera Guerra Mundial no hay aviones, y en la segunda se da una conquista del mundo aéreo, como prueban los bombardeos de la ciudad de Londres”. El avión se convierte, por tanto, en un arma letal, explica, pero también en un medio por el que se intenta salvar vidas. Los hospitales se encuentran en el Reino Unido y la contienda bélica se está desarrollando en territorio francés, belga u holandés. “Ellas sacan de esas zonas a los heridos, hacia áreas en las que los soldados pueden recuperarse”, concluye.

Palabras claves: Día de la Victoria en Europa, enfermeras, enfermería, Flying Nightingales, Segunda Guerra Mundial.

MISCELÁNEA

AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Daniel Magdaleno Ramírez, Jesús Manuel Quintero Febles

Correspondencia a: jquinter@ull.edu.es

Recibido: 01/07/2018

Aceptado: 21/05/2019

RESUMEN

Las agresiones, tanto físicas como verbales, sufridas por los trabajadores sanitarios, constituyen una problemática con unos elevados costes tanto para los trabajadores como para las instituciones sanitarias y los propios usuarios. Dentro de las instituciones sanitarias, los servicios de urgencias, por las características de la asistencia que prestan a usuarios con elevada carga emocional, son particularmente propensos a sufrir las consecuencias de las agresiones al personal sanitario.

El presente trabajo ha sido realizado entre el personal de enfermería del servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. El objetivo principal del estudio ha sido conocer las características de las agresiones sufridas por el personal del servicio. Se ha desarrollado una

encuesta autoadministrada que se ofertó cumplimentar a todos los trabajadores del servicio que cumplieran los criterios de inclusión.

Con una muestra obtenida de 87 sujetos, vemos como la práctica totalidad de estos refiere haber sufrido en algún momento alguna agresión física y/o verbal. Los resultados del presente trabajo nos aportan información sobre las características de las agresiones sufridas y sobre la percepción subjetiva de los propios trabajadores que en un 92% considera que las medidas de protección existentes son insuficientes.

PALABRAS CLAVE

Violencia, agresiones, personal sanitario, servicio de urgencias.

ABSTRACT

The aggressions, both physical and verbal, suffered by the health workers, constitute a problem with high costs for the workers themselves as well as for the health institutions and the users themselves. Within the health institutions, the emergency services, due to the characteristics of the assistance they provide to users with a high emotional load, are particularly prone to suffer the consequences of the assaults on health personnel.

The present work has been carried out among the nursing staff of the emergency service of the University Hospital Complex of the Canary Islands. The main objective of the study was to know the characteristics of the aggressions suffered by the service personnel. A self-administered survey has been developed and it was offered to complete all service workers who met the inclusion criteria.

With a sample obtained from 87 subjects, we see how practically all of them refer to having suffered at some point some physical and / or verbal aggression. The results of this work provide information on the characteristics of the aggressions suffered and on the subjective perception of the workers themselves, who 92% consider that the existing protection measures are insufficient.

KEY WORDS

Violence, aggressions, health personnel, emergency services

Introducción.

Las agresiones al personal sanitario es un tema que compete más allá de la estructura del sistema sanitario sobre el que este actúa y asume sus competencias, es capaz de atravesar ámbitos sociales tanto públicos como privados, y de situarse en un escalafón muy importante sobre los problemas y conflictos que recae en la sociedad. El hecho de formar parte de un estamento y un entorno laboral seguro es un derecho fundamental de cualquier trabajador, sentirse respetado asumiendo las competencias necesarias para desempeñar sus tareas sin temor a sufrir determinados comportamientos que no deben ser asumidos dentro del rol de sus funciones.

La incidencia de las agresiones a personal sanitario es una preocupación que recae más allá de un hecho aislado, sin ser el escudo de una forma de actuar de una sociedad en el que el reflejo de una agresión tanto física como verbal están a la orden del día. No siempre la figura del personal sanitario es considerada como un igual, fuera de lo que es el reconocimiento social intra o extrahospitalario.

La Organización Mundial de la Salud define violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de los desarrollos o privaciones”¹

Si bien la violencia en el centro de trabajo se encuentra altamente generalizada, existen grupos con mayor riesgo de sufrirlo. En diversos países europeos, encabezan la lista de ocupaciones de mayor riesgo aquellas relacionadas con el ámbito sanitario (24% de todas las agresiones),

por delante de los policías (5%, quinto lugar) y vigilantes de seguridad (2%, último lugar)¹.

Organizaciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) determina que el 25% de la violencia laboral recae sobre el personal sanitario y en el sector de la salud. más del 50% de profesionales de la atención sanitaria ha experimentado incidentes de este tipo².

Ser agredido tanto a nivel físico, verbal, estar expuesto a situaciones de vejación, intimidación, coacción se asocia a un factor de riesgo psicosocial vinculado al concepto de “burnout”, puede llegar a resultar un grave problema, principalmente para el trabajador y en un segundo lugar para la empresa. Dentro del conjunto de consecuencias que pueden afectar al trabajador o al grupo de trabajadores a las cuales puedes estar expuestas, destacan principalmente los daños físicos como los psicológicos es aspectos emocionales, conductuales.

En factores determinantes, las agresiones verbales están por encima de las agresiones físicas, por porcentaje de la incidencia con lo que refiere al número de sucesos ocurridos y declarados que hacen cuantificar los tipos de acciones negativas que recaen sobre el personal en el ejercicio de su profesión en sus respectivos lugares de trabajo. Diferentes publicaciones muestran que las agresiones no físicas superan a la física en los que asocia el “*síndrome de desgaste profesional*” al cúmulo de circunstancias negativas recaídas sobre el personal sanitario como causante del desgaste e insatisfacción laboral.³

El personal sanitario interviniente tanto en situaciones de hospitalización prolongado o en procesos agudos, es el principal exponente para recibir algún tipo de agresión tanto física como verbal, siendo en los momentos de

atención aguda en el que más se puede producir, destacándose las urgencias como fuente de riesgo de padecer alguna agresión.⁴

Debido a lo descrito anteriormente, crece la importancia de investigar los estados generales de los servicios y de los protocolos instaurados en los complejos hospitalarios en materia de seguridad, que favorezcan para mejorar los centros de trabajo, como fundamento principal por el respeto de los derechos adquiridos por todos y cada uno de los trabajadores. Estandarizar y revisión continua de todos los procesos de actuación de la comunicación de las agresiones por parte de los usuarios del sistema sanitario, investigar por qué y cómo ocurren cada una de la agresiones que sufren en todo su conjunto el personal laboral sanitario, promover la comunicación de todas las agresiones en las que se llega ser víctima tanto física como verbal que provocan en muchas ocasiones un daño tanto físico como emocional en favor del respeto ético-moral tanto hacia la ser humano como al conjunto de profesiones sanitarias.

Si mostramos Urgencias del Hospital Universitario de Canarias (HUC) como un área de asistencia sanitaria, en el que por las propias características del servicio se convierte en un sector potencialmente conflictivo, siendo en primer lugar, por el gran número de asistencia sanitaria que se presta en concepto de volumen de pacientes día tras día, la disparidad de pluripatologías que en momentos determinados pueden llegar a saturar la unidad, provocando en muchos casos que los recursos humanos no sean suficientes, pueden conducir de una forma directa o indirecta a la aparición de conductas violentas no deseadas en concepto de agresiones por parte de los usuarios hacia el conjunto de profesionales

Objetivos:

Objetivo principal:

- Conocer las características de las agresiones sufridas por el personal de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias.

Objetivos específicos:

- Estimar el número de agresiones sufridas por el personal de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias.
- Determinar las características de las agresiones sufridas por el personal de enfermería en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias.
- Evaluar los conocimientos que tiene el personal de enfermería de urgencias del Hospital Universitario de Canarias sobre los protocolos y la actitud a seguir ante una agresión.
- Conocer la percepción que tiene el personal de enfermería de urgencias del Hospital Universitario de Canarias sobre los protocolos y las condiciones de seguridad en el centro.
- Conocer las consecuencias que tienen las agresiones en los profesionales de enfermería de urgencias del Hospital Universitario de Canarias.

Metodología

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, en el cual se ha empleado una encuesta autoadministrada para conocer las características

de las agresiones al personal de enfermería del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias. Como criterios de inclusión se ha considerado ser personal de enfermería (Enfermeras y TCAE) en activo del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias, y como criterios de exclusión los trabajadores en formación (Enfermeros Internos Residentes) y trabajadores con menos de 6 meses de experiencia como personal sanitario en el Servicio de Urgencias. Se ha desarrollado un cuestionario ad hoc de 25 preguntas en el que las variables analizadas se agrupan en cuatro dimensiones:

- Frecuencia de las agresiones.
- Características de las agresiones.
- Percepción del trabajador sobre la seguridad del entorno laboral.
- Consecuencias de las agresiones.

Resultados

Se ofertó la participación a todos los profesionales de enfermería que cumplieran los criterios de inclusión, inicialmente aceptaron participar en el estudio un total de 100 profesionales sanitarios que integran el servicio de urgencias del CHUC atendiendo las categorías profesionales de Enfermería y Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Finalmente, la muestra de estudio ha sido de un total de 87 sujetos, quedando excluidos 13 por no entregarlas en los tiempos establecidos por el investigador. Habiendo sido el periodo de recopilación de datos con fecha de inicio el 15 de abril del 2019 y con fecha de finalización el 25 de abril del 2019. Se obtiene como primer resultado que 84 profesionales fueron agredidos en

alguna ocasión tanto física como verbal en el último año por 3 que no lo habían sido.

Se pone de manifiesto la débil percepción de seguridad y mecanismos que se encuentran instaurados en el servicio de urgencias, en conceptos de valor en porcentajes en el que un 62% no se encuentra capacitado para evitar las agresiones por un 38% que considera que sí lo está, un 92% cree que no son suficientes los mecanismos de seguridad por un 8% que si lo son.

En cuanto si se conoce la totalidad de los mecanismos de seguridad implantados en Urgencias, un 97% respondió que sí los conoce por un 3% que no, se equipara en la percepción de seguridad en el transcurso de la jornada laboral en el que un 55% de los trabajadores no se encuentra seguro y 45% que sí los están.



Figura 1. Mecanismos de seguridad y percepción de seguridad en urgencias

Se estima el porcentaje a razón de múltiples respuestas valorando la actuación del personal sanitario, si fuese testigo de una agresión física al

resto de usuarios de servicio de urgencias. En el que la mitad con un 50% de los encuestadas considera que la mejor actuación es la de avisar de forma urgente a los servicios de seguridad, un 42% manifiesta que acudiría en auxilio del agredido como medida de socorro ante la víctima como complemento a la de avisar a los servicios de seguridad. Un porcentaje mínimo de los encuestados considera que abalanzarse sobre el agresor como una actuación correcta ante una situación de riesgo. Ninguno de las personas que fueran objetos de estudio estima devolver la agresión como medida para contrarrestarla.



Figura 2: Actuación como testigo de agresión.

En la Figura 3 se representa el tipo de agresión recibida por categorías profesional de enfermero y TCAE tomando como referencia por parte de quien ha sido el agresor, él que se refleja el mayor número de agresiones se producen por parte de los mismos pacientes o de familiares de una forma verbal quedando menos representada aquellas que se producen de una forma física por parte de los familiares u allegados a los pacientes.

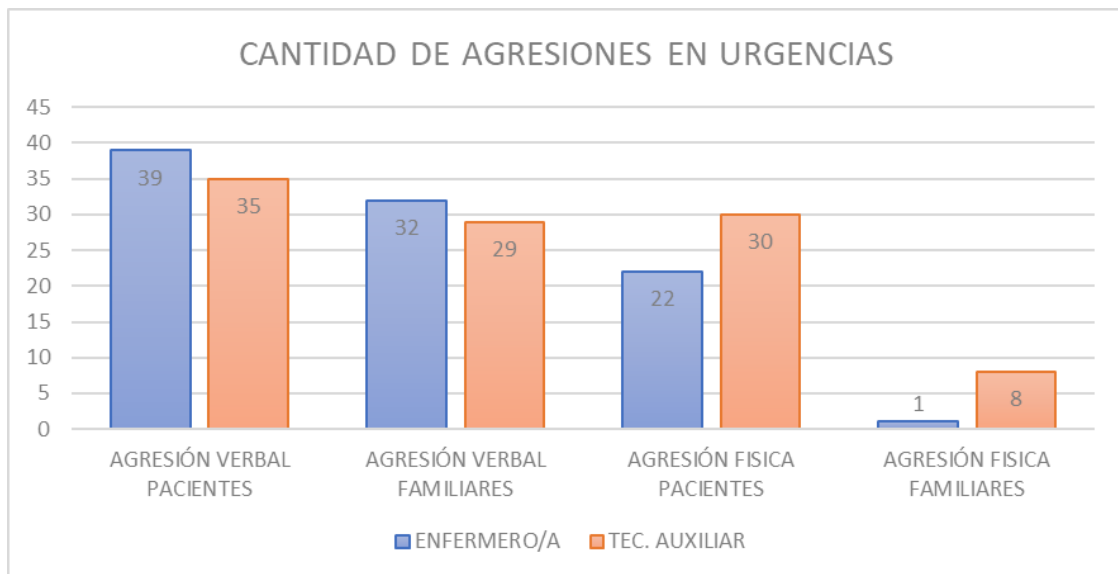


Figura 3. Agresiones tanto física como verbales según agresor

En la Figura 4 se representa las consecuencias que han podido sufrir los distintos trabajadores tanto físicas como psicológicas, habiendo sido un total de 22 trabajadores que si tuvieron alguna de esas secuelas por separado o en su conjunto por 62 que respondieron que no la tuvieron.

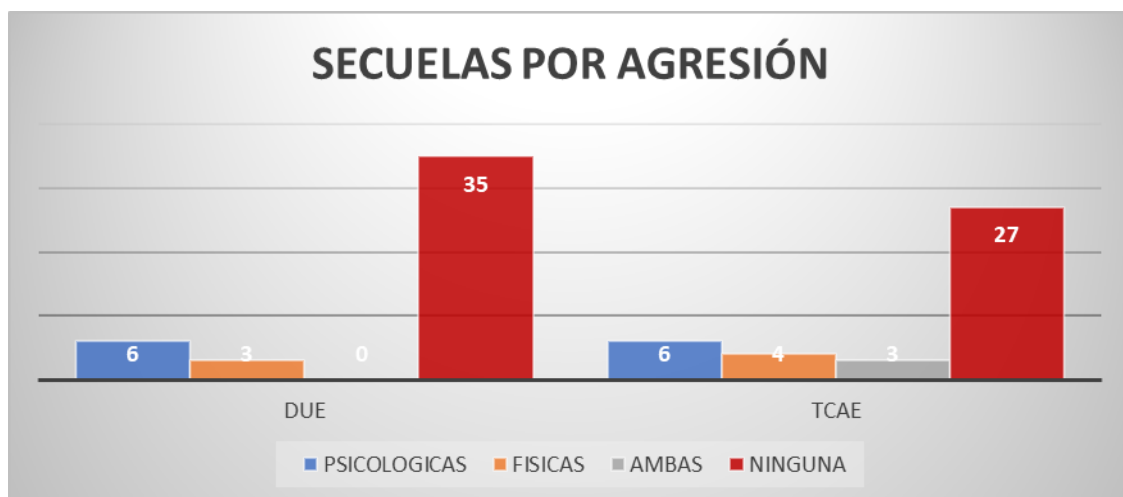


Figura 4. Consecuencia de las agresiones

La mayoría de las agresiones no han ocasionado secuelas a los profesionales sanitarios, siendo un 74% del total de los encuestados. Las secuelas psicológicas prevalecen sobre las secuelas físicas, un 27% frente a un 16% de todos los encuestados. Un 7% de los profesionales sanitarios encuestados, los cuales sufrieron alguna agresión, acabaron con secuelas físicas y psicológicas.

Discusión

Sufrir cualquier tipo de agresión en los entornos sanitarios, hospitalarios, no va unidos a la cultura, al nivel sociodemográfico ni siquiera al subdesarrollo de los países, es un problema que repercute directamente a la globalidad del mundo sanitario, comparar resultados permiten conocer no solamente la incidencia y las características definitivas, que hacen que el colectivo se pueda ver diariamente amenazado en un contexto claro sobre la seguridad en los centros de trabajo para la puesta en práctica de la actividad laboral, que permiten establecer lazos de fusión directa e indirecta en favor de la creación de criterios de selección de como poder crear lugares de trabajo para que favorezcan a la disminución de las agresiones. Dentro de la comparación con otras publicaciones,⁵⁻⁶ los parámetros obtenidos asemejan mucho los modelos de comportamiento de las víctimas y de los agresores en materias diversas pero objetivables en cada una de ellas, que son significativas a la hora de plasmar todas sus magnitudes.

Si asemejamos las respuestas de sobre qué tipo de agresión es más frecuente y por parte de que la infringe, obtenemos que la más dominante es la agresión verbal por parte del familiar con un 75,2 % de los

casos, lo que contrarresta el actual estudio que sitia la agresión verbal del paciente como máximo exponente de las conductas violentas hacia le personal de urgencias con un 37,75% de la totalidad de ellas. Si situamos los motivos por el cual se llegan a producir las agresiones, obtenemos como figura más representativa en ambas como impulsar del por qué suceden, a la demora en la asistencia por parte del personal con un 34% en el CHUC. Puede llegar a sorprender como se puede llegar a desenvolver el personal sanitario en situaciones de riesgo activo y ser víctimas de comportamiento violentos por parte de los usuarios de los sistemas sanitarios a partir de la profesionalidad en sus respuesta viéndose capaz de resolver las situaciones de conductas agresivas mediante el dialogo con un 70,2 % de los casos mientras que en el conjunto de profesionales sanitarios de urgencias optan como primera medida avisar a los compañeros y agentes de seguridad con 36,12% de total sobre el resto de opciones.

Los trabajadores de urgencias del HUC declaran en 45% que no están seguros en el trascurso de jornada, lo que hacen replantearse si los medios y los sistemas de seguridad que forman los sistemas en materia de protección hacia los trabajadores son verdaderamente efectivos

Conclusiones

- 1- La práctica totalidad de los encuestados declararon en el momento de la realización del estudio que han sido agredidos en algún momento tanto física como verbalmente.
- 2- La agresión más frecuente en los Enfermeros es la verbal por parte de los pacientes. En el caso de los TCAE la agresión más frecuente es la física por parte los pacientes.

- 3- La causa más común que lleva al inicio de las conductas violentas es la demora en la asistencia sanitaria.
- 4- El modo de afrontamiento más frecuente ante las agresiones es la de avisar a los compañeros o a los sistemas de seguridad por parte de los Enfermeros, mientras que por parte de los TCAE la opción más frecuente es la de mantener la distancia.
- 5- Más de la mitad del personal refiere no sentirse seguro durante su jornada laboral y casi la totalidad considera que son insuficientes los sistemas de seguridad implantados.
- 6- En caso de agresión, la consecuencia que predomina es la psicológica. Siendo más el abandono del puesto de trabajo como consecuencias de la agresión entre TCAE que en Enfermeros. Casi la totalidad de las agresiones físicas son de carácter leve y no lleva consigo una IT.

Bibliografía:

- 1- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y Salud. [Internet] Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
- 2- Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud. [Internet] Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud; 2010.
- 3- García C. Las agresiones en los centros sanitarios. Revista de Enfermería CyL 2011;3(2):25-30.
- 4- Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios.

Aproximación a una realidad silenciosa ya sus consecuencias para la salud. Medicina clínica 2007;128(8):307-10.

- 5- Galián Muñoz I, Llor Esteban B, Ruiz Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la Región de Murcia. Rev Esp Salud Publica. 2012;86(3):279–91.
- 6- Travetto C, Daciuk N, Fernández S, Ortiz P, Mastandueno R, Prats M, et al. Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(4):307–15.

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

Aunque sujeta a variaciones, en aras de su filosofía contextualizadora, la revista constará de secciones tales como:

- EDITORIAL. Estará destinado a artículo doctrinal o de opinión, en los que se abordarán cuestiones de marcado interés, por ser relevantes o polémicas en el momento en se realiza la publicación periódica.
- SAPIENZA VIVA. Esta herramienta está destinada a difundir y dar a conocer las trayectorias de aquellas personas relevantes por su ejercicio profesional dentro de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.
- HISTORIA. Destinada a la publicación de anales o crónicas, tanto originales como posibles revisiones relacionadas con disciplinas propias de las Ciencias de la Salud.
- TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES. Apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan al desarrollo tanto teórico como filosófico de las Ciencias de la Salud, así como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- MISCELÁNEA. Sección encarga de la divulgación de actividades, noticias, agenda, entre otros, así como de la revisión de novedades editoriales.
- CARTAS AL DIRECTOR. Serán aceptados en esta sección todas aquellas discusiones de trabajos publicados con anterioridad en EGLE, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias de extensión breve en su texto.

PAUTAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS.

- Estructura del manuscrito: En la primera página estará destinada al título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués. Seguidamente el nombre de los autores, un máximo de seis (6), también en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M^a. R. Pérez Pérez. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. La segunda página estará destinada al resumen del trabajo que tendrá un máximo de 200 palabras, igualmente en los tres idiomas ut supra. En la parte inferior se incorporarán un máximo de cinco

palabras que los autores consideren claves con respecto al tema abordado en el artículo. El dossier se verá concluido con el contenido del artículo, con un número máximo de veinte páginas, en las que no se incluirán notas al pie de página. La última página estará dedicada a la bibliografía.

Con respecto a esta última, se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, exponencial o entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al. En el caso de que el trabajo esté orientado hacia las Humanidades, se utilizará el sistema de nombre y año, atendiendo a las recomendaciones establecidas por el Sistema Harvard. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería, Index Medicus o en la web CiberIndex. Seguidamente se muestran algunos ejemplos del formato a llevar a la hora de las citas bibliográficas:

Publicaciones periódicas.

Artículo ordinario.

Castro Molina, Francisco Javier; García Parra, Elisa; Causapie Castro, Álvaro; Monzón Díaz, Josué. Fundación e inicios del Manicomio de Tenerife. Rev Presencia 2011 jul-dic, 7(14).

Autor corporativo.

Comité Internacional de Editores de Revistas de Historia de la Medicina. Index de Enfermería. 1992;1(6):6-14.

Autor no identificado.

Historia de la Enfermería [editorial]. RN. 1992; 1(6):1-2.

Atendiendo al tipo de artículo.

Fernández Martín, Marisa. Historia de la Antropología [carta]. Tesela, 2005; XVI(57):7-17.

Pérez Pérez, Olga; Megias López, Antonio; Martínez Hernández, Ruymán. Ayer y hoy de la bibliografía de la Historia de la Enfermería. Revista Rol.. En prensa (fecha de aceptación 14.09.2012).

Libros-monografías.

Autor/es personal/es.

Castro Molina, Francisco Javier; Rodríguez Gómez, José Ángel. Uniforme e imagen social de los cuidadores profesionales. Santa Cruz de Tenerife: Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, 2012 (1ª ed.).

Directores- compiladores como autores.

Siles González, José (editor). Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclara, 1999.

Capítulo de un libro.

Losada Pérez, Antonio. Historia y asistencia en la ciudad de Granada. En: Granados Antón, Marta, editora. Salud, asistencia e Historia de Granada. Granada: Ayuntamiento de Granada, 2007 (2ª ed.); Vol 3:37-78.

Actas de reuniones científicas.

Pacheco Guanche, Francisco Javier. Historia, arquitectura y asistencia del Manicomio Provincial de Huelva. Actas del XIX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental; 2012, marzo 2-3-4. Tarragona: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, 2012.

Documento electrónico.

Castro Molina, Francisco Javier; García Parra, Elisa; Causapie Castro, Álvaro; Monzón Díaz, Josué. Fundación e inicios del Manicomio de Tenerife. Rev Presencia 2011 jul-dic, 7(14). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n14/p0176.php>> Consultado el 30 de Mayo de 2013.

De Miguel, R.. (2012). El proceso histórico de las ciencias de la salud. <http://www.juntadeandalucia.es /29888746/salud/enferm.htm>; 25 de enero de 2005.

- Material gráfico, fotográfico e ilustraciones: deberán ser remitidas, junto con el artículo que se pretende publicar, indicando su número de orden y título a pie de página claramente.
- La fuentes tipográfica a emplear será Times New Roman, tamaño letra12, a doble espacio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL ARTÍCULO.

EGLE es una publicación periódica da la posibilidad de incorpora a su texto artículos en español, inglés y portugués. Una vez recibidos, pasan por un proceso de selección que consiste en una primera revisión realizada por el Consejo editorial que examina y comprueba que existe el cumplimiento de los requisitos establecidos por la revista, ut supra. En caso de no ceñirse a ellos, será notificado al autor o a los autores, para acometer los cambios precisos que se le indicarán.

Posteriormente, tras una clasificación temática, el artículo es remitido a dos especialistas para su evaluación, desconociendo éstos en todo momento la autoría del documento enviado. Una vez establecidos los conceptos de los pares académicos, el Consejo editorial unifica las recomendaciones que se le harán

llegar al autor/autores que puede ser en tres modalidades: de aceptación de los ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo, situación esta última que deberá hacerse llegar vía correo electrónico o postal.

Si desde el Consejo Editorial se decidiera rechazar el artículo, se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión razonada adoptada por el órgano rector editorial. Cuando el manuscrito sea considerado para incluir en la publicación de la revista, esta situación será notificada a los autores, disponiendo éstos de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

EGLE se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto aportado que se pretende publicar. Los criterios en los que se fundamenta el Consejo Editorial son los siguientes: la originalidad y actualidad del tema abordado; la calidad y validez de los conocimientos aportados; la presentación, organización y desarrollo del texto; la inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en *EGLE. Revista de historia de los cuidadores profesionales y de la salud*.

