

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS Y LAS PACIENTES
SOBRE EL RESPETO A LA INTIMIDAD DURANTE EL
PROCESO HOSPITALARIO.

PROYECTO PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR: Bach: María Estela Paredes Olano
Bach: Roxana Del Rosario Ramos Castro

Chiclayo, 15 de enero de 2016

**PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS Y LAS PACIENTES
SOBRE EL RESPETO A LA INTIMIDAD DURANTE EL
PROCESO HOSPITALARIO.**

POR:

Bach: María Estela Paredes Olano
Bach: Roxana Del Rosario Ramos Castro

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

Mgtr. Soledad Guerrero Quiroz
Presidente de Jurado

Mgtr. Mercedes Elizabeth López Díaz
Secretaria de Jurado

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 15 de enero de 2016

DEDICATORIA

A nuestros padres por su apoyo incondicional y sus valiosos consejos que nos brindan día a día para ser mejores personas y profesionales.

A mis maestros quienes nunca desistieron en enseñarnos e inculcarnos el respeto a la vida y a brindar un cuidado holístico, a ellos que continúan depositando su esperanza en nosotras.

A nuestra asesora Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, puesto que sin su ayuda no hubiéramos podido culminar la presente investigación.

Estela y Roxana

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, nuestro señor, que ha hecho de nosotras un instrumento en la búsqueda incansable de la perfección.

A nuestra asesora Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos por su orientación acertada para la culminación de la presente investigación.

A las enfermeras del servicio de ginecología por brindarnos su apoyo desinteresado en la realización de la presente investigación.

A las personas hospitalizadas en el servicio de ginecología, que a pesar del dolor por el que atravesaban depositaron en nosotras el valor de la caridad y el amor al prójimo, sin ellas nada de esto hubiera sido posible.

Estela y Roxana

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
1.1 Antecedentes	13
1.2 Base teórico-conceptuales	15
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	
2.1 Tipo de investigación	24
2.2 Abordaje Metodológico	24
2.3 Sujetos de Investigación	27
2.4 Escenario	28
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
2.6 Procedimiento	31
2.7 Análisis de datos	33
2.8 Criterios Éticos	34
2.9 Criterios de Rigor Científico	35
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS	37
Consideraciones Finales	100
Recomendaciones	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	114

RESUMEN

Estudio de tipo cualitativo, que utilizó como abordaje metodológico estudio de caso. Sus objetivos fueron caracterizar, analizar y comprender la percepción de enfermeras y pacientes sobre el respeto a la intimidad en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo. Para la obtención de datos se aplicó la entrevista semiestructurada a profundidad y la observación no participante, estos datos se procesaron a través del análisis de contenido temático y de la técnica de triangulación. El estudio se desarrolló basándose en los principios éticos de Ellio Sgreccia y de rigor científico planteados por Guba y Lincoln. Las categorías emergidas fueron: Apreciaciones de enfermeras y pacientes sobre el respeto a la intimidad, desposesión de la intimidad de la paciente mujer, condiciones desfavorables para ejercer el cuidado de la intimidad y reacciones de la mujer frente a la intimidad vulnerada. Los resultados demostraron que las enfermeras perciben la intimidad como una dimensión holística, pero se ve violentada por el gran número de pacientes, la inadecuada infraestructura, los deficientes recursos materiales, la intervención de otros profesionales, deficiente empatía, formación y resistencia al cambio. La mujer percibe la intimidad como el respeto a su cuerpo, enfocado a sus partes íntimas, asegurando sufrir situaciones de desposesión durante los cuidados, por falta de vocación y empatía, manifestando actitudes pasivas, sentimientos de vergüenza e incomodidad, tristeza y llanto, justificando dichas reacciones de pasividad por estar enferma, sentirse vulnerable y por miedo a que los profesionales tomen venganza, renieguen o se desquiten con ellas.

PALABRAS CLAVES: Percepción, Respeto, Intimidad, Enfermería, Hospitalización

ABSTRACT

Qualitative study that used as a case study methodological approach. Its objectives were to characterize, analyze and understand the perception of nurses and patients on respect for privacy in the service of gynecology Teaching Hospital Mercy Regional Chiclayo. For data collection semi-structured in-depth interview and non participant observation were applied, these data were processed through thematic content analysis and triangulation technique. The study was developed based on the ethical principles of Ellio Sgreccia and scientific rigor posed by Guba and Lincoln. The emerged categories were: Appreciation of nurses and patients on respect for privacy, dispossession of the privacy of the patient women, unfavorable to exercise care privacy and reactions of women facing conditions privacy violated. The results showed that nurses perceived privacy as a holistic dimension, but is violated by the large number of patients, inadequate infrastructure, poor material resources, the involvement of other professionals, lacking empathy, training and resistance to change. The woman perceived privacy and respect your body, focused on her private parts, ensuring suffer situations of dispossession during care, lack of vocation and empathy, expressing passive attitudes, feelings of shame and embarrassment, sadness and sorrow, justifying such passive reactions by being sick, feeling vulnerable and afraid that professionals take revenge, or renege desquiten with them.

KEY WORDS: Perception, Respect, Privacy, Nursing, Hospitalization

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el equipo sanitario tiene una visión fragmentada del ser humano que enmarca las prácticas del cuidado, considerándolo como simple objeto visual, que termina convertido en cuerpo «medicalizado» "cuerpo biológico, que se puede reparar y coaccionar"¹. Al respecto Yepes² menciona al ser humano como una unidad integrada de dos dimensiones: física y espiritual, por lo tanto, el cuidar requiere esta doble dimensión, para no ser reducido a simple exterioridad.

La intimidad representa lo más nuclear de la persona y debe ser protegida, pues es el mundo interior, el santuario de lo humano, un lugar donde solo entra la propia persona, porque allí residen sus vivencias personales, es decir, toda una analítica existencial cuyo perímetro gira en torno al ámbito nuclear del yo personal^{2,3,4}.

Lo íntimo es tan central al hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: la vergüenza o pudor, reflejado al ocultar o cubrir espontáneamente lo íntimo frente a las miradas extrañas, una manifestación de defensa para evitar su manipulación^{2, 3}. De ahí que toda persona al sentir su corporalidad expuesta tiende naturalmente a protegerla, por ello, la enfermera necesita conocer ese modo natural de ser, para tratarle adecuadamente y ser capaz de detectar y calificar todas las acciones profesionales que incidan sobre él, con el fin de saber si lo potencian o lo dañan³.

La persona, tiene la capacidad de sentir, de conocer su realidad, de relacionarse con otros, con su entorno, de decidir con libertad, de buscar la felicidad, pero cuando se hospitaliza se encuentra con escasas herramientas para decidir, porque carece del suficiente conocimiento técnico o simplemente no tiene la voluntad de adquirirlo o entenderlo⁵. Así en un medio

desconocido, con poca información y donde naturalmente se establecen relaciones asimétricas, surgen posiciones de desigualdad que afectan al ejercicio de la autonomía y la libertad de los pacientes, sufriendo situaciones de desprotección, temor, soledad y desposesión de su intimidad.

Al respecto Blanca J. y colaboradores⁶, explican la causa de estas situaciones, manifestando que el mantenimiento de la intimidad dentro del hospital es a veces olvidado a favor de aspectos más técnicos, debido a que los profesionales no siempre contemplan los mismos conceptos, significados y prioridades de la intimidad como dimensión, olvidando que el ejercicio de cuidar requiere tanto la atención del bienestar físico como el bienestar interior de la persona^{7,8}. Arcos F. y Galindo S.¹, explican también que el silencio y la pasividad de los pacientes nos hacen cómplices del irrespeto a la intimidad como derecho fundamental y por el cual el personal de enfermería debe abogar, no solo como un principio ético, sino como un acto que garantiza la calidad del cuidado humanizado.

Por ello, la intimidad como dimensión exige una actitud de respeto por parte de la enfermera, pues las situaciones propias del cuidado develan aspectos, que normalmente quedan reservados para las relaciones especiales y limitadas de familiaridad, poniendo a la persona cuidada en condiciones que le fuerzan a compartir aspectos de esa intimidad suya con el cuidador⁹.

Esta forma de acceso limitado es de extraordinaria importancia en el campo de la salud, la confianza de su mundo interior suscita en la enfermera el respeto de estar ante algo único, por lo tanto ha de ser tratada con lealtad, lo que exigirá no compartirlas con otros⁹. Esta confianza está enmarcada en el secreto profesional, y se encuentra inmerso en los códigos profesionales, con el deber de no revelar aquello que se nos confía¹⁰. Así como lo estipula el Código de ética y deontología del colegio de enfermeros del Perú, en el capítulo III, artículo 25º mencionando: La enfermera(o) debe mantener el

secreto profesional, a excepción de aquellos en los que esté en riesgo la vida de la persona. Aun así se olvida y se escucha en hospitales y centros sanitarios, la información confiada, como anécdota o cotilleo de pasillo, esto sucede porque visualizan a la persona como objeto de cuidado y no como sujeto holístico¹¹.

Ciertas situaciones propias del sistema sanitario, suponen amenazas para el respeto a la intimidad, como el número elevado de pacientes y acompañantes, situaciones de aglomeración, rapidez de la atención, la complejidad del diagnóstico, la intervención de muchos profesionales sanitarios en escaso tiempo y espacio o falta de áreas adecuadas para la privacidad, estos factores crean un contexto donde se transgrede la intimidad del paciente⁷, además el uso de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, hace que la persona pierda su identidad de su sujeto, reparándolo solo como “objeto deteriorado”, olvidando que es un ser doliente, que está dispuesto a mostrar solo aquello que quiere mostrar, aunque a veces se ve forzado a revelar sensaciones íntimas, independientemente a cómo el hecho afecte a su salud⁵.

Prieto L.¹² cita las palabras del escritor y catedrático de ética Savater F. manifestando que “...ayudar al que sufre debe consistir en no aprovechar nunca su desvalimiento para manipularle, ni siquiera por su bien!, en respetar la frágil dignidad embrutecida por los padecimientos y en apoyar esa personalidad irrepetible que por inercia se convierte en un simple “caso clínico...”, por ello, el objetivo del cuidado enfermero debe orientarse a ayudar a la persona enferma que, como paciente, está en una situación de vulnerabilidad, pero que tiene derechos específicos que el cuidador tiene que conocer y respetar.

Debemos tener presente que la pérdida de la intimidad del paciente hospitalizado y la aceptación de su dependencia son agentes desestabilizadores que se manifiestan en otro tipo de síntomas y modos de conducta diferentes a los habituales en el propio paciente. La aparición de actitudes de exigencia, de

irritabilidad y de cansancio, así como síntomas de regresión y de ansiedad puede ser la expresión somática de situaciones desestabilizadoras relacionadas con la pérdida de la intimidad¹⁵. Identificar estas manifestaciones permite calificar y evaluar si el cuidado ofrecido asegura el respeto de esta dimensión. En este sentido, las investigadoras en el transcurso de sus prácticas hospitalarias evidenciaron a diario cómo los pacientes son transportados de su habitación al baño con cubiertas inadecuadas dejando al descubierto partes íntimas de su corporalidad, al parecer por ser más cómodo, más práctico y ahorrar tiempo a los cuidadores el llevar “listos” (sin ropa) a los pacientes para ser bañados. De la misma forma su intimidad es expuesta al ser examinados por cualquier miembro del equipo de salud, al realizar procedimientos sin solicitarles su autorización o no cubrirles durante el mismo, cuando omiten llamarlos por sus nombres y apellidos, o toda interrupción en sus relaciones familiares o de amistad, vulnera su intimidad, en la mayoría de estas situaciones las personas siempre manifiestan incomodidad ya sea con gestos como sonrojarse o voltear la cara lejos de la mirada de quienes lo observan, o el afán por quererse cubrirse, ya sea con sus manos o con sabanas. Para las autoras esta vivencia se ha convertido en una fuente de indagación de cómo se está percibiendo el respeto a la intimidad.

Esta situación, no es ajena en el área de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, espacio donde la persona permanece hospitalizada y se ve expuesta a muchas circunstancias que vulneran su intimidad. Esta compleja realidad que se vive actualmente, llevó a las investigadoras a querer conocer *¿Cómo es la percepción de las enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario en el Hospital Regional Docente Las Mercedes?*, siendo los objetivos caracterizar, analizar y comprender esa percepción.

La investigación se justificó, porque el respeto a la intimidad es un derecho inherente a la naturaleza de la persona, naturaleza que no puede reducirse

solo a exterioridad o a un “cuerpo medicalizado”¹, a su vez este respeto es un valor innato en la acción de cuidar. Por ello no puede cosificarse, ni puede perder sus rasgos personales e individuales, mucho menos prescindirse de sus sentimientos y valores para solo identificarse con sus rasgos externos, para ser tratado como: “el sr de la cama número tal”, “la Sra. del legrado”. Esta tendencia actual despersonaliza al ser humano, viola sus derechos como persona y como paciente. En este sentido, la intimidad debe ser cuidada, custodiada y protegida de manera holística por todos profesionales del campo sanitario, en especial la enfermera, por la inmediatez del cuidado durante las 24 horas del día, ejerciendo un rol de acompañamiento durante el proceso hospitalario.

De igual forma, permitió reflejar las diferentes percepciones de las mujeres hospitalizadas y de las enfermeras, conocer sus opiniones e ideas acerca del respeto a la intimidad en base a la experiencia del proceso hospitalario, pues el ingreso a un hospital supone un paréntesis en el quehacer diario, en el rol familiar y social de la persona, donde se pueden sentir vulnerables con cierto miedo a lo desconocido. Asimismo permitió al profesional de enfermería reflexionar en base a las experiencias manifestadas de las pacientes, la calidad de cuidados percibida, muchas veces olvidado y justificado por los múltiples factores que caracterizan al sistema sanitario en nuestro país, ofreciendo una información útil para comprender las implicancias que conduce el no respetar esta dimensión; a fin de asegurar cuidados holísticos, que forma parte del metaparadigma transformador y constituye un componente existencial de la enfermería y del conocimiento disciplinar. De esta manera servirá como material bibliográfico para futuras investigaciones relacionadas al tema, contribuyendo al conocimiento científico de los profesionales de Enfermería y de aquellos Enfermeros en formación.

I. MARCO TEORICO CONCEPTUAL:

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Realizando una búsqueda minuciosa del tema de investigación, a nivel internacional se encontraron los siguientes antecedentes.

Arcos F. y Huertas G. en su investigación "La exposición corporal y el cuidado de Enfermería", demostraron que la mayoría de los pacientes manifiestan sentimientos de nostalgia, pena, dolor en el corazón, molestia, pesar, vergüenza, incomodidad, irrespeto, cuando su cuerpo era expuesto desnudo frente a otras miradas. Según los autores, estas sensaciones deterioran un aspecto importante de la calidad del cuidado de enfermería, en la medida en que la intimidad se considera un derecho del paciente¹.

Muñoz M. en su investigación "¿Se respeta la intimidad de los pacientes hospitalizados durante la asistencia sanitaria?" reveló que los profesionales de enfermería reconocen el olor, la desnudez y la suplicencia como factores que intimidan y desencadenan vergüenza, considerándose responsables en gran medida de la falta de intimidad. Al respecto, los pacientes declararon que la dependencia, el compartir baño, la presencia de otras personas al realizar sus necesidades y el sexo del cuidador, generan falta de intimidad y malestar, muchas veces rechazan inicialmente la higiene por la sensación de vulnerabilidad y pudor, pero reconocen la actitud de naturalidad de los profesionales como una ayuda para superar ese momento. Aseguraron a la vez que la presencia de profesionales que no son imprescindibles durante las exploraciones, la solicitud de información personal o la información sobre su proceso en presencia del compañero de habitación, es reconocida como una agresión a la intimidad¹⁴.

Gutiérrez B. y colaboradores en su investigación “La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras”, revelan que el significado de la intimidad en el hospital, está influenciado por el espacio físico que rodea al paciente y su familia, por quiénes entran a formar parte de ese espacio y por cómo entran a formar parte de él. Hay una serie de factores extrínsecos al paciente-familia que determinan que el ambiente en que viven inmersos en el hospital sea de tipo favorecedor o desfavorecedor con respecto a la intimidad. Existen una serie de factores intrínsecos determinantes de esta vivencia como el nivel de independencia del paciente, la implicación de la familia en los cuidados del enfermo y las experiencias previas de hospitalización. El desarrollo secuencial de las relaciones del paciente-familia, los compañeros de habitación y con los profesionales hace que todo el grupo constituyan al final un núcleo íntimo más amplio¹⁵.

De Soldevilla M., Solano D. y Luna E. en su investigación: “Intimidad desde una perspectiva global: paciente y profesionales” revelaron que no existen distancias entre las percepciones de los profesionales y las expectativas de los pacientes, descubriendo importantes vacíos de intimidad, inadvertidos muchas veces por los profesionales. Los autores mencionan la necesidad de utilizar modelos integrales en el cuidado, al evidenciar la interrelación de necesidades, y que cuando un aspecto se desequilibra encuentra reflejo no en una, sino en varias necesidades de la persona. Resaltan la estructura hospitalaria causante en muchos casos de no poder salvaguardar el derecho a la intimidad aun así recalcan que cada profesional puede hacer una gran aportación en la práctica diaria, basta empatizar y utilizar los recursos al alcance que a veces por rapidez se dejan atrás¹⁶.

Lenzi S. y Okino N. en su investigación: “Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados”, describen la percepción de la intimidad corporal en cuatro categorías temáticas, basadas en las teorías de la privacidad: dignidad y respeto, intimidad

y tacto, espacio personal y territorial, y autonomía. Los pacientes entrevistados admitieron sufrir molestias y vergüenza ante la desnudez y tacto corporal, sobre todo en las partes íntimas. En consecuencia el respeto surge como el aspecto más importante, seguido por la necesidad de control personal sobre las situaciones de abuso a su privacidad. Para esos pacientes, la privacidad está interrelacionada con la dignidad y el respeto, exigir relación de intimidad y tacto corporal, depende de la delimitación del espacio personal/territorial y de la garantía de autonomía¹⁷.

Lara P. en su miscelánea: “En lo que respecta a la intimidad y el apoyo familiar ¿podemos mejorar la atención sanitaria que prestamos a nuestros pacientes hospitalizados en las áreas de críticos?”, refleja la percepción de la intimidad en tres categorías: 1) Espacio físico, entendido desde el punto de vista emocional (pudor, desnudez, vulnerabilidad, calidad humana o estado de salud) o funcional (arquitectura o medidas de aislamiento). 2) Entorno familiar, como distanciamiento de los seres queridos que conlleva pérdida afectiva y ruptura con el rol familiar y describen la necesidad de apoyo familiar cuando la situación es más estable. 3) Privacidad de autonomía, entendida como la desprotección por la desnudez y la falta de autonomía. En este estudio la intimidad se considera un concepto personal, dinámico y transformable dentro del modelo cultural e historia de vida individual donde la mayoría de pacientes supeditan su estado de salud a la intimidad, dando prioridad a la gravedad del proceso¹⁸.

1.2. BASES TEORICO- CONCEPTUAL

La investigación está sustentada en los conceptos: intimidad según Yepes², percepción según Vargas¹⁹ y cuidado humano según Watson²⁰.

La Real Academia de la Lengua Española define la intimidad como “zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de

una familia”¹². El diccionario M. Moliner lo define como el “Conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior”⁵.

Según Yepes R.² la intimidad designa el ámbito interior a cubierto de extraños, lo íntimo es lo que solo conoce uno mismo: lo más propio; el mundo interior, el “santuario de lo humano”. Un lugar donde solo puede entrar uno mismo, parte reservada de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad. Tan particular es esta dimensión, que en el ser humano es de natural ocurrencia el pudor, que se extiende, como bien lo señala el autor, a diferencia de la mera vergüenza, más allá del ámbito corporal. Es así que el pudor, inhibe la manifestación de emociones o circunstancias espirituales en privado o en público; donde solo se develan ciertas cosas o hechos a personas seleccionadas^{9, 21}.

Esta dimensión se ve influenciada por la cultura, edad, religión, las experiencias personales a lo largo de la vida como la enfermedad, o el hecho de ser hospitalizado, pues durante ese proceso que dura horas, días, semanas, o meses, el ser humano se convierte en paciente y está expuesto a diferentes procedimientos, tratos, gestos, palabras que afectan su intimidad¹⁸.

Durán M.⁵ hace referencia de la intimidad a lo privado, la confianza, el fuero interno, la interioridad o la mente. Explica que la intimidad es un valor oculto, que no se ve, intangible para los otros, planteando que los aspectos ocultos de la intimidad del cuidado enfermero están relegados a favor del rol predominante de los cuidados técnicos y cuantificables, a favor de los intereses visibles y externos. En consecuencia decimos que la intimidad es una dimensión intrínseca e individual que define al ser humano, donde se refleja el interior del interior, lo más profundo de su ser. Aquí se muestra el principio de autonomía, principio que todos los profesionales de salud deben respetar para lograr destapar ese mundo interior, pues depende solo de la persona dárselo a conocer.

Burrows J. y colaboradores²¹ reconocen tres esferas de lo íntimo: la intimidad territorial o espacial, la intimidad corporal y la intimidad psicológica o espiritual. La intimidad corporal hace que el hombre se vista para proteger su cuerpo del medio exterior, por ello el vestido identifica al hombre reflejando su personalidad en el modo de vestir, para lograr mantener su cuerpo dentro de lo íntimo^{1,2}. La vestimenta mal usada en una persona hospitalizada refleja vulnerabilidad, debilidad, enfermedad, sufrimiento aún más cuando esta se ve expuesta a procedimientos en donde su corporalidad es descubierta, este nudismo no es natural porque supone una renuncia a su intimidad cuando no es autorizada.

El acceso a la intimidad espacial y corporal se pone a prueba en la entrevista, el examen físico y los procedimientos terapéuticos, basta mencionar el acto de desvestirse parcial o totalmente, que los pacientes deberían realizar con plena libertad, con conocimiento del sentido de las acciones terapéuticas que se van a efectuar, respetando las formas o códigos culturales que testimonian y protegen la intención estrictamente profesional de la interacción^{21, 22,23}. Es por ello que cuando la intervención enfermera requiere cualquier tipo de contacto físico será muy importante conocer el grado de pudor de la persona atendida, y actuar con la máxima sensibilidad posible para no ofenderla con nuestra actuación, lo que implicará pedir permiso para desnudar, tocar, explorar el cuerpo del otro. No es válido pensar que cuando una persona se pone en nuestras manos podemos hacer lo que nos parezca con su cuerpo. La buena asistencia incluye el respeto a la intimidad corporal.

En esta circunstancia, la enfermera debe conocer las formas de aproximarse, en condiciones de autenticidad, de credibilidad, para mostrar el ejercicio de la confianza y del secreto profesional. Desde aquí, surge la necesidad de la información por parte de los profesionales durante la aplicación de cuidados. Aparece por tanto, la necesidad de guardar un espacio íntimo, un lugar físico

como un espacio de relación, donde la enfermera está obligada a preservar y proteger para que sea utilizado únicamente para cuidar^{5, 10,22}.

El que cuida está obligado a conocer el hecho de que nunca entrará en la intimidad de la persona que cuida sin su consentimiento, significa que la disponibilidad de datos de valoración mayoritariamente subjetivos, pueden no mostrarse, lo que abre un camino para aceptar, que en ocasiones, se planificarán cuidados en incertidumbre, por respeto a “aquello” que la persona quiere “guardar” solo para sí mismo, pero que no significa que no se preste el cuidado necesario⁵.

La recogida de información por parte de la enfermera tiene como objetivo, poder atender correctamente a la persona. Esta información se tiene que obtener aunque eso suponga una intromisión a la intimidad de la persona cuidada, pero hay que ser conscientes de que esta intromisión también tiene unos límites. Estamos legitimados para preguntar algunas cosas, las que sean necesarias para la atención, pero no estamos legitimados a preguntarlo todo, la enfermera no debe traspasar los límites de la intimidad^{18, 21}. A menudo, ya sea por inercia o por despreocupación, hacemos preguntas íntimas innecesarias, que no aportan nada para la valoración de las necesidades de la persona ni el plan de cuidados. Además este cuidado requiere condicionantes: no permitir espectadores u oyentes, entra en el ámbito de la gestión de los valores y por tanto, marca una forma de hacer y una forma de ser enfermera.

Debemos reconocer que esta forma de acceso limitado es de extraordinaria importancia en el campo de la salud, debido a que la persona revela partes de su mundo interior a través de confidencias; y debe suscitar en nosotros el respeto propio de estar ante algo único, por lo tanto, la confidencia ha de ser tratada con lealtad, lo que exigirá no compartirlas con otros⁹.

Establecer que se respete estos tres aspectos de lo íntimo es difícil, sin embargo es necesario en las organizaciones sanitarias, donde el profesional de enfermería para poder intervenir, se ve obligado, en ocasiones a transgredir los contornos de la intimidad del otro. En concordancia con Orellana C.²³ recalcamos que en la medida que se reconoce al enfermo como sujeto libre, capaz de decidir por sí mismo, lo estoy reconociendo y tratando como persona, por ende estoy respetando su intimidad.

Es precisamente a este mundo interior al que el paciente nos invita cuando nos confía su cuidado. Lo hace para que lo ayudemos a recuperar su salud, pero también para apoyar su corazón sufriente en alguien que lo comprenda, lo acepte, lo quiera, que no lo juzgue y lo aconseje para continuar construyendo el proyecto de su existencia. Es nuestro deber como enfermeras generar condiciones para una comunicación personal donde esta sea oportuna, respetuosa, atenta y generadora de confianza para acercarnos con reverencia y cuidado a este verdadero misterio, nunca como dueños, siempre como servidores y amigos.

A esto Yepes R.² también afirma que la manera quizá más grave de desposeer a las personas de su dignidad intrínseca es violar su intimidad, es decir, horadarla y forzarles a manifestarla contra su voluntad. El pudor, al proteger y mantener latente nuestra intimidad, aumenta el carácter libre de la manifestación, hacia fuera de lo que somos y tenemos. Lo íntimo es libremente donado porque es previamente poseído². Con esto se nos recuerda que los pacientes no nos pertenecen, y que debemos pedir su autorización antes de realizar cualquier procedimiento o de compartir la información de la cual ellos son los protagonistas.

Watson J.²⁰ en su teoría del Cuidado Humano refleja una visión humanista del cuidado, y nos recuerda que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado,

intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente que deben desarrollarse con respeto y autonomía. Este cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener calidad única y auténtica, pues la enfermera es llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía no solo del cuerpo sino también de la mente y del alma. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica sino también, un agente humanitario con valores y principios morales, que le permita brindar un cuidado holístico, considerando y respetando también la intimidad como dimensión.

No podemos dejar de mencionar que en el ámbito hospitalario existen elementos a partir de los cuales se pueden generar conflictos pues requieren condiciones de ejecución natural y que cuando no se dan, generan a las enfermeras dilemas éticos. Por ello, para asegurar el cuidado de lo íntimo, en todas sus acepciones se requiere de una estructura adecuada y organización de los equipos de salud en un marco facilitador dentro de la política de los modelos de calidad de los servicios sanitarios y una responsabilidad moral orientada al cuidado excelente, aquello relacionado con el bien interno⁵.

Pero actualmente la estructura física, los recursos materiales y humanos de los que dispone el sistema sanitario generan condiciones desfavorables para ejercer un adecuado cuidado de lo íntimo y del mantenimiento de la intimidad de cuidar. El hospital es considerado como ese lugar que genera esperanzas de sanación, pero también, "temor", y desconfianza⁵. Es un reto lograr que la infraestructura hospitalaria, garantice confianza, e incorporar cambios para que se den condiciones que garanticen la intimidad, a través de la prestación de servicios más eficaces, y así conseguir una atención de salud segura, personal, humana y completa.

Son muchos factores que influyen en la forma de cuidar esa dimensión: la misión del servicio sería lo primordial, también influye una arquitectura

previa, la cultura de la organización y los valores en los que se encuentra inmersa, los procesos clave que determinan su razón de ser y los procedimientos que allí se van a realizar, las normas, la estructura en la toma de decisiones, el sistema de información y los valores individuales y de los colectivos que lo integran y la forma en que se entiende a los seres humanos. La mayor parte de las veces surgen los dilemas desde las contradicciones explícitas, por ejemplo, definiciones de misión donde el usuario es el protagonista, apareciendo palabras como “calidez o humanización”, y procedimientos de mantenimiento donde se utiliza la pintura blanca para pintar las paredes del hospital, siendo este color frío⁵. Esta situación que se puede definir como déficit estructural de la protección de la intimidad corporal, se mantiene hasta nuestros días, dado que todavía existen hospitales con habitaciones compartidas por 10 a más enfermos, profesionales que realizan higiene en los pasillos a los pacientes, personal que entra a la habitación sin llamar a las puertas, excesivo número de personas que hacen visitas en las habitaciones sin el consentimiento del interesado.

Según Vargas L²⁴, define la percepción como un proceso cognitivo de la consciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. Este proceso es subjetivo, selectivo, temporal, e interactivo para cada individuo, y se encuentra directamente relacionado con sus preferencias, prioridades, necesidades, valores y experiencias^{25,26}.

La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, al contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción, donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social^{24, 26}. Es así que

las autoras buscaron conocer esas percepciones por parte de enfermeras y pacientes para poder caracterizarlas.

En consecuencia la percepción es un proceso mental que a través de los sentidos permite recibir, elaborar e interpretar la información obtenida del entorno y que serán expresados en forma de opiniones, juicios, sentimientos y vivencias, que permitirán caracterizar, en el caso del paciente, momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado enfermero. Y en la enfermera durante la realización del mismo.

Una de las características básicas de la percepción, es el juicio, que ha sido tratado dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas^{24,25}. Es por ello que las personas cuando viven experiencias de salud – enfermedad generan percepciones positivas o negativas en torno al cuidado que reciben.

Según Bruce M.²⁷ el proceso que realiza el cerebro al percibir, puede estar dividido en tres fases: el proceso sensorial, que es la recepción de los estímulos a través de los cinco sentidos; el proceso afectivo, que es la relación que hace el cerebro de acuerdo a las experiencias vividas, dando lugar a sentimientos, emociones agradables y desagradables y por último el proceso simbólico, en la cual la percepción va ligada a una representación, es decir la categorización que se realiza al colocar ese estímulo, para reconocerlo y adjudicarle un significado valorativo. Estos tres procesos trabajan en conjunto ante un estímulo.

Decimos entonces que la percepción se realiza a través de los sentidos, siendo estos parte primordial en el cuidado de lo íntimo, porque permiten la interacción y recepción de sensaciones que terminan adjudicando valor al cuidado enfermero. La vista y el oído son los dos sentidos más utilizados en

dicho proceso, la vista puede actuar como invasor de la intimidad, como afirma Torralba F.²⁸. "no cabe duda que deseamos preservar determinadas regiones de nuestro cuerpo de la mirada ajena". El equipo interdisciplinar, en especial la enfermera por la inmediatez del cuidado durante las 24 horas del día y del tiempo que dure la hospitalización, puede convertirse en un gran observador potencial.

El oído es otro sentido del que hace uso el profesional de enfermería, como menciona Torralba F. citando a Bohórquez²⁸, es importante escuchar para cuidar porque constituye un valor que forma parte de la actuación de la enfermera, por ello se requiere una conducta ética para abordar el buen cuidado y respetar la intimidad del paciente hospitalizado. Una de las situaciones en la que también se ve vulnerada la intimidad del paciente es durante el descanso nocturno, según Guevara B.²⁹, menciona que los ruidos pueden generar ansiedad y dificultar el descanso; esto nos hace comprender hasta qué punto es importante respetar el entorno del paciente en momentos de calma asistencial.

Torralba F. también cita a Jaramillo L.^{28, 30} refiriendo que el paciente necesita atención física, pero todos necesitamos atención comunicativa, ser escuchados, por ello la intimidad no se reduce a poner una cortina cuando el paciente tiene necesidades fisiológicas sino que tiene que ver con el arte de preguntar y escuchar. Así Yepes R.² indica que el hombre es ante todo un ente que habla y necesita ser escuchado, ya que mediante el lenguaje la persona exterioriza su intimidad y lo que piensa se hace público, de modo que puede ser comprendido por otros.

El tacto surge como una dimensión de la intimidad relacionada con el desempeño de cuidados corporales como la higiene, la eliminación, la alimentación y las curas. El tocar es una forma de invadir directamente la intimidad del paciente. Según Jaramillo L.³⁰ con el tacto se desprenden

percepciones de afecto y complicidad y surgen sentimientos que tocan la intimidad del paciente.

En consecuencia, para asegurar un cuidado holístico es importante reconocer la empatía como base de la interacción enfermera – paciente durante el cuidado, pues es el corazón de la moral, lo que posibilita comprender la situación del paciente y asegurar el respeto a la intimidad.

II. MARCO METODOLÓGICO:

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de tipo cualitativa^{31,32,33} porque permitió comprender e interpretar a profundidad el respeto a la intimidad, intentando encontrar el sentido de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden, es decir, desde la percepción de las enfermeras y las pacientes, de sus experiencias en el contexto hospitalario, este tipo de investigación es congruente con la filosofía holística de Enfermería pues se centra en la comprensión de la globalidad de las experiencias humanas.

2.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

La investigación se abordó con la metodología estudio de caso^{31,34} permitiendo realizar un examen detallado de los sujetos, los cuales presentaron

características únicas, dentro de un contexto real, el hospital, utilizando diversas fuentes de información, además la construcción de un conocimiento más profundo sobre el respeto a la intimidad que se brinda en el hospital y cuál fue la percepción de las enfermeras y las mujeres hospitalizadas, de esta manera se conoció las relaciones existentes entre los factores que interfieren en la situación y los significados subyacentes para determinar por qué los sujetos investigados se comportan o desarrollan ciertas actitudes o particularidades al ser sujetos de cuidado o individuos cuidadores.

En este sentido, se partió de varias situaciones observadas con relación a la protección de la intimidad, durante el proceso hospitalario, aprovechando momentos de práctica en el pre-grado y las visitas a personas hospitalizadas, donde la enfermera en su acto de cuidar interviene directamente. Por ser un estudio de caso se tuvo en cuenta los principios planteados por Lüdke Menga y André³⁴.

1. Los estudios de caso se caracterizan por dirigirse al descubrimiento, donde las investigadoras partieron de algunos presupuestos teóricos iniciales, sin embargo, estuvieron atentas a nuevos elementos que fueron relevantes durante el proceso de estudio. El marco teórico inicial sobre intimidad sirvió así de esqueleto, de estructura básica a partir del cual se detectó nuevos aspectos, que fueron sumados para delimitar con mayor exactitud el objeto de estudio.

2. Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto. En esta investigación se tuvo en cuenta el contexto en donde se sitúa el objeto a analizar "percepción de la enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad", de tal manera que se pudo comprender claramente su manifestación general, situaciones desencadenantes o influyentes, percepciones, comportamientos e interacciones de los sujetos involucrados en la investigación. Se centró en el contexto del Hospital Regional Docente las Mercedes, que cuenta con el servicio de Ginecología, donde la enfermera interactúa con las pacientes el tiempo que dura la hospitalización, período que

sirvió para conocer cómo se respeta la intimidad de la persona hospitalizada, tomando en cuenta la cultura, creencias y valores de los sujetos investigados.

3. Los estudios de casos buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. Para dar cumplimiento a este principio, las investigadoras se centraron en un análisis recóndito de la situación, situándola como un todo. Para ello, se partió del conocimiento adquirido de estudios similares, lo que permitió apreciar la información brindada por las enfermeras y las pacientes, tratando de retratar la realidad de los sujetos de estudio, develando las complejas percepciones entre los sujetos de investigación y el objeto investigado.

4. Los estudios de casos usan una variedad de fuentes de información, Por ello, para dar cumplimiento a este principio las investigadoras realizaron dos entrevistas semiestructurada a profundidad, pacientes y enfermeras, y la observación libre, con la finalidad de contrastar la variedad de información.

5. Los estudios de casos revelan experiencias secundarias pero importantes y permiten generalizaciones naturalísticas. Para cumplir este principio, se identificaron experiencias significativas y representativas acerca de cómo perciben el respeto a la intimidad, la enfermeras y las pacientes durante el proceso hospitalario, permitiendo describir de manera minuciosa el contexto y caracterizar a los sujetos que participen del estudio, logrando la generalización naturalística en otra realidad, que presente características similares al contexto donde se realizó la investigación.

6. Los estudios de casos procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. Durante la investigación se suscitaban opiniones diferentes acerca del objeto de estudio, las investigadoras procuraron revelar esas divergencias de opiniones,

aportando incluso su propio punto de vista sobre la situación, a fin de llegar a conocer la verdad de la realidad estudiada.

7. Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. El informe final fue relatado en forma clara y sencilla, tratando que no se aparte de la realidad estudiada y permita al lector hacer nuevas investigaciones a partir de esta.

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta las fases propuestas por Nisbet y Watt, citado por Ludke³⁴, los cuales explican que los estudios de caso se desarrollan en tres fases:

a) Fase exploratoria: el estudio partió de algunas interrogantes planteadas a partir de la realidad observada durante nuestras prácticas pre profesionales, estos cuestionamientos consideran aspectos críticos del trabajo cotidiano de las enfermeras y las percepciones que tienen las pacientes en relación al respeto de la intimidad en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente las Mercedes. Estas interrogantes o puntos críticos iniciales fueron examinados a través de la literatura encontrada en libros y artículos relacionados con el objeto de estudio: Antropología Filosófica, Psicología, Ética y Bioética del Cuidado Enfermero, además consultándose con algunas enfermeras del servicio para enriquecer la problemática y precisar el objeto de estudio.

b) Fase sistemática o de delimitación del estudio: una vez identificado los elementos claves y los límites aproximados al problema, se procedió a la recolección de información sistemáticamente, utilizando dos entrevistas semiestructuradas a profundidad dirigidas a enfermeras y pacientes, con la finalidad de tener una imagen más completa del objeto de estudio.

c) Fase de análisis sistemático y elaboración del informe: en esta fase se analizó las percepciones de las enfermeras y las pacientes referente al respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario, recolectada la información, se procedió a la desgravación y transcripción de los discursos tal como expresan los sujetos de investigación incluyendo gestos y silencios, etc. durante el mismo, en seguida se seleccionaron los datos relacionados con el objeto de estudio cambiando del lenguaje “emic” al lenguaje “etic” hasta llegar a obtener las unidades de significado, luego fueron agrupadas por semejanza, dando lugar a las categorías empíricas, que a la luz de la teoría se codificaron, lo que dio mayor comprensión del objeto de estudio y permitió construir los resultados de la investigación, finalizando con la elaboración del informe según las normas de la escuela de enfermería.

2.3. Sujetos de la Investigación.

Los sujetos de estudio fueron 6 enfermeras asistenciales que laboran en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, las cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión: ser enfermeras que voluntariamente accedieron a colaborar con la investigación previo consentimiento informado para enfermeras (ver anexo 01) del servicio de Ginecología, con cinco años de experiencia en el cuidado de la persona hospitalizada, criterio importante porque son enfermeras con la experiencia suficiente sobre el objeto de estudio, fueron excluidas las enfermeras que estaban reemplazando vacaciones o descansos médicos o realizando pasantías o estudiando la especialidad.

Con relación a las pacientes, fueron 11 entrevistas realizadas, a aquellas mujeres entre 18 a 50 años hospitalizadas en el servicio de Ginecología y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: mujeres mayores de edad, en condición estable en la entrevista y que acepten participar en la investigación voluntariamente previo consentimiento informado para pacientes (ver anexo 2), así mismo, se excluyó del estudio a las mujeres que en

su historia clínica tengan como antecedente algún problema psiquiátrico como: psicosis, esquizofrenia, trastornos obsesivos compulsivos.

La muestra fue determinada por los criterios de saturación y redundancia³⁹, dejando de aplicar la guía de entrevista cuando ya no se encuentren elementos nuevos en los datos recolectados.

Para guardar la confidencialidad e identidad de los participantes, los sujetos de investigación fueron protegidos por códigos, en caso de las enfermeras correspondió a la primera letra de enfermera y la primera letra de ginecología enumeradas desde EG1, EG2, EG3, EG4, EG5, EG6.

Para las mujeres fue la primera letra de la palabra mujer y la primera letra de la palabra ginecología con numerales desde MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG8, MG9, MG10, MG11.

2.4. Escenario de la investigación.

En el presente estudio tuvo como escenario el Servicio de ginecología perteneciente al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente "Las Mercedes". Dicho establecimiento pertenece al segundo nivel de atención de salud del MINSA con la categoría II-2, en el distrito de Chiclayo dentro del departamento de Lambayeque. Este departamento de Gineco-Obstetricia se inició desde la apertura del hospital. Actualmente consta de 2 salas de Alto riesgo Obstétrico, 1 sala de puerperio, Centro Obstétrico y el Servicio de Ginecología, en este último contexto se llevará a cabo el estudio.

Este ambiente es una sala común con infraestructura de material noble, paredes revestidas con cerámica, consta de 14 camas con un metro de distancia entre una y otra, sin separación con biombos o cortinas, acompañadas de un velador, cada unidad carecen de rotulo para identificar a la persona hospitalizada. Además consta de un baño común para todas las pacientes donde tienen que esperar turno para ingresar al mismo. En otro ambiente contiguo se halla la sala de procedimiento Ginecológicos, donde se

realiza Legrado y aspiración manual endouterina (AMEU), su infraestructura cuenta con lavador de manos, camilla ginecológica, lámpara cialítica, coche de paro, instrumental y equipos para dichos procedimientos.

El total de personal que labora en el servicio de Ginecología es de 7 enfermeras, una enfermera jefe y 6 enfermeras asistenciales, 8 técnicos de enfermería y 17 médicos Gineco-Obstetras, los cuales laboran en horarios rotativos, turnos de mañana de 7:30 am a 1:30 pm, tarde de 1:30 pm a 7:30 pm y noches de 7:30 pm a 7:30 am. El reporte de enfermería se realiza de cama en cama. Se reciben pacientes de sexo femenino, en edad fértil, con complicaciones de la gestación hasta 22 semanas, dentro los cuales predomina el diagnóstico de aborto incompleto, amenaza de aborto, hiperémesis gravídica, mola hidatiforme, así como también, hemorragias uterinas disfuncionales, embarazos ectópicos, tumores benignos (miomas, fibromas, hiperplasia endometrial) y cáncer ginecológico. El periodo de permanencia es de dos 2 días aproximadamente.

La enfermera recibe a las pacientes, realiza la valoración, controla signos vitales, arma la historia clínica, administra tratamiento, entrevista al familiar acompañante, y en coordinación con el técnico de enfermería, la ubican en su unidad, proporcionándoles ropa de cama. Además se les informa sobre horarios de visita, entrega de recetas, entrevista con el médico y en caso de aborto incompleto informa a la paciente y familia sobre el procedimiento a realizar.

2.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de los datos.

Los instrumentos de recolección de datos siguieron la línea del pensamiento de la metodología del estudio de caso, lo que permitió conseguir los objetivos trazados.

Los datos se recolectaron mediante la técnica entrevista semiestructurada³¹. Logrando conocer a profundidad la percepción de las enfermeras y las

pacientes sobre el respeto a la intimidad y de esa manera saber cómo se está cuidando esa dimensión del ser humano, las preguntas se formularon partiendo del objetivo de estudio.

Para registrar la totalidad de la información se aplicó la observación no participante y no estructurada³⁵, la que permitió observar a los participantes de la investigación en su contexto real, donde desarrollan normalmente sus actividades captando aquellos aspectos que son más significativos y que abarcan todo el ambiente físico, social, cultural, etc. donde se dan los hechos, así mismo las entrevistas fueron registradas en una grabadora de voz.

La entrevista a las enfermeras y las pacientes se realizaron en el área de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, en un ambiente privado previamente coordinado con la jefatura del servicio, evitando que los sujetos de estudio se sientan cohibidos y lleguen a expresar todas sus percepciones, de manera individual y anónima. Así mismo se dio a conocer que puede retirarse voluntariamente en cualquier momento de la entrevista. No existió un orden al preguntar, la secuencia, se condicionó según los sujetos de investigación, el tiempo promedio que duró cada entrevista fue de 20 minutos, las cuales se registraron en una grabadora, aspecto que también se solicitó tanto a las enfermeras como a las pacientes y se les informó que luego de analizar los datos y de sustentar la tesis, las entrevistas serán eliminadas y las impresas se descartarán.

La guía de entrevista semiestructurada fue validada por juicio de expertos, esta validación consistió en someterla a una revisión de tres expertos: la enfermera jefe que labora en el área de ginecología, con más de 19 años de experiencia asistencial y dos enfermeras expertas en la metodología, e investigación cualitativa, con grados de magísteres en Ciencias de Enfermería, que proporcionaron sugerencias que fueron consideradas para la realización final del instrumento.

Posteriormente, obtenida la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, se realizó una prueba piloto que consistió en entrevistar por lo menos a tres sujetos, con la finalidad de comprobar que las preguntas establecidas en la guía de entrevista son entendidas y las respuestas responden al objeto de estudio. Luego de ello se reformuló aquellas preguntas que no cumplan con este criterio.

2.6. Procedimiento.

En un primer momento se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo y con el visto bueno de la docente de la asignatura de Tesis I se presentó al comité metodológico de dicha escuela para las sugerencias del caso, posteriormente se presentó un ejemplar al comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina donde fue aprobado. Se procedió a su ejecución con previa solicitud de permiso respectivo a la gerencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, cumpliéndose con todos los requisitos que soliciten a fin de garantizar el desarrollo de la investigación. Una vez asegurada esta gestión, se hizo una inmersión total en el escenario, a fin de conectarse con los sujetos de investigación que cumplan con los criterios de inclusión, realizando la entrevista en el servicio mencionado. Se les dio a conocer detalladamente en qué consiste la investigación, sus objetivos y la importancia de su participación, posteriormente se les hizo firmar el consentimiento informado, solo si aceptan voluntariamente ser partícipes de la investigación. A la vez explicándoles que tienen la libertad de permanecer o retirarse de la investigación sin afectar su reputación. Se regresó al escenario cuantas veces fue necesario hasta completar la muestra, la misma que se estableció teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia.

Los instrumentos de recolección de datos fueron previamente validados por expertos en la temática y la metodología, a la vez, mediante una entrevista piloto a la enfermera y al paciente.

El método de registro consistió en la grabación de las entrevistas, ya que permitió recoger los datos de manera fidedigna y sin alterar su contenido. El tiempo de las entrevistas promedio fue de 20 minutos, dándose a conocer antes a los participantes que la entrevista se grabará respetando el anonimato, asignándoles un código.

La transcripción de los discursos se ejecutó después de cada entrevista, para garantizar la fidelidad de los resultados, permitiendo revisar si las ideas fueron expresadas de manera completa y clara, para mejorar la calidad de recolección de datos en las entrevistas posteriores. Se observaron las expresiones no verbales siendo registradas en el cuaderno de campo.

Una vez transcritas las entrevistas, fueron presentadas a los sujetos de investigación para corroborar si están de acuerdo con lo manifestado o desean agregar o cambiar algunos relatos.

Una de las preguntas clave fue ¿Qué entiende por respeto a la intimidad de las pacientes? luego se pasó a la pregunta: Para Ud. ¿cuáles son los cuidados de enfermería que aseguran el respeto a la intimidad de las pacientes durante la hospitalización? Para triangular y corroborar si lo que decían las enfermeras era verdadero, se hizo las siguientes preguntas a las pacientes: ¿Qué entiende usted por respeto a su intimidad durante la hospitalización? Después: Para Ud. ¿Qué cuidados brindados por la enfermera aseguran el respeto de su intimidad?, las investigadoras permanecieron muy atentas a las respuestas y se hizo otras preguntas (repreguntas) para profundizar los aspectos relacionados con el objeto de estudio.

La triangulación implicó recoger los datos desde punto de vista distintos y realizar comparaciones múltiples de un fenómeno único que permitió develar las convergencias y complementariedades. Con ello se consiguió aumentar la validez de la investigación, a través de un examen cruzado de la información con lo que se obtuvo datos de gran interés que permitió no solo el contraste de los mismos, sino también un medio de conseguir otros datos que no fueron

aportados en un primer nivel de lectura de la realidad, aportando mayor claridad y veracidad.

Se tuvo cierta dificultad para realizar la entrevista a las enfermeras, porque estas no querían en un primer momento colaborar con la investigación y porque mencionaban que no tenían tiempo para responder las preguntas ya que tenían que participar en muchos procedimientos, sin embargo a pesar de ello se logró conciliar con ellas y fijar la fecha y hora para realizar la entrevista.

2.7. Análisis de los datos.

Una vez recolectados todos los datos, se realizó el procesamiento de la información a través del análisis temático⁵⁶, permitiendo descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando similitudes o semejanzas que existen entre éstas en función de criterios preestablecidos.

El análisis temático según Lupicino⁵⁶ comprende tres etapas:

Pre análisis: en esta etapa se organizó los datos a analizar, diseñándose y definiendo los ejes del plan, lo que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. De esa manera se realizaron las revisiones de las grabaciones detenidamente hasta encontrar relación con los datos, las mismas que fueron transcritas tal cual respondan los sujetos de estudio, sin obviar el contenido de la conversación. Después fueron ordenadas en forma numérica según ejecución; de igual forma se procedió con los datos anotados en el cuaderno de campo.

Codificación: consistió en realizar la transformación de los datos tal como fueron manifestados “datos brutos” (Lenguaje EMIC) a “datos sutiles” (Lenguaje ETIC). Para ello, se realizó la lectura y relectura de los discursos para descartar los datos que no eran de utilidad para la investigación y asegurar una limpieza de los discursos. Las operaciones implicadas en esta etapa fueron la fragmentación del texto según áreas temáticas para lograr extraer las unidades

textuales y de significativo, indicadores de categoría empírica a las que se les asigno un código numérico, logrando facilitar el agrupamiento por semejanzas.

Categorización: consistió en organizar y clasificar las unidades de significado obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización fue el semántico, es decir, se agrupó las unidades por similitudes en cuanto a su significado, logrando así la reducción de los datos y su transformación en categorías de estudio de acuerdo a la confrontación con el marco teórico referencial. En esta etapa las investigadoras formularon categorías de acuerdo a los datos significativos obtenidos en la entrevista, agrupando los datos por elementos similares, buscando lo que cada uno tienen en común, para que posteriormente den origen a las categorías y ser analizadas a la luz de la literatura.

2.8. Criterios éticos.

Durante el desarrollo de la investigación científica se respetaron los principios de la ética personalista propuestos por Sgreccia³⁷, y centrados en la persona, dando valor primordial a los derechos fundamentales.

- Principio de respeto a la vida humana: en todo momento de la investigación se respetó a las participantes como personas únicas, irrepetibles, insustituibles e inviolables. Se evitó poner en riesgo sus vidas, recibiendo un trato digno y de respeto a todo lo que expresen, sin críticas negativas o prejuicios, manteniendo el anonimato para garantizar su intimidad y su libertad de expresión durante la recolección de datos y la publicación de los resultados una vez terminada la investigación.

- Principio de libertad y responsabilidad: la investigación se llevó cabo previo consentimiento informado de todas las participantes. Las investigadoras fueron las responsables de buscar a profundidad la verdad del objeto de estudio siguiendo las pautas del proceso de investigación, se evitaron considerar a las participantes como objetos solo para conseguir datos para la investigación, se

actuó siempre con libertad y respetando la opinión de las mismas. La información proporcionada por los sujetos de estudio, no fue divulgada públicamente mucho menos a exposición de terceros, excepto de quienes participarán en el estudio.

- Principio de la sociabilidad y subsidiaridad: mediante estos principios las investigadoras dieron a conocer a las enfermeras del servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, los resultados de la investigación. Y les informaron que serán difundidos en eventos nacionales e internacionales, así como publicarlos como libro para los beneficios de estudiantes y enfermeras no sólo del Perú sino de todo el gremio a nivel internacional.

2.9. Criterios de rigor científico.

El rigor científico de la investigación, busco velar por que los datos estén completos, que sean de calidad, para ello se debe tener los siguientes requisitos^{58, 59}.

- Credibilidad: este criterio se logró porque los datos se recolectaron y procesaron tal cual se presentaron en la realidad, evitando los perjuicios del investigador, de igual forma, cuando se hizo conocimiento a los sujetos de estudio los datos de la entrevista, para verificar su contenido y asegurar que todo lo redactado sea lo que realmente querían expresar.

- Confirmabilidad: para ello fue necesario un registro detallado y completo de las decisiones y los pasos que el investigador siga en relación con el estudio. Además se logró que la investigación sea utilizada como antecedente para otros trabajos de investigación por ser un tema inédito.

- Transferibilidad o aplicabilidad: este criterio se logró porque permitió al lector hacer una comparación con otro contexto diferente al que se realizó en la investigación, gracias a la descripción de los sujetos y el escenario de investigación minuciosamente.

III. RESULTADOS Y ANALISIS

La intimidad es una dimensión intrínseca, define a la persona reflejando lo más profundo de su ser, resulta transcendental respetarla durante el cuidado que brinda la enfermera en las tres esferas que la componen: la intimidad territorial, la intimidad corporal y la intimidad espiritual, para asegurar un cuidado holístico humanista y una exigencia ética, pues violentar la intimidad como derecho, constituye un atentado a la dignidad de la persona.

Por ello, fue importante reflexionar sobre cómo las enfermeras perciben y cuidan esta dimensión en la persona hospitalizada en el área de ginecología del Hospital Regional Docente las Mercedes, así también conocer la percepción y juicio desde la perspectiva contraria, es decir, desde la perspectiva de las mujeres involucradas en dicho fenómeno. Es así que al analizar los resultados de la presente investigación surgieron categorías y subcategorías, las mismas que permitieron caracterizar, analizar y comprender sus percepciones. A continuación se presentan las categorías y subcategorías que emergieron de la presente investigación:

1.- APRECIACIONES DE ENFERMERAS Y PACIENTES SOBRE EL RESPETO A LA INTIMIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

- 1.1. Intimidad dimensión holística con trato digno.
- 1.2. Derecho a la intimidad y privacidad del cuerpo.

2.- DESPOSESIÓN DE LA INTIMIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE LA PACIENTE MUJER.

- 2.1. Pérdida de la autonomía y corporalidad descubierta.
- 2.2. Intimidad emocional violentada vs Intimidad espacial limitada.
- 2.3. Confidencialidad expuesta, despersonalización y trato deshumanizado.

3.- CONDICIONES DESFAVORABLES PARA EJERCER EL CUIDADO DE LA INTIMIDAD.

- 3.1. Inadecuada valoración de la persona hospitalizada: escasa formación, deficiente empatía y resistencia al cambio.
- 3.2. Inadecuada infraestructura y recursos materiales.

4.- REACCIONES DE LA MUJER FRENTE A LA INTIMIDAD VULNERADA.

- 4.1. Reaccionando con actitud pasiva, llanto y tristeza.
- 4.2. Reaccionando con vergüenza e incomodidad, con deseo de retiro voluntario.

CATEGORIA I: APRECIACIONES DE ENFERMERAS Y PACIENTES SOBRE EL RESPETO A LA INTIMIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.

Apreciación, también denominada percepción, discernimiento o conocimiento, es un proceso mediante el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales para dar un significado a su entorno, así lo que uno percibe puede diferir sustancialmente de la realidad objetiva, porque las personas pueden ver lo mismo y sin embargo, percibirlo de manera diferente. Existen factores en el perceptor que ayudan a dar forma o a distorsionar la percepción, como su historia, su interpretación, su expectativa, el objetivo a percibir, el contexto y las circunstancias⁴⁰. Entonces cuando alguien se acerca, la reacción dependerá del reconocimiento de sus emociones, es decir, de su estado de ánimo. Este diagnóstico se realiza a partir de la observación del rostro y de otras señales no verbales durante la aplicación del cuidado, entonces se forma una impresión sobre una persona o acción, una imagen relativamente coherente a partir de la información recogida en los primeros instantes a través de los sentidos, realizando atribuciones causales para explicar su conducta, esto les sucede a las mujeres

hospitalizadas del servicio de Ginecología, quienes al percibir el cuidado de lo íntimo elaboran juicios sobre el actuar y comportamiento de las enfermeras, atribuyéndoles características cualitativas e ideológicas construidas y reconstruidas por el entorno social, lo que permite generar evidencias sobre la realidad desde aquella interpretación.

Para Yepes R.² la intimidad designa el ámbito interior a cubierto de extraños, lo íntimo es lo que solo conoce uno mismo: lo más propio; el mundo interior, el “santuario de lo humano”. Un lugar donde solo puede entrar uno mismo, parte reservada de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad. Es precisamente a este mundo interior al que el paciente nos invita cuando nos confía su cuidado, lo hace para que lo ayudemos a recuperar su salud, pero también para apoyar su corazón sufriente en alguien que lo comprenda, lo acepte, lo quiera, que no lo juzgue y lo aconseje para continuar construyendo el proyecto de su existencia.

Por ello el respeto de la intimidad durante el proceso hospitalario debe ser transcendental, la enfermera debe establecer una comunicación eficaz, donde los tonos, actos y palabras que utilice sean las adecuadas dependiendo de las circunstancias y el contexto. Las palabras pueden instigar percepciones favorables o desfavorables, así al emitir mensajes positivos y motivadores se obtienen respuestas de la misma índole, si las frases o actos son hirientes, denigrantes, discriminadoras y potencialmente descalificadoras, vulneraran la intimidad del paciente, ocasionando una percepción negativa del trabajo enfermero, de igual forma sucede con las acciones, generando resistencia a la colaboración y esto siempre socava la realización de un trabajo en equipo eficiente. Así se analiza cada punto expuesto anteriormente, tal como se describe en la siguiente subcategoría:

1.1 Intimidad dimensión holística con trato digno.

Cuidar al ser humano en toda su dimensión holística, implica respetar su intimidad, reconocer su dignidad y respetar su autonomía, donde la intimidad representa lo más nuclear de la persona y debe ser protegida pues es el mundo interior, un lugar donde solo entra la propia persona, porque allí radica sus vivencias personales, es decir, toda una analítica existencial cuyo perímetro gira en torno al ámbito nuclear del yo personal^{2, 3, 4}.

|

Sciacca⁴¹ advierte que en cuanto somos personas no somos objetos, sino sujetos (esto es, individuos que sienten); y sujetos inteligentes (sujetos dotados de la presencia, que nos hace capaces de distinguir el ser del no ser, fundamento de toda vida racional, y de toda capacidad para resolver inteligentemente los problemas) con autonomía suficiente para decidir con libertad y responsabilidad, autonomía que queda limitada en situaciones de enfermedad y queda en manos de los profesionales de la salud.

La regla de oro de todo ser humano es "trata a los demás como quieres que te traten a ti." La permisividad de las costumbres es una concepción errónea de la libertad humana. Cuanta más rica es la personalidad más amplia y profunda es la intimidad de una persona y, por tanto, más profunda y más fuerte es la conciencia de su propio valor y la necesidad de su protección. Para educar la virtud del pudor se deben promover unos hábitos relacionados con el respeto a la propia intimidad y a la intimidad de los demás.⁴²

Watson²⁰ ve a la persona como "un ser en el mundo, un ser holístico". Considera 3 esferas: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, además se centra en las relaciones transpersonales de la persona. Los pacientes requieren cuidado holístico que promueva el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta

efectivo si se practica en forma interpersonal, y la intimidad debe ser tratada de esa manera.

Asimismo la enfermera por ser profesional, percibe la intimidad como una dimensión holística, su formación viene enfocada a valorar al enfermo como ser completo, por ello aquellas aluden la complejidad de esta dimensión por ser algo personal e intransferible de cada individuo, y con distintas acepciones, dependiendo de las situaciones y contexto en el que se entienda. Lo consideran como algo muy íntimo, que incluye aspectos físicos, psicológico, social, etc. Estas apreciaciones por parte de las enfermeras se declaran en los siguientes discursos:

"Es respetar a la persona como ser humano, en toda su dimensión, tanto físico, biológico, social, económico, cultural..." (EG3)

"La intimidad debe verse en el respeto de todos los aspectos, psicológico, personal, físico, todo lo que se refiere a su entorno del paciente, la familia". (EG5)

Yepes² argumenta que la persona es única e irrepitible, es un QUIÉN, un alguien, no un QUÉ, un algo. No es una cosa, posee un carácter irrepitible, no es como una silla, un vaso o un micrófono; designarla cómo quién, es aludir a esta intimidad incomunicable que somos cada uno. En este sentido, el mismo autor cita a Julián Marías quien gusta decir que "la persona es un alguien corporal", estos conceptos coinciden con las manifestaciones de las enfermeras, las cuales expresan que el respeto de la intimidad es ver y tratar a la persona como ser humano en todas sus dimensiones.

Manifiestan también que la intimidad es respetar el ámbito físico, psicológico, social, económico, sin embargo cuando explican cada ámbito se enfocan en el cuerpo y la confidencialidad considerando estos más importantes. Yepes² explica que la expresión de la intimidad se da a través del cuerpo, específicamente en el rostro, considerando que a través de ellos se manifiesta esta dimensión, la mirada y su rostro son un reflejo del carácter único e

irrepetible de la interioridad personal, no hay dos rostros iguales; el rostro expresa el carácter irrepetible. El cuerpo sirve para expresar la interioridad, el mismo cuerpo está en la intimidad, por eso uno se viste; por eso cuando se hace referencia pública e inesperada de uno la reacción habitual es el sonrojo, el pudor, el hombre no se viste sólo porque haga frío; sino porque su cuerpo forma parte de su intimidad. A pesar que el cuerpo exige un respeto, debemos tener presente que no se trata con “cuerpos” sino con seres corpóreos, que no es solo un “caso” sino una persona, y no debe ser indiferente el trato que se dé al cuerpo de un paciente. La paciente está plenamente consciente que en ocasiones debe mostrar su cuerpo desnudo para la realización del examen físico con el fin de obtener diagnósticos precisos, y es aquí donde el personal sanitario debe buscar un punto medio.

La confidencialidad forma parte de la intimidad psicológica de la persona hospitalizada, ante ello las enfermeras expresan que cuando un paciente nos confiesa algo ellas deben respetar esa intimidad, esta confidencia se enmarca en el secreto profesional y se encuentra inmerso en los códigos profesionales, con el deber de no revelar aquello que se nos confía¹¹, así como lo estipula el Código de ética y deontología del colegio de enfermeros del Perú¹¹, en el capítulo III, artículo 25º mencionando: La enfermera(o) debe mantener el secreto profesional, a excepción de aquellos en los que esté en riesgo la vida de la persona. Esta forma de acceso limitado es de extraordinaria importancia en el campo de la salud, debido a que la persona devela partes de su mundo interior a través de confidencias, y debe suscitar en la enfermera el respeto de estar ante algo único, por lo tanto, la confidencia ha de ser tratada con lealtad, lo que exigirá no compartirlas con otros.

La individualidad y el respeto de las costumbres constituyen parte importante de la intimidad así como lo revelan los siguientes discursos:

“Es el respeto a la individualidad de cada persona hospitalizada, implica respetar costumbres, creencias porque no todos creemos ni pensamos igual, ni pertenecemos a la misma condición socioeconómica”. (EG2)

“La intimidad no solamente se refiere a lo físico, también lo intelectual, aquí vienen pacientes de diferente nivel intelectual, que han estudiado, otras que no, hay que respetar eso, viene gente de otros lugares como Incawasi, que no tienen las mismas costumbres que tenemos, hay que respetarlas a cada uno, no exponerlo físicamente al momento de algún procedimiento, no exponerlo psicológicamente, también respetar su individualidad”. (EG1)

Según el diccionario de la lengua española⁴³ refiere que la individualidad es la característica particular de la personalidad de un individuo que lo distingue especialmente de los demás y se relaciona con la intimidad porque es el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior, único para cada individuo, subjetivo, e influenciado enormemente por la diversidad cultural. Aquí la cultura constituye la identidad del ser humano, pues allí radica sus valores, creencias, costumbres, identifican su persona y lo hacen un ser único, esta identidad es tan exclusiva en el ser humano que es de especial valor reconocerla y respetarla durante su hospitalización.

Un segundo aspecto a considerar y no menos importante es la cultura propia de cada profesional de enfermería, en relación a sus creencias religiosas, relaciones familiares, idioma, la que se entrelaza con otras subculturas inherentes al contexto como por ejemplo la identidad profesional, la identidad de la institución donde se desempeña, entre otras. Este cúmulo de culturas y subculturas, pueden originar barreras culturales entre el profesional y el paciente, dando como resultado cuidados deficientes o de calidad dudosa.⁴⁴

Leininger en su Teoría de la Universalidad y diversidad del Cuidado Cultural indica que así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentren⁴⁵. Por lo tanto, para que el cuidado de enfermería sea

eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a estas personas. Lo cual se corrobora en los discursos anteriormente expuestos.

Hacemos mención a Campinha Bacote⁴⁶, con su modelo de la competencia cultural, que ofrece a la enfermera una guía para prestar intervenciones eficientes y culturalmente competentes. Para la autora la competencia cultural es la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros⁴⁶. De tal definición, se podría decir que para propiciar cuidados de enfermería de calidad enfocados al respeto de la cultura y la individualidad, el profesional debe tener conocimiento, sensibilidad y disposición para colaborar en ello.

El compromiso social que tiene la enfermera para cuidar a la persona, la familia y la comunidad, requiere que, además del conocimiento de la técnica, de los aspectos instrumentales del cuidado y de la comprensión intelectual, exista el conocimiento de esa otra persona, de su cultura, a través de una relación holista, pero la actual dinámica social, hace que el cuidado de Enfermería se convierta en un desafío permanente, pues debe considerar los valores, creencias y prácticas de individuos que tiene bajo su cuidado, así como manifestar el respeto por la diferencia cuando ofrece dicho cuidado⁴⁷.

Por otro lado los constructos que el modelo incluye para adquirir la competencia cultural menciona la conciencia cultural. Por conciencia cultural se entiende como, proceso deliberado y cognitivo, donde el profesional de salud llega a ser estimador y sensitivo a los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y estrategias de resolución de problemas en la cultura de las personas⁴⁵. Este proceso considera el conocimiento de los propios valores, prejuicios que cada uno tiene hacia las otras culturas y una exploración profunda hacia la propia. Este ejercicio es indispensable, pues existe una

tendencia a ser etnocéntrico e imponer los propios valores y creencias a los demás. Si no se es consciente de los propios valores y creencias en cuanto al cuidado de su intimidad, se corre el riesgo de ser impositivos durante el mismo. No obstante, el hecho de ser consciente de ellos, no asegura que las intervenciones sean culturalmente competentes.

A la vez las enfermeras hacen mención a la privacidad y el respeto al diagnóstico.

“Es la privacidad que tiene el paciente respecto a su diagnóstico, el respeto a su entorno y a todo el personal que trabaja acá”. (EG6)

La privacidad es la parte más interior y profunda de la vida de una persona, que comprende sus sentimientos, vida familiar o relaciones de amistad. La esfera privada es un lugar donde uno toma conciencia de su existencia frente a los muchos, el nido donde el individuo tiende a desarrollar sus potenciales y lejos del ruido de la colectividad. Lo privado es lo que se opone a lo público. “El primer hombre que acotó un trozo de tierra y dijo “esto es mío”, estableció la propiedad privada⁷.

Así lo encontramos en la legislación internacional en la Declaración de Lisboa⁴⁸ sobre los derechos del paciente enunciando que: toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte.

De igual forma, la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴⁹, se ha considerado como un código moral y contempla, entre otros aspectos, la defensa de la integridad moral. El Art.12 establece: Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su domicilio o su correspondencia, que dañe su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

También tenemos que mencionar que en el servicio de ginecología, la zona genital es la más expuesta, ya que la gran mayoría de patologías a tratar en este servicio necesitan de la exploración continua de los genitales, sin embargo, esto no debe ser una excusa para no respetar la intimidad de la mujer, por tal motivo ellas exigen protección al sentir esta parte de su cuerpo expuesta. Estas afirmaciones se aprecian en sus discursos:

"Que no esté expuesta a todo el mundo, que no vean mi cuerpo". (MG2)

"Que respeten lo que yo no quiero enseñar, que no me exijan a mostrar algo que yo no quiero, más si son mis partes". (MG6)

"Todos deben tener el mismo trato y respeto, nadie se debe burlar de la salud del paciente". (MG4)

La intimidad física o corporal es la más afectada y reconocida en las pacientes. Esto supone que nadie puede acceder al cuerpo de otra persona sin su permiso, ningún profesional de la salud puede tocarle sin su consentimiento, observarle o invadirle. Corresponderá, por tanto, al enfermo decidir a quién y a qué da acceso, pues sabe que su cuerpo no es un trozo de materia orgánica, por eso exige respeto y lo manifiesta en las entrevistas, pues corresponde a la parte visible de su propia intimidad.

En este sentido, el derecho y el respeto a la intimidad deben estar absolutamente garantizados. Por parte de las enfermeras a solicitud de las mujeres, quienes han manifestado que el trato a su persona debe ser holístico y digno. Por ello, la necesidad que tienen los profesionales de salud de examinar el cuerpo de la paciente para llegar al diagnóstico correcto, debe estar plenamente justificada y la exploración debe efectuarse con una intencionalidad exclusivamente técnica y de cuidado.

Las enfermeras manifiestan en sus discursos que la intimidad es una dimensión holística que debe ser cuidada, por otro lado los discursos de las pacientes mujeres, aluden a que intimidad es respetar su cuerpo, no exponerlas físicamente ante miradas de extraños, especialmente no exponer sus partes íntimas. Si realizamos una comparación, las pacientes solo mencionan una esfera de esta dimensión, la corporal, quedando muy limitada su percepción acerca de las otras esferas, pues como ya hemos mencionado antes, intimidad, no solo implica la parte corporal, sino también el ámbito espiritual y territorial. Esta percepción podría estar sujeta a su propia cultura, a sus creencias o experiencias o al simple desconocimiento sobre el respeto de dicha dimensión, esta situación nos hace cómplices de que al brindar cuidados, ella se vea vulnerada, pues la persona al desconocer el enfoque holístico, no exigirá que se le respete.

1.2 Derecho a la intimidad y privacidad del cuerpo

La persona es un sujeto de derechos y obligaciones, cualidad que se adjudica por el simple hecho de ser humano, sin hacer distinciones por razón de raza, sexo, creencias, condición social, etc.⁵⁰ Establecido esto, es pertinente decir que uno de esos derechos inherentes al ser humano, es el derecho de respetar su intimidad, es decir, derecho a la privacidad, ya que para que el individuo desarrolle su propia personalidad e identidad es necesario que goce de un área que comprenda diversos aspectos de su vida individual y familiar que esté libre de la intromisión de extraños.

Para las autoras el derecho a la privacidad o a la intimidad, es la facultad que tiene un individuo de disponer de un terreno o espacio de su libertad individual, el cual no debe ser invadido por otras personas, sin su consentimiento⁵⁰. En un principio la intimidad tiene un carácter excluyente y se identifica con el derecho a estar solo, o a ser dejado en paz, pero los límites del derecho, se han ensanchado. De esta forma el derecho a la intimidad es la

potestad que tenemos de que un tercero no conozca nuestra vida privada, y también la posibilidad de controlar lo que otros conocen de nosotros mismos⁹.

El derecho a la intimidad es un derecho subjetivo, de defensa de una parte de nuestra vida que queremos mantener reservada, y de la que tenemos plena disposición. Lo contempla desde el punto de vista legal la Constitución Política del Perú⁵¹, en el Art2 inciso 6, donde refiere, que toda persona tiene derecho: a que los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten la intimidad personal y familiar.

Igualmente, la Ley N° 26842, o ley General de Salud¹¹, manifiesta en el art15°: Toda persona usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad, b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece. c) A no ser sometida sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; situaciones que engloban derechos que todo profesional de salud especialmente las enfermeras debe respetar y cumplir.

Así manifiestan las enfermeras en los diferentes discursos reconociendo la intimidad como derecho que debe ser protegido y cuidado.

“Es proteger su derechos y está en manos de nosotras que se respete, siempre y cuando la enfermera tenga la capacidad y solventura para realizarlo, por ejemplo si bien el médico te dice ponle una sonda ya depende de ti si colocas un biombo o no, entonces los derechos de las personas hospitalizadas están en manos de nosotras y es nuestro deber respetar ese derecho”. (EG1)

“Es la privacidad de cada persona que se hospitaliza, es un derecho que tienen las personas, de que se les proteja su intimidad”. (EG4)

En uno de los discursos de las enfermeras menciona la capacidad y libertad para respetar la intimidad como derecho, si bien es cierto, la intimidad se ve vulnerada por las diferentes percepciones e ideas de los profesionales, de la

cultura del servicio, ya que todos no ven a la persona como un ser holístico, pero, reconoce que depende de cada profesional proteger esa intimidad, pues es sujeto de nuestro cuidado, aludiendo que la decisión es más personal. Este cuidado no está sujeto a una indicación médica, el proteger la intimidad, dependerá de la sensibilidad y empatía de la enfermera para darse cuenta que la persona a su cuidado es un ser viviente y no un simple objeto manipulable.

Es necesario recalcar que es éticamente condenable todo hecho que viole de alguna forma este derecho, por ello debemos tener cuidado, pues la interacción que se establece entre un paciente y el profesional de la salud que lo atiende, es una relación de proximidad y las situaciones que se presentan exigen develar aspectos de su intimidad que en la vida común quedarían reservados a las relaciones de familiaridad. Es así que la intimidad física del paciente exige un respeto por parte del profesional de la salud. El estado de salud de una persona constituye uno de los aspectos más íntimos de su personalidad y el personal de salud, en especial la enfermera se debe convertir en el garante de todo aquello que le confía el paciente, quienes también aluden el respeto a su intimidad como un derecho:

“Nadie puede venir pasar y verte si tú no lo deseas. Está estipulado ante la ley que uno tiene derecho a la privacidad y a no ser violentada... es un derecho al cuidado de tu cuerpo, es estar atento a lo quiere el paciente... deben tener respeto o consideración hacia la persona, no somos animales somos seres humanos”. (MG10)

“Intimidad es un derecho a que a nos respeten en nuestras cosas íntimas, que traten nuestras necesidades, ellas como son enfermeras tienen que estar allí con nosotras y respetar eso. p3

Que me cuiden, porque mi cuerpo es privado, es mi derecho, solamente me dejen ver porque estoy enferma. Ellos pueden verme porque me están tratando (se refiere al médico y la enfermera) y van a curarme, otra persona no”. (MG1)

El respeto a la intimidad hace referencia por una parte al derecho que tiene el paciente a que no invadan su intimidad, estipulado ante la ley, a que no lo presionen a revelar algo que considera de su mundo interior, que para él resulta incomunicable, y se traduce en el acceso limitado a la información; por

otra parte, el respeto a la intimidad implica dar al paciente el tiempo y el espacio necesario para entender y decidir, al obrar así, se le da primacía a su libertad⁵².

En un hospital docente, el paciente accede a compartir esa intimidad con el equipo médico con miras a un bien superior (establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado o como parte de una exploración física), pero en la relación paciente-alumno el beneficio para el primero ya no es tan claro. Inconscientemente apelamos a la generosidad del enfermo: en la medida que él quiera compartir su experiencia, estos conocimientos se aplicarán en beneficio de otros en un futuro. Puede ocurrir consideremos al enfermo exclusivamente como un “caso”, cuando en realidad es una “persona”, y la dignidad que goza es idéntica a la de un individuo sano, correspondiéndole idéntico respeto.

La persona reconoce la situación de vulnerabilidad, de exposición de su intimidad corporal, está plenamente consciente que en ocasiones debe mostrar su cuerpo desnudo para que le sea realizado un examen físico con el objeto de que se le haga un diagnóstico, y es aquí donde el personal sanitario debe buscar un punto medio de manera que no se viole la privacidad de la paciente, no se afecte su pudor y se respete al enfermo para que no se sienta usado sino importante para los demás⁵⁰. Ante esta situación el profesional de la salud debe tener muy claro que no trata con “cuerpos” sino con seres corpóreos, que no es sólo un “caso” sino una persona, y no debe ser indiferente el trato que se dé al cuerpo de un paciente ni a la información que proporciona.

CATEGORÍA II: DESPOSESIÓN DE LA INTIMIDAD DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE LA PACIENTE MUJER.

Esta categoría relata todas las situaciones de desposesión de la intimidad durante la hospitalización de la mujer en el servicio de ginecología, no solo el ámbito físico se ve violentado, que usualmente es común durante el ejercicio de los procedimientos, sino también la intimidad psicológica y espiritual a través del trato deshumanizado y la despersonalización.

Actualmente los profesionales de enfermería se enfrentan a un reduccionismo biológico, y es que aún estamos en etapa de transición, de centrarnos exclusivamente en la enfermedad, a la totalidad de su dimensión biopsicosocial, un cambio donde la ruptura del cuerpo, no es algo que la persona es, sino algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica⁵². La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones solamente técnicas quedando la persona cosificada y sujeta a criterios de eficiencia y utilidad, prácticamente la vida humana se valora en términos de utilidad biológica, sólo es válida aquella que tiene cierta calidad, perdiendo el valor fundamental de la vida.

El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy¹¹, quien al igual que Pellegrino, concibe la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico, donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social, espiritual y el ambiente donde vive y se desarrolla; recalcan que ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. La integridad es, en este sentido, sinónimo de salud. Entonces, si decimos que integridad es sinónimo de salud, la enfermedad equivale a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicancias éticas, corporales, psicológicas y axiológicas⁵². Por lo expresado, la relación del profesional de enfermería con el paciente, en cualquier

contexto que se dé, debe ser “holística”, donde el cuidar contribuye a la restitución de esa integridad.

Para Pellegrino⁵², el restablecimiento de la salud, del orden integral de la persona, constituye el fin último de la acción terapéutica, pero el acto de asistir, sólo puede realizarse de un modo óptimo, si se considera seriamente el hecho de la enfermedad y las múltiples consecuencias que tiene el enfermar en la condición humana.

2.1. Pérdida de la autonomía y corporalidad descubierta.

En las cuestiones de enfermedad debemos considerar a la persona como un ser autónomo, capaz de tomar decisiones sobre su salud o la falta de esta. Por ello, todas las acciones no sólo dependerán del criterio de los profesionales, sino también de la persona que enferma, porque es quien dirige su propia manera de afrontar la enfermedad y decide cómo quiere ser atendido. Este cambio refleja un desafío actual para el profesional, pero debemos considerarlo como un estímulo, reflejo de una sociedad que está en proceso de cambio, donde los valores y la ética no sólo se perciben, sino que se aplican en los cuidados, esto tiene una implicación no sólo profesional, además genera participación de los pacientes y familiares, lo que conlleva a la idea de que el proceso de curación de una enfermedad se realiza a través de las relaciones de ayuda⁵³.

Pero la realidad encontrada difiere del cuidado ideal, muchos de los relatos muestran exigencia del respeto de su autonomía ante la pérdida de la misma.

“Ayer me levantaron y me dijo vamos al baño para que te laves tus partes, le dije que saliera, pero dijo no, acá no estás en tu casa, me lave de la forma que ella quiso, me incomodo porque no fue como quise, hay personas que no respetan eso...” (MG6)

“...Todos vienen y dicen que quieren evaluarte, si tú dices que no, deben respetarte porque eres dueño de tu cuerpo, pero ellos ni siquiera preguntan simplemente vienen y ya, tú te tienes que dejar” (MG8)

"Los internos rodean la cama, empiezan a tocarnos... el doctor dice, ella tiene esto, tiene lo otro, me parece que es una falta de respeto a nosotros y a nuestro cuerpo, aunque sea por obligación o por nosotras, deben decir, miren ellos están acá, van hacerle algunas preguntas, van a estudiar, permítanos hacer esto, pedir permiso pero no lo hacen..." (MG3)

Los relatos demuestran diferentes situaciones de pérdida de autonomía, quizá para algunos profesionales enfocados en el paradigma categorización, no sea importante este ámbito de la intimidad, pero para nosotras como investigadoras si lo es, hemos mencionado que el ser humano es un ser viviente, que siente, piensa y que necesita tomar sus propias decisiones, quizá el proceso de enfermedad sea un limitante, pero como profesionales debemos velar por la salud de las personas minimizando la pérdida de autocontrol y fomentando la autonomía, desde la ética del cuidar. Por tanto, la autonomía de los pacientes será implementada en menor o mayor grado y siempre en función de lo que permita su estado de salud, incluso considerando la participación de la familia, que es el pilar fundamental para su recuperación, pues un simple acto como no permitir intimidad a la persona cuando se realiza el aseo, puede generar una percepción negativa acerca del cuidado que recibe de su salud, lo que nos limita el acercamiento a la persona, y aparecen actitudes de exigencia, irritabilidad y ansiedad que puede ser la expresión somática de situaciones desestabilizadoras relacionadas a la pérdida de la intimidad.

Sabemos que la enfermedad es un estado que reduce la autonomía personal porque obliga a depender de otros, cuando no se pueden realizar las funciones vitales; produce una sensación de impotencia y abatimiento; la persona se da cuenta de que su cuerpo ya no es un instrumento que puede manejar solo. En esta situación no sólo el paciente es vulnerable, también lo es el profesional de la salud pues está sujeto a la incertidumbre, a tener que saber, o si ello no es posible, a tener que adivinar cómo actuar. Este tipo de vulnerabilidad lo hace adoptar a veces conductas altaneras, que en el fondo son defensivas y le

cierran a una escucha reflexiva o a una actitud de autoobservación crítica, generando unas condiciones de desapego⁵².

Toda persona dispone de mecanismos y formas de adaptación para hacer frente a nuevas situaciones, pero cuando esa persona por su enfermedad no puede cuidar de sí misma, o no dispone o no sabe hacer uso de sus propios recursos⁵³, el profesional debe de ser un medio y un instrumento para mejorar la calidad de vida, como investigadoras creemos que por mínima que sea la facultad de autonomía que pueda disfrutar la persona, siempre será mejor que no tener ninguna.

El principio de autonomía es una consecuencia de la importancia creciente que ha adquirido la libertad individual como valor básico de nuestras sociedades. Es necesario partir de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida. Esto sin lugar a duda invita a respetar sus decisiones con respecto a su salud y enfermedad. Seguir este principio tiene relación con “el respeto por los derechos humanos, por las decisiones de las personas, la responsabilidad y el derecho a decidir cada uno, la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente, a través del respaldo del consentimiento informado. El consentimiento informado no es una hoja, no solo debe realizarse en procedimientos donde el riesgo de la persona es mayor, o el acto de no hacerlo genere implicancias legales, el consentimiento es un proceso continuo de comunicación e información en la relación profesional de salud – persona, y se fundamenta en el reconocimiento como sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida, su esencia no es otra cosa que considerar que las decisiones de salud, sean autónomas por la persona para ser moralmente aceptables^{54,55}. Así lo mencionan las enfermeras entrevistadas:

“El consentimiento es fundamental porque toda persona tiene que tener noción de lo que se le va a realizar o que es lo que tiene, tiene derecho desde un inicio a saber su diagnóstico, debemos hacer que todo el tratamiento que pueda recibir tenga su autorización, porque desde que hacemos el llenado del consentimiento informado estamos respetando la intimidad que pueda tener durante los procedimientos de enfermería. Tenemos que hablarle, explicarle, porque a veces el médico solo pasa y no le explica nada y tú tienes que explicar el porqué de ese medicamento, o de su enfermedad” (EG1)

“Durante cada procedimiento explico y oriento a la paciente pues es el único momento en que lo puedo hacer”. (EG3)

La enfermera reconoce el consentimiento como fundamental en su actuar, como derecho inherente de la persona, a saber su diagnóstico o tratamiento que recibirá desde el inicio del proceso hospitalario, como fundamental para respetar esa intimidad durante los procedimientos de enfermería, pero no concuerda con lo que refieren las mujeres hospitalizadas pues ellas afirman que no les piden permiso, ni mucho menos se les responde cuando preguntan sobre la acción u horario del medicamento. A la vez, la enfermera se enfoca en que el consentimiento informado es un formato, pues menciona **“hacemos el llenado”**, y el consentimiento no es un formato, sino un documento que debe asegurar el respeto de la autonomía de la persona.

El consentimiento informado es la potestad que tiene el paciente de aceptar la realización en su propia persona, de procedimientos diagnósticos, tratamientos y cuidados generales tras haber comprendido claramente y libremente los beneficios y los eventuales prejuicios de dichos procedimientos, a partir de la información previa que debe brindar el personal de salud, que los realizará al propio paciente, familiar o tutor responsable en casos de incapacidad física, psíquica o mental debidamente comprobada, y está basado en los principios éticos fundamentales no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Cualquier actividad sin consentimiento informado se podría considerar como una potencial agresión a la autonomía del paciente, por lo tanto, debe realizarse en todos los cuidados que brindemos, y comienza desde el primer encuentro entre el personal de salud y la persona, finalizando con el alta.

Ofrecer un cuidado de calidad supone respetar los valores sobre los cuidados que recibe, y reconocerlo como ser autónomo capaz de dirigir la práctica sanitaria que se ejerce sobre él^{56, 57}.

Actualmente existe una confusión entre el valor de la información verbal al paciente y la entrega y firma del documento de consentimiento informado. La información verbal es un proceso gradual que se puede llevar a cabo en una o más entrevistas y no puede ser sustituido por ningún documento o papel. El documento tan sólo prueba que el profesional ha facilitado la información y que el paciente está de acuerdo con lo que se le ha propuesto. Pero la existencia de un documento firmado por el paciente no garantiza que éste haya comprendido la información. Obtener la firma puede ser un requisito mínimo legal, pero no es un requisito ético. El requisito ético mínimo en nuestra relación con las demás personas y especialmente con los pacientes, es respetar su autonomía⁵⁷. En la práctica clínica, la enfermera al realizar los cuidados de enfermería, por ejemplo, en la administración de medicamentos, preparación para una prueba diagnóstica, intervencionista o quirúrgica, etc., debe comprometerse en aclarar la información al paciente, cuando éste parece no comprender, no estar de acuerdo o no conocer los efectos secundarios ni las posibles alternativas.

Por otro lado menciona que el médico realiza la visita y no explica el consentimiento informado, tampoco hace firmar dicho documento, quedando a cargo la enfermera cuando brinda sus cuidados, pues es el momento donde entra en contacto con la persona. Debemos ser claros que la obtención del consentimiento informado no solo es una obligación de los profesionales que realizan las intervenciones, quedando excluido el profesional que indica; la idea del consentimiento es la de una autorización que una persona da a otra para que la segunda realice un acto que le afecta, ninguno de los profesionales que intervienen en el proceso de atención puede sobreentender que otro profesional ha informado previamente al paciente, la responsabilidad de

información es compartida con todos los profesionales que intervienen en la atención⁵⁶ Entonces el consentimiento voluntario de la persona es esencialmente necesario, y a través de los discursos recolectados, concluimos que no se respeta la autonomía de la persona, pues no se les pide permiso al realizar algún procedimiento ni mucho menos decidir sobre su cuidado.

Así mismo el enfermar es una experiencia de crisis, de ruptura, no solo hace referencia al deterioro o decadencia, sino a toda una transformación del ser personal, no solo el cuerpo, sino también en el orden psicológico, social e espiritual. Esa ruptura ente el yo y el cuerpo, modifica el modo en que la persona comprende su corporalidad y de relacionarse con ella, así cuando está sana, apenas toma en cuenta su cuerpo, de que gracias a él puede desplazarse de un lugar a otro y relacionarse con su entorno sin limitaciones, pero el hecho de enfermar genera una concentración creciente de la persona en su propia corporalidad, al ver que sus intereses personales se han reducido y no puede satisfacerse así mismo⁵².

La intimidad corporal se mantiene a recaudo con la ropa, por ello, el ser humano al estar expuesto, se siente desposeído. Sin su permiso de ese algo íntimo pasa a ser públicamente enseñado, entonces siente vergüenza, e incluso rabia. Sin embargo, en el sentirnos sin quererlo indebidamente "transparentes" ante los demás está operando ya ese segundo sentimiento que insinuábamos: el pudor, la inclinación a poner la intimidad a cubierto de miradas extrañas. El pudor es el gesto y la reacción espontánea de protección de lo íntimo que precede a la vergüenza y le da a ésta un sentido positivo de preservación. Tiene por eso una fuerte relación con la dignidad, pues acentúa la reserva de la intimidad, nos hace poseerla más intensamente, ser más dueños de nosotros mismos. El pudor es una manifestación de la libertad humana aplicada al propio cuerpo, es la expresión corporal espontánea del derecho a la intimidad y a la propia dignidad. Entonces al proteger y mantener latente nuestra intimidad, aumenta el carácter libre de la manifestación hacia fuera de lo que

somos y tenemos. Profundamente está arraigado en el ser humano, que incluso lo podemos ver en paciente con demencia tipo Alzheimer que en ocasiones se resisten a ser aseados por otras personas^{23, 58}.

Por ello, cualquier intervención enfermera que refiera exposición y contacto físico, debe conocer el grado de pudor de la persona a la que atiende para actuar con mayor sensibilidad y no ofenderla. Por eso las enfermeras tendremos que acostumbrarnos a pedir permiso para desnudar, tocar, explorar, el cuerpo del otro. No es válido pensar que cuando la persona se encuentra bajo nuestros cuidados podemos hacer lo que nos parezca con su cuerpo. Aquí algunas manifestación de como las enfermeras protegen la intimidad corporal.

“En cada procedimiento se debe buscar la individualidad, el respeto al paciente, evitando no exponerla ante los familiares u otros pacientes durante el baño de esponja”. (EG2)

“Protegerlo con biombos para que no sean expuestos, aquí solo hay uno y si no hubiera biombos con la misma sabana del paciente. Siempre trabajamos con un técnico y este se coloca a un lado y yo al otro para proteger a la paciente, o sino llevamos al paciente al tópico allí podemos realizar adecuadamente el procedimiento indicado, todos los procedimientos que se realizan necesitan y merecen protección, desde administrar un medicamento. Cubrirlo ya depende de cada una, eso viene de formación, todas no lo hacen, si todas lo hiciéramos de repente el hospital sería mejor hubieran cambios”. (EG1)

“Protegerla en todo momento cuando le realicemos algún examen, llevarla al servicio de tópico para algún examen pues allí hay más intimidad. Intervenimos haciendo el requerimiento de ropa, cubriendo a la paciente, pues las pacientes después de algún procedimiento terminan húmedas, prestamos ropa pero nunca se les deja desnudas, algo le ponemos”. (EG3)

“Durante un procedimiento siempre cuidarlas, cubrirla con un biombo, respetar la parte física del paciente, a nadie le gustaría que le estén poniendo una sonda y todo el mundo pase, o la puerta este abierta o venga un familiar y este mirando, pero eso pasa, sin embargo decimos que también no tenemos los recursos, así sea, debemos taparla con lo que tenemos, eso es un respeto a la intimidad del paciente”. (EG6)

El respeto a la intimidad corporal del paciente exige que, a la hora de la exploración, o la realización de algún procedimiento, no se vaya más allá de lo estrictamente imprescindible, esto es que no se le someta a exposiciones o

contactos físicos innecesarios. También atenta contra la intimidad del enfermo que su cuerpo sea explorado o visto por más personas de las necesarias, ya se trate de espectadores o de personal médico como relatan las enfermeras entrevistadas. Hacen mención el uso de biombos y sabanas para preservar esa intimidad corporal; a pesar de la escases de esos recursos básicos para proteger el cuerpo, ofrecen otras opciones como ponerse al lado del paciente, donde será expuesto el cuerpo de la persona, llevarla a otra sala continua “tópico” para que puedan realizarse allí el procedimiento.

Sin embargo hemos encontrado muchas afirmaciones que manifiestan una desposesión de la intimidad corporal. Así lo detallan los siguientes discursos.

“Durante la limpieza vaginal todas las mañanas, no protegen, les digo señorita yo no estoy sangrando porque no quiero que me hagan la limpieza y me desnuden, te ven la del costado, las de al frente y así hacen con todas, a veces en los procedimientos han tratado de protegerme pero llegan los médicos y se perdía todo pues no me protegían, porque todos me están mirando, no me tapan”. (MG2)

“No guardan respeto las enfermeras, hay hombres, te sacan la ropa, te desnudan, te jajan, te hacen miccionar, te limpian, lo hacen delante de todos, todos te miran”. (MG7)

“Te agarran y te laven allí en la cama, y te ven otras personas. Hoy han venido dos médicos y algo de doce chicas enfermeras, doctoras, practicantes, estaban alrededor, el médico me levanto la bata y como estoy sangrando mi trusa se había manchado, me causo incomodidad que vieran mi trusa y mis partes íntimas, me sentí mal, avergonzada, ni siquiera yo me había percatado de eso”. (MG4)

En los discursos se observa con claridad que no se respeta ámbito corporal de la intimidad, y existe una contradicción entre los discursos de las enfermeras, que nos hacen dudar de lo ideal, de lo real. Las enfermeras reconocieron que la intimidad es una dimensión holística que debe ser cuidada, enfatizando incluso el aspecto corporal de la intimidad, quizá solo reconocen teóricamente la intimidad como dimensión única y holística de la persona, pero no la protegen o respetan, por ello, las mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología sienten la necesidad de solicitar que respeten su cuerpo al apreciar

que son miradas por varias personas durante la visita médica y especialmente la forma como fueron tratadas, así mismo reclaman que el respeto a su cuerpo sea una realidad, y no sólo afirmaciones teóricas, como se aprecia en los discursos.

Yepes², acota que la manera quizá más grave de desposeer a las personas de su dignidad es violar su intimidad, es decir, forzarles a manifestar o mostrar lo más íntimo de su persona contra su voluntad, es tanto como exponerlas a la vergüenza pública y privarlas de seguir siendo dueñas y señoras de aquello que es solo suyo: lo íntimo. El cuerpo es parte de la intimidad, por ello el pudor se muestra entonces como resistencia a la desnudez, como una invitación a buscar a la persona más allá de su cuerpo. Mediante el acto y el gesto pudoroso, tan cercano aquí a la vergüenza, la persona expresa una negativa a que su cuerpo sea tomado, por así decir, sin la persona que lo posee, como una simple cosa. El acto de pudor es, en el fondo, una petición de reconocimiento, como si quien es así mirado o deseado dijera: "No me tomes por lo que de mí ves descubierto; tómame a mí, como persona"^{2,58}.

Allí radica la importancia de pedir su consentimiento cuando se debe tocar su cuerpo, y en protegerlo de miradas de terceros como labor esencial de la enfermera para asegurar el respeto de su intimidad, aunque quizá nuestro entorno no sea es más propicio y existan factores que lo alteren como el número de estudiantes o profesionales que intervienen en los procedimientos o durante la visita y que es mencionado por las enfermeras en el siguiente discurso.

"Desde el ingreso al hospital, el paciente está sujeto a muchos procedimientos, que lo exponen, por ejemplo, el legrado, en este procedimiento no solo entra el médico ginecólogo, sino también el residente, los estudiantes, los internos de medicina, los internos de obstetricia, internos de enfermería, exponiéndose la intimidad física de la persona, pues todo el mundo está mirando y observando". (EG1)

Es claro que en el medio sanitario es imposible una intimidad física completa, los discursos de las enfermeras lo reconocen, desde el ingreso al hospital la persona se ve expuesto a muchos procedimientos que lo exponen. En él los pacientes y los profesionales aceptan mutuamente la desnudez, el contacto, la observación, como aspectos inevitables de la exploración, el tratamiento, la cirugía, la hospitalización. El paciente es consiente, explícita o implícitamente, en ver reducida su esfera de intimidad, lo cual es importante saber que sigue habiendo límites al acceso a la intimidad del paciente⁵⁹ En consecuencia es necesario adoptar medidas, en el ámbito de la organización hospitalaria, incluido el diseño arquitectónico de las instituciones de salud y también en los protocolos de actuación de los profesionales sanitarios, orientadas a salvaguardar la intimidad de los enfermos.

En este sentido, es conveniente que haya el menor número posible de pacientes por habitación, en caso de este hospital su infraestructura es un factor externo determinante para vulnerar la intimidad pues todos los pacientes se encuentran en una sala común a menos de un metro de distancia sin biombos que los separe. Entonces durante la exploración física del médico o la enfermera, la persona es expuesta no sólo ante ellos, sino también a las miradas extrañas de alrededor de la habitación, es decir, de los demás pacientes hospitalizados y sus familiares presentes. Por ello, lo ideal sería una habitación individual, aunque sea más reducida es la mejor opción para la salvaguardar la intimidad. En su defecto, se debe recurrir, como de hecho se hace, al sistema de biombos para la realización de ciertos procedimientos. Los cuales algunas veces son escasos.

Consideración aparte merece la salvaguarda de la intimidad de los pacientes en los hospitales docentes como el Hospital Docente Las Mercedes, donde ingresan estudiantes de todas las ramas de la salud. El ingreso en este tipo de instituciones implica ciertas “incomodidades” adicionales, entre ellas, ser examinado y observado por diversas personas, no sólo profesionales sanitarios,

sino también estudiantes, así lo manifiestan las enfermeras y las mujeres hospitalizadas en estos discursos como una situación que vulneraba la intimidad de la persona:

“Cuando se deja participar a un gran número de alumnos en un examen ginecológico porque todavía no existen normas donde se limiten la cantidad de alumnos por paciente, y donde se pide a la paciente su opinión”. (EG3)

“Que pasen varios estudiantes, pero si son estudiantes decimos, sin embargo no sabemos cómo se siente el paciente, desde allí ya estamos vulnerando”. (EG5)

“Que no entre nadie más cuando está la enfermera, porque entra cualquier persona en el momento que estamos desnudas”. (MG8)

“Cuando haya una intervención quirúrgica, aunque sea de pequeña magnitud, deben estar las personas indicadas, porque se trata de tus partes íntimas, debe estar la anesthesióloga, el doctor que va hacer el procedimiento, una enfermera, no puede haber más de 4 o 5 personas y deben llevarte a una habitación donde te puedan ver lo íntimo, tus partes pero no que te expongan”. (MG4)

“Los internos rodean la cama, empiezan a tocarnos, eso no me parece, porque no respetan tu intimidad, no te tratan como paciente sino como animal, como animalitos te quieren examinar”. (MG3)

Tanto enfermeras y pacientes reconocen que el número elevado de participantes en la exploración física es una situación que vulnera la intimidad corporal de la persona, pues no existen normas que regulen el ingreso de otros profesionales o estudiantes en la atención, aun así, al parecer los profesionales no toman conciencia de las implicancias que genera esta violación de su intimidad, lo que nos hace dudar de cómo se están formando a los futuros profesionales, pues se caracterizan de faltos de empatía, de valores éticos, al nadie decir nada, ya que esta situación se realiza como algo cotidiano y normal.

Beauchamp y Childress⁵⁹ señalan que se les debería facilitar a los pacientes información adecuada al respecto como parte del proceso de consentimiento en la admisión y que además los pacientes deben tener el derecho de limitar, del todo o en parte, el acceso de los profesionales o estudiantes no implicados

en su cuidado, pero estas acciones no se llevan a cabo en el HRDLM. Por otro lado la dificultad reside en que en la relación paciente-alumno el beneficio para el primero no es tan claro como en la relación profesionales de la salud y paciente. Si el paciente concede ese acceso a su intimidad es porque sabe que lo están ayudando a curar su enfermedad.

“... que no me vean otras personas, solo el médico y la enfermera, porque mi cuerpo es privado, es mi derecho, solamente me dejo ver porque estoy enferma. Ellos pueden verme porque me están tratando y van a curarme, otra persona no” (MG1)

En cambio en la relación paciente-alumno, de algún modo, se apela a la generosidad del enfermo, en la medida en que el conocimiento directo de su caso puede contribuir a la formación de los futuros profesionales. De cualquier manera, incluso cuando el paciente consienta, el personal sanitario, los docentes y los propios estudiantes deben tener presente que el principal objetivo es la atención sanitaria al paciente y su bienestar, incluida la protección de su intimidad. De ahí la conveniencia de limitar el número de alumnos presentes en la consulta clínico docente. Debemos evitar el riesgo de tratar al enfermo como un “caso interesante” aludiendo de su condición personal, pues no lo estamos respetamos como ser humano. Así mismo es claro que constituirían una intromisión ilegítima en el derecho a la intimidad del paciente las grabaciones de los acontecimientos durante su asistencia sanitaria.

Existe una manifestación de divergencia por una enfermera y afirma:

“Si se cuida la intimidad de las personas, además todas somos mujeres y tienen lo mismo, yo no veo que se esté agrediendo la intimidad, todas están tapadas, no les falta ropa de cama, no dejamos entrar a cualquier persona que no sea el familiar, algunas son adolescentes y siempre se respeta si ella no nos quiere contar algo, pues es su decisión, se pide interconsulta con psicología. Este es un hospital docente siempre van a venir internos de medicina, obstetricia, enfermería y debemos dar campo para que aprendan, sino como van a aprender. Durante el legrado no miramos las partes de la paciente, nos enfocamos en su enfermedad en monitorizarla. Yo no creo que se vulnere la intimidad porque sinceramente cuando el médico hace un legrado él no mira las partes íntimas de la persona, él se va al problema que

tiene, yo como enfermera la estoy cuidando y no veo si es blanca o si es negra, vemos que este bien, particularmente no me parece que sea malo rodear al paciente, porque el interno no toca a la persona quien le toca es el médico y les va explicando". (EG5)

En el discurso la enfermera utiliza un paradigma de categorización como base en su actuar, considerando a la persona como la suma de sus partes, orientando su cuidado hacia el factor causal responsable de la enfermedad, no reconoce a la persona como ser único, inigualable en sus múltiples dimensiones, incluso alude a la intimidad corporal como algo igual en todas las mujeres, olvidando aspectos importantes como sus valores culturales, sus creencias, convicciones y su unitotalidad como ser único. Al respecto Blanca J. y colaboradores⁶, explican que el mantenimiento de la intimidad dentro del establecimiento de salud es olvidado a favor de aspectos más técnicos, como lo menciona la enfermera *"nos enfocamos en su enfermedad en monitorizarla"*, debido a que no siempre contemplan los mismos conceptos, significados y propiedades como dimensión, priorizando lo biológico del cuidado y excluyen el sentir y pensar de las pacientes frente a situaciones que afectan directamente su intimidad, olvidando que el actuar de enfermería debe realizarse desde un enfoque transformador.

Por otro lado, la rutinización, convierten la falta de respeto a la intimidad como algo "normal", y lo manifiesta a través de este discurso *"Este es un hospital docente siempre van a venir internos de medicina, obstetricia, enfermería y debemos dar campo para que aprendan"*, se olvida de la autonomía y libertad del paciente, aprovechándose la vulnerabilidad del mismo en el proceso de la enfermedad. Al respecto Orellana C²⁵, manifestó que en la medida que yo reconozco al enfermo como sujeto libre, capaz de decidir por sí mismo, en esta situación tendría relación en la capacidad de decidir por quien será atendido aparte del médico, lo estoy reconociendo y tratando como persona, por ende respetando su intimidad, y limitando el acceso ante miradas extrañas.

2.2. Intimidad emocional violentada vs Intimidad espacial limitada.

La intimidad también tiene un ámbito psicológico y espacial, porque como hemos mencionado el ser humano no es solo cuerpo, el cual ocupa un espacio, sino también afecta lo emocional; se da una alteración de la imagen; una transformación de la apropiación corpórea, del sentido del humor y de la consideración de uno mismo.

En la enfermedad hay una ruptura de la integridad; el paciente oscila entre la dependencia y la independencia; su cuerpo enfermo pierde vigor y coraje para resolver problemas y enfrentar la enfermedad. Existe una guerra entre el optimismo y la lamentación que ponen al paciente inestable y de mal humor; sus estados de ánimo se tornan ambivalentes⁵⁹; entonces tal vez su única fortaleza estaría en permitir que otros lo cuiden, le ayuden, pero para que la persona acepte esa ayuda debemos acercarnos cuidadosamente, conociendo su cultura, su experiencia de salud, sus características propias, su grado de pudor, para actuar con máxima sensibilidad para no ofenderla con nuestra actuación.

Si la enfermera no se acerca, no expresa presencia cuidadora, y las mujeres perciben una comunicación no verbal inadecuada con ellas, su comportamiento raya en la crítica negativa hacia los profesionales que la atienden, como las mismas mujeres lo expresan:

"Critican, que tienes esto, el otro, cuando te asean, murmuran, se burlan, se ríen". (MG8)

Ayer una señorita se quejaba que le dolía, la enfermera le decía "tú no tienes dolor", le respondía "como sabe que yo no tengo dolor si este es mi cuerpo para que me diga que yo no tengo dolor". (MG10)

"No me gusta este ambiente, Los médicos hablan lisuras con las enfermeras, escucho que el médico habla palabras inadecuadas, hoy me han limpiado y me han hecho legrado en ese cuarto y el médico hablaba entre todas las

enfermeras, el hombre como la cogerá, que está bien onda, yo me sentí avergonzada, me quede callada porque estoy enferma y él es médico y yo necesito de la mano de él, yo solo pensé como se va a expresar así de una mujer, él es médico, él debe de hacer todo lo bueno para atendernos a nosotras, debe ser un hombre respetuoso, él debe callarse no debe de hablar con la demás gente, ni reírse de uno, las enfermeras se reían". (MG7)

"Ese día que me han hecho el legrado el doctor me dijo ya pues ayúdame, tienes que cooperar, cállate, estás haciendo mucho ruido, yo recién te estoy empezando el procedimiento, como serás cuando estas con tu pareja, peor todavía me sentí mal, entonces creo eso es algo bien incómodo, yo creo que el cómo doctor me hubiera dado más aliento". (MG4)

Entre los actos de violencia a la intimidad psicológica se pueden mencionar los abusos emocionales, que incluyen cualquier forma de aflicción espiritual grave que sea generada por humillaciones, amenazas, hostigamientos u otras actitudes intimidantes, gritos, retos, etc. También la "falta de atención" o el trato frío, indiferente, impersonal y carente de empatía, o cuando los pacientes no son informados adecuadamente acerca de su dolencia y el tratamiento que van a recibir, o cuando no son escuchados o no reciben una respuesta cuando manifiestan su disconformidad con el tratamiento recibido como mencionan en los discursos expuestos²⁸.

Debido a que la intimidad psicológica abarca todo el ámbito de contenidos mentales: los pensamientos, la ideología, la vida afectiva, las creencias y valores, en la enfermedad, se altera las circunstancias que le rodean y sus relaciones interpersonales, modifica su estilo de vida, sus hábitos, sus roles, sus relaciones, porque le obligan a estar aislado del exterior; se truncan los proyectos y se centran en la enfermedad; lo que era urgente pasa a un segundo plano, lo prioritario es la recuperación. Además, lo espiritual y los valores personales se pueden alterar, transformar o intensificar cualitativamente. En la enfermedad se mantienen la identidad y la intimidad, pero el modo de comprender la existencia y la vida se transforma donde cada ser humano padece y vive la enfermedad desde su subjetividad⁴⁶.

Esta violencia psicológica, cuya presencia se ha subestimado durante largo tiempo y sólo ahora recibe la debida atención, pero que es particularmente

dañina ya que involucra comportamientos lesivos de la dignidad de la persona, y cuando se trata de pacientes, obviamente actuará como un factor que impedirá o demorará su mejoría. Estos discursos manifiestan situaciones donde se violenta la intimidad psicológica de las mujeres hospitalizadas.

Existen probablemente otros hechos que no sólo deterioran la relación entre prestadores y usuarios en el hospital, sino que también vulneran los derechos de éstos últimos, los que, inadvertidamente y en alguna medida, forman parte de la cotidianidad en la atención de salud, reconocida como asimétrica y jerárquica entre cuidadores y pacientes de hospitales, especialmente en los establecimientos públicos. Estos hechos pueden convertir al paciente en una víctima de actos considerados agresivos o violentos, debido a una atención despersonalizada y falta de privacidad, en la que impera la enfermedad y la técnica, y no el paciente como sujeto principal de la atención. Las profesiones del área de la salud que aspiran el bienestar del individuo deben otorgar una atención integral basada en la dignidad inalienable e inherente de cada persona que se encuentre hospitalizada⁶⁰.

Por otro lado, es necesario comprender que dadas las circunstancias de enfermedad, las mujeres están hospitalizadas en un servicio, ocupando un área geográfica. La intimidad territorial vendría a ser entonces, el territorio o espacio propio del paciente es su cama o su cuarto: tanto el profesional de salud como los visitantes deben respetar este espacio, que es parte de su privacidad, procurando salvaguardar su intimidad, evitando comentarios inoportunos, o relacionados con la institución, con otros pacientes o con problemas familiares que no puede resolver en su lecho de enfermo.

“Cuando nos limpian lo único que cierran es esa puerta de ahí, todo es al aire libre, los que pasan por ahí nos ven, los doctores, internos, tu como persona que no estás acostumbrada que todos te vean causa vergüenza, pero ellas son las enfermeras no podemos hacer nada, una persona se quejó la vez pasada y la enfermera le dijo pero si todas somos mujeres, además ellos son doctores, las ven, de que se avergüenzan”. (MG3)

“Acá al frente ven a otras personas y no se fijan que ellas también están enfermas, a mi amiga que esta acá a mi costado le miraban todo, estaba echada y se ponían hablar de ella, eso no puede ser entre enfermos, aquí no hay confianza por ello yo no hablo con nadie. Todos estamos enfermos y hay que cuidarnos entre nosotros”. (MG7)

“A veces la puerta está abierta y retiran a las personas que están esperando, creo que debe haber mayor seguridad y alguien debe cuidar la puerta para que nadie entre, solo deben entrar las personas indicadas los doctores, las enfermeras, las señoritas que están practicando ósea que sea algo íntimo, algo cerrado”. (MG2)

En caso de este hospital su infraestructura es un factor externo determinante para vulnerar la intimidad territorial pues todos los pacientes se encuentran en una sala común a menos de un metro de distancia sin biombos que los separe. Entonces durante la exploración física del médico o la enfermera, o la realización de algún otro procedimiento la persona es expuesta no solo ante ellos, sino también a las miradas extrañas de alrededor de la habitación, es decir, de los demás mujeres hospitalizadas y sus familiares presentes.

2.3. Confidencialidad expuesta y trato deshumanizado.

Desde la época hipocrática, se manifiesta la confidencia, a través de la indicación de guardar silencio “acerca de aquello que jamás deba trascender”, así también las afirmaciones del libro bíblico del Eclesiástico (27,17 ss.) menciona: ‘El que revela secretos pierde la confianza y no encontrará a un amigo...’¹²¹ estos ejemplos testimonian que el guardar lo confiado se viene exigiendo desde tiempo inmemoriales.

Aquello que busca proteger la conducta del secreto profesional es en definitiva, lo íntimo, siendo un aspecto de una conducta más amplia: el respeto a la intimidad. Lo íntimo tiene que ver con aquello que, perteneciéndole en exclusiva a una persona o a un grupo, no puede ser usado o conocido por otro sin que le sea libremente permitido o concedido. Lo íntimo se vincula así con lo propio. Pero no todo lo propio es íntimo. Lo

íntimo, por su naturaleza, está en mayor o menor grado oculto, y está relacionado estrechamente con el normal desenvolvimiento de la vida personal; es decir, con la vida consciente y libre^{2, 3, 58}.

Es a este mundo interior al que el paciente nos invita cuando nos confía su historia, su cuidado, en el proceso de enfermedad, pues lo hace para que lo ayudemos a recuperar su salud, siendo nuestro deber acercarnos con reverencia y cuidado a este verdadero misterio, nunca como dueños o impositores, siempre como servidores y amigos.

Así las enfermeras reconocen que la confidencia se vulnera a través de la difusión de lo confiado en los siguientes discursos:

“Se vulnera la intimidad con los diagnósticos, el personal debe ser cuidadoso al momento de decir el diagnóstico, incluso no porque es su familiar tenemos el derecho de decir el diagnóstico, no todas las personas desean eso, hay quienes ocultan su diagnóstico a ciertos familiares y debemos respetar eso”. (EG1)

“Cuando me confiesa algo que es propio de ella y lo hago público”. (EG3)

“Cuando te dice algo, te cuenta algo y tú lo divulgas estas afectando su intimidad, en cuanto al diagnóstico del paciente, también es otro problema de repente nosotros no lo tomamos así, sin embargo cuando se comenta ya no se está respetando la intimidad del paciente, porque se comienza mira esta señora tiene esto tiene lo otro, entonces allí ya se pierde el respeto de la persona”. (EG5)

“Al acercarse al paciente con el fin de juzgar el porqué de su hospitalización, por ejemplo, en aborto provocado, yo no puedo juzgar, mi función como enfermera es de orientar y aconsejar pero no de juzgar porque se estaría vulnerando su intimidad”. (EG2)

“Cuando se divulga lo que tiene el paciente, no se está respetando lo que nos comunica el paciente”. (EG6)

El secreto profesional es una forma de secreto confiado o pactado, es decir, al asumir una profesión o al entablar una relación con un paciente, se establece un acuerdo tácito, por la cual la información que el paciente brinda, debe ser guardada bajo secreto, secreto que consiste en el compromiso de no divulgar aquello que es conocido mediante el desempeño del profesional, pues este

compromiso fue adquirido al asumir la profesión ante la sociedad. Este secreto incluye tanto la naturaleza de la enfermedad como todas las circunstancias relacionadas, además de todas aquellas que, de ser reveladas, puedan ocasionar algún tipo de perjuicio al paciente o sus relacionados, incluyendo lo que sin haber sido explícitamente confiado al profesional haya sido conocido por éste en el ejercicio de sus funciones. Si bien es cierto que el paciente es una persona y como tal un ser libre que toma la decisión de consultar, al entregar información sensible desequilibra el poder e influencia que el profesional tiene sobre la persona, con el consecuente, pone el riesgo su autonomía y libertad^{9,21,61}.

Este deber se extiende más allá de la muerte de la persona, no sólo porque los familiares aún vivos pueden hallarse implicados, sino porque la memoria de la persona fallecida exige igualmente respeto. Esta es una obligación de todos los profesionales sanitarios y también a aquellos otros profesionales que han de compartir la información acerca del paciente por colaborar en su asistencia, esto es lo que se denomina secreto profesional compartido⁹. Incluso en la intervención de los estudiantes cuando alguien, ajeno a la relación clínica, tiene acceso a determinada información entregada bajo reserva, sin la autorización previa de quien la dio, viola la confidencialidad.

Beauchamp y Childress⁹ invocan argumentos a favor de la confidencialidad desde dos puntos de vista: a) consecuencialista, donde se hace mención de la erosión de la confianza necesaria entre el profesional y paciente si se rompe la reserva. Admiten excepciones, como en el caso de ciertas enfermedades contagiosas, abuso infantil o heridas por arma de fuego, llegan a establecer que un sistema adecuado se daría sólo si se hubieran tomado en cuenta todas las consecuencias posibles, minimizando la transgresión. Y, b) desde el punto de vista del derecho a la privacidad y autonomía, de manera que la información solamente se podría poner en conocimiento de otro, mediante decisión autónoma del confidente.

Por otro lado las pacientes también reconocen situaciones donde se vulnera la confidencia manifestando este discurso.

“Cuando pasan visita todas escuchan lo que tengo porque el médico viene con sus estudiantes, y se ponen a conversar, no me preguntan, ni me explican nada, ellos hablan y hablan, las del costado escuchan todo, yo no digo nada porque ni entiendo, además si pregunto a veces se molestan o me responde mal”. (MG7)

La persona informa de algunos hechos objetivos, algunos incluso observables por terceros, también comparte vivencias particulares de su ser íntimo, por ello requiere generar condiciones para una comunicación personal, puesto que la confidencia y el desprendimiento de lo más íntimo de la persona se da durante la entrevista. La entrevista es un proceso de comunicación oportuna, generadora de confianza, donde el ser humano se desprende de su intimidad y la exterioriza hacia los demás, pero este proceso debe desarrollarse en privacidad, en un ambiente que inspire comodidad, donde la persona pueda sentirse libre, sin presiones o miedo a que otros escuchen cuando expresa su sufrimiento. Esta situación no se da en el H.R.D.L.M. porque el ambiente donde se realiza la entrevista, es una sala común, con 14 camas separadas en menos de un metro de distancia, sin biombos que los separe, es casi imposible evitar que los demás pacientes hospitalizados no escuchen las confidencias de la persona hospitalizada.

La enfermera debe desarrollar como cualidad importante en su cuidado la discreción, y desde que esta profesión ha empezado a reconocerse a sí misma como tal y a dar ciertas normas condesadas en códigos, en ellos ha figurado el deber de mantener el secreto sobre la información obtenida en el ejercicio profesional. En el juramento de Florence Nightingale, redactado en 1893, se manifiesta: Consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes²¹.

Este compromiso de confidencialidad se recoge también en el código CIE (código internacional de la enfermería), desde la versión de 1953, manteniéndose hasta la actual versión 2012, en donde se afirma “la enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla”⁶². El código de ética y deontología del Perú recoge este deber en el artículo n° 25: “la enfermera(o) debe mantener el secreto profesional, a excepción de aquellos en los que esté en riesgo la vida de la persona”¹¹. El código penal vigente, establece en el artículo 165: “El que, teniendo información por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o ministerio, de secretos cuya publicación pueda causar daño, los revela sin consentimiento del interesado, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años y con sesenta a ciento veinte días-multa”⁶⁵.

Collière⁶⁴ describe, cuidar y aprender a tener en cuenta a los dos sujetos de los cuidados, tanto al que cuida como al que es cuidado, esto hace que las enfermeras requieran reflexionar sobre las emociones y las actitudes que acompañan a los cuidados. Es así que el cuidar de otro, pierde su sentido si no hay un interés real en la persona sujeto de cuidado o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado, pues el contacto humano se ve limitado.

Cuidar de otros en el ámbito clínico, requiere de una serie de elementos que facilitan la tarea de la enfermera, sin embargo reducir la comunicación humana tanto con el equipo de trabajo, como con las personas a las que otorga el cuidado, repercutirá en una experiencia poco gratificante y deshumanizante. Humanizar, enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el

paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona⁶⁵.

La humanización de los cuidados hace referencia a personas en interacción, que saben clarificar sus necesidades, reconocen sus sentimientos y se enfocan positivamente. Para ello, se requiere formar una enfermera con empatía, capaz de otorgar un cuidado familiar, significativo y gratificante. Cuidar en enfermería implica el conocimiento de la persona a quien se brindará cuidado, conocer sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de los conocimientos que posee la enfermera, requiere manifestarse como persona: única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo⁶⁵.

Watson⁶⁶ refiere que el cuidado requiere de un compromiso moral, social, personal y espiritual de la enfermera consigo misma y con otros humanos, para preservar la humanidad. El cuidar es el ideal moral, es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. Es volver a establecer un compromiso con el mantenimiento de la salud de las personas en sus contextos de vida, en los momentos de enfermedad y en las situaciones de muerte.

Pero las mujeres hospitalizadas mencionan que existe un trato deshumanizado como lo detallan en los siguientes discursos:

"No te llaman por tu nombre, te dicen "la cama número once", "la señora del legrado", justo acaba de pasar la enfermera y ni te saluda. Te tratan como animal, te desnudan, te lavan, te dicen señora siéntese o cuéstese, nosotras queremos un mejor trato, no gritando". (MG8)

"Cuando viene hacer investigaciones los doctores y sus alumnos, te levantan la bata así no más, te revisan delante de todos, es una falta de respeto como seres humanos tenemos sentimientos". (MG4)

"Los internos rodean la cama, empiezan a tocarnos, eso no me parece, porque no respetan tu intimidad, no te tratan como paciente sino como animal, como animalitos te quieren examinar". (MG3)

"En la mañana no sabía que me iban a internar, la señora me hizo bañarme con todo y suero, le dije que no tenía ropa, me reclamo que porque no había traído, yo no sabía que me iban a internar le respondí, y me respondió igual tiene que bañarse, pero no tengo champú no tengo jabón como me voy a bañar, no igual tiene que mojarse, lávese. Luego le pregunte con que me seco, y me respondió esto no es clínica, con su propia bata se va a secar hasta traerle una nueva, me sentí mal porque no tuvo consideración, pues aquí no están cuidando animales sino personas, no preservan la intimidad de cada paciente, no hay biombo y si lo tienen pero no lo utilizan". (MG10)

Es elemental llamar a la persona por su nombre y no por la patología que presenta, mantener el contacto con el paciente a través de los sentidos nos permitirá estar pendientes de los cambios que presente durante la hospitalización. Esta despersonalización creciente, en la que la persona ha pasado a un lamentable segundo plano ya sea por el aumento de la demanda asistencial o tecnificación de la atención de salud que otorgan los hospitales e instituciones como el HRDLM; donde la actitud humanizante que debe caracterizar la relación entre prestadores y usuarios se ha ido deteriorando, ha reducido la visión integral del paciente como ser biopsicosocial, adjudicándose el protagonismo a la enfermedad, por ello utilizamos la enfermedad para identificar o llamar a la persona. Esta visión, que actualmente se presenta, se manifiesta en hechos tan cotidianos que casi son parte de la "normalidad" en las relaciones que se establecen entre los prestadores y los usuarios; en un apremio de tiempo, a tener que atender muchas personas a la vez, o tal vez por simplificar algún aspecto dentro de este ambiente tan complejo, se va perdiendo algo tan esencial y propio de cada ser humano como es la identidad, al reconocerle según la enfermedad que le aqueja (la de hemorragia), la intervención realizada (la del legrado) y por el número de cama (el del 7, la de la 3), y no por su nombre como lo detallan los discursos.

En este punto, Henderson⁵⁹ señala que existen otros signos o situaciones en que las relaciones con el equipo de salud dejan de manifiesto el protagonismo de la enfermedad y en las que se exponen claramente a los pacientes/usuarios a un segundo plano y que los lleva a sentirse por lo menos incómodos o

molestos, tales como el tutear a los adultos, dirigirse hacia otra persona sin identificarse previamente, hacer comentarios en presencia de otro paciente, realizar procedimientos sin el consentimiento, trasladar a los pacientes de sala sin explicación alguna. A estas situaciones podrían agregarse: tratar de hija/o o abuela/o a quienes no lo son nuestros, el entrar a una sala sin saludar, retirarse sin despedirse, usar terminología técnica que imposibilita la comprensión del paciente, tratar de exagerado el dolor del otro.

Entonces asistir y cuidar al enfermo humanamente es una necesidad actual y permanente que nos afecta a todos. La deshumanización de nuestra sociedad se refleja también en el campo sanitario: hay personas que se sienten tratados con frialdad, de forma impersonal, como si fueran sólo un objeto o caso clínico interesante o como lo mencionan “como animalitos de granja”; por otra parte, los que les asisten, sea cual fuere su profesión, se sienten con frecuencia poco valorados, reconocidos y estimulados en su quehacer. La medicina moderna ha acentuado el predominio de la técnica, que tantos beneficios han traído al enfermo, pero olvida a veces la dimensión humana⁶⁷.

Para nosotras como investigadoras tratar humanamente a la persona enferma significa considerarle un ser humano que sufre corporal y espiritualmente, y ha de ser atendida en su totalidad, es decir, en todas sus dimensiones y necesidades, porque el que está enfermo necesita ser amado y reconocido, ser escuchado y comprendido, acompañado y no abandonado, ayudado pero nunca humillado, hacerle sentir útil, ser respetado y protegido; necesita encontrar un sentido a lo que le pasa, significa considerarle responsable y protagonista de su salud, de su curación y de su vida, y sujeto de derechos y de obligaciones; significa también prestar atención a su familia y contar con su colaboración en el cuidado del mismo⁶⁷.

El trato humano al enfermo implica humanizar la política sanitaria a promover una salud y asistencia a la medida del hombre, autor, centro y fin de toda

política y actividad sanitarias, implica que las instituciones sanitarias estén al servicio del enfermo y no de intereses ideológicos, políticos, económicos o sindicales; que la técnica, y los avances científicos, sean siempre un medio al servicio efectivo de la persona enferma. Esta es una tarea a la que estamos llamados y de la que somos responsables todos: enfermos, familias, ciudadanos, profesionales sanitarios, instituciones públicas y privadas y la propia Administración⁶⁷.

CATEGORÍA III: CONDICIONES DESFAVORABLES PARA EJERCER EL CUIDADO DE LA INTIMIDAD.

Durante la hospitalización existen diferentes condiciones que impiden o hacen difícil el respeto de la intimidad. Una condición desfavorable es aquel estado o situación que perjudica o hace más difícil la ejecución de una cosa⁶⁸. En este sentido la estructura física, los recursos materiales y humanos de los que dispone el sistema sanitario generan situaciones que en ocasiones son poco propicias para ejercer y mantener el cuidado de esta dimensión.⁵

Hoy en día, se cuestiona como debe ser la forma física y organizativa de un hospital, que recursos materiales debe tener cada servicio y que misión realmente debe cumplir el personal de salud para prestar servicios eficaces y conseguir una atención de salud eficiente, personal, humana y completa. Es todavía en la actualidad un reto por conquistar, que el sistema sanitario y los profesionales de la salud den mayor confianza y respeten la intimidad. Así se analiza cada punto expuesto anteriormente, tal como se describe en la siguiente subcategoría:

3.1. Inadecuada valoración de la persona hospitalizada: escasa formación, deficiente empatía y resistencia al cambio.

La valoración según Reyes⁶⁹ citando a Beare y Myers, la define como la "observación sistemática y el informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica-fisiológica, ambiental-seguridad, sociocultural interpersonal, psicológica-de autoestima y espiritual-autorealización". Por ello una valoración adecuada, teniendo en cuenta las cinco esferas de la experiencia humana, permitirá brindar un cuidado holístico, donde prime el respeto de la intimidad.

La práctica asistencial diaria, supone inevitablemente moverse en el campo de las relaciones interpersonales, las emociones y los afectos, situaciones en las que entra en juego la capacidad de empatizar del profesional de la salud, su conocimiento y respeto de los derechos de privacidad y dignidad de los pacientes⁷⁰. En este sentido la enfermera constituye uno de los recursos humanos más importantes dentro del hospital, por ello debemos ser conscientes del valor que tiene nuestra labor diaria, somos responsables de mantener una buena relación clínica asistencial, sin olvidarnos de los derechos de los pacientes, donde debe primar el respeto de la intimidad.

Existen factores que contribuyen a una inadecuada valoración de la persona hospitalizada, una de ellas es la escasa formación, lo cual dificulta la relación enfermera – paciente durante el cuidado, así mismo la deficiente empatía y resistencia al cambio contribuyen a que no se visualice a la paciente como un ser unitotal, sino como un ser biológico que se puede reparar y coaccionar.

Para efectuar un trabajo con eficiencia, eficacia y efectividad requiere, además, de un pensamiento científico, un conocimiento actualizado y científicamente estructurado y del ejercicio de una práctica de enfermería sobre bases científicas⁷¹. En consecuencia la enfermera que labora en el servicio de ginecología del Hospital Regional Docente las Mercedes debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía transformadora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos. Es imprescindible que esta filosofía armonice con la presencia física de esta enfermera, donde esta presencia sea significativa tanto para el paciente como para sus familiares, este

modo de estar presente significa “ver, tocar, hacer, escuchar, respetar, cuidar la intimidad”⁷⁰. Para lograr el perfil descrito anteriormente, el personal debe realizar una capacitación constante y permanente, como se evidencia en los discursos, las enfermeras hacen referencia que la falta de compromiso de los gerentes y la poca iniciativa para capacitarse ha generado que se vulnere la intimidad de las mujeres hospitalizadas.

“Esto sucede porque no hay la capacitación debida, los gerentes no se preocupan por capacitarte y el personal no está permanente capacitándose lo que hace que olvidemos todos estos aspectos del paciente, capacitación se refiere por ejemplo a la parte psicológica, temas relacionados a la intimidad del paciente, que lo puede dar muy bien un psicólogo, como también otros profesionales de enfermería y también leer, muchas veces ya no se lee, todo eso implica que se vulnera la intimidad del paciente”.(EG5)

“La falta de respeto a la intimidad le atribuyo a la parte de incentivación, coordinación y a la parte de la capacitación. Porque siempre la enfermera debe estar capacitándose, no la vas a estimular, porque puedes estimular un momento, pero si tú la capacitas y ella toma en cuenta eso, recuerda que hay que tomarlo en cuenta porque que así nos formaron”.(EG4)

La capacitación es un proceso de enseñanza-aprendizaje que facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas de trabajo sobre una unidad de competencia laboral.⁷² En este sentido la formación del desarrollo profesional continuo, según una nota editorial de la revista Nursing, resulta esencial para avanzar en la práctica y mejorar la calidad de cuidados que se prestan al enfermo y a la familia, además de ayudar a mantener los conocimientos, habilidades y competencias al día. Para las enfermeras del servicio de ginecología, la deficiente capacitación es una condición desfavorable importantísima que se debe tener en cuenta para respetar la dimensión intimidad, puesto que la formación sistemática, planificada y permanente prepara, desarrolla e integra a los recursos humanos al proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para brindar un cuidado humanizado.⁷² Por ello una enfermera capacitada poseerá ética profesional basada en principios sociales, donde el cuidado que brinde a la paciente sea con calidad y calidez, así mismo tendrá actitudes y comportamientos hacia la provisión de cuidados que

promuevan la salud, prevengan sus complicaciones, contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, y ayuden a vivir o morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles, y todo ello desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores.⁷⁰

Para Guevara B⁹⁸. La enfermera como integrante del equipo de salud tiene una gran responsabilidad: cuidar a las personas con compromiso profesional y ético, esto implica, velar por la dignidad y respeto que merece el ser humano; porque éste es un ser complejo y digno por naturaleza, para ello debe capacitarse permanentemente sobre estos temas tal y como lo manifiestan en los siguientes discursos.

“Debemos capacitarnos y concientizar al personal, a través de un cursos, talleres, sobre el respeto a la persona en toda su dimensión, como ser humano, no solamente como paciente porque detrás de ellos hay mas, donde participen todos los profesionales no solo enfermería, sino obstetricia, técnicos, médicos, desde el jefe hasta el personal de limpieza, porque hasta allí hay maltratos, incluso en la comida, si queremos cambiar algo tenemos que empezar desde arriba, así mismo las universidades deben realizar cursos, antes de que ingresen a ser enfermeras deben concientizarlas de lo que les espera en los cinco años que van estudiar, porque muchas chicas que llegan a terminar su internado no les gusta, desde allí se puede ver qué clase de profesional que será”. (EG1)

“La capacitación es el mejor conocimiento para nosotras, para que se estimule, para que vuelva a recordar y ser mejor, también por parte de la jefatura estar pendiente de esas cosas ósea ver lo que falta, para que se pueda respetar la parte física del paciente y psicológica”. (EG5)

“El respeto de la intimidad debe estar en la formación de los profesionales de la salud, en todas las carreras deberían llevar un curso o algo sobre el respeto a la intimidad porque es parte del cuidado ético, es importante porque si no formamos a los alumnos, en el futuro vamos a seguir con esas conductas o peor, es necesario que se concienticen sobre que es el cuidado humano”. (EG3)

Según los discursos mencionados, las enfermeras consideran que todos los profesionales de la salud se deben capacitar, e incluso el personal de mantenimiento, porque el respeto de la intimidad es un tema que compete a todos los que trabajan en el ámbito hospitalario, así mismo mencionan que en todas las carreras de salud se debería llevar un curso sobre respeto de la

intimidad de la persona hospitalizada, para que en el futuro no se vulnere esta dimensión. Para ello, profesional debe estar comprometido personalmente y querer crecer, pues nadie educa a nadie, principalmente si éste no lo desea, ni nadie se educa a sí mismo; los hombres se educan entre sí, mediatizados por el mundo. El aprendizaje no es apenas conocimiento o reconocimiento, sino también opción, decisión, compromiso. Al respecto Keiko Kawane⁷³ menciona: “De un tiempo a esta parte, las enfermeras necesitan cada vez más conocimiento profesional. De ahí que el deseo de estudiar y la capacidad de entender lo que se estudia sean imprescindibles. Además, las enfermeras han de tomar decisiones rápidas y actuar sin demora cuando la situación lo exige”.

Así como las enfermeras reconocen que una deficiente capacitación genera que se vulnere la intimidad, también reconocen que actualmente no practican la empatía, así como lo expresan en los siguientes discursos:

“Creo que nos está faltando ponernos en el lugar de la persona, no manejamos bien los procesos para colocar en posición ginecológica, para brindar información, para cubrir y solo exponer la parte en donde el médico realiza el procedimiento”. (EG3)

“No todos hablamos lo mismo , no todos pensamos lo mismo, a veces los años han pasado, y ya nosotros en general digo, ya atiendes porque tienes que atender, es decir , no te pones a pensar tu como persona como te gustaría que te traten, o como te gustaría que te respeten en la parte íntima en la parte física”. (EG5)

La empatía entendida como un sentimiento de participación afectiva, de un sujeto en una realidad ajena, ponerse en el lugar del otro. Durante el ejercicio de la práctica asistencial, surgen relaciones y comportamientos entre profesional y paciente. La comunicación interpersonal que se establece, ya sea verbal o no verbal, se considera una herramienta importante para interaccionar con el paciente⁷⁴. Si la persona se encuentra cómoda y segura muestra parte de su intimidad con el profesional, expresa sentimientos que ayudan a liberar su ansiedad y se refuerza la relación terapéutica.

Así mismo es considerada una habilidad social fundamental que permite al individuo anticipar, comprender y experimentar el punto de vista de otras

personas y de la simpatía, definida como un componente emocional de la empatía. También incluye una respuesta emocional orientada hacia otra persona de acuerdo con la percepción y valoración del bienestar de ésta, sin adoptar necesariamente esta misma perspectiva⁷⁴. La empatía puede ayudar al profesional de la salud a imaginar y finalmente comprender, lo que el usuario está sintiendo, sin convertirse él en paciente y de esta forma sentir mejor todo aquello que nos es común a los seres humanos. Al respecto Araceli García Padilla⁷⁵ refiere “Las enfermeras tenemos que ser afectuosas. Hemos de ser tolerantes y mostrar empatía.”

Por ello al ser empáticos en la atención de la paciente establecemos un mejor vínculo, por consiguiente, una mayor apertura por parte de esta para establecer un lazo de confianza, que no solo implica una valoración de nuestras capacidades, si no que a su vez mayor confianza para solucionar dudas, lo que hará que la atención brindada sea más satisfactoria, mejor comprendida y al mismo tiempo que nuestro mensaje llegue a convencerla de la conveniencia de seguir las indicaciones⁷⁵.

La posibilidad de comprender la situación del paciente es una condición de la buena práctica de atención de enfermería, tener sensibilidad humaniza el cuidado. La relación terapéutica establecida con el paciente, sirve para cuidar⁷⁵. En ese sentido, el respeto de la intimidad exige la práctica de esa habilidad social tan importante como es la empatía, para generar condiciones de intimidad, de privacidad, que deben ser garantizadas, en el caso del cuidado enfermero, por las enfermeras, pues deben ser conscientes que la intimidad que se le apertura, ha de ser tratada de manera explícita, con sensibilidad y respeto, pues son las personas las que le otorgan un valor y el profesional quien ha de conocer y calibrar el mismo, para que la relación entre cuidador y ser cuidado encuentre armonía.

Si bien con el paso de los años la disciplina ha ido adquiriendo un cuerpo de conocimiento más amplio, éste fenómeno descrito de alguna manera también

ha influido en la deshumanización de la atención brindada. Como lo explica Rodríguez A⁷⁶. Citando a Vargas Tolosa, refiere en muchas de las instancias ocurre “Una despersonalización (entendiendo esta como una falta de sensibilidad de los profesionales hacia la persona que cuidan), visualizando al paciente como sujeto de conocimiento, estableciendo que la experiencia vivida en relación a él, se convierta en objeto, descontextualizándola y vaciándola de subjetividad y sentido” así lo expresan los discursos dado por las enfermeras:

“El cuidado se ha despersonalizado porque el médico es muy suelto a veces dice “la trece pásala a tópico”, “pasa el cáncer”, ahí se vulnera la intimidad, en cambio si yo dijera la señora Silvia va a pasar a tópico porque vamos hacerle un procedimiento, eso es lo ideal, pero no lo llaman por su nombre sino por el número de cama, “pasa la cama 14”, “pasa la 2”, “pasa el aborto”, nosotros le decimos al doctor “doctor la señora Silvia va a pasar” y dice “sí”, nosotras debemos de decirlo porque ellos no lo hacen, raro es el médico que llama por su nombre al paciente, están acostumbrados, pero nosotras no”. (EG1)

“El profesional se vuelve frío, por la rutina, porque se mecaniza, se cansa, algunas personas no todas, pero si la gran mayoría, si hay colegas que tratan bien y llegan al paciente, a veces tu tratas bien como enfermera, pero viene el médico y no lo hace, lo ideal es trabajar en conjunto para que el paciente se sienta bien durante su hospitalización”. (EG2)

Como se observa en los discursos, las enfermeras coinciden en que hay una pérdida de la concepción de persona y se restringe la visión del individuo a un ente meramente biológico sobre el cual se aplican una serie de prácticas que lo convierten en objeto de exploración y que atentan contra su condición de ser humano sensible y pensante. Cabe mencionar que el mismo profesional ha contribuido a desvirtuar la esencia del cuidado enfocado en relaciones humanas y lo ha convertido en un espacio donde se da una atención forzada y despersonalizada.

Es importante indicar según los discursos, que el médico es el principal sujeto que vulnera la intimidad, según los relatos, es muy común llamar a la mujer hospitalizada por el número de la cama en la que se encuentra, o en el peor de los casos, por el nombre de la patología que estén presentando. Esta situación

atenta contra la naturaleza integral de la persona desde su complejidad e integralidad y la deshumaniza a partir de esa concepción biológica que la determina a partir de una parte de su cuerpo que no se encuentra bien⁷⁶. Así mismo las enfermeras tratan de respetar y hacer recordar al médico que debe llamar por el nombre a las pacientes sin embargo encuentra obstáculos como los que se mencionan en los siguientes discursos:

"Hacer el cambio cuesta, porque a veces tú lo haces pero el resto de tus compañeras no, y ese es otro obstáculo porque entre las mismas colegas dicen allí se va la mala, no ella es buena, y si tú quieres hacer un cambio no lo puedes hacer porque el servicio ya tiene reglas". (EG2)

"Obstáculos hay muchos, como reacciones depende de cada uno, uno interviene de la mejor manera, cuando llegas al hospital quieres cambiar todo pero con el tiempo te das cuenta que no se puede porque es uno contra todos, que ya están formado". (EG1)

"Es difícil cambiar la mentalidad, hay mucha resistencia al cambio, tú no puedes cambiar a las personas así por así, porque ya están formadas y es muy difícil pero sin embargo no es imposible". (EG5)

Las enfermeras mencionan que para respetar la intimidad de la mujer, deben hacerse modificaciones, sin embargo se encuentran con diversos obstáculos, uno de ellos es la resistencia al cambio, ya sea por la rutina o por los años de experiencia, otras le atribuyen que así las formaron y es difícil cambiar su mentalidad. La resistencia al cambio es un fenómeno que se da tanto a nivel personal como a nivel organizacional. Esto se puede deber a un rasgo de personalidad llamado "apertura mental" (las que puntúan más en este rasgo son más proclives a aceptar situaciones nuevas) o al simple hábito (una persona que este habituada a cambiar de comportamientos o situaciones tendrá que realizar menos esfuerzo que otra que no). El cambio produce ansiedad ante una situación incierta; la persona percibe su sentido de seguridad y prefiere no salir de su status⁷⁷.

Así mismo mencionan que para cuidar la dimensión intimidad, cada enfermera debe tener ética profesional y la nueva generación de estudiantes debe poner en práctica todos los nuevos conocimientos adquiridos y que

vienen evolucionando constantemente, así como lo detallan en los siguientes discursos:

“Uno debe cambiar, debe respetar esa parte que es el paciente, por ello debe tener ética profesional sobre cada diagnóstico de cada paciente. Todos debemos hablar el mismo idioma en un diagnóstico, en una gestación, a la familia, a la misma paciente, deberíamos cuidar todo eso el equipo para que la paciente se sienta cómoda”. (EG6)

“Depende de la nueva generación de enfermería para que eso cambie, nosotros somos enfermeras de muchos años, tenemos toda la práctica, pero ustedes los conocimientos que han ido evolucionando, o todo lo contrario actuaran como unas máquinas, ya no se acercaran a las pacientes quizá por computadoras o teléfonos, pero enfermería quiere decir acercamiento, una atención personalizada, humana”. (EG2)

Las enfermeras son las responsables de garantizar el ejercicio del derecho a la intimidad de una manera más global, tanto por su permanencia y continuidad a lado del paciente en su recorrido por el sistema, ejerciendo un rol de acompañamiento, como por su propio ámbito disciplinar asentada en el ejercicio del cuidado, mediante su rol de garante. Al respecto la investigación la ética y moral de la enfermería citando a Collière⁷⁸: menciona “Desempeñando el rol de enfermera del que está investida, la enfermera experimenta en el curso de su formación y durante el ejercicio profesional la influencia de corrientes predominantes que contribuyen a orientar de forma determinante los imperativos de su rol”. En este sentido para ejercer con auténtico profesionalismo, es necesario partir de una estructura moral que se encuentre integrada por principios y valores éticos durante el cuidado que se brinda a las mujeres hospitalizadas, así mismo debe poseer características que la haga diferente a los demás profesionales, por ello su trato hacia los pacientes debe ser cálido, respetuoso, y brindar estímulos positivos para así establecer una relación empática con la paciente.

El respeto a la intimidad es una necesidad sentida por las mujeres del servicio de ginecología porque ellas ven la hospitalización como una situación nueva, impredecible, despersonalizadora y, en muchas ocasiones, estresante, con

deterioro importante de la intimidad, la confidencialidad y de la misma dignidad. Así como se menciona en los siguientes discursos:

“Veo que las enfermeras no hacen nada por preservar la intimidad, creo que con el tiempo han perdido el sentido de vocación, consideración y conforme ganan experiencia se vuelven menos humanos lamentablemente. Hay que ser empáticos, todo vamos a caer enfermos y vamos a estar hospitalizados y hay que saber tratar, ponerse en el lugar cuando el paciente está con dolor, sé que el dolor no se calma, pero aunque vengan y te digan mamita como estas ya te vas a mejorar, eso para el paciente es mucho, es gratificante porque sientes como ser humano que alguien más se preocupa por ti, no solamente que te coloque la medicina y ya chau, porque somos personas, somos humanos”. (MG10)

“Hasta el momento no hay ningún respeto, deberían trabajar con esmero, empatía, amor, amor a su vocación. El doctor y las enfermeras estudian con vocación, a la ayuda, a la solidaridad, pero hay médicos que se pasan, se ríen, actúan de mala manera, igual las enfermeras, con despotismo. Hoy en día se necesita tanto de médicos como de enfermeras pero preparadas con amor a la vocación, no solo soy enfermera o soy doctor o doctora y te traten así despotamente, hay enfermeras, doctores que si tienen amabilidad, les nace ayudar, no que están así haciéndose no, tienen manera de contestar, bueno a mí me gustaría que se cambie todo eso”. (MG4)

“Creo que deben mejorar las enfermeras, ser más solidarias, amables, sencillas, porque hay una que otra que son déspotas, te tratan mal, a veces no solamente te tratan mal a ti como paciente, tratan mal a las personas que están afuera, a tus familiares”. (MG3)

A diferencia de las enfermeras, las pacientes aluden que el irrespeto de la intimidad es por falta de vocación, empatía, solidaridad y amabilidad. La vocación es la suma de cualidades que caracteriza a cada persona y la lleva a orientarse hacia un determinado oficio o profesión; en enfermería, los profesionales que acceden a estos estudios por vocación sienten la necesidad de ayudar a los demás, sobre todo en los momentos más difíciles de la vida, cuando la persona se enferma, se siente desvalida y vulnerable⁷⁹. La vocación en enfermería refleja la personalidad de la profesión en cada uno de quienes la ejercen; viene inmersa en los valores y principios de cada uno; es un reflejo del cuidado que demuestra el profesional de enfermería. Al respecto Gonzales Burgos citando a Florencia Nightingale⁸⁰ menciona “una enfermera debe ser una persona en la que se pueda confiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza... no puede ser ligera, habladora; nunca debe

contestar preguntas sobre su paciente; debe ser estrictamente moderada y honesta”.

Para las pacientes, el contar con una mano solidaria, empática y con agradable relación humana, de respeto y cuidado personalizado, es vital y papel de la enfermería, profesión que se debe ejercer con espíritu de servicio, buscando la excelencia en el cuidado y favoreciendo así la calidad en la atención. Se debe estar convencido, primero, de la nobleza de ejercer el “cuidado” como el objeto de estudio, enfrentando siempre nuevos retos. La vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria ni que haya días iguales en el quehacer asistencial, docente o de investigación; cada día debe ser único a través del reflejo de los valores profesionales e institucionales, así como éticos⁷⁹. Al respecto Tadashi Hatano menciona “El enfermero ha de ser capaz de sentir el dolor y la angustia del paciente, y desear ayudarlo. Se requiere bondad y mucha paciencia. Siempre debes estar dispuesto a aprender más de enfermería y medicina”⁷⁵.

3.2.- Inadecuada Infraestructura y recursos materiales.

La estructura física y los recursos materiales de los que dispone el hospital generan condiciones que en ocasiones son poco favorables para ejercer el respeto de la intimidad. El hospital es ese lugar que genera esperanzas de sanación, pero también, “temor”, y desconfianza, es conocido por las personas de toda índole, con cultura y valores muy diversos, que en algún momento de su vida lo necesitan para recuperar su salud⁵. En este sentido se cuestiona como debe ser la estructura física, cuantas habitaciones debe poseer un servicio, cuantos pacientes deben estar en cada servicio y que es mejor estar en una sala común o en una habitación individual, para estar en condiciones de respetar la intimidad de la mujer hospitalizada. Algunos relatos mencionados por las enfermeras demuestran cómo es la estructura física del servicio de ginecología y en qué medida perjudica la atención de la paciente.

“La infraestructura no ayuda mucho, el tener una sala común con una infraestructura antigua es inadecuado para cuidar la intimidad, ya que se realiza un examen en el ambiente propio del servicio, donde a veces la premura del tiempo, el estado del paciente, no nos permite proteger adecuadamente, a veces se les coloca en una posición ginecológica cubriendo la parte superior por el apuro, por la emergencia o porque estamos dejando de lado ese cuidado que la enfermera debe brindar a la persona”. (EG3)

“La infraestructura de este hospital no es adecuada para que cada paciente tenga intimidad, la infraestructura debe ser como el Almanzor, para cada habitación uno o dos pacientes, aquí contamos con 14 camas y un solo baño, entonces no es cómoda la hospitalización, a veces hay seis u ochos bebitos y cuatro post operadas el sueño no es normal pues se interrumpe, prendes y apagas la luz, entonces se expone el diagnóstico de una persona a otra, ya que el de la otra cama escucha el diagnóstico de la otra persona, porque los médicos dicen la cama trece, la del cáncer y el paciente del otro lado ya se enteró de su diagnóstico”. (EG1)

“Esta es una sala común, La infraestructura no es la adecuada, la literatura es muy diferente a la práctica, jamás será todo perfecto, en otros países por cada tres pacientes tienen una enfermera, y están en cuartos separados, pero a pesar de todo el servicio es el más limpio”. (EG4)

El personal de enfermería admite que la estructura física del servicio, dificulta el cuidado de la intimidad, en el área de ginecología existe una sala común, en la cual hay 14 pacientes y la distancia entre las camas donde se acuestan las personas es menos de 1 metro, así mismo cada espacio no está separado por ninguna cortina o biombo, más aun, en cada cama no figura el nombre de la persona lo que vulnera más la individualidad de la mujer hospitalizada. Al respecto la investigación “reflexiones éticas desde enfermería”⁵ menciona, esta situación se puede definir como déficit estructural de la protección de la intimidad corporal, dado que todavía existen hospitales con habitaciones compartidas por seis enfermos, con aseos en los pasillos, personal que entra a la habitación sin llamar a las puertas, excesivo número de personas que hacen visitas en las habitaciones sin el consentimiento del interesado y un largo etcétera. Así mismo citando a Iraburu⁵ incide en el mismo sentido: “A la hora de ingresar en nuestros hospitales públicos lo habitual es tener que compartir habitación. En este sentido diremos que la paciente se encuentra en un espacio rodeado por profesionales que participan en su asistencia, pero alrededor también hay otros profesionales ajenos a su proceso, otras pacientes e incluso

personas completamente extrañas en donde no existe ninguna barrera física que separe a una paciente de otra. La mujer hospitalizada al igual que las enfermeras reconocen que la infraestructura es inadecuada para que se respete la intimidad, así como lo menciona los siguientes discursos:

"Aquí estamos al aire libre en un solo cuarto, no hay quien nos cubra, ni cortinas o parantes, soy una mujer rochosa y vergonzosa, no me gusta que me vean". (MG2)

"..Cuando he tenido amenaza de aborto, me hicieron una intervención dos doctores, en esta sala que es grande con más de 14 camas, esa es una falta de respeto a la intimidad de la persona porque es algo delicado, hubiera sido en un cuarto donde este solamente yo". (MG4)

"...Cuando nos limpian lo único que cierran es esa puerta de ahí, todo es al aire libre, los que pasan por ahí nos ven, los doctores, internos". (MG3)

Como se observa en los discursos para la mujer es importante contar con un espacio físico donde se realicen los procedimientos, y en el servicio de ginecología existe ese espacio, pero al parecer no lo usan constantemente, como lo manifiestan en los discursos *...Cuando he tenido amenaza de aborto, me hicieron una intervención dos doctores, en esta sala que es grande con más de 14 camas ...* esta es una falta grave contra el respeto de la intimidad y es sentida por las mujeres que se hospitalizan en el servicio de ginecología.

Estas situaciones que viven las mujeres es sentida muchas veces por las enfermeras quienes son conscientes que se debe mejorar todo el servicio y lo manifiestan en sus relatos, así mismo son sensatas, que todo cambio se logrará poco a poco, así como lo manifiestan en los siguientes discursos:

"Deben implantar áreas separadas, pero no se puede, hemos hecho un informe pidiendo eso pues aquí manejamos adolescentes y debemos tener un espacio para ellas para su trato porque no es igual una adolescente que una adulta. El hospital empezara a construir una nueva infraestructura a mediados del año entonces en el futuro si vamos a tener todas las condiciones que se necesitan, pues esta infraestructura es obsoleta, muy expuesta, incluso a que se vean entre pacientes. Las mejoras serian a largo plazo, con un hospital a uno, mientras tanto tenemos que trabajar con lo que tenemos, tratamos de aprovechar al máximo las alumnas que vienen a ser sus prácticas, para que la atención sea más personalizada y pueda llegar mejor la información a cada paciente, lograr un acercamiento más íntimo". (EG2)

“Una sala más grande, con un espacio regular entre una cama como lo estipula el MINSA, colocar biombo aunque con dos creo que es suficiente, si fueran rodantes los utilizaríamos más rápido, el largo de la sala es muy pequeño para las 14 camas, este es el servicio más limpio, pienso que esto si se puede lograr pero poco a poco en un futuro”. (EG4)

Como se observa en los discursos de las enfermeras, ellas piden a gritos se renueve la estructura física del área de ginecología, como menciona Fidel en su investigación el diseño estructural de los hospitales debe disponer y promover formas flexibles, innovadoras y fluidas que se adapten a las necesidades del ciudadano y paciente del presente, con el fin de generar un clima óptimo para dar una adecuada prestación de servicios que cubra las necesidades de los pacientes respecto a su estado de salud y la de los empleados que demandan más participación y responsabilidad.⁵

Conjuntamente con la mejora de la infraestructura, las enfermeras piden que se mejoren los procesos y que cada procedimiento este normado así como lo manifiesta el siguiente discurso:

“Elaborar un plan de mejora sobre el respeto de la intimidad, en los procesos que se realizan en el servicio en cuanto a la intimidad de las pacientes, mayormente en esta área es exponer los genitales de la persona, cada procedimiento que se realice tiene que estar normado quienes entran, como debe de estar las personas, la participación de los alumnos porque es la mayor debilidad en ese sentido, cuando no hay alumnos no hay problema, la persona entra con el profesional de enfermería, el médico y el técnico de enfermería o un interno de medicina, en época de universidades hay una congestión pues muchas viene acá hacer sus prácticas y quieren participar durante el procedimiento que se le realiza al paciente”. (EG1)

La cultura de la organización y los valores en los que se encuentra inmersa, los procesos clave que determinan su razón de ser y los procedimientos que allí se van a realizar, las normas, la estructura en la toma de decisiones, el sistema de información y los valores individuales y de los colectivos que lo integran y la forma en que se entiende a los seres humanos. Es por esto que el diseño estructural de los hospitales debe disponer y promover formas flexibles, innovadoras y fluidas que se adapten a las necesidades del ciudadano y

paciente del presente, con el fin de generar un clima óptimo para dar una adecuada prestación de servicios que cubra las necesidades de los pacientes respecto a su estado de salud y la de los empleados que demandan más participación y responsabilidad⁵.

Así como es imprescindible una adecuada estructura física, es también de suma importancia contar con recursos materiales que aseguren el respeto de esta dimensión. En el servicio de ginecología se pudo evidenciar la falta de materiales para el cuidado de la intimidad y esto se constató mediante la observación y los discursos emitidos por las mismas enfermeras y pacientes, así como se observa en los relatos:

“El hospital no cuenta con un número de ropa para personas, es limitado, de repente la paciente mancho la bata y ya no tenemos otra para cambiarle, le ponemos algo encima, la tapamos pero no es igual que tengas una bata a que te sientas desnuda y solo te cubran con una sábana”. (EG3)

“Uno de los obstáculos es por ejemplo, la falta de materiales, el ambiente mismo, el ambiente es imposible, yo no lo puedo cambiar, el ambiente ya está hecho, pero sin embargo, puedo cerrar la puerta, puedo poner un biombo, aunque a este servicio falta biombos, pues solo tenemos dos, debemos coordinar con la jefatura para que mejore estas cosas”. (EG5)

“No hay con que nos cubran, ni cortinas o parantes..., no nos protegen en la mañana cuando nos hacen la limpieza, no colocan biombos o sabanas, te ven la del costado, las de al frente y así hacen con todas”. (MG2)

“Debe haber biombos, pero aquí solo hay el que está en la puerta, todas estamos enfermas, como nos van a proteger si todas estamos iguales, vamos a pasar por lo mismo”. (MG1)

Para las enfermeras y las pacientes los recursos materiales constituyen medios físicos y concretos que ayudan a conseguir un objetivo que es cuidado de la intimidad. Las mujeres piden que se les cubra durante los procedimientos con biombos o cortinas, sin embargo son conscientes que el hospital no cuenta con estos recursos, por lo que aceptan que no se cubra porque aluden que están enfermas, que todas pasarán por lo mismo, y manifiestan como *“pues nos van a proteger”*. Para las enfermeras la importancia de lo percibido como *“falta de*

materiales y no tenemos ropa" responde a que la enfermera jefe es la encargada de la provisión de materiales en el servicio que lidera, sus funciones son planificar, controlar, supervisar y regular las entradas, salidas y existencias de materiales y equipos; así mismo, vigilar el uso racional de los mismos. Estas restricciones que pueden tener significancia técnica, son percibidas como un "control" desmedido, lo cual aunado a las restricciones institucionales, conlleva a la insatisfacción del personal y genera que no se realice un adecuado cuidado de la intimidad.

CATEGORÍA IV: REACCIONES DE LA MUJER FRENTE A LA INTIMIDAD VULNERADA.

La condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente" (Martínez, 1997). Al respecto, Jiménez (2000) señala que este paciente ve alterado su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes. Estos cambios, para Moro (1999), repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, en la que un medio extraño, con una serie de normas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad, aparecen sentimientos de pasividad, que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante su estancia⁸¹.

En este sentido el hospital junto con la atención sanitaria despersonalizada constituyen un sistema social complejo y delicado, que puede inducir a desarrollar y modificar actitudes en la mujer hospitalizada, generando reacciones poco favorables para su hospitalización. Una reacción es la consecuencia o resultado de una determinada acción. Según la teoría, este

vocablo se concibe como una resistencia, fuerza contraria u opuesta a algo. Se trata también de la manera en la cual un objeto o individuo se comporta ante un estímulo concreto. Ante estas circunstancias surgió la subcategoría percibió:

4.1. Reaccionando con actitud pasiva, llanto y tristeza.

La actitud pasiva es aquel comportamiento en el que el sujeto queda a merced de los deseos, órdenes o instrucciones de los demás. Antepone el bienestar de los demás al suyo, entendido éste como los deseos, ambiciones u opiniones. Este tipo de persona parece obediente y disciplinada, acepta las indicaciones y no suele objetar ni preguntar, remitiéndose a la filosofía “lo que usted me diga”, así mismo puede presentar sentimientos de miedo, tristeza e incluso pueden llegar al llanto. Al respecto Burgos M⁸¹. Citando Rocha y Cols menciona “El adoptar una actitud pasiva frente a las conductas violentas puede relacionarse con la relación asimétrica y jerárquica que se establece entre el personal de salud y los pacientes en los hospitales públicos, en la que los pacientes en una situación de dependencia en mayor o menor grado toleran las diversas conductas y manifestaciones que surgen durante la hospitalización. Ferreira y Figueiredo, en un estudio basado en las relaciones de poder entre las enfermeras y pacientes adultos hospitalizados, estos últimos adoptaban una actitud sumisa, pasiva y obediente, aceptando la atención de salud desde su rol pasivo, como mero receptor de los cuidados, actitud que se ha tratado de cambiar impulsando la participación activa de los usuarios en la atención en salud, por ejemplo a través de la divulgación de los deberes y derechos del paciente. En los siguientes discursos manifestados por las pacientes se evidencia reacciones de pasividad:

“Nada porque cuando uno está vulnerable es cuando pasa eso, vulnerable es cuando estamos enfermos porque a una persona sana tu no le vas hacer eso y siempre cuando uno está vulnerable se aprovechan de ti, toda la vida va hacer igual sé que nunca van a respetar porque te ven que estas débil”.
(MG6)

“Yo no digo nada, porque si uno le dice algo a una enfermera, se pone a renegar, a decir, todas somos mujeres, ellos son doctores, saben, ya las conocen, las ven”. (MG5)

"Yo me quede callada no hice nada, lo único que pensé fue ese ignorante si él es doctor él debe guardar las cosas de la mujer, uno se acostumbra que voy hacer pues no voy a decir que no me toquen, porque si no me dicen que no te quieres curar, es para tu salud". (MG7)

"Nada porque si no nosotros nos oponemos nos tratan mal, toman venganza, ya no nos van a cuidar igual, por eso yo mejor me dejo. Ya no le doy tanta importancia madre, porque si le doy importancia me voy a estresar y no me voy a curar". (MG8)

"Nada, que voy a decir me siento enferma". (MG9)

"No dije nada porque estoy con suero tengo miedo que se vayan a desquitar, porque un día vino la enfermera me movió bien feo la vía, lo movió de acá para allá yo no sé con qué fin pero no me hizo nada tan solo lo movió y movió y se fue, porque ni siquiera lo graduó las gotas, señora usted habla mucho me dijo". (MG10)

Como se observa en los discursos, las mujeres son sumisas y aceptan con resignación el irrespeto de su intimidad, muchas veces porque se sienten vulnerables, sensibles, enfermas y tienen miedo de expresar lo que piensan y sienten, así mismo afirman que por temor a que los profesionales tomen venganza o represalias no enuncian nada, por otro lado algunas manifiestan que si le dan importancia a la falta de respeto, se van a estresar y no se van a curar. En este sentido podemos decir que la mujer hospitalizada justifica sus reacciones de pasividad, atribuyendo que es mejor no decir nada, para que las traten mejor, su recuperación sea pronto y no se estresen.

Al respecto Gomes⁸² de Amorim menciona, el paciente, al ser admitido en el hospital es vulnerable, y trae consigo la historia de su enfermedad, una forma propia de sentirla, orientada a comprender la experiencia vivida. Los pensamientos y sentimientos orientan su comportamiento. Por lo tanto, la comprensión de los sentimientos es comprender la reacción humana a lo que le rodea. En la práctica de la salud, hay un reconocimiento de la falta de profesionales para hacer frente a esta dimensión subjetiva y la falta de una atención humana y decisiva.

En la mayoría de los casos, la paciente ubica al médico y a la enfermera en un plano de superioridad debido a sus conocimientos, experiencia y papel de

prestador de ayuda, por lo que se coloca a sí mismo en un plano de inferioridad, lo que determina, en ocasiones, dificultades en la relación y la desconfianza; unas veces porque asume una postura pasiva, de aceptación a todo lo que dice o le pide el médico, sin que siempre este de acuerdo con él; en otras, exhibe una conducta hostil, dado que se le hace difícil aceptar que se siente inferior. Ferreira (1997)⁸¹ afirma, el usuario adopta el "rol de paciente" aceptando pasivamente la atención, lo que podría conducir a no manifestar su desagrado a ciertas actitudes y comportamientos, por miedo a represalias posteriores, lo que contribuiría considerablemente a la no identificación de actos violentos de parte de los prestadores durante la atención que recibe.

Por supuesto, estas conductas descritas anteriormente dependen, en gran medida, de la actitud y de las características del médico, enfermera, del paciente, su edad, las circunstancias por las que atraviesa, el carácter de la enfermedad, su posición social, experiencias anteriores y otras.

Para Floralba Arcos O¹. El silencio y la pasividad de los pacientes nos hacen cómplices del irrespeto a su intimidad como un derecho fundamental y por el cual el personal de enfermería debe abogar, no solo como un principio ético, sino como un acto que garantiza la calidad del cuidado humanizado.

Por ello el personal médico y de enfermería, debe manejar esta actitud con mucho tacto y respeto, en primer instancia haciendo uso del consentimiento informado, teniendo en cuenta que el principal protagonista es el paciente y nunca se aprovechará de su pasividad para manejarlo con facilidad. El segundo, debe ser amable, respetuoso y nunca competir con el paciente, no usar una posición de fuerza que solo aumentaría la hostilidad y rompería una adecuada relación.

Por otro lado, el conformismo es una actitud negativa de aceptación de los acontecimientos cotidianos independientemente de sus cualidades positivas o negativas, sin ánimo de lucha. Las personas conformistas tienen características comunes como son la auto justificación ("para qué me voy a quejar, si así estoy

bien”; o “para qué voy a querer más si con lo que tengo me alcanza y sobra”), la mediocridad y la ausencia de espíritu de lucha están presentes. El conformismo se presenta como un comportamiento que rechaza toda actitud que implique la posibilidad de algún tipo de enfrentamiento social. Se articula con la creación mental de símbolos y valores que justifican la inhibición en favor de una mejor adaptación al entorno social al que la persona pertenece. En este sentido las pacientes del servicio de ginecología muestran reacciones de conformidad frente al irrespeto de su intimidad, ya que ellas se quedan calladas, sabiendo que no se les está tratando con respeto; esta situación se da muchas veces por la cultura, la baja autoestima, la educación, la situación económica y los sentimientos de inseguridad al enfrentarse a un mundo nuevo como la hospitalización, en donde la voz del paciente no siempre es tomada en cuenta. Todas las situaciones descritas anteriormente generan que la persona no sepa defender sus derechos como paciente y en los profesionales actitudes de superioridad e irrespeto de esta dimensión.

Por ello, las reacciones de pasividad, ocasionan la tristeza y el llanto, los cuales son sentimientos profundos que las mujeres del servicio de ginecología expresan cuando sienten vulnerada su intimidad, tal y como lo mencionan en los siguientes discursos:

“Empecé a llorar, me sentía mal, incomoda porque nunca nadie me había visto solamente mi pareja y mi mamá cuando me bañaba. Yo me siento muy mal porque debe ser más íntimo más cerrado, solamente el personal que le pertenece debería estar allí, deben proteger al paciente, no exponerlo tanto”. (MG2)

“Me siento un poco mal y triste, porque no me gusta que vean mi cuerpo”. (MG4)

“Yo estoy muy sensible por mi embarazo y me puse a llorar, porque no estoy acostumbrada a que me traten así, yo vengo de un hogar donde me tratan bien mi esposo me adora y que vengan a tratar así”. (MG10)

“A mi particularmente me causo mucha tristeza porque me dicen señora le toca su ampolla, me incomoda y me da tristeza porque cuando te ponen la ampolla, quieras o no se te ve, la higiene lo hacen delante de todos, en el legado pasa el doctor, la paciente y los estudiantes, eso no es dable, allí están violando la privacidad de una mujer porque te abren de piernas y todos los chicos te ven, no me siento bien, en emergencia, tienes que

desvestirte delante de los técnicos, los enfermeros esas situaciones vulneran la intimidad de la persona". (MG5)

Llorar es un mecanismo fisiológico que nos acompaña desde que nacemos y, probablemente, desde antes. También es una forma de expresión universal del género humano del dolor y es una forma de liberar emociones. El llorar es un mecanismo "reparador psicobiológico"; sin embargo, seguimos teniendo la facultad del llanto para liberarnos de la tristeza, tensión emocional, frustración, o incluso emoción.⁸² Surge de manera natural y espontánea como respuesta consciente o inconsciente ante determinadas circunstancias, eventos o situaciones. La tristeza opera en toda persona llevándole a un estado de mal-estar ocasionado por algún evento previo, como lo puede ser una pérdida de cualquier cosa, de una situación, de un estado, de una persona, una pérdida física, muchas veces esta tristeza termina en llanto. En este sentido la mujer expresa estos sentimientos, cuando se expone a situaciones de desposesión de su intimidad, específicamente de su cuerpo, pues consideran que es una parte de su intimidad muy reservada y no debe quedar a la vista de extraños. El espacio físico es entendido por las mujeres como el respeto y la disponibilidad de tener un espacio propio de intimidad, un momento de "solitud" y un lugar en el que tengan cabida las emociones y sentimientos que muchas veces afloran entre las cuatro paredes de una habitación o simplemente con la presencia de "un biombo", por ello los profesionales de la salud deben ser cautelosos a la hora de realizar cualquier procedimiento, teniendo en cuenta que la persona no solo es un ser biológico, sino también espiritual que piensa y siente.

Así mismo el trato que se debe brindar debe ser cálido, en el cual se cuida la parte física, intelectual, emocional y social. Humanizar, es pasar por tener conciencia de quien enferma es un ser humano y que la enfermedad que lo afecta sea tratada lo mejor posible para garantizarle una mejor calidad de vida. Al respecto Quintero Ahilud⁸³ manifiesta Cuidar también significa "conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse involucra, paradójicamente,

desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación.

4.2. Reaccionando con vergüenza, incomodidad y deseo de retiro voluntario.

Durante siglos (dependiendo del contexto cultural del tiempo y del lugar) la geografía corporal ha estado en gran parte “oculta” a la mirada médica. Dos han sido, en la historia de la medicina, las causas de esta persistente “ocultación” del cuerpo ante la mirada médica: por una parte, el discurso teórico dominante que minimizaba la importancia de su exploración y, por otra, el sentimiento de pudor o vergüenza ante el propio cuerpo desnudo, como resultado de un largo proceso de construcción social y cultural⁷⁶.

La intimidad del cuerpo como ya lo hemos mencionado presupone una previa ocultación de su superficie; la proporción entre lo “ocultado” y lo “desvelado”, así como la superficie de la propia intimidad accesible a otros cuerpos, es una construcción social, cultural y, en último término, personal. La necesidad de exhibir ante otro cuerpo lo que se inscribe culturalmente en el territorio de lo que “debe ser ocultado”, provoca el sentimiento de pudor⁸⁰.

Lo que se ha considerado culturalmente como “lo íntimo” de un cuerpo ante la mirada médica, las áreas cuya exposición ha tratado de ser evitada por vergüenza o pudor, corresponden paradójicamente a lo más “externo”, a la geografía de la corporeidad, y no a sus entrañas; es ésta superficie corporal, con sus entrantes y salientes (y con los orificios que conducen a sus profundidades) aquella superficie que se oculta a los otros cuerpos, la que debe ser expuestas, en determinadas circunstancias, a la mirada médica^{2,19,81}.

Entonces la vergüenza es ese sentimiento escurridizo cuya sola presencia hace que el individuo se oculte o evite situaciones, personas y sentimientos, buscando un lugar desde el que pasar desapercibido, es también esa convicción, si se quiere irracional, de que el otro nos percibe como seres

insuficientes, incompetentes o faltos de belleza. Así lo manifiestan las mujeres hospitalizadas:

"Da vergüenza estar con harta gente y el doctor que nos examina, Cuando las enfermeras te lavan otros te ven, da vergüenza que vean tu cuerpo, cuando uno está señorita normal, pero cuando ya nos casamos estamos viejas, el cuerpo no es igual, cambia, se mancha, te traen el bacín para orinar, la puerta está abierta, están los doctores o los esposos de las pacientes, da vergüenza como mujeres que somos que te vean lo que tienes". (MG8)

"No, porque estemos en un hospital, pueden pasar una u otra persona, hay pacientes que se incomodan porque están en pañal o con la bata abierta atrás, sienten violada su intimidad, no guardan respeto las enfermeras, hay hombres, te sacan la ropa, te calatean, te jalar, te hacen orinar, te limpian, lo hacen delante de todos, todos te miran y da vergüenza, siempre hacen eso". (MG7)

"Incomodidad, porque es incómodo que te agarren y te laven allí en la cama, que te vean otras personas". (MG4)

Tener vergüenza es sentirse intrínsecamente malo, fundamentalmente feo como persona". La vergüenza es un sentimiento espontáneo que la persona tiene ante sí misma o ante los demás cuando algo en ella es violentado, y por tanto ella misma, aparecen como feos, y por tanto indignos y vituperables. El sentimiento de vergüenza afecta así a lo más íntimo. Yepes² manifiesta que la experiencia interior de la vergüenza es como una enfermedad dentro del yo, una dolencia del alma", un tormento interior o una herida que nos separa de nosotros mismos y de los demás, aislándonos en nuestro sonrojo. La presencia de lo feo y vergonzoso en nosotros arruina la estimación ajena: "caérsele a uno la cara de vergüenza es perder el honor", añade el mismo autor. En este sentido, el pudor, vergüenza relativa a la desnudez, fue relacionado por los participantes con la invasión de zonas del cuerpo consideradas más íntimas y así lo mencionaron las mujeres hospitalizadas en los anteriores discursos.

Esto se da porque en la situación clínica del paciente definitivamente hace que se minimice o, en algunas ocasiones, no se atienda el problema de la exposición del cuerpo desnudo y de la invasión de la intimidad. Las personas que ingresan a la institución de salud están enfermas, con dolor, o su vida está en peligro entonces toda su energía se centra en recibir un alivio, una cura o

en que salven su vida. Se podría afirmar que el pudor y la vergüenza del desnudo quedan en un segundo plano en este momento crítico de su vida, pero no quiere decir que no lo tomemos en cuenta.

Es tan fuerte el efecto emocional que puede causar esta desposesión de su intimidad corporal o psicológica, que muchas veces desean salir de ese ambiente o situación, deseando el retiro voluntario, manifestándolo a sus familiares pero no al personal de salud, pues reconocen su vulnerabilidad y las consecuencias que implicaría esa actuación.

“Le decía a mi esposo que me cambie, que me lleve a otro lado porque acá no me siento a gusto, no me siento respetada, me siento así como prácticamente violada, no me siento tranquila, segura como en otros lados que dicen son mejores por eso le he pedido a mi esposo que me saque pero como no hay posibilidades tengo que estar acá a otros lados me refiero a un particular o a un hospital donde te consideren, respeten tus derechos, te digan que como persona y como paciente también vales”. (MG3)

“Quería pedir mi alta, pero ahorita no me puedo mover porque tengo que pensar primero en mi hijo, estabilizarme para pedir mi alta, y nunca más volver a pisar acá, prefiero estar en una clínica privada”. (MG10)

Al respecto Blanca-Gutiérrez y colaboradores refiere ¹⁵: “En el momento en que una persona (acompañada de unos familiares o allegados) ingresa o es atendida en un Hospital, el concepto de intimidad es relativizado a favor de otras necesidades consideradas como más básicas por el sistema sanitario y que giran todas ellas alrededor de la enfermedad más que alrededor del propio enfermo”⁶. Incluso para la mujer hospitalizada la cuestión de exponer su cuerpo y de recibir tratos deshumanizados, queda a lado, puede sopórtalo tan solo porque es consciente que puede poner en riesgo la salud de su hijo y además porque carece de los recursos necesarios, lo cual la pone en un dilema en tener que decidir qué hacer.

Además la mujer hospitalizada busca la manera de cubrirse, de no exponerse a los demás durante la situación de pérdida de la intimidad, así lo manifiestan:

“Me quería cubrir con la mano, estaba incomoda y como la revisión paso temprano ya no me dio tiempo, mi reacción fue que me cubrí, puse la mano

y me cubrí la cara y no le dije nada al médico porque estaba allí rodeada de las alumnas más vergüenza me dio". (MG8)

"Me he tapado, alrededor no tapaba nadie, me cubrí con la sabana, solo eso, que otra reacción voy a tener". (MG5)

"Cuando vienen a limpiarme trato de que no sea tan visto, trato de cubrirme bastante, no me colocan biombo, ellas se acercan me dicen vamos a hacer esto y tengo que aceptar, es obligatorio porque es por mi bien". (MG2)

"Yo frente a esa situación iba a cambiarme mi trusa porque estaba manchada y me habían visto todos, me causo vergüenza, agache la cabeza". (MG4)

Entonces se observa que el pudor se muestra entonces como resistencia a la desnudez, como una invitación a buscar a la persona más allá de su cuerpo. Mediante el acto y el gesto pudoroso, tan cercano aquí a la vergüenza, la persona expresa una negativa a que su cuerpo sea tomado, por así decir, sin la persona que lo posee, como una simple cosa, y esto lo confirmamos en las narraciones recogidas², al taparse con las manos o cubrirse con las sabanas. Allí radica la importancia de pedir su consentimiento cuando se debe tocar su cuerpo, y en protegerlo de miradas de terceros como labor esencial de la enfermera para asegurar el respeto de su intimidad, aunque nuestro entorno no sea es más propicio. Es así que la persona por su naturaleza humana, busca cualquier medida para cubrir su intimidad corporal y no sentirse desprotegida.

CONSIDERACIONES FINALES

1. Las enfermeras reconocen la intimidad como un dimension holística, que implica lo físico, psicológico, espiritual y cultural de la persona, resaltando la corporalidad y la confidencialidad como las esferas más importantes para respetar esta dimensión, sin embargo la mujer hospitalizada percibe la intimidad como el respeto a su cuerpo, relacionado con sus partes íntimas, olvidando los otros ámbitos de la intimidad como dimensión.

2. La intimidad corporal de la mujer fue la mas violentada, al afirmar que las exponen frente a miradas extrañas cuando realizan la visita médica, no las cubren con biombos o sábanas durante el aseo genital o la exploración física, y permiten el ingreso de estudiantes sin previo consentimiento y autorización, lo cual genera una contradicción entre los discursos de las enfermeras, pues reconocen que la intimidad debe ser cuidada, incluso enfatizan el aspecto corporal, quizá solo reconocen teóricamente como dimensión holística, pero no la protegen o respetan, por ello las mujeres hospitalizadas exigen y sienten esa necesidad de respeto hacia su cuerpo.

3. La intimidad psicológica de la mujer no se vio respetada, pues manifestaron situaciones de humillaciones durante el legrado, afirmando que los médicos emitían comentarios inadecuados y obscenos durante la realización del procedimiento, juzgando su área genital, y expresando ideas morbosas; manifiestan también que las enfermeras participaban de estas situaciones con risas y burlas. Además aseguran recibir un trato indiferente y carente de empatía, sienten que no son escuchadas, y que no reciben una respuesta cuando realizan una pregunta.

4. La intimidad territorial no se respeta, pues durante los procedimientos solo cierran la puerta principal pero no las cubren con biombo ni las separan

de los demás pacientes, verbalizan que esta situación genera chismes y críticas entre ellas sobre su situación de salud, al escuchar los comentarios emitidos por los profesionales durante la visita médica. Las enfermeras manifiestan que el personal debe ser cuidadoso al emitir los diagnósticos, respetando su autonomía y el derecho a decidir si la familia debe enterarse o no de su situación, además manifiestan que se pierde la confidencialidad cuando se confiesa públicamente algo que es propio del paciente.

5. Las enfermeras consideran que la deficiente empatía, capacitación, despersonalización y la resistencia al cambio constituyen condiciones desfavorables para ejercer el cuidado de la intimidad a diferencia de las pacientes que manifiestan que la pérdida de vocación y empatía son situaciones que evitan que se cuide esta dimensión, a su vez ambos sujetos de estudio declaran en sus discursos que estas situaciones se generan por la rutina del profesional y por los años que viene laborando.

6. Las enfermeras y pacientes consideran la infraestructura y los recursos materiales constituyen condiciones desfavorables para ejercer el respeto de la intimidad, la enfermera hace hincapié en que se mejore la infraestructura sin embargo es consciente que estos cambios serán a largo plazo. Además manifiesta que a pesar de esta situación en cuanto a la estructura, depende de la enfermera proteger la intimidad con los medios y materiales que tiene a su alcance. La mujer hospitalizada refiere que, aunque sea la deben cubrir con biombos, también reconoce que es el sistema del hospital que hace aún más que se vulnere la intimidad.

7. Los sentimientos revelados por las pacientes en el contexto hospitalario de este estudio, son predominantemente pasivos, marcados por el silencio, la desatención, la tristeza, y llanto; estos sentimientos se pusieron de manifiesto cuando el personal de salud expuso sus cuerpos frente a miradas extrañas, pues ellas refieren que sólo las habían visto desnudas personas muy cercanas

como su pareja y mamá, así mismo sintieron vergüenza e incomodidad, estas expresiones contribuyen a una devaluación personal e interfieren en la forma en la que perciben el respeto de esta dimensión. La mujer hospitalizada justifica sus reacciones de pasividad porque manifiesta que está enferma y se siente vulnerable por lo tanto acepta que los profesionales de la salud agredan su intimidad ya que tienen miedo a que estos las traten mal, tomen venganza, renieguen o se desquiten con ellas.

8. Para las mujeres cubrir su cuerpo constituye una reacción importante, ellas ven su cuerpo como algo sagrado que no puede ser violentado por cualquier persona, tan significativa esta esfera de la intimidad que incluso han pensado pedir su retiro voluntario con el fin de no estar expuestas a estas situaciones de desposesión.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al servicio y por tanto a las enfermeras, que en el acto de cuidar la intimidad, deben tener clara la responsabilidad que implica, y las consecuencias que generarían si no se realiza de manera adecuada, donde la desvelación de la intimidad corporal debe limitar solo a aspectos indispensables, evitando la presencia de personas ajenas al propio acto, y manipulando todos los aspectos físicos para proteger esa intimidad.

2. Proporcionar un espacio personal donde la paciente pueda “estar sola”, “tener sus cosas”, tener su propio espacio, además de la protección de las pertenencias de la paciente (armario con llave) uso real de elementos físicos de separación como biombos, cortinas. Así mismo la custodia de los datos del paciente garantizando que sólo se tenga acceso a ellos profesionales que presten atención directa al enfermo.

3. Las intervenciones enfermeras (planes de cuidados, aplicación de protocolos y procedimientos, etc...) deben tener concordancia con el respeto de esta dimensión. Debemos realizar los cuidados y exploraciones de la forma más discreta posible, con profesionales necesarios y durante el tiempo indispensable. Los pacientes deben de ser vistos y explorados sólo por los profesionales necesarios y siempre con el consentimiento de la paciente. Se debe limitar la presencia de estudiantes en la visita médica, y en la aplicación de los planes de enfermería, la paciente será informada de la presencia del estudiante, aún cuando el hospital y/o centro de Salud, tenga carácter docente.

4. Evitar hacer comentarios relativos a la paciente y su enfermedad en lugares públicos. Pactar la participación en los cuidados de usuario y su familia, fomentando la mayor autonomía del paciente y fomentando el autocuidado. Hacer participar a la paciente en todas las acciones de cuidado y otras que se deban llevar a cabo con ella en su estancia dentro del hospital,

informándole quien es su enfermera acompañarte y poniéndose a su disposición para resolver cualquier duda y reducir la incertidumbre a lo desconocido.

5. Deben implementarse aspectos éticos en la formación de pregrado dentro de planes universitarios de los profesionales de enfermería, acerca del trato digno y del respeto a la intimidad como dimensión, orientando el actuar de enfermería a través del paradigma transformador, pues es el componente existencial de la enfermería básica y de conocimiento disciplinar.

6. Protocolizar los procedimientos que determinan los recursos humanos y materiales necesarios para los exámenes ginecológicos, que permitan cuidar y respetar la intimidad de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arcos F., Galindo S. La exposición Corporal y el Cuidado de Enfermería. Rev. Cultura de Cuidados [revista en la Internet] 2010 [acceso 12 de septiembre de 2014]; 28(2): 63-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296200800020006&lng=es.
2. Yepes R. Fundamentos de Antropología. 6a ed. Pamplona: Eunsa; 1996.
3. Marcuello A. y otros. I Symposium Internacional de Ética en Enfermería. Pamplona: Servicio de Publicaciones, Universidad de Navarra; 1989.
4. Marti M. La intimidad: Conocer y amar la propia riqueza interior. 6a ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2005.
5. Ferrer C, Fernández M, Romero MS, Arana JL, Vielva J, Toro R, et al. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. Reflexiones éticas desde la enfermería. Asociación de bioética fundamental y clínica. Madrid, 2005.
6. Blanca J., Muñoz R., Caraballo M., Expósito M., Sáez R, Fernández M. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Rev. Índex Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun [acceso 12 de septiembre de 2014]; 17(2): 106-110. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es
7. Mozota J., Moliner J., García A., Moreno J., Fernández R., Rabanaqué Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. Rev. Emergencias [revista en la Internet] 2013 [acceso 12 de septiembre de 2014]; 25: 445-450. Disponible en: http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/descargar/percepcion-de-intimidad-de-los-pacientes-atendidos-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-de-aragon.
8. Torralba F. Ética del Cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Madrid: MAPFRE S.A.; 2006
9. Fernández A., Álvarez T., Ramiro J., Martínez S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en Enfermería. Murcia: Asociación Española de Bioética y Ética Médica; 2008.
10. Álvarez C. Ética Odontológica. 2da ed. México, D.F: UNAM; 1998
11. Colegio de Enfermeros del Perú. Código De Ética Y Deontología. [Sede Web]. Jesús María: enero del 2009 [actualizado el 22 de noviembre de 2005; acceso 17 de noviembre de 2014]. disponible en: http://www.cep.org.pe/beta/download/codigo_etica_deontologia.pdf

12. Prieto L., Vélez E., Melero P., López Y., Martínez P., Moñino M. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. *Rev. Nure Investigación* [revista en la Internet] Junio 2013 [acceso 12 de Septiembre de 2014]; 16: 1-8. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=39
13. Investen. Libro de ponencias: VII Encuentro de investigación de Enfermería. Madrid: ISCIII; 2003
14. Muñoz B. ¿Se respeta la intimidad de los pacientes hospitalizados durante la asistencia sanitaria?. *Rev. Ética de los Cuidados* [Revista en internet] 2010 jul-dic [Acceso 18 de setiembre de 2014]; 3(6). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n6/et7423.php>
15. Gutiérrez B, Muñoz R, Caraballo M, Expósito M, Sáez R, Fernández E. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. *Rev. Índex de Enfermería* [revista en internet]. 2008 [Acceso 19 de setiembre de 2014]; 17(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6604.php>
16. Soldevilla M, Solano D y Luna E. La intimidad desde una perspectiva global: paciente y profesionales. *Rev Calidad Asistencial* [Revista en Internet] 2008 Oct -Sept [acceso 19 de septiembre de 2014]; 23(2): 52- 56. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/la-intimidad-una-perspectiva-global-pacientes-profesionales-13119299-originales-2008>
17. Simone L., Okino N. Privacidade física referente a exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospital. *Rev. Enferm* [revista en internet] 2010 ene-mar. [Acceso 18 de setiembre de 2014]; 19. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
18. Lara R. En lo que respecta a la intimidad y el apoyo familiar: ¿Podemos mejorar la atención sanitaria que prestamos a nuestros pacientes hospitalizados en las áreas de críticos?. *Rev. Ética de los Cuidados* [Revista en internet]. 2011 ene-jun. [Acceso 18 de setiembre de 2014]; 4(7). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7573.php>
19. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. *Rev. Alteridades* [revista en la Internet] 1994 [acceso 19 de septiembre de 2014]; 4(8): 47-53. Disponible en: http://www.gcd.udc.es/subido/domingo/docencia/comportamiento_consumidor/temas/tema_3_percepcion.pdf
20. Marriner A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en Enfermería. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
21. Burrows J., Echeverría C., Goic A., Herrera C., Quintana C., Rojas A., et al. El respeto a la intimidad del paciente. *Rev. méd. Chile* [revista en la

- Internet]. 2014 Abr [Acceso 0 2014 Oct 29]; 142(4): 506-511. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000400013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000400013>
22. Busquets E., Busquets M., Cuxart N., Vilella M., Lizarralde J., París J., Pera I., et al. La ética de la intimidad: un reto para las enfermeras. *Rev. Col Legi Barcelona* [revista en la Internet] 2008 [acceso 8 de Noviembre del 2014]; 2 (1): 1- 11. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/LA%20%C3%A9TICA%20DE%20LA%20INTIMIDAD%20UN%20RETO%20PARA%20LAS%20ENFERMERAS%20-2008-.PDF>
23. Orellana C. Intimidad del paciente, pudor y educacion medica. *Rev. Pers.Bioét.* [Revista en Internet]. 2008 June [Acceso 20 de Septiembre del 2014]; 12(1): 8-15. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100002&lng=en
24. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. *Rev. Alteridades* [revista en la Internet] 1994 [acceso 19 de septiembre de 2014]; 4(8): 47-53. Disponible en: http://www.gcd.udc.es/subido/domingo/docencia/comportamiento_consumidor/temas/tema_3_percepcion.pdf
25. Leonardo G. La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Rv. Estudios sociales* [revista en internet] 2004 agosto. [Acceso 18 de setiembre de 2014] ;(18): 89-96. Disponible en: <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/view.php>
26. Departamento de Psicología Básica. *Introducción a la psicología: Sensación y Percepción*. España: Universidad de Alicante; 2009.
27. Bruce E. *Sensación y percepción*. 6a ed. España: Thomson; 2006.
28. Torralba F. El Respeto a La Intimidad En Grupos Vulnerables. *Rev Biotica & Debat. Tribuna Institut Borja de Bioètica* [Revista en Internet]. 2005 [Acceso 20 de Septiembre del 2014] 10(41): 101-103. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/28212882_El_respeto_a_la_intimidad_en_grupos_vulnerables.
29. Guevara B. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. *Enfermería Cuidados Intensivos y Cuidados Críticos*. 10/23/2007. *Revista Electrónica Portales Médicos.com*. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>[Consultado el 3.10.2014].

30. Jaramillo L., Pinilla C., Duque M. et al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index Enferm.* [online]. 2004, 13(46); 29-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200006&lng=pt&nrm=iso [Consultado el 23.10.2014].
31. Prado M., Souza L., Carraro T. *Investigación Cualitativa en Enfermería*. EEUU: Organización Panamericana de la Salud; 2008
32. Burns N., Grove S. *Investigación en Enfermería*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 201
33. Cuesta C. *Características de la Investigación Cualitativa y su relación con la Enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1996.
34. Ludke Menga, Marli E.D.A. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitaria LTDA. André-São Paulo, 1986.
35. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud: Principios y Métodos*. 6a ed. México: Mc Graw Hill; 2000.
36. Lupiccino I. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. México: Editorial Limusa; 1997.}
37. Sgreccia. E. *Bioética Personalista: Principios y Orientaciones*. 2008 Disponible en: www.usat.edu.pe/investigacion/cib/congresobioetica. (Acceso el día 03 de Noviembre del 2011)
38. Castillo E., Vásquez M. El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. *Rev. Colombia Medica* [revista en la Internet] 2003 [acceso 8 de Noviembre del 2014]; 34(3): 164-167. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?rc03025>.
39. Noreña A., Alcaraz A., Guillermo J., Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Rev Aquichan* [revista en la Internet] 2012 Diciembre [acceso 8 de Noviembre del 2014]; 12(3): 263-274. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
40. Márquez. E. *La Percepción de la personalidad un concepto*. Madrid: Días De los Santos S.A; 200
41. Sciacca W. R. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de “persona humana”?
42. Rivera E., Lopez J., Gonzales J. Privacidad del paciente en referencia al ser expuesto físicamente durante su baño, curación o prevención más allá del personal que interviene para estos propósitos. Universidad Interamericana de

Puerto Rico, Recinto de Bayamón. Puerto Rico; 2013. Disponible en: <https://prezi.com/fa5qh91yu46t/la-dimension-psicologica-de-la-intimidad-es-otra-de-las-fa/>

43. Diccionario Manual de la Lengua Española. Individualidad. España: Larousse Editorial, S.L; 2007

44. Vásquez P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Rev Cienc. Enferm. [revista en la Internet]. 2010 [Acceso 18 Mayo del 2015]; 16(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004

45. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería Rev. Index Enferm. [revista en la Internet]. 2006 [Acceso 18 Mayo del 2015] ;15 (55). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010

46. Plaza del Pino F. Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes. Universidad de Almería: España; 2007.

47. Gómez L. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca: Colombia; 2008. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1307>

48. Universidad de Navarra [sede Web]. España: Centro de Humanidades Biomédicas; 2002 [actualizado el 23 de Enero de 2002; acceso 12 de septiembre de 2014]. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los derechos del paciente; [aproximadamente dos pantallas]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammlisboa2.html>

49. Unidos por los Derechos Humanos [sede Web]. USA: Humanrights.com; 2008 [actualizado el 8 de Junio de 2008; acceso 12 de septiembre de 2014]. Declaración Universal de los Derechos Humanos; [aproximadamente cinco pantallas]. Disponible en: <http://www.humanrights.com/es/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-01-10.html>

50. Garcia F. El derecho a la intimidad del paciente y el secreto profesional de los profesionales de la salud. Rev. Etbio [revista en la Internet]. 2011. [Acceso 27 Mayo del 2015]; 1 (2). Disponible en: <http://www.comexbio.org.mx/Documents/2-2011/Garcia%20Dora.pdf>

51. Ministerio de Salud [sede Web]. Lima: MINSA; 2010 [actualizado el 4 de Agosto de 2010; 12 de septiembre de 2014]. Constitución Política del Perú. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/%20POLITICA.pdf>
52. Gómez L. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca: Colombia; 2008. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/966/1307>
53. |Laurado G. La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería. Rev. De Enfermería ENE. [revista en la Internet]. 2013. [Acceso 07 de Octubre del 2015]; 7(1). Disponible en: ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/211/pdf
54. Vicente K. Aplicación de principios bioéticos por la enfermera y la percepción del paciente atendido en el hospital Hipólito Unanue. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna: Perú; 2012. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/179/64_2013_Vicente_Vega_KM_FACS_Enfermeria_2013_resumen.pdf?sequence=2
55. Bórquez G., Raineri G, Bravo M. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev. Médica de Chile [revista en la Internet]. Octubre 2004. [Citado 01 de noviembre del 2015];132 (10): 1243-1248 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000013
56. Díaz P., Ullate S. El consentimiento informado en la práctica asistencial. Universidad de Cantabria: España; 2003. Disponible en : <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3015/DiazBurguilloP.pdf?sequence=1>
57. Vidal M., Riese M. Consentimiento informado y calidad asistencial en enfermería. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia: España; 2005. Disponible en : <http://www.uv.es/gibuv/ConsentimientoInformadoMiguel.pdf>
58. Yepes R. La elegancia, algo más que buenas maneras. Rev. Nuestro Tiempo [revista en la Internet]. Octubre 1966. [Citado 01 de noviembre del 2015];508 : 110-123 Disponible en: http://www.encuentra.com/revista/wp-content/uploads/2012/07/elegancia_la_elegancia_algo_mas_que_buenas_maneras.pdf
59. Ruiz F. Intimidad y confidencialidad en la relación clínica. Rev. Persona y Derecho [revista en la Internet]. Setiembre 2013. [Citado 01 de noviembre del 2015];69 : 53-101 Disponible en: www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/persona-y.../1443

60. Burgos M., ARAVIC T. Violencia Hospitalaria en pacientes Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Jun [citado 2015 Oct 10]; 9(1):9-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002&lng=es
61. Quinzano E. La enfermería ante el secreto profesional. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de salud Valdecilla" Departamento de enfermería- universidad de Cantabria :España; 2012/2013 Disponible en : <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2977/JordanQuinzanoE.pdf?sequence=1>
62. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Sede Web]. Ginebra-Suiza: 1953 [actualizado el 22 de noviembre de 2012; acceso 2 de noviembre de 2015].disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
63. Ley N° 25280 publicada el 30 de octubre de 1990, Código Penal Decreto Legislativo N° 635. (Boletín oficial del Estado, 08-04-91). [http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/demo/coleccion00000.htm/tomo00006.htm/sumilla00011.htm?f=templates\\$fn=document-frame.htm\\$3.0#JD_penal15c2](http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll/demo/coleccion00000.htm/tomo00006.htm/sumilla00011.htm?f=templates$fn=document-frame.htm$3.0#JD_penal15c2)
64. Collière, M. F. (1993). Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En M. F. Collière, Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. (págs. 233-240). España: Interamericana McGraw-Hill.
65. González L., Velandia A., Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. Rev. CONAMED, Suplemento de enfermería [revista en internet] 2009 [citado 1 de noviembre de 2015]; 14(1): 40-43. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3633444.pdf
66. Watson, J. (1988). Cuidado Humano. En J. Watson, Enfermería ciencia humana y cuidado humano: una teoría de enfermería (págs. 9-30). Estados Unidos: National League for Nursing.
67. Osés J., Úbeda T., Deig A, Alvarez R., García S. La humanización de la asistencia sanitaria "un trato más humano". Obispos de la Comisión Episcopal de Pastoral : España; 1987. Disponible en: <http://archimadrid.es/dpsanitaria/campa87/mensaje.pdf>
68. Diccionario Manual de la Lengua Española [sede Web].España: Agapea.com; 2007 [actualizado el 8 de Junio de 2008; acceso 20 de octubre del 2015].condición desfavorable. Disponible en <http://www.agapea.com/libros/Diccionario-Manual-de-la-Lengua-Espanola-9788499741352-i.htm>

69. Reyes J., Jara P., Merino J. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería [Revista en internet] 2007 [Acceso 10 noviembre 2015]; 13(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532007000100006&script=sci_arttext
70. Amorós C., Arévalo R., Maqueda P., Pérez J. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev. enfermería intensiva [revista en internet] 2008 octubre [acceso 5 de noviembre de 2015]; 19(4): 193-203. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-percepcion-intimidad-pacientes-hospitalizados-una-13130040>
71. Bernal A. La capacitación del personal de enfermería. Su repercusión en la calidad de los servicios. Rev. Electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos- Medisur [revista en internet] 2011 mayo [acceso 5 de noviembre de 2015]; 9(3): 89. Disponible en: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/alfonso/Mis%20documentos/Downloads/La%20capacitaci%C3%B3n%20del%20personal%20de%20enfermer%C3%ADa.%20Su%20repercusi%C3%B3n%20en%20la%20calidad%20de%20los%20servicios.pdf>
72. Foro de Seguridad [sede Web]. España: Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad. 2010 [actualizado el 21 de Enero de 2010; acceso 20 de octubre del 2015]. ¿Qué es la capacitacion?. Disponible en: <http://www.forodeseguridad.com/artic/r/rhh/7011.htm>
73. Biblioteca en Línea Watchtowe [sede Web]. España: Publicaciones en español. 2015 [actualizado el 21 de Enero de 2010; acceso 20 de octubre del 2015]. La importante labor del personal de enfermería. Disponible en: <http://wol.jw.org/es/wol/d/r4/lp-s/102000802>
74. Psicología en la Universidad de Concepción. Una comunidad abierta a los aportes de todos los interesados en la psicología. [sede Web]. Chile: APSIQUE.com; 2001 [actualizado el 8 de Junio de 2012; acceso 20 de octubre del 2015]. Empatía; Disponible en: <http://www.aloja.cl/pdf/empatia.pdf>
75. Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción [sede Web]. Chile: Sidovic.com; 2005 [actualizado el 5 de marzo de 2005; acceso 21 de octubre del 2015] Empatía y comunicación efectiva con el usuario ; Disponible en: http://www.hacienda.go.cr/cifh/sidovih/cursos/material_de_apoyo-F-C-CIFH/2MaterialdeapoyocursosCICAP/8ComunicacionEfectivayServicioalClient e/Empatiaycomunicacionefectiva.pdf
76. Rodríguez A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Rev. Enfermería en

Costa Rica [revista en internet] julio 2011 [acceso 10 de noviembre de 2015]; 32(1): 37-42. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n1/art7.pdf>

77. Rubín Martín Alberto. [sede Web].España: Lifeder.com; 2001[actualizado el 10 de octubre del 2014; acceso 29 de octubre del 2015]. Resistencia al cambio: causas y cómo manejarlo; Disponible en: <http://www.lifeder.com/resistencia-al-cambio/>

78. BUAPAS123456. [sede Web].España: Lifeder.com; 2001[actualizado el 10 de mayo del 2014; acceso 30 de octubre del 2015]. LA ETICA Y LA MORAL DE LA ENFERMERIA; Disponible en: <http://buapas123456.wikispaces.com/>

79. Nava G. Profesionalización, vocación y ética de enfermería. Rev. Enfermería neurológica. Cuba [revista en la Internet]. 2012 Abr [Acceso 2015 Oct 29]; 11(2): 62. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122a.pdf>

80. Gonzales Burgos J. Quinteros Martínez D. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. [tesis para licenciatura].Bogotá D.C: Facultad de enfermería, Pontifica universidad Javeriana; 2009.

81. Burgos Moreno Mónica Del Carmen, Paravic Klijn Tatiana María. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Dic [citado 2015 Nov 01]; 9(2): 29-42. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200004>.

82. Gomes de Amorim A., Kay Nations M., y Costa M. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. Rev. Salud pública [revista en internet] setiembre 2009 [acceso 10 de noviembre de 2015]; 11(5): 754-765. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n5/v11n5a08.pdf>

83. Quintero A., Maldonado M, Guevara B, Delgado C. Cuidado humanizado como esencia en el profesional de Enfermería. Enfermería Cuidados Intensivos y Cuidados Críticos. 10/23/2007. Revista Electrónica Portales Médicos.com. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidado-humanizado-enfermeria/> [Consultado el 11.11.2015].

ANEXO N°01

Consentimiento para participar en un estudio de investigación-Enfermera

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores : Paredes Olano María Estela, Ramos Castro Roxana del Rosario
 Título: Percepción de las Enfermeras y las Pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario. H.R.D. Las Mercedes, Chiclayo, 2015.

Propósito del Estudio: Estamos realizando este estudio para caracterizar, analizar y comprender cómo es la percepción de las enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario, con ello ofrecer información útil para mejorar el cuidado en esta dimensión.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista se realizará en el star de enfermería.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados a la institución donde usted labora y a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Usted no tendrá ningún beneficio directo hacia su persona.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que lo identifique. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, tiene la posibilidad de poder retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Roxana Ramos Castro al #958034608 (investigador principal).

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que me va a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha:

Investigador

Nombre:
DNI:

Fecha:

ANEXO N°02

Consentimiento para participar en un estudio de investigación-Paciente

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
Investigadores : Paredes Olano María Estela, Ramos Castro Roxana del Rosario
Título: Percepción de las Enfermeras y las Pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario. H.R.D. Las Mercedes, Chiclayo, 2015.

Propósito del Estudio: Estamos realizando este estudio para caracterizar, analizar y comprender cómo es la percepción de las enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario, con ello ofrecer información útil para mejorar el cuidado en esta dimensión.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

- 1.- Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizarán algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales serán grabadas en un grabador de voz, asignándole un pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 30 minutos. La entrevista se realizará en su domicilio.
- 2.- En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde ha sido hospitalizada y a la universidad.
- 3.- Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios: Usted se beneficiará al finalizar la entrevista mediante una consejería personalizada sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario y con la entrega de un tríptico educativo sobre el tema.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que lo identifique. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida: Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 5 años, con la finalidad de que sirvan como base de datos para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación o como fuente de verificación de nuestra investigación.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, tiene la posibilidad de poder retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Roxana Ramos Castro al #958034608 (investigador principal).

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que me va a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: _____

Investigador

Nombre: _____

DNI: _____

Fecha: _____

DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS

A continuación se le hará algunas preguntas, las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que será anónima y para ello se le solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de colores:

DATOS PERSONALES:

Pseudónimo: _____

Edad: _____

PREGUNTAS:

1. ¿Qué entiende por respeto a la intimidad de las pacientes?
2. ¿En qué momento cree Ud. que se vulnera la intimidad de las pacientes?
3. ¿Para Ud. cuáles son los cuidados de enfermería que aseguran el respeto a la intimidad de las pacientes durante la hospitalización?
4. ¿Lo que acaba de decirnos ¿cómo lo práctica Ud. en cada turno?
5. ¿Qué obstáculos se le presentan para ello?. Ante estos obstáculos ¿Cómo interviene Ud. como enfermera?
6. ¿Qué mejoras cree Ud. que se deben implementar en su servicio para asegurar o mejorar el respeto de la intimidad del paciente?
7. ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?

ANEXO N°04

GUIA DE LA ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA

DIRIGIDA A LAS PACIENTES

A continuación se le hará algunas preguntas, las cuales se le pide responder con sinceridad. Le garantizamos que será anónima y para ello se le solicita la asignación de un pseudónimo referente a nombre de flores:

DATOS PERSONALES:

Pseudónimo: _____

Edad: _____

Nivel de Instrucción: _____

Ocupación: _____

PREGUNTAS:

1. Cuénteme, ¿Qué entiende usted por respeto a su intimidad durante la hospitalización?
2. Para Ud. ¿Qué cuidados brindados por la enfermera aseguran el respeto de su intimidad?
3. ¿Recuerda algunas situaciones que han afectado su intimidad durante su hospitalización?
4. Frente a estas situaciones que acaba de mencionar ¿Cómo reacciono Ud. y que hizo?
5. ¿Qué mejoras cree Ud. deben realizarse en el servicio que está hospitalizada para asegurar el respeto de su intimidad?
6. ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?