

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



VULNERABILIDAD DE LA INTIMIDAD FÍSICA DEL PACIENTE
QUIRÚRGICO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA EN
FASE INTRAOPERATORIA, HOSPITAL PÚBLICO, 2020

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR
LEIDY DELGADO LOPEZ

ASESOR
MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS
<https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

Chiclayo, 2021

**VULNERABILIDAD DE LA INTIMIDAD FÍSICA DEL
PACIENTE QUIRÚRGICO DESDE LA PERSPECTIVA DE
ENFERMERÍA EN FASE INTRAOPERATORIA, HOSPITAL
PÚBLICO, 2020**

PRESENTADA POR:
LEIDY DELGADO LOPEZ

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Francisca Constantino Facundo
PRESIDENTE

Socorro Martina Guzmán Tello
SECRETARIO

Mirtha Flor Cervera Vallejos
VOCAL

Dedicatoria

A Dios por brindarme el hermoso regalo de la vida y la salud para alcanzar mis objetivos y cumplir mis sueños. A mis padres, por brindarme su amor, apoyo incondicional y estar presente cuando necesitaba un estímulo para seguir adelante en cada paso importante de mi vida.

Agradecimientos

A Jesús, por ser mi amigo y el centro de mi vida y por darme la capacidad de servir a las personas y al bien común. A mis asesoras, Mgtr. Margot Olivos Perez y la Dra Mirtha Cervera Vallejos, por orientarme continuamente y ser parte del desarrollo y culminación de la presente investigación. A mis compañeras, Estefani Oliden Chavez y Angela Thalia Delgado Rojas, por brindarme su amistad, apoyo moral y motivación para continuar y finalizar con el estudio.

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción.....	7
Revisión de literatura.....	9
Material y métodos.....	12
Resultados y discusión	15
Conclusiones	26
Recomendaciones	26
Referencias.....	27
Anexos	33

Resumen

La intimidad física de todo paciente debe ser protegida de los sujetos ajenos, está ligado al sentimiento de pudor que abarca su esencia propia; y el paciente se vuelve más vulnerable cuando va a ser intervenido quirúrgicamente. Circunstancias que motivaron a la investigadora a realizar este estudio de tipo cualitativo, con abordaje descriptivo, persiguió como objetivos describir y analizar cómo se vulnera la intimidad física del paciente quirúrgico, desde la perspectiva del profesional de enfermería en fase intraoperatoria de un Hospital Público. Los sujetos de estudio lo conformaron 6 profesionales de enfermería con especialidad en Centro Quirúrgico, la muestra fue obtenida por saturación, el muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada bajo la modalidad virtual, validada por juicio de expertos y por estudio piloto. Los datos fueron procesados por análisis de contenido. En el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta los principios éticos y criterios de rigor científico. Surgiendo como resultados tres categorías: Desnudez corporal ineludible por intervención quirúrgica. Reacciones incómodas por desnudez en acto de preparar zona operatoria y Situaciones de quiebre y correcciones de la vulnerabilidad en la intimidad física. Concluyendo que las reacciones del paciente quirúrgico al percibir la desnudez de su cuerpo, exteriorizadas expresiones verbales inoportunas, sentimientos y emociones sumados a temor, nerviosismo e incomodidad, Y señalan que no todos los profesionales que intervienen en la fase intraoperatoria muestran cierto respeto por el cuerpo del paciente y hace un llamado a evitar este comportamiento

Palabras claves: Intimidad física, paciente quirúrgico.

Descriptor: vulnerabilidad (SP8.473.981), intimidad (SP9.020.020.040), paciente (M01.643), enfermería (Q65.030).

Fuente: Términos DeCs

Abstract

The physical intimacy of every patient must be protected from other people's subjects, it is linked to the feeling of shame that encompasses its own essence; and the patient becomes more vulnerable when he is going to be operated on. Circumstances that motivated the researcher to carry out this qualitative research, with a descriptive approach, pursued as objectives to describe and analyze how the physical privacy of the surgical patient is violated, from the perspective of the nursing professional in the intraoperative phase of a Public Hospital. The study subjects were made up of 6 nursing professionals specialized in Surgical Center, the sample was obtained by saturation, the sampling was non-probabilistic and for convenience. For data collection, the semi-structured interview was used under the virtual modality, validated by expert judgment and by pilot study. The data was processed by content analysis. In the development of the research, the ethical principles and criteria of scientific rigor were taken into account. Three categories emerge as results: Inescapable body nudity due to surgical intervention. Uncomfortable reactions due to nudity in the act of preparing the operative area and Break points and corrections of vulnerability in physical intimacy. Concluding that the reactions of the surgical patient when perceiving the nakedness of their body, externalized inappropriate verbal expressions, feelings and emotions added to fear, nervousness and discomfort, and they point out that not all professionals who intervene in the intraoperative phase show some respect for the body of the patient and calls to avoid this behavior

Keywords: Physical intimacy, surgical patient.

Descriptors: vulnerability (SP8.473.981), privacy (SP9.020.020.040), patient (M01.643), nursing (Q65.030).

Source: DeCs Terms

Introducción

En la actualidad, la atención sanitaria se ha convertido en un proceso más mecanizado y rutinario, los pacientes son susceptibles a que se les perjudique su integridad física y otros aspectos más intrínsecos, como su intimidad, la cual es propia del mundo subjetivo de la persona y la diferencia de las demás. La intimidad como tal es subjetiva como objetiva, porque no sólo comprende los propios pensamientos y sentimientos sino también las cosas que pasan en el entorno y hasta en el propio cuerpo. Por ello, al saber los elementos que abarca este término, y aún más si se trata de la intimidad física, se puede entender que la persona tiene un mundo interior que sólo ella conoce; capaz de comunicarlo o no a quien quiera, creando un sentimiento natural que le brinda protección, conocida como la vergüenza o pudor^{1,2}.

Cuando el paciente ingresa a un centro hospitalario puede encontrarse en una situación incierta y desconocida. Según Sánchez³, la intimidad puede verse comprometida a la hora de brindar los cuidados, pues hay veces que no se utilizan las barreras necesarias para evitar exponer innecesariamente el cuerpo del paciente. Corroboró la investigación de Ramos, Paredes y Cervera⁴, al sostener que la intimidad suele violentarse por: la sobresaturación de pacientes, el trato hacia la persona, los cuidados proporcionados, hasta la inadecuada infraestructura, déficit de ropa hospitalaria o incluso la exigencia de examinar al paciente.

En este sentido, la gran mayoría del equipo de salud no siempre contemplan de la misma forma a los pacientes en relación al significado de la intimidad, pues muchos de los profesionales actúan de forma tan natural cuando se trata de revelar la intimidad física de la persona ante desconocidos⁵, realidad que no ocurre en el pensar de los pacientes, evidenciados por sus afirmaciones: *“Da vergüenza que me vea el doctor, en dos ocasiones me han visto y tocado mi cuerpo, cuando me dijeron sácate la ropa para revisarte la vesícula y cuando me iban a sacar una ecografía de mi barriga”*, o la siguiente, *“Para mí no es común que vean mi cuerpo, porque mi cuerpo sólo lo ve mi esposo”*⁶.

Al respecto, el estudio realizado por Hartigan, Cussen, Meaney y Donoghue⁷, encontró que el 79 % de los pacientes detectó que la protección de su intimidad física era inadecuada durante la visita al servicio de urgencias. Asimismo, en una investigación realizada a nivel nacional, se señaló que el 85% de los encuestados expresaron que su intimidad fue vulnerada durante la atención en el servicio de emergencias⁸.

Igualmente, en la investigación fenomenológica de Ramos y Cervera⁹, obtuvieron proposiciones relacionados con la exposición corporal, destacando entre ellas que la mayoría de los pacientes se sienten avergonzados y tristes frente a miradas y tocamientos de lo íntimo de su cuerpo, además consideraron que la vestimenta hospitalaria era inapropiada, pues les generaba desprotección, molestia y llanto, ya que experimentan cierta pérdida de su intimidad corporal, produciendo así un estrés adicional al sufrimiento biológico que padecen. Del mismo modo, Ceroni, Martini, Antonioli y otros¹⁰, concluyeron que mantener la privacidad de la persona garantiza el derecho de no observarle sin su consentimiento, considerando así su voluntad e individualidad.

Se evidencia que poco se ha evaluado y discutido sobre la intimidad física en la salud, especialmente en algunos servicios del hospital o en ciertos procedimientos, donde exponer y tocar el cuerpo es inevitable a la asistencia sanitaria; pero esto no significa que el salvaguardar la intimidad corporal también sea imposible ponerla en práctica durante la atención. Esto sucede porque a veces se dan descuidos en esta dimensión de la persona, y en servicios como lo es la

sala de operaciones. En dicho lugar, el hecho de conservar la intimidad del paciente por parte del equipo quirúrgico, muchas veces puede pasar a un segundo plano; ya que se toma en cuenta aspectos más técnicos y necesidades consideradas muy básicas por el sistema sanitario que giran más entorno a la enfermedad y el tratamiento que alrededor del propio paciente^{11, 12}.

En efecto, es notable aquí la preocupación muy marcada con la desnudez, sobre todo en el contacto corporal y área íntima, porque se expone a la visión de otros desconocidos al paciente quirúrgico. Frente a ello, se puede corroborar con lo observado durante las prácticas realizadas en los diferentes hospitales de la región de Lambayeque, donde en varias ocasiones algunos pacientes tenían descubierto ciertas áreas íntimas de su cuerpo. Muchos de ellos decían: “todo el mundo me miraba”, “sentía vergüenza porque el doctor y todos lo que conformaban el equipo me iban a observar mis partes íntimas”, “me sentía desprotegida y tenía ganas de cubrirme con algo”.

Asimismo, en el quehacer del profesional de enfermería, algunos de ellos tenían actitudes de irrespeto frente al cuerpo del paciente; hacían bromas en relación con la parte afectada de su cuerpo por la enfermedad, en algunas salas de operaciones ingresaba personal de salud que no formaba parte del mismo a observar la cirugía, y no se le pedía el consentimiento al paciente para que él pueda visualizar parte de su cuerpo.

Ante esta situación se asumió la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se vulnera la intimidad física del paciente quirúrgico desde la perspectiva de enfermería en fase intraoperatoria, Hospital Público, 2020? Surgiendo como objetivos describir y analizar cómo se vulnera la intimidad física del paciente quirúrgico desde la perspectiva de enfermería en fase intraoperatoria, Hospital Público, 2020

La relevancia de realizar el estudio se basó en la necesidad de ver el fenómeno desde la mirada del profesional de enfermería; ya que no existen suficientes estudios que describan o interpreten de qué manera o cómo se vulnera la intimidad física del paciente quirúrgico. Se sabe que la sala de operaciones es el lugar donde la intimidad física del paciente se ve más vulnerada, puesto que requiere casi de la total exposición corporal de la persona para dar cumplimiento al objetivo del tratamiento^{12,13}. Hecho que va en contra del derecho al respeto a la dignidad como a la intimidad, establecido en la Ley General de salud, artículo 15; así como también en la Ley N° 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, hace manifiesto en el artículo 18 inciso “a” que la persona tiene “derecho al respeto de su dignidad e intimidad”^{14, 15}.

Razón por la cual, la intimidad física tiene que ser salvaguardada durante el proceso intraoperatorio por todo el profesional de enfermería que interactúa con el paciente, aunque esta interacción sea temporal. De igual modo, la realización de la investigación será útil para comprender la perspectiva que tienen el profesional de enfermería sobre la vulnerabilidad del paciente en este proceso y cómo ellos son conscientes y sensibles de que el aumento de la calidad de los cuidados pasa por respetar a la persona y su dimensión corporal, relacionado con la desnudez innecesaria o la invasión vana de la intimidad física^{16,17}.

Así también, la investigación servirá como antecedente de futuros estudios, teniendo en cuenta que, para brindar una asistencia de salud de calidad, humanizada y ética, el profesional de enfermería debe evitar al máximo quebrantar la intimidad física del paciente durante la fase intraoperatoria.

Revisión de literatura

A partir de la revisión bibliográfica realizada, la presente investigación consideró pertinente desarrollar los siguientes conceptos: vulnerabilidad, intimidad física, paciente quirúrgico, enfermería, fase intraoperatoria; y además de algunas leyes que protegen la intimidad física como un derecho de la persona.

La vulnerabilidad, se refiere en sí a una expresión muy compleja, por ello, ha sido estudiado de diferentes puntos de vista; ya sea desde el ámbito antropológico, social, ecológico, político y entre otros aspectos, relacionada con aquellas características que intervienen en la capacidad de las personas o comunidades para anteponer, lidiar, soportar y sobreponerse del impacto de una amenaza^{18,19}.

En este sentido, se considera la existencia de la vulnerabilidad dividida en dos tipos: vulnerabilidad antropológica y socio-política. La vulnerabilidad antropológica, se refiere al estado de fragilidad propia e inherente a la persona, debido a que por naturaleza es un ser biológico y psíquico. Asimismo, el hecho de estar vulnerable también se describe como alguien que puede ser herido o recibir lesión física o moral^{18,20}.

Entonces, centrándose en el enfoque antropológico de la vulnerabilidad, ésta implica que la persona va a estar propensa a que pueda sufrir daño o padecer de una enfermedad, además de ello; es probable que sea herido físicamente o emocionalmente porque simplemente el individuo no posee el poder y el control absoluto de la situación, por lo cual se ve indefenso ante el peligro. De esta manera, para el propósito del estudio, se tomó en cuenta al paciente quirúrgico como un ser vulnerable, ya que se va encontrar frente a una serie de procedimientos y técnicas propias del ejercicio profesional y que, de alguna manera, provocarían que su parte física sea expuesta ante extraños, siendo en muchos casos, innecesario y evitable.

La intimidad, también es considerada como aquel campo espiritual íntimo y reservado de la persona o de un colectivo, en especial de una familia; además es analizada como la cualidad de lo más profundo o interno. Asimismo, esta hace mención a todos los seres racionales, porque son los únicos que poseen entendimiento y un yo irrepetible, tomándose así como aquella particularidad de la persona que se encuentra reservada; en ella están los pensamientos y las cuestiones internas de la persona²¹.

A partir de ello, existen tres niveles de intimidad: espacial o territorial, corporal y espiritual⁵. En relación a la intimidad corporal, es aquello que caracteriza propiamente a la intimidad física, porque se basa en la capacidad de consentir o no ser observados o tocados por otros. Comprende el mismo cuerpo y con ello el recato y pudor de cada persona según sus valores²², por lo tanto se considera inherente y única de cada individuo, y que solo él o ella es capaz de comunicarle a quien quiera²³.

El trasfondo de la intimidad es el cuerpo, porque a través de él la persona puede expresarse, pues es imposible y erróneo que cuando se vea un cuerpo, solo se observe una figura humana y que luego por un ejercicio mental se le agregue el sentido emocional²⁴. Por esta razón, el cuerpo forma parte de la intimidad porque la persona también es su cuerpo. Así, el hecho de proteger la intimidad física de las miradas extrañas, compromete también al cuerpo de la persona²⁵.

En este sentido, cuando los pacientes en su mayoría están privados de su intimidad, experimentan cierto nivel de estrés en los hospitales, ya que se comete una intrusión en sus

espacios personales e invasión de su corporalidad; lo cual también resulta ser un trauma personal para ellos y hace que la persona experimente sentimientos de ansiedad, tristeza, desprotección, angustia, molestia y hasta hacer evidente el llanto¹¹.

Ante lo expuesto, se consideró a la intimidad física como aquel ámbito privado de la persona humana que abarca un conjunto de pensamientos, experiencias y creencias, relacionado con el espacio personal y su estructura corpórea, lo cual se considera como una zona de inaccesibilidad y que, en efecto, lo hace evidente a través del pudor o vergüenza ante extraños.

El término paciente quirúrgico hace referencia a la persona que recibe los cuidados del profesional de enfermería. Asimismo, este término se le alude al usuario que solicita atención para uno o varios problemas de salud. En contexto, el paciente quirúrgico se le denomina a aquel que ingresa al quirófano para ser sometido a un conjunto de exploraciones para determinar su estado de salud y tratar alguna enfermedad o lesión^{26,27}.

Para fines de la investigación, paciente quirúrgico, se consideró a aquella persona que va a ingresar a sala de operaciones para una intervención quirúrgica por un equipo de salud, con el fin de satisfacer la necesidad física de paciente y lograr su bienestar.

En relación a enfermería, comprende una profesión, un arte y una ciencia, destinada a prestar cuidados con compasión, con arte y respeto por la dignidad y la individualidad de la persona. La enfermería como tal está orientada a la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades; la prevención de la enfermedad y de la lesión; el alivio del sufrimiento por medio del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana; y la defensa en el cuidado de la persona y la comunidad²⁸.

En este sentido, las funciones que realiza la enfermera instrumentista es de garantizar la integridad y la seguridad del campo estéril durante la intervención quirúrgica, así como de suministrar los materiales esterilizados al cirujano durante todo el procedimiento. La enfermera circulante es la que dirige todo el proceso de atención al paciente en la sala de operaciones, es ella o él quien sitúa a la persona que va a ser intervenida en la posición requerida; asimismo, con colaboración del personal técnico en enfermería prepara la piel del paciente para la operación, maneja algunos instrumentos quirúrgicos y está atenta a las necesidades del equipo quirúrgico^{26,29}.

Para efectos de la investigación, el profesional de enfermería, ya sea enfermera circulante o instrumentista, es el que participa con los miembros del equipo quirúrgico, y está encargado de prestar cuidados óptimos y atención especializada, humana y ética al paciente que ingresa a quirófano para ser tratado mediante un procedimiento quirúrgico.

De esta manera, la enfermera y todo el profesional de salud que atiende al paciente está llamado a garantizar el cuidado de la intimidad del paciente que ingresa al centro sanitario, protegiendo su cuerpo y sus partes íntimas frente a aquellas exposiciones y miradas extrañas. Asimismo, como agentes que prestan atención, deben propiciar la comodidad de los sufridos, animándolos a participar en la gestión de su entorno, es decir brindar el cuidado con enfoques de respeto a la individualidad de los pacientes, comunicación adecuada y el cuidado de lo íntimo¹¹.

Lo último mencionado, abarca aquellas situaciones donde se dan las intervenciones, las cuales requieren de cualquier tipo de contacto físico, es por ello que es muy importante conocer

el grado de pudor del paciente, y operar con toda la sensibilidad posible para no ofenderle con nuestros actos, lo que implica solicitar permiso para desnudar, manipular y explorar el cuerpo del otro, por ello es que el cuidado es considerado como un verdadero misterio, donde nunca se debe actuar como dueños, sino siempre como servidores y amigos^{4,5}.

Con respecto al proceso quirúrgico, este tiene 3 fases (preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio), donde la condición del paciente y la función del personal son diferentes. Para el estudio, se hará énfasis en el periodo intraoperatorio, el cual inicia con el traslado al paciente a la mesa quirúrgica y termina cuando se admite a la persona en la sala de recuperación. En esta etapa es donde todas las actividades se orientan a alcanzar el bienestar de la persona durante todo este proceso; es por ello que todo el personal de salud que interviene aquí debe funcionar en base al plan quirúrgico con eficacia, seguridad y sobre todo con respeto al cuerpo de la persona que asiste²⁹.

Por consiguiente, el paciente quirúrgico al ingresar al quirófano se le asiste físicamente de la siguiente manera: Se admite al paciente en la sala de operaciones, el cual puede venir de forma ambulatoria o derivado de hospitalización, luego se le traslada de la cama de hospitalización a la mesa quirúrgica, de manera que se encuentre cómodo, seguro y tranquilo, al mismo tiempo se le cubre para preservar su intimidad y confort mientras se le brinda apoyo emocional. Después de ello se monitoriza las constantes vitales y se canaliza una vía endovenosa. Posteriormente se realiza la inducción de la anestesia al paciente y procedimientos de enfermería como sondaje vesical y otros necesarios. Por último, se efectúa el lavado y desinfección del campo quirúrgico, dependiendo del protocolo del hospital²⁹.

Entonces, al realizar estos cuidados y/o procedimientos al paciente quirúrgico, de alguna forma podrían vulnerar su intimidad como persona. La protección de esta dimensión de la persona está respaldada por distintas leyes y reglamentos dadas a nivel mundial como nacional. Una de ellas es la Declaración de los Derechos Humanos³⁰, que según el artículo 12, afirma que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o reputación...” De igual modo, la Constitución política del Perú³¹, que también defiende este derecho de la persona y lo afirma en el artículo 2 inciso 7, en el cual dice lo siguiente: la persona tiene derecho “al honor y a la buena reputación, a la intimidad personal y familiar, así como a la voz y a la imagen propia”

En este sentido, se comprende que el paciente debe ser tratado como tal, sin ningún abuso sobre la privacidad de su vida personal en cualquier índole, a pesar de que la ley lo considere como un derecho que debe ser protegido de manera general, pues se sabe que la intimidad física está considerada dentro de ella. Por consiguiente, es importante tomarlo en cuenta como fundamento para la defensa de este aspecto crucial de la persona.

Del mismo modo, la Ley General de Salud, Ley N° 26842¹⁴, menciona en el artículo 15 que todo usuario de los servicios de salud goza del derecho “al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad”. Asimismo, el Reglamento, según la Ley N° 29414¹⁵, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, hace manifiesto en el artículo 18 inciso “a” que la persona tiene “derecho al respeto de su dignidad e intimidad”, quiere decir que, bajo el consentimiento informado que autoriza al paciente, el médico tratante tiene el deber de garantizar el respeto a la privacidad y pudor del paciente al realizar la exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.

Frente a lo mencionado, se considera que el profesional de enfermería que atiende al paciente quirúrgico está obligado a salvaguardar este derecho de la persona al tratar o interactuar con

ella; porque es parte de sus funciones, y más aún porque se considera como conducta ética dentro de su profesión, la cual a veces suelen pasarla por alto. En otras palabras, esta función se vincula con la responsabilidad que tienen, ya que están obligados a responder por las actividades que realizan en función del ejercicio profesional y experiencia, puesto que los pacientes exigen una atención de calidad y conforme a sus derechos.

Material y métodos

El estudio siguió el modelo de análisis cualitativo^{32,33}, con el fin de profundizar en el contexto natural en que se desenvuelve el objeto de estudio, considerando la perspectiva del profesional de enfermería que atiende al paciente quirúrgico.

La investigación fue descriptiva³³, permitiendo comprender el punto de vista que tiene el profesional de enfermería sobre el vulnerar la intimidad física del paciente quirúrgico, específicamente en la fase intraoperatoria. De este modo, se proporcionó un informe claro, explicando de manera detallada el objeto de estudio en su contexto natural.

La población estuvo constituida por 30 profesionales de enfermería con especialidad en Centro Quirúrgico, quienes laboran en el servicio de anestesiología y centro quirúrgico del Hospital Las Mercedes de Chiclayo (HLM), información brindada por la oficina de personal al obtener la autorización de la oficina de capacitación del HLM-Chiclayo.

Tabla N°01: Características generales de los profesionales de enfermería

Datos personales							
Seudónimo	Edad	Gmail	Sexo	Profesión	Estudios de especialidad	Tiempo de servicio en el establecimiento de salud:	Tiempo de experiencia profesional
ECQ1	33 años	Leydi-yulisa10@hotmail.com	Femenino	Enfermería	Centro quirúrgico	2 años 5 meses	5 años
ECQ2	56 años	silcasi@hotmail.com	Femenino	Enfermería	Centro quirúrgico	25 años	32 años
ECQ3	52 años	--	Femenino	Enfermería	Centro quirúrgico	12 años	--
ECQ4	56 años	---	Femenino	Enfermería	Centro quirúrgico	15 años	--
ECQ5	31	patriciamsv2202@gmail.com	Femenino	Enfermería	Centro quirúrgico	8 años	9 años
ECQ6	28 años	marysusan_94@hotmail.com	Femenino	Enfermería	Centro quirúrgico	1 años 2 meses	3 años

Fuente: Tabla elaborado por la investigadora

La muestra fue no probabilística y por conveniencia³². Para ello, en el proceso de selección se incluyó al profesional de enfermería que se encontraba trabajando más de un año, de ambos sexos y que accedieron a participar de manera voluntaria con consentimiento informado. Como criterios de exclusión se consideró a los profesionales de enfermería con descanso médico, pasantía, rotación de especialidad, así como reemplazos momentáneos por alguna enfermedad

El tamaño de la muestra se constituyó por 6 enfermeras, determinada por criterios de saturación y redundancia; lo cual implicó en desistir de recoger información cuando fueron redundantes, y no aporten aspectos nuevos para explicar el objeto de estudio³⁴.

Respecto al escenario, el estudio se realizó en el servicio de Anestesiología y Centro quirúrgico del Hospital Las Mercedes de Chiclayo (HLM), puesto que este ambiente se caracteriza por ser un establecimiento de salud del Ministerio de Salud de segundo nivel y categorizado como II-2 en el distrito de Chiclayo y la región de Lambayeque, debido a su complejidad y resolución, lo cual se consideró necesario para la investigación. Por otro lado, este establecimiento presenta alta demanda de pacientes y limitada oferta de profesionales a diferencia de otros hospitales del distrito y la región, es por ello que resulta observable la sobresaturación de pacientes u otros factores internos, lo cual condiciona a que de alguna manera ocurra tales injerencias en este ámbito del usuario, como es su intimidad física.

Para proceder a la recolección de datos tomando como base el estudio descriptivo, se realizó mediante la técnica de entrevista semiestructurada^{32,35} bajo modalidad virtual debido a la emergencia sanitaria que se vive en la Región Lambayeque y en todo el país por el Covid 19, obteniendo así información real, concisa y direccionada al objetivo planteado.

El instrumento para recoger la información consistió en la guía de entrevista³⁶ (ver anexo 1), elaborada por la investigadora y asesora; consta de dos partes, la primera parte constituyó los datos generales; y en la segunda parte comprendió seis preguntas abiertas y orientadas al objeto de estudio. Asimismo, esta fue validado por 3 juicios de expertos³⁷ (ver anexo 2), dos expertos en metodología y uno en la temática del estudio, quienes cuentan entre 15 a 22 años de servicio, con grado de maestría en Ciencias de Enfermería y doctorado en Bienestar Social y Desarrollo local. Se consideró su juicio sobre el contenido del instrumento, por lo cual se eliminó dos interrogantes y también se modificó algunos términos de las preguntas, de tal manera que se logre comprenderlas y se obtengan datos confiables para analizar.

Después de ser aprobado el proyecto por el comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina (CEIFM), se efectuó la prueba piloto³⁵ con la finalidad de probar la validez del instrumento. El estudio piloto se realizó con dos participantes que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión. La entrevista duró alrededor de 12 a 13 minutos y se dio lugar en el Estar de Enfermería de la zona no rígida del Centro Quirúrgico Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque y del HLM-Chiclayo.

En primera instancia, el proyecto de investigación se registró en el sistema de gestión de investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, luego con la conformidad de la profesora del curso de Tesis I y la revisión por pares a través de la aplicación de la lista de cotejo en la revisión, se hizo presente al Jurado de Tesis de la escuela de Enfermería en metodología, para las correcciones necesarias utilizando una lista de cotejo de verificación más específica (ver anexo 3). De esta manera, las recomendaciones dadas por los diferentes expertos fueron de gran ayuda para mejorar el proyecto de investigación.

Después, fue revisado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, el cual fue aprobado con resolución N°331-2020-USAT-FMED (ver anexo 4). Luego, se solicitó el debido permiso del Director del HLM (ver anexo 5), para poder entrevistar a los profesionales de salud seleccionados bajo la modalidad virtual. Posteriormente se tuvo contacto con algunos participantes, por medio de la aplicación de WhastsApp y llamadas telefónicas y con ayuda de aliados estratégicos que laboran en el mismo establecimiento, con el fin de coordinar el horario disponible para las entrevistas virtuales previo consentimiento informado³⁸ de forma verbal (ver anexo 6).

Realizada la prueba piloto y tomando en cuenta las recomendaciones de los expertos en relación al instrumento de recolección de datos, se procedió a realizar las entrevistas virtuales, las cuales duraron alrededor de 20 minutos, de antemano informándole para que acceda con su consentimiento informado de manera verbal. Durante el proceso de realizar las entrevistas, se tuvo un poco de dificultad para acceder a los sujetos por motivos de trabajo y tiempo disponible de los mismos.

Una vez que se realizó cada entrevista, estas fueron transcritas al programa de Microsoft Word. Seguidamente, se contactó nuevamente con cada participante de manera inmediata, según su disponibilidad, con la finalidad de verificar que los datos obtenidos sean los correctos y estén completos. Dicha verificación se efectuó en forma virtual bajos los medios ya mencionados anteriormente. De este modo se dio cumplimiento a uno de los criterios del rigor científico; la confirmabilidad.

Posterior a la recolección de datos, estos fueron procesados mediante análisis de contenido^{32,35}, utilizando una matriz elaborada en Word por la investigadora, la cual permitió ordenar y cambiar los datos del lenguaje EMIC al ETIC para luego descomponerlos en unidades, y agruparlos en posibles categorías, considerando ciertos criterios de similitud preestablecidos. Este proceso comprendió tres etapas: pre análisis, codificación y categorización.

En el pre análisis: se realizó la revisión y familiarización con los datos obtenidos, a partir de una lectura exhaustiva y visualización de los mismos. Posteriormente se ordenó cada entrevista según el tiempo de su ejecución, después los datos fueron organizados para proceder a realizar el análisis de contenido.

Codificación: consistió en convertir los “datos brutos” (Lenguaje EMIC) en “datos sutiles”(Lenguaje ETIC), considerando la revisión exhaustiva y lectura de cada discurso, para así extraer lo útil de los datos según el objeto de estudio, luego se seleccionó y subrayó los segmentos importantes de las declaraciones de las enfermeras, los cuales fueron clasificados como unidades de significado; y que luego fueron etiquetados con códigos según la expresión relevante, con el fin de analizar las similitudes o divergencias que se pudo identificar.

Categorización: consistió en clasificar y agrupar todos los discursos según códigos o elementos semejantes y de esta manera la investigadora estableció relaciones entre ellas, emergiendo así categorías y subcategorías, con el fin de analizar, interpretar los discursos y contrastar con la literatura científica, tomando en cuenta la posición de la investigadora.

Para el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta la aplicación de los siguientes criterios éticos³⁹:

El proyecto de investigación fue sometido al software antiplagio turnitin, obteniendo 8% de similitud (ver anexo 7). Asimismo, se llevó a cabo con la previa aprobación del CEIFM y el permiso correspondiente del director del establecimiento de salud. Por otro lado, en todo momento se respetó la vida de los sujetos de investigación, considerando que son seres humanos con dignidad, la cual fue salvaguardada en todo el proceso de la investigación.

Los datos fueron obtenidos por vía virtual y se utilizaron exclusivamente para el desarrollo de la presente investigación, ya que no fueron divulgados, además fueron personalizados con un seudónimo designado por la investigadora (ECQ1, ECQ2...ECQ3...), con el fin de preservar la confidencialidad de los mismos. Por último, las entrevistas virtuales y transcritas estarán vigentes y reservadas por un tiempo de 2 años, dado que se presente alguna auditoria por parte del Jurado de Tesis; después de ello, estos serán eliminados.

Se aplicó el principio de libertad y responsabilidad, puesto que se brindó a los colaboradores información clara, completa y sencilla sobre el objeto de estudio; y se solicitó el consentimiento informado a cada participante de manera verbal antes de realizar las entrevistas, constatando así la participación voluntaria y responsable de los sujetos. Asimismo, como investigadora se asumió el compromiso de cumplir el objetivo planteado para llegar a la verdad científica. También se tomó en cuenta el principio de subsidiaridad, porque la investigación servirá como un antecedente para ampliar la evidencia científica en relación al objeto de estudio.

Resultados y discusión

Después de haber analizado las entrevistas, emergieron tres categorías que sustentan la vulnerabilidad de la intimidad física del paciente quirúrgico.

Toda enfermedad y proceso quirúrgico involucra la dimensión corporal, que en este caso puede verse vulnerada en la fase intraoperatoria⁴⁰, llevando consigo, una serie de pérdidas, entre ellas la intimidad, esta identifica al paciente, lo determina y hace de él un ser único con sentimientos y emociones y todo aquello que ocurre consigo mismo y con los demás, razón por la cual las enfermeras, al ser el personal más cercano a los pacientes, que van a ser intervenidos quirúrgicamente, son conscientes de las preocupaciones y los riesgos relacionados con la protección de la intimidad de los pacientes, deben ser sensibles a su necesidad de reservar lo íntimo, saber tranquilizarlos y respetar siempre su individualidad en todos los procesos de cuidado¹¹. Situación que es descrita en la siguiente categoría:

Categoría I: Desnudez corporal ineludible por intervención quirúrgica

Las enfermeras de centro quirúrgico ven a la intimidad como una dimensión holística porque involucra el aspecto físico, psicológico, cultural y espiritual de cada persona, destacando la corporalidad y la confidencialidad como las esferas más significativas para respetar esta dimensión⁴. Al saber que el trasfondo de la intimidad es el cuerpo, como experiencia vivida, favorece el coexistir de la razón porque reconoce que el cuerpo del cuidador deja de ser uno y se convierte en nosotros en el instante de brindar cuidado al crear una relación de intercorporeidad donde el cuerpo cuidado se convierte en sujeto del proceso de cuidar⁴¹.

En este sentido, toda cirugía, como proceso quirúrgico requiere la exposición temporal del cuerpo del paciente, y es en ese momento donde la persona puede llegar a experimentar diversas situaciones relacionadas con su desnudez frente al equipo quirúrgico o personas ajenas a su

espacio personal, situaciones que también son narradas por las enfermeras al entrar en contacto con los pacientes en la etapa intraoperatoria:

El paciente al momento de ingresar a sala de operaciones tiene temor a estar expuesto ante personas (anestesiólogo, enfermeras, residentes), de alguna manera están violando su intimidad, es algo íntimo del paciente...cuando uno lo tiene expuesto, “calato”, pero ni bien el paciente sube a la camilla, nosotros tratamos de tapar lo que más les intimida, son que vean sus genitales. (ECQ1)

Es el espacio en el cual el paciente se encuentra rodeado por profesionales que participan en la asistencia (médicos asistentes, residentes, enfermeras del servicio de hospitalización, anestesiólogos, enfermeras de quirófano, y enfermeras de URPA), y otros profesionales ajenos a su proceso, personas completamente extrañas, quedando fuera del espacio físico del paciente. (ECQ3)

El profesional de enfermería reconoce que para la operación y para algunos procedimientos antes del acto quirúrgico, el paciente necesita estar desnudo por un momento, es decir exponer el cuerpo. Según Flores⁴², afirma que la intimidad en un centro hospitalario es donde la persona puede estar más expuesta y por lo tanto, requiere mayor protección. En este lugar, el paciente muestra su intimidad cuando es sometida a la exploración física y al brindar sus datos personales. Al respecto, González²² concuerda con el autor al mencionar que la exposición corporal del paciente, la observación y el contacto físico es propio de la atención sanitaria con el objetivo de combatir o eliminar cualquier afección leve o grave del organismo.

Frente a lo mencionado, en un estudio realizado con usuarios ingresados en unidades médicas quirúrgicas en un hospital de tamaño mediano, se descubrió que cuando la intimidad está expuesta, los entrevistados prefieren estar solo con alguien del equipo profesional o con un miembro de confianza de su familia⁴³, porque el temor que presenta la mayoría de ellos tiene relación con el mostrar el cuerpo a otros. El estudio de Vinalay⁴¹, recalca que el cuerpo como elemento de cuidado trasciende mientras se realiza una técnica o procedimiento. Esta representación de cuidado lleva consigo un sentido espiritual al estar disponible para interrelacionar con los otros y tocar el cuerpo ajeno.

Según Martí y Moreno⁴⁴, las propias situaciones de los cuidados brindados por el equipo de la salud requieren a menudo mostrar aspectos de la intimidad física, que habitualmente quedarían ocultas para aquellas relaciones privadas y limitadas de familiaridad. Cuando la enfermera menciona que la persona posee un espacio interno, hace referencia a un término muy subjetivo; la intimidad, interpretada habitualmente como algo exclusivamente intrínseco e inaccesible, hasta oculto; cuando realmente sólo acceder a ella y vivirla es partir de la corporalidad humana, de la subjetividad del cuerpo y de la experiencia del cuerpo viviente.

Igualmente, las enfermeras reconocen que ante el acto quirúrgico, suele manifestarse el temor o miedo, este sentimiento hace referencia a la angustia por lo desconocido, y más aún al aplicarse en la zona quirúrgica y en concreto el quirófano, que es una zona percibida por el paciente como un lugar frío y desconocido, y pues todo lo desconocido al ser humano le ocasiona siempre un miedo ineludible⁴⁵.

Además, las enfermeras aluden que no trabajan solas en este procedimiento, cuando se expone al paciente, no solo ellas son partícipes, sino otros ajenos a su espacio personal como el equipo quirúrgico. Es conocido que el cuidado en salud sitúa al paciente en una estado de

incertidumbre, lo cual siempre genera angustia, debido a la separación de su entorno familiar, laboral y social, al entrar en un ambiente intimidante donde uno está rodeado de personas desconocidas a quienes de alguna forma debe entregarles parte de su intimidad, al someterse a asuntos médicos complejos que a veces el mismo no entiende y se agobia⁴⁶.

Las contribuciones de autores coinciden con los discursos de las enfermeras, porque acotan que pasar por esta situación no es tan fácil para ninguna persona, porque uno tiene que despojarse de sí mismo y confiar su cuerpo, su situación, su vida a otras personas que conoce temporalmente, razón por la que el paciente muestra cierto temor a que partes de su cuerpo sean descubiertas innecesariamente como sus zonas íntimas. Al seguir abordando este aspecto, otra enfermera alude lo siguiente:

Yo creo que no se vulnera, sino es una fase de la cirugía en que el paciente pierde su intimidad por un momento, porque no es un tiempo largo, sino minutos que se va a tener desnudo para lavar al paciente, después el paciente es cubierto totalmente y ya él se siente muy protegido, su intimidad sigue allí reservada, (ECQ2)

Existen muchas situaciones donde el profesional de la salud solicita al paciente mostrar su cuerpo, y eso precisa una relación de poder⁴⁷. El período transoperatorio en la cirugía es visto como uno de los periodos de mayor complejidad en el proceso quirúrgico⁴⁸, para ello es necesario la preparación de la piel del paciente, lo cual reside en el lavado de la zona quirúrgica, meticuloso secado, y desinfección, para eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente de la piel⁴⁹. Esta es una actividad donde es habitual y necesario observar la parte corporal expuesta del paciente, pero que muchas veces solo es visto como una práctica puramente técnica y mecánica, descuidando en ocasiones de manera inconsciente la invasión temporal de la persona⁵⁰.

Las enfermeras conciben que la parte íntima del paciente no se ve vulnerada, ya que, al tratarse de un ambiente crítico, es necesario ver y tocar e incluso manipular ciertas zonas del cuerpo. De esta manera se coincide con los autores al mencionar que, en esta etapa del proceso quirúrgico lleva consigo realizar una serie de actividades que comprometen exponer el cuerpo, sin embargo, se hace reflexión de que, si no se tiene un cuidado individual y consiente durante todos estos actos, puede llegar a que el paciente se sienta más vulnerable e intimidado de lo que ya puede encontrarse. Del mismo modo, otra actividad como la colocación de la anestesia en quirófano, también es uno de los procedimientos que requiere desnudar cierta parte del cuerpo, necesario para monitorizar al paciente, como lo declaran las enfermeras:

Cuando es completamente sedado, queda expuesto por necesidad de observar la respiración, auscultar para asegurarse que el tubo endotraqueal este correctamente, en este momento no es posible cubrir al paciente... (ECQ5)

El procedimiento quirúrgico consiste en la manipulación individual, separada y sistemática, sobre o en el interior del cuerpo, que consigue ser completa en sí, ejecutada para restituir ciertas partes del cuerpo deficientes o desgarradas, extirpar tejidos lesionados o enfermos, etc⁴⁹, por lo cual es necesario la aplicación de anestesia al paciente, y por ende monitorizarlo. Durante el procedimiento anestésico el equipo responsable debe evaluar continuamente la oxigenación, la ventilación, circulación, temperatura del paciente, sistema nervioso central; así como otros elementos considerados importantes de según la complejidad del caso⁵¹, por ende, la evaluación requiere necesariamente desvestir parte de la zona corporal para facilitar la monitorización del paciente anestesiado y vigilarlo hasta que termine el proceso.

De esta manera, los autores citados concuerdan con lo mencionado por las enfermeras, al identificar que la intimidad física es un ámbito de la persona muy reservada en relación con lo que le rodea, y al mismo tiempo reconocen que para la operación y para algunos procedimientos antes del acto quirúrgico, el paciente necesita estar desnudo por un momento, sin embargo, también revelan que su intimidad puede quebrantarse en ciertos espacios durante este proceso, ya que no solo ella interviene sino todo un equipo de profesionales que desempeñan diferentes funciones e interactúan con el cuerpo del paciente, asimismo las enfermeras son conscientes que la persona frente a ello expresa cierta desconfianza frente a todo este grupo de profesionales que están a su alrededor en ese trance y por lo tanto trata de resguardar lo íntimo a través de la vestimenta.

Categoría II: Reacciones incómodas por desnudez en acto de preparar zona operatoria

Cuando se observa el cuerpo humano es visto como carne, razón por la cual está cargado de alusiones a una intimidad y por ello, observarlo es más bien dilucidarlo²⁴, aquello puede ser visto de otra manera por los pacientes, ya que ellos al experimentar este acto de desnudez para el proceso operatorio, puede desencadenar diferentes sentimientos o reacciones en este contexto extraño para ellos, puesto que están frente a miradas infrecuentes y donde no poseen el control absoluto de su espacio y cuerpo, es por ello que estas expresiones dan lugar a una desvalorización personal e interceptan en la manera en la que perciben el respeto de esta dimensión⁴, frente a lo mencionado, las enfermeras dijeron lo siguiente:

Se observa incomodidad, cuando los trasladamos de una camilla a otra y cuando jalamos la colcha o el cobertor; algunos se tapan sus partes íntimas con algunos gestos de fastidio (gestos con las manos tratando de explicar lo que dice), porque tienen vergüenza, mayormente son hombres adultos jóvenes y adolescentes. Ellos a veces dicen: "tápenme por favor", "no quiero que me vean" o se ponen rojos... entonces hablándoles y preparándoles de que tienen que entrar así y estar desnudos adentro en sala, porque uno tiene que hacerle los lavados. (ECQ1)

El cuerpo siempre está expresando emociones y sentimientos. No puede dejar de realizarlo y menos aún si se encuentra en un contexto vulnerable. En específico, el acto clínico demanda el contacto físico: inspección, palpación, percusión, y, en él, los sentidos tienen un rol importante⁴⁷. Según el estudio de Perazzo⁵², acota que aquellos que desarrollan actividades asistenciales médico/quirúrgicas al transitar por los pasillos, las salas de internación o las antecámaras de los quirófanos observan con continuidad a los pacientes esperando ser intervenidos desnudos, no cubiertos totalmente, y allí se evidencia su rostro de vergüenza y miedo tratando de cubrir como puedan su pudor.

La vergüenza apunta a un enlace con el pudor, con una conexión más sexual o, si queremos, corporal, una aceptación restringida que está relacionado con el "recato o pudor que mueve a la ocultación de partes (físicas o psíquicas) de uno mismo"⁵³. Por su parte, Simmel citando a Ellis⁵⁴, explica que la vergüenza como temor que es originado por instinto y da lugar al ocultamiento, este se centra más alrededor de los procesos sexuales y lo establece como algo normal a ambos sexos. En este punto, el autor menciona que el ruborizarse es propio del sentimiento de la vergüenza, puesto que el rostro es la manifestación y expresión de la individualidad, criterio que lo viven los pacientes al sentir desnudez en su área íntima.

Frente a lo dicho, el discurso de las enfermeras es consistente con lo que se menciona en los estudios, porque revela lo que expresa y siente la persona cuando llega a sala de operaciones, no es lugar muy cómodo para ella, lo considera un ambiente extraño, donde hay varias personas que se mueven a su alrededor para atenderlo, es por ello que el sufrido reclama al profesional que no muestre su desnudez cuando no es necesario y lo hace con expresiones faciales de disgusto y sonrojo originada por la vergüenza.

Por otro lado, las reacciones ante este proceso, puede verse influenciado por el conocimiento previo de un procedimiento o la personalidad de cada individuo, evidenciándose en las alocuciones que brindan las enfermeras de Centro Quirúrgico:

La intimidad del paciente es algo propio de cada individuo, porque no todos reaccionan de la misma forma, algunos manejan sus expectativas, se sienten nerviosos o cohibidos al momento de desvestirlos, porque ellos ya saben que los van a operar y tienen que desnudarlo para hacer el lavado de zona operatoria, es decir viene con conocimiento y reacciona de manera diferente de uno que viene por primera vez y no sabe lo que le van a hacer, y siente que están violando su intimidad...también otro momento es cuando se inicia la cirugía en sí, la aplicación de la anestesia, el paciente se tiene que sentar, quitarse la bata y desnudar una parte de él...cuando el paciente ya está intubado y conectado al ventilador, allí se le desnuda para que le hagan el lavado de la zona operatoria y luego se le cubre . (ECQ2)

Para Echeverría y Francisco⁵⁵, la persona en el ambiente quirúrgico, pasa a formar parte de un procedimiento que da lugar a riesgos adicionales a los de cualquier área de hospitalización, entre ellos destacan las reacciones y manifestaciones de inseguridad, miedo, nerviosismo y ansiedad, y entre otras afecciones negativas adicionales y , Perazzo, et al⁵², infieren que tales afecciones son desencadenadas por la pérdida de la intimidad, la cual se considera como un factor desestabilizador porque da lugar a la disconformidad y otros síntomas regresivos y somáticos.

En este contexto, el nerviosismo que presenta el paciente, hace referencia a la manifestación que acompaña a la ansiedad, también llamado una sensación de inquietud, dada la excitación nerviosa que se presenta⁵⁶. Al respecto, Gaona y Contento⁵⁷, disciernen que el paciente que presenten antecedentes quirúrgicos va a sentir menor grado de inquietud o nerviosismo, a diferencia de los que van a ser intervenidos por primera vez.

Lo hablado por las enfermeras, resaltan el sentimiento de inquietud o cohibición que perciben en el paciente frente a todo este proceso de intervención, donde el sitio de manipulación va a ser su cuerpo, tanto para colocar la anestesia, realizar el lavado, etc. Concordando con los autores que tales reacciones se dan inevitablemente por la vergüenza que provoca el estar expuesto ante extraños, sin embargo, influye también el hecho de haber tenido una operación anteriormente, pues va a existir mayor confianza con lo que le van a realizar y el grado de su reacción de nerviosismo será menor.

También, las enfermeras declaran otros actos realizados por el profesional médico que hacen sentir vulnerable al paciente:

Lamentablemente algunos cirujanos tienen la mala costumbre de colocar música o reírse a carcajadas y el paciente se siente vulnerable porque piensa que se están riendo de su persona. (ECQ4)

El profesional de salud, con cierta tristeza y contrariedad, indica algunos profesionales que interviene en el proceso quirúrgico, no siempre actúan con la visión que tiene el paciente en relación al respeto de su cuerpo, pues cuando están realizando el acto operatorio, los médicos en su afán de cumplir con su función, consideran placentero colocar distractores como la música o conversaciones que provocan en algún momento manifestaciones de alegría y risa fuera de lugar. Frente a ello, Arias⁵⁸ afirma que en la medida posible debe velarse por el debido respeto de la dignidad que merece el paciente; y debe abstenerse de cualquier acto que atente no solo contra la integridad física, sino también psicológica o espiritual de este. En este contexto, la intimidad no solo es considerada como una dimensión de la persona sino también como un derecho, declarado en el siguiente discurso:

Intimidad física del paciente quirúrgico es un derecho que todo paciente tiene, por lo cual, al enfrentarse a este acto desconocido, o hasta traumático para muchos, debe ser protegido para disminuir la ansiedad y darle seguridad a pesar del dolor o enfermedad que lo aqueja, ...y en cuanto la afluencia de estudiantes, internos y residentes en un quirófano, siempre, se sugiere que esté el equipo necesario. Los estudiantes que no ingresan al campo operatorio son los mayores observadores, en todo momento, lo cual le resulta incómodo para el paciente (ECQ5).

La intimidad es parte del ser humano, porque posee razón, voluntad y libertad, aquello hace reflexionar al profesional de la salud que su paciente goza de dignidad innata; y que por solo ello merece ser respetado como un fin en sí mismo⁵⁸. En la manifestación que aporta la enfermera hace énfasis que la intimidad como derecho es indiscutible, así como respetado, pero también es conocido que en este contexto a veces es vulnerada por diferentes factores e inevitable, es así que la persona puede llegar a percibirlo como un evento traumático y angustioso porque no está solo sino hay muchos que le están mirando y parece que todo se centra en él.

Realidad que concuerda con el estudio de Perazzo, et al⁵², al argumentar que el mirar no simplemente es un hecho de ver, de apreciar imágenes captadas por sentidos y el cerebro, ya que este acto, tiene un propósito y va en relación al enfoque que se le otorgue en ese momento, ya que en ocasiones podría ser visto como una invasión de la intimidad del paciente, porque una mirada juzga, y consigue que el otro se sienta juzgado, y por ende sentir vergüenza y angustia al estar descubierto, es decir para que se dé un acto íntimo es necesario la privacidad, y todo lo que tiene que ver con este, independientemente si se comunica de manera verbal o no, puesto que posee un rasgo confidencial y está vinculado con el aspecto emocional de la persona⁵⁹.

También, Romero, et al⁵⁰ en su estudio mostraron la importancia que tiene para el usuario que el profesional enfermería le brinde condiciones que guarden su intimidad y pudor. Este reclamo asimilado como una queja, son frecuentes cuando se percibe pérdida de la intimidad por la desnudez, originando este tipo de reacciones un poco traumáticas, pues son situaciones experimentadas como atentatorios al pudor. Este sentimiento de reserva se da de manifiesto cuando hay otros en mira de él.

De este modo, las enfermeras mencionan que la intimidad del paciente es algo propio y un derecho que merece ser respetado, tal como lo afirman los autores también. Asimismo hacen hincapié en las reacciones del paciente quirúrgico cuando está expuesto, como expresiones verbales, sentimientos y emociones como el sonrojarse, mostrar vergüenza, temor e

incomodidad, etc, estas manifestaciones suelen aparecer como respuesta a revelarse algo que no debía exponerse según los estudios mostrados anteriormente, de igual manera hacen reflexión que algunos profesionales no muestran cierto respeto por el cuerpo del paciente y hace un llamado a evitar este comportamiento. Así también, la enfermera al reconocer estas muestras de intromisión en el espacio corporal de la persona, se identifica con él y en lo posible trata de cubrir lo que le avergüenza y sugiere pautas simples a seguir para respetar este derecho.

Categoría III: Situaciones de quiebre y correcciones de la vulnerabilidad en la intimidad física

La atención centrada en el paciente, da lugar a la satisfacción del usuario y se evidencia en la calidad del cuidado prestado. Sin embargo, en este trance se pueden dar momentos o cambios negativos originados por factores, que son determinantes para evadir el respeto a la intimidad que origina la vergüenza y el pudor. Estas situaciones se observan con mayor frecuencia en las áreas quirúrgicas y se evidencian cuando los pacientes, están mal protegidos, consientes y en espera a ser intervenidos, todos estos factores incrementan sentimientos de temor y miedo⁵⁸.

Al respecto, es de suma importancia reflexionar más allá del campo técnico-clínico-científico en relación a la multidimensionalidad del cuerpo en su contexto: un cuerpo integrado⁴⁷, porque es necesario mejorar aquellos aspectos eludibles que vulneran la intimidad física en el periodo intraoperatorio. De esta manera surgen las siguientes subcategorías:

3.1. Circunstancias que limitan el mantener la intimidad física

Este acápite, permite analizar la existencia de elementos que contribuyen a que la intimidad sea infringida en el proceso intraoperatorio, frente a esto, en la mayoría de los hospitales se sabe que las disposiciones insuficientes para la intimidad física pueden evitar que el personal del hospital, especialmente las enfermeras, ayuden a mantener su privacidad de los pacientes y de alguna manera afecte negativamente las percepciones y el autocontrol de los mismos. En este contexto influye también las actitudes o comportamientos del personal de salud que participa en el proceso de atención en quirófano y que en ocasiones puede llegar a amenazar esta dimensión de la persona, aunque no se haya deseado, conviene examinar este punto de la atención sanitaria¹¹, lo cual es manifestado por las enfermeras de centro quirúrgico:

Se ejecuta medidas de cuidado a la intimidad, en lo posible, no se les expone, por pudor de cada paciente, sin embargo, hay puntos de quiebre que no se puede manejar mientras se realiza el lavado de zona operatoria... Otro punto que atropella la intimidad del paciente es que, por ser Hospital Docente, los estudiantes se aglomeran en su afán de observar, mientras el paciente consiente está expuesto, algunas veces previa autorización, la cual, en ocasiones, no es respetada por la cantidad de personas permitidas en quirófano... los cuidados en el intraoperatorio tienen un límite, entre el que se debe y se puede, por el mismo equipo multidisciplinario, que no siempre respalda o prioriza la intimidad del paciente... Muchas veces en la premura de la emergencia quirúrgica, se prioriza la comodidad del inicio para el acto operatorio y no hay campos apropiados (sábanas grandes, mandiles descartables que al desdoblarse pueden contaminar zona operatoria) para cubrir la zona expuesta en pacientes que no deberían serlo según la cirugía. (ECQ5) (ECQ4)

A partir de los siguientes discursos, el profesional de enfermería revela que no todo se cumple como se desea, al referirse que en algún momento esta dimensión de la persona puede

verse vulnerada, tal vez ella como precursora del cuidado de manera holística trata de brindar la mayor reservación de lo íntimo del paciente, pero su declaración hace ver que hay ciertos aspectos que escapan de su control, es decir no todo lo que se debe hacer, se hace o se puede hacer, y esto está relacionado tanto con las actitudes de los profesionales que muestran cuando interactúan con el paciente y su corporalidad. Por su parte, Campos, et al⁴⁸, en su estudio menciona que el 64.29% de las enfermeras no cuidaban de la intimidad del paciente en esta fase, asimismo en otro estudio, el respeto a la privacidad fue un motivo de queja por parte de los pacientes durante la atención⁶⁰.

En este sentido, existen factores externos permitidos que afectan de manera negativa en la satisfacción de la persona a intervenir frente al cuidado de su cuerpo porque existe falta de protección en el ambiente de su atención y/o negligencia del equipo profesional de salud⁵², lo que concuerda con los estudios mencionados anteriormente, sin embargo este último destaca dos condiciones importantes que justifican la vulnerabilidad de la intimidad física del paciente.

Según Martí y Moreno⁴⁴, alega que aún con los esfuerzos del personal de salud para humanizar la atención, continua considerándose una labor dificultosa, porque demanda actitudes tanto individuales como colectivas para que se respete la intimidad de los pacientes, su dignidad e individualidad, añadido a estos y de acuerdo con los autores anteriores, también coincide que la estructura física, los recursos humanos y materiales disponibles consiguen ser desfavorables para el mantenimiento de la intimidad. A partir de lo mencionado, Cegarra⁶¹ resalta que la humanización a partir de la estructura física tiene impacto en la manera de actuar de las personas, porque proporciona un equilibrio entre intimidad y apertura a la relación, originando experiencias de conexión y vida. Entonces se llega a entender que los diferentes estudios concuerdan que hay factores tanto internos como externos que influyen en la vulnerabilidad de esta dimensión del paciente quirúrgico como así lo mencionan las enfermeras de centro quirúrgico en sus discursos.

En este contexto, cuando el paciente va a ser intervenido en un hospital docente, este aprueba compartir su intimidad con el equipo médico con la finalidad de obtener un beneficio superior (conseguir un diagnóstico correcto y un procedimiento terapéutico convenientes o como parte de un examen físico), sin embargo, en la relación paciente-alumno el bien para el sufrido ya no es tan visible y los estudiantes se aferran a la generosidad del paciente para conseguir un beneficio futuro, talvez porque consideran al enfermo como un “caso”, cuando siempre debe verse como una “persona” con dignidad al igual que cualquier individuo sano que demanda igual respeto⁴, lo cual es apreciado en los siguientes discursos de las enfermeras:

Se vulnera la intimidad en el momento de que no lo respetamos y no lo valoramos como persona y se le desnuda en sala de operaciones antes de la cirugía, y cuando no se le informa para el lavado quirúrgico ... (ECQ6)

Generalmente las pacientes adolescentes mujeres guardan su pudor, porque no quieren que las desnuden, sin embargo, se debe conversar con ellas hasta que lo acepten, pero no se le desnuda totalmente. Se le deja cubierto la parte superior, porque esa es la parte que ellas más cuidan. (ECQ2)

Para la preparación de la piel, solo es necesario desvestir la zona indicada, que consiste en llevar hacia abajo la sábana que cubre al paciente y la bata hacia arriba, para dejar una zona libre alrededor del sitio de la operación⁴⁹. Al respecto, la protección de la intimidad es un derecho fundamental de la mujer hospitalizada y un aspecto que de forma obligatoria se debe

practicar en el cuidado, la intimidad debe ser considerada por todos el profesional de enfermería como una dimensión holística que se basa en el trato digno con respeto al cuerpo privado del otro⁶².

En este sentido, por cultura y naturaleza, en situaciones de desnudar la corporalidad, la mujer es el género que busca proteger más sus partes más íntimas frente al público sobre todo si son adolescentes, como lo exponen las enfermeras, pero además es consciente que es necesario buscar estrategias para ayudar a que la persona acceda con toda voluntad en exponer solo la zona indicada del cuerpo como menciona el autor, y cuando no sea necesario, cubrirlo, es decir la enfermera no es pasiva ante ello, sino que apoya la acción de la paciente cuando no es necesario desnudarla.

Cuando algunas personas permanecen en el espacio privado sin consentimiento del paciente, acceder al cuerpo del paciente sin su autorización en el trato de tú, en una persona de otra generación, es una falta de respeto. (ECQ3)

Dentro de factores que limitan el cuidado de la intimidad involucra la aglomeración de participantes en sala de operaciones, recursos materiales y la priorización del acto quirúrgico en sí, más que el resguardo de la dimensión íntima de la persona. Según Arias⁵⁸, et al, enfatiza que el paciente queda en una situación de vulnerabilidad y sensible a los estímulos presentes en el lugar de la intervención, independiente de su enfermedad, viéndose enfrentado a una invasión de su privacidad al encontrarse frente a personas desconocidas. Es expuesto sin pudor, muchas veces a situaciones de desnudez, recibiendo un trato despersonalizado en donde la enfermedad cobra mayor importancia que el mismo paciente, lo cual está explícito en el discurso presentado por la enfermera.

Se evidencia entonces que al identificarse la enfermera con lo que siente el paciente, delibera la necesidad de poder cambiar ciertas situaciones que se deben mejorar para evitar infringir la parte íntima de la persona cuando no necesaria revelarse.

3.2. Corrigiendo actos eludibles que vulneran la intimidad física

Según Martínez, et al⁶³, las actividades vinculadas con el cuidado y en exclusiva las que tiene que ver con la higiene, implican, en mayor o menor grado, disponer de la intimidad de las personas, razón por la que la exposición del cuerpo durante el apoyo prestado en los cuidados personales puede experimentarse como una amenaza. Por su parte, Sarrión⁶⁴, afirma que la enfermera ayuda a suplir las diferentes necesidades del paciente pero también considera muy importante la dimensión íntima del mismo, desde una perspectiva integral e indivisible de la persona, por lo que el profesional de enfermería se convierte en la o él garante del respeto a la intimidad, lo cual representa la esencia misma del cuidado. Lo mencionado coincide con el estudio de Costa⁶⁵, donde alude que para que el paciente se sienta respetado, el equipo de salud, incluidas las enfermeras, deben desarrollar ciertas actitudes que contribuyan al resguardo tanto de la intimidad física como de la autonomía del paciente, ya que él comprende que modificar su espacio sin explicaciones genera cierto estrés.

En este punto, los profesionales de enfermería creen que se pueden realizar diferentes actividades, así como adquirir ciertas actitudes para mejorar la intimidad de los pacientes en el transcurso del proceso intraoperatorio. Entre ellas, enfatiza el establecer una comunicación efectiva, así como respetar al paciente. También es preciso recibir formación en este tema y

tener una perspectiva más holística en relación a la intimidad del paciente⁴⁰, y esto se detalla en los discursos de las enfermeras:

Yo creo que cada paciente tiene sus cosas y es único, porque tiene su manera de ser y forma de pensar, entonces se tiene que tratar de llegar a ellos de acuerdo a su origen, su cultura, porque hay pacientes que son difíciles de entender, pero todo está en que tu sepas llegar a ellos. Por lo tanto, el cuidado si se puede dar, hasta en la universidad nos enseñan eso. Pero hay dichas zonas, como lo es el centro quirúrgico, el paciente tiene que estar así. (ECQ1)

La reacción de la persona quien debe enfrentarse a experimentar alguna cirugía, está en relación directa con su estilo personal de responder a las diversas situaciones de su vida; estas respuestas varían, y van desde las respuestas consideradas “normales”, hasta las de tinte patológico. La experiencia quirúrgica, desde el momento de la indicación de la cirugía hasta cada alternativa del proceso, surgen los principales temores a la irrupción de la intimidad⁵⁰, al respecto concuerda con lo que la enfermera declara que cada paciente con que interactúa tiene una personalidad singular, y por ende aconseja que el personal de salud debe ser estratégica en su actuar y cuidado, con el fin de disminuir la ansiedad y otro tipo de reacciones físicas o emocionales al entrar a sala, al mismo tiempo afirma la efectividad del resultado si se trabaja de esta manera.

Frente a las experiencias que obtienen los profesionales de salud al convivir temporalmente con los pacientes quirúrgicos, mencionan lo siguiente:

Siempre mostrar una actitud de escucha, de empatía y conservar la autonomía del paciente, si es necesario tocar o auscultar, debe dar su consentimiento explícito para acceder a su cuerpo...En caso de exploraciones, o actividades de higiene se debe respetar dentro de lo posible la desnudez de su cuerpo, uso correcto del camisón del hospital, evitando la exposición innecesaria, uso de biombos en habitación.es compartidas, mantener las puertas cerradas y máximo respeto en su traslado por los pasillos, ascensores y en su habitación (ECQ3)

El apoyo emocional, así como el estar presente y brindar atención, son características del arte del cuidado enfermero, introducido y profesionalizado desde antes por Florence Nightingale. Con esta actitud se impide que el cuidar pase a ser una actividad mecanizada y fragmentada, y en realidad, el cuidado más que ser considerado una acción, es un valor, un comportamiento, un arte, una filosofía, y como tal, ciencia⁴⁸.

Frente a lo mencionado, implica considerar un trato digno con la persona, el cual comprende el saludo amable, la identificación con el profesional de salud, llamar al paciente por su nombre, salvaguardar la intimidad del paciente, hacer que él se sienta seguro, tratarle con respeto, brindarle información clara sobre los cuidados durante y después del acto operatorio, procurando así que él se sienta satisfecho en relación al trato del personal que le atendió⁶⁶.

Al hablar de trato digno, el profesional cuidador expresa empatía, y esta cualidad se gana con cosas simples como escuchar de manera activa, saber comunicarnos, sentarse junto al paciente, coger su mano si lo desean, cubrirlos dignamente, respetar su intimidad, en sí considerarlos y tratarlos como personas⁵². Para ello, siempre recordar hacer uso correcto de los recursos materiales como sabanas o cobertores para el cuidado de la intimidad, ya que la vestimenta hace recaudo del pudor de la persona⁴⁹.

Cuando al paciente se le desviste, se le explica el motivo por lo que debemos hacerlo...comunicación permanente con el paciente y proteger el cuerpo hasta el momento que se va realizar el lavado de zona quirúrgico (ECQ4)

La enfermera propone medidas a tomar en cuenta que al parecer son muy prácticas para ejecutarlas cuando el paciente ingrese a quirófano, pero que muchas veces están menguantes en el ejercicio profesional. Entre estas están las habilidades la comunicación con la persona antes que se dé el acto, además considera que no se debe dejar de lado la autonomía del paciente y lo dice siendo ella consiente que este proceso implica que la persona al cuidar depende de los demás para su recuperación. Al respecto, Salvanha y Miranda⁶⁶, explican como la comunicación con los pacientes no solo se da de forma verbal sino que implica que los cuidadores sean estratégicos y así logren que el paciente les entienda y además entenderle a él, para lo cual se debe utilizar un lenguaje claro y coherente para ambos, y si no se puede mediante palabras, siempre buscar el modo de comunicarse.

Romero y Morillas⁵⁰, atribuye el papel de la enfermera de quirófano de "comunicar, comunicar, comunicar". La educación comienza desde el instante en que el paciente ingresa. A partir de ese momento la enfermera puede comunicar y dar educación informal de manera simultánea. Al informar se pueden dilucidar dudas, creencias erradas, temores a lo incierto, etc. Del mismo modo, al expresar sus emociones y dudas respecto al procedimiento, ayudará a mejorar la comprensión y minimizar el estrés del paciente quirúrgico. He allí la gran importancia de hablar de manera bidireccional con la persona, ya que no solo disminuirá sus temores ante lo nuevo, sino que permitirá conocer lo que siente y en base a ello actuar con conocimiento para resguardar su intimidad en este espacio temporal.

Mantener la línea de protección. Antes de administrar anestesia regional, es posible cubrir al paciente, lo cual siempre se cumple...Si son estudiantes de anestesia podrían estar presentes en el momento de la anestesia y retirarlos del quirófano, hasta que el paciente este vestido y la observación debiera ser de 1 a 2 estudiantes. (ECQ5)

Para conservar la intimidad física se debe evitar al máximo desvestir a los pacientes indiscriminadamente, buscar medios de realizar las exploraciones físicas de manera adecuada y únicamente en presencia de los profesionales implicados. (ECQ6)

Las enfermeras en sus declaraciones se aferran a la idea que cuantos menos participantes estén a la vista del paciente, resultará mejor, aunque no contradice la necesidad de que los estudiantes atestigüen este proceso quirúrgico como modo de aprendizaje, sino que plantea de que se debe disminuir el número de estudiantes para observar a un paciente en sala de operaciones.

Steiner⁶⁷, señala que reconocer que ser observado causa vergüenza, lo cual lleva a centrar en la importancia de la mirada y ha conducido a una realizar una distinción entre las ansiedades de ver y las de ser visto. Asimismo, Gonzales²² sostiene el personal de salud no debe incidir en provocar contactos físicos o exposiciones innecesarios durante la atención o ir más allá de lo estrictamente necesario y al mismo tiempo es imprescindible pedir permiso para cualquier exploración que sea necesario hacer, aún si se trata de un actividad ordinaria del proceso asistencial.

Por otro lado, en un estudio, los usuarios expresaron incluso implícitamente, que esperan más esfuerzo del equipo durante la atención. Además, el autor menciona que se debe adoptar

medidas por parte de los profesionales para que los usuarios sean respetados en este sentido, como cubrir partes del cuerpo que no necesitan estar expuestas durante un procedimiento⁶⁸. Tales resultados son similares con lo dicho por las enfermeras de centro quirúrgico, porque consideran que, aunque hay ciertos protocolos que es necesario llevar a cabo para el acto operatorio, no se debe dejar de lado el respeto por el cuerpo de la persona que va a ser intervenida quirúrgicamente y es allí donde ella recomienda ciertas medidas prácticas a tomar en cuenta por todo el equipo de salud durante este proceso.

Conclusiones

- El profesional de enfermería percibe a la intimidad física como ámbito de la persona muy reservada en relación con lo que le rodea, reconoce que para ciertos procedimientos antes del acto quirúrgico, el paciente necesita estar desnudo por un momento, sin embargo dicha intimidad se ve vulnerada en algunos espacios durante esta fase, porque interviene todo un equipo de profesionales que realizan diferentes funciones con el cuerpo del paciente, en ese contexto las enfermeras se dan cuenta que la persona expresa desconfianza y temor, e intenta cubrir lo íntimo a través de la vestimenta o la ropa de hospitalaria disponible.
- Las enfermeras, dilucidan que son muchas las reacciones del paciente quirúrgico cuando está expuesto, exteriorizadas en expresiones verbales, sentimientos y emociones, temor, nerviosismo e incomodidad, de igual manera reconocen que no todos los profesionales que intervienen en la fase intraoperatoria muestran cierto respeto por el cuerpo del paciente y hace un llamado a evitar este comportamiento.
- Se llegó a comprender que hay diferentes aspectos que dan lugar a situaciones donde el paciente puede verse más expuesto de lo necesario en la fase intraoperatoria, tal hecho sucede principalmente por la aglomeración de personas en quirófano y la actitud del profesional al interactuar con el paciente al ingresar a sala de operaciones, puesto que se prioriza el acto quirúrgico más que el resguardo de la dimensión íntima de la persona. En este contexto, la enfermera plantea que no se debe dejar de lado el cuidado individualizado del cuerpo del paciente, y así propone medidas prácticas como brindar un trato digno, saber comunicarse con el paciente, disminuir el número de estudiantes en sala de operaciones y hacer uso correcto de los recursos materiales.

Recomendaciones

A las instituciones de salud

- Brindar capacitaciones a los profesionales de salud en temáticas relacionados con la protección de la intimidad durante el cuidado al paciente quirúrgico, puesto que aún existe necesidad de desarrollar actitudes en el equipo de salud orientadas a cuidado del cuerpo del paciente durante la atención.
- Motivar a los estudiantes que interactúan con el paciente quirúrgico, a que desarrollen habilidades comunicativas y adopten actitudes, como la empatía y el compromiso ético de resguardar en la manera posible la dimensión corporal de la persona durante el proceso intraoperatorio,

Al personal de salud

- El equipo de salud que interactúa con el paciente quirúrgico no debe incidir en la exposición corporal innecesaria durante la etapa intraoperatoria, al contrario, debe procurar cubrir al máximo el cuerpo del paciente y evitar la aglomeración de personas en el quirófano.
- Solicitar al paciente quirúrgico el consentimiento verbal para la observación de su cuerpo, explicándole de forma clara y precisa que en la medida posible solo se le va a descubrir la zona corporal necesaria para el tratamiento quirúrgico y proveer el campo de aprendizaje.
- Establecer prácticas de respeto y trato digno hacia el cuerpo del paciente quirúrgico, ya sea mostrándole confianza al ingresar a sala para calmar su temor, escuchar sus dudas y procurar informarle de todo lo que se le va a realizar durante el proceso

A los investigadores

- Realizar estudio de tipo cuantitativo sobre la vulnerabilidad de la intimidad corporal del paciente quirúrgico desde la perspectiva de los pacientes y enfermeras.

Referencias

1. Yepes R, Aranguren J. Fundamentos de Antropología. 6ta ed. España: Eunsa; 2003. 113 p.
2. Marcuello A, y Otros. I Symposium Internacional de Ética en Enfermería. Pamplona: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra; 1989. 339 p.
3. Sanchez S. Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza. Nure Investig [Internet]. 2017 [Consultado 28 may 2019]; 14(86):1–19. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/989/739>
4. Ramos R, Paredes M, Cervera M. Percepción de las enfermeras y las pacientes sobre el respeto a la intimidad durante el proceso hospitalario. Acc Cietna [Internet]. 2018 [Consultado 5 may 2019]; 4(1):99–117. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/23>
5. Burrows J, Echeverría BC, Goic GA, Herrera CC, Quintana VC, Rojas OA, et al. El respeto a la intimidad del paciente. Rev Med Chil [Internet]. 2014 [Consultado 16 set 2019]; 142(4):506–11. Disponible en: 10.4067/S0034-98872014000400013
6. Mozota J, Moliner J, García A, Moreno M, Wenceslao R, Rabanaque M. Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. Emergencias [Internet]. 2013 [Consultado 5 may 2019]; (25):445–50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5440687>
7. Hartigan L, Cussen L, Meaney S, O'Donoghue K. Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. BMC Health Serv Res [Internet]. Dic 2018 [Consultado 17 set 2019]; 18(1):1–6. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3782-6>
8. Tarazona V, Rodríguez B. Vulnerabilidad de la intimidad de los pacientes en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Tesis de licenciatura en internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. [Consultada 2 may 2020]. 60p. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/38147/Tarazona_TVI.pdf?sequence=

- 1&isAllowed=y
9. Ramos R, Cervera M. Vivencias de las pacientes en la exposición de su corporalidad durante la estancia hospitalaria [tesis de maestría en internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017 [Consultada 12 sep 2019]. 96p. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1424>
 10. Ceroni P, Martins C, Antonioli L, Cardozo R. Exposición corporal del paciente en la visión del académico de enfermería. *J res fundam care online* [Internet]. 2015 [Consultado 20 may 2019]; 7(4):3148–62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5204834>
 11. Akyü E, Erdemir F. Opiniones y expectativas de pacientes quirúrgicos y enfermeras sobre la privacidad en la atención. *Nurs Ethics* [Internet]. 2013 [consultado 9 jun 2020]; 20(6):660–71. Disponible en: <https://search.proquest.com/central/docview/1432697388/FC568F8BCF9D4528PQ/3?accountid=37610>
 12. Pupulim J, Sawada N. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [Consultado 29 may 2019]; 65(4):621–9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400011
 13. Villafuerte M. Nivel de satisfacción del usuario acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera en sala de operaciones del Hospital San Juan de Lurigancho [tesis de especialidad en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [Consultado 5 oct 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6578/Cardenas_gs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 14. Ley General de Salud [LGS]. Art.15. Julio 5 de 1997 (Perú). Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/LEYN26842.pdf>
 15. Reglamento de la Ley N° 29414 [RL]. Art. 3. Agosto 3 de 2015 (Perú). Disponible en: <http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29414.pdf>
 16. Ramos J. Respect the privacy of the patient: A strategy of small steps. *J Healthc Qual Res* [Internet]. Sep 2018 [Consultado 16 sep 2019]; 33(5):305–6. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326885448_Respetar_la_intimidad_del_paciente_una_estrategia_de_pequenos_pasos
 17. Fontela C. Los pacientes abogan por reformas en los hospitales para mejorar la privacidad. *Herlado de Oregon* (Final ed.). May 2017 [Consultado 3 oct 2019]. Disponible en: <https://heraldodeoregon.wordpress.com/2017/05/29/los-pacientes-abogan-por-reformas-en-los-hospitales-para-mejorar-la-privacidad/>
 18. Ruiz N. La definición y medición de la vulnerabilidad social. *Un enfoque normativo. Investig Geográficas* [Internet]. 2012 [consultado 15 jun 2019]; (77):63–74. Disponible en: http://www.igeograf.unam.mx/sigg/utilidades/docs/pdfs/publicaciones/inves_geo/boletines/77/bltn77_art_e.pdf
 19. Cavalcante T, De Moraes A, Monteiro PS. Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Rev bioét* [Internet]. 2017 [Consultado 2 nov 2019]; 25(2):311–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>
 20. Araujo R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes?. *Novedades en publicación* [Internet]. 2015 [Consultado 2 nov 2019]; (210):89–96. Disponible en: <http://www.novpob.uh.cu>
 21. Martí M. *La Intimidad: conocer y amar la propia riqueza interior*. 6ta ed. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 2005. 158 p.
 22. González C. Intimidad y confidencialidad en el ámbito sanitario. Una perspectiva ética. *Rev CONAMED* [Internet]. 2020 [consultado 27 oct 2020]; 25(3):123–8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2020/con203c.pdf>

23. Espinoza J, Meza C. El derecho a la intimidad y su protección en el sistema jurídico peruano [tesis de doctorado en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018 [Consultado 4 jun 2019].. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10160/Espinoza_vj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Conill J. La intimidad corporal en la filosofía de Ortega y Gasset. *Rev Filos Moral y Política* [Internet]. 2015 [Consultado 4 jun 2019]; (53):491–514. Disponible en: [10.3989/isegoria.2015.053.03](https://doi.org/10.3989/isegoria.2015.053.03)
25. Hevia MJ, Bosch OE, Moëne BK, García BC. Radiologists' duties: Confidentiality and professional secrecy, respect for patients' dignity and intimacy. *Rev Chil Radiol* [Internet]. Mar 2018 [Consultado 3 oct 2019]; 24(1):2–4. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082018000100002
26. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner y Suddarth Enfermería médicoquirúrgica. 12va ed. Mexico: Wolters Kluwer; 2017. 2240 p.
27. Arias J, Aller M, Fernández E, Arias J, Lorente L. Propedéutica quirúrgica. España: Tebar; 2004. 626 p.
28. Potter P, Griffin A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería. 8a ed. España: Elsevier; 2015. 1495 p.
29. Morrillo J, Fernández D. Enfermería Clínica I Cuidados generales y especialidades-médico quirúrgica. Barcelona: Elsevier; 2016. 386 p.
30. Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos [DUDH]. Art. 12. Diciembre 10 de 1948 (París). Disponible en: https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
31. Constitución Política del Perú [Cons]. Art 2. Diciembre 29 de 1993 (Perú). Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucionparte1993-12-09-2017.pdf>
32. Hernández R, Mendoza CP. Metodología de la investigación. Mexico: McGraw-Hill Education; 2018. 714 p.
33. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería Desarrollo de la práctica enfermera basa en la evidencia. España: Elsevier; 2016. 531 p.
34. Berenguera A, Fernández M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa [Internet]. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014 [Consultado 25 oct 2019]. 224 p. Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>
35. Hernandez R, Méndez S, Mendoza CP, Cuevas A. Fundamentos de Investigación. México: McGraw-Hill Education; 2017. 265 p.
36. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta ed. México: McGraw-Hill Education; 2014. 600 p.
37. Robles P, Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Rev Nebrija Lingüística Apl* [Internet]. 2015 [Consultado 27 oct 2019]; (18):1–16. Disponible en: https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
38. Carreño J. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *Pers.bioét* [Internet]. 2016 [Consultado 1 nov 2019]; 20(2):232–43. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83248831008>
39. Sgrecia E. “Manual de Bioética”. La bioética y sus principios. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2014. 879 p.
40. Yepes R. La persona y su intimidad. Edición a cargo de Javier Aranguren. DA- FYL-

- Filosofía- artículo de revista. Cuadernos del anuario filosófico [Internet] 1997 [consultado 8 jun 2017]; 48: 75-73. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10171/6360>
41. Vinalay I, Torres M, Vega E. El cuerpo como instrumento del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016 [consultado 8 jun 2017]; 24(2): 81-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162a.pdf>
 42. Flores CA. La reserva y confidencialidad en la relación médica como manifestación del derecho constitucional a la intimidad. *Derecho Soc* [Internet]. 2018 [consultado 28 oct 2020];(51):119–30. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/20863>
 43. Silva D, Lima J, Silveira R, Cosme E. Privacidade e confidencialidade de usuários em um hospital geral. *Rev Bioética*. 2017 [consultado 8 jun 2017]; 25(3):585–95. Disponible en: [10.1590/1983-80422017253215](https://doi.org/10.1590/1983-80422017253215)
 44. Martí I, Moreno C. Importancia del respeto a la intimidad y la confidencialidad en la atención enfermera al paciente [Tesis licenciatura en internet]. España: Universidad de las Islas Baleares; 2015. [consultado 8 jun 2020]. 30p. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4465/Marti_Villanova_Ivan.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 45. Delgado R, Vaquez J, Rubio L. Asistencia e intimidad del paciente: una perspectiva global. *Rev Médica y de Enfermería*. [consultado 8 jun 2020]; Disponible en: <https://revistamedica.com/asistencia-intimidad-del-paciente/>
 46. Caballero LP, Jerez M, García A, Herrera C, Martínez J. Percepción del trato humanizado recibido del instrumentador quirúrgico durante la atención quirúrgica en el Hospital de Floridablanca. *Rev salud en Mov* [Internet]. 2014 [consultado 9 Jun 2020]; 6(1): 36-43p. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/1423/1384>
 47. Centro de Desarrollo Educacional. Manual del tutor Clínico [Internet]. Chile: Universidad del Desarrollo; 2018 [consultado 9 jun 2020]. 252p. Disponible en: http://www.rlillo.educsalud.cl/Diplomado_INCCapac_Docencia_Profesionales_CCS_2019/Metodologias_Docentes/Manual-tutor-2018.pdf#page=63
 48. Campos L, Chico J, Cerna L. Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo – 2014. *Sciendo* [Internet]. 2015 [Consultado 9 Jun 2020]; 17(1): 54–73p. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/1026/954>
 49. Medina D, Pons M, Coba M, Tigsilema M, Pastuña MH. Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica edimec 2015 [Internet]. Quito: EDIMEC. [consultado 9 jun 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4822/1/PROCEDIMIENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20AREA%20QUIRURGICA.pdf>
 50. Romero CI, Morillas A. Nivel de apoyo emocional que brinda la enfermera y el grado de ansiedad del paciente en fase preoperatorio, servicio de cirugía hospital de apoyo chepen [Tesis especialidad en internet]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2016 [consultado 9 jun 2020]. 60p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14374/2E438.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 51. MINSA. “Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología” [Internet]. Lima: Diario El Peruano; 2011 [consultado 9 jun 2020] Reporte N° 022-2011. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/normas/normasv/snip/2015/Documentos_MINSA/27B_RM_N_022_2011_MINSA.pdf

52. Perazzo G, Aza C, Mendoza G, Bravo G, Ramírez SM, Mollar E, et al. La deshumanización en la atención profesional ¿vulnera el derecho a la intimidad?. *Vida y Ética* [Internet]. 2015 [Consultado 9 Jun 2020]; 16(1): 6-24p. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/deshumanizacion-atencion-personal.pdf>
53. Fernández MJ. La vergüenza: no todo es timidez [Internet]. 2016 [consultado 11 jun 2020]. 27p. Disponible en: 10.13140 / RG.2.1.2624.9842
54. Simmel G. Sobre una psicología de la vergüenza. *Digithum* [Internet]. Ene 2018 [consultado 11 jun 2020]; (21): 67-64. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323884645_Sobre_una_psicologia_de_la_vergüenza/fulltext/5b3c2d254585150d23f67a92/Sobre-una-psicologia-de-la-vergüenza.pdf
55. Echeverría MN, Francisco JI. Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. *Enfermería Investig* [Internet]. 2017 [Consultado 9 Jun 2020]; 2(4): 132-6. Disponible en: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/10654>.
56. RAE. Nerviosismo. *Diccionario panhispánico de dudas*. RAE - ASALE [Internet]. [consultado 11 jun 2020]. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/nerviosismo>
57. Gaona DC, Contento BE. Ansiedad pre operatoria en pacientes quirúrgicos en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora. *Enfermería Investig* [Internet]. 2018 [consultado 10 jun 2020];3(1): 38-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v3n1.2018.08> <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/749/716>
58. Arias CC, Soca JJ, Bilbao MA. Violencia y poder en la ejecución médica en la institución pública [Tesis licenciatura en internet]. Santiago: Universidad Academia De Humanismo Cristiano; 2020 [consultado 9 jun 2020]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/5474/TPSICO820.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
59. Campillo B, Corbella J, Gelpi M, Martínez E, Viciano M, Montiel J, et al. Percepción de respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados. *Acta Bioethica* [Internet]. 25 may 2020 May [consultado 28 oct 2020];61-72. Disponible en: <https://revistateoriadelarte.uchile.cl/index.php/AB/article/view/57356/60839>
60. Souza YV, Soares Gomes R, Victória B, Sá S, Machado R, Rebello De Mattos P, et al. Percepción de los pacientes sobre su relación con los médicos. *Rev bioét* [Internet]. 2020 [consultado 28 oct 2020];28(2):332-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422020282395>
61. Cegarra M, Hassoun H, Villaceros M, García Pérez D, Bermejo JC. Estudio cualitativo sobre la influencia del entorno físico en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos tras su remodelación. *Med Paliativa* [Internet]. 2018 [consultado 23 oct 2020]; 25(4):222-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X17301003?via%3Dihub>
62. Cervera MF, Ramos R, Paredes E. El respeto a la intimidad corporal durante la hospitalización. *Rev Parainfo digital* [Internet]. 2016 [consultado 27 oct 2020];(25):1-12. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/218.php>
63. Costa K, Limeira M, Xavier I, Serpa P, JB V, FS S. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2015 [consultado 23 oct 2020]; 7(1):1832-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945008>
64. Martínez T, Díaz B, Sanchez C, Blanco M, Gago L, Pérez T et al. Respetando la intimidad: protección y trato cálido [Internet]. Asturias: SERIE ÉTICA Y SERVICIOS SOCIALES; 2016 [consultado 8 jun 2020]. 84p. Disponible en: https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos

- Sociales/Calidad/2016_11_22_guia_intimidad_proteccion_y_trato_calido.pdf
65. Sarrión JA, Abengózar R. Cuidado de lo íntimo: concepto de persona y propuesta de formación en el grado de enfermería. *Relecciones* [Internet]. 2017 [consultado 23 oct 2020]; (4):145–52. Disponible en: http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1398/releccionesN04_i02_sarrionyabengozar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 66. Salvanha P, Miranda K. Percepción del paciente en la fase transoperatoria sobre el cuidado invisible de los profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico en una clínica privada de Lima. *Rev Científica de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2016 [consultado 25 oct 2020]; 9(2): 32-38. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/eeee/0eebb8425e1b1f3f8b01b3f1b97aca69d009.pdf>
 67. Steiner J. Ver y ser visto: la vergüenza en la situación clínica. *Int J Psychoanal (en español).The International Journal of Psychoanalysis* [Internet].2015[consultado 9 Jun 202];1(6):1880–96. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/2057410X.2015.1366019>
 68. Silva D do N, Lima J, Cosme E. Las actuaciones de los profesionales en materia de privacidad y confidencialidad de los usuarios de un hospital general. *Rev PERSONA Y BIOÉTICA* [Internet]. 2017 [consultado 28 oct 2020];21(2):219–32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v21n2/0123-3122-pebi-21-02-00219.pdf>

seudónimo:



Anexo N° 1: GUÍA DE LA ENTREVISTA ABIERTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La presente entrevista tiene como objetivo recolectar información sobre vulnerabilidad de la intimidad física del paciente quirúrgico en la fase intraoperatoria en el servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Las Mercedes-Chiclayo, por lo que se le solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cual será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La información recopilada será confidencial y se utilizarán seudónimos para proteger la intimidad de la persona.

Datos Personales:

Edad.....

Gmail.....

Sexo.....

Profesión.....

Estudios de especialidad.....

Tiempo de servicio en el establecimiento de salud:

Tiempo de experiencia profesional:

Preguntas:

1. ¿Cómo define usted la intimidad física del paciente quirúrgico?
2. ¿De qué manera considera usted que se vulnera la intimidad física del paciente quirúrgico en el proceso intraoperatorio?
3. ¿Para usted, que cuidados son necesarios realizar para preservar el derecho a la intimidad física del paciente en este proceso?
4. Lo que acaba de decirnos, ¿Cómo lo realiza Ud. en el marco de su función durante la fase intraoperatoria?
5. ¿Conoce usted si el vulnerar la intimidad física del paciente tiene alguna implicancia legal?
6. ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?

¡Muchas gracias!!!

Anexo N° 2: Validación del instrumento

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Luzuán Tello Socorro Martina

Cargo de la Institución donde labora: Docente

Años de servicio: 12 Estudios de postgrado: Maestría

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

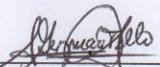
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	0
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1
RESULTADO DE VALIDACIÓN		04

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

*Se debe mejorar instrumento, preguntas no están claras, falta organización:
 *Debe usar un solo término; usted hace uso de 3 términos de precebe pregunta 1. infinidad física, #2 intimidad corporal, #3 privacidad física etc. así mismo incorpora un nuevo término en # 6: pudor. *La pregunta #2 es lo opuesto a la #1; y la #3 coincide en respuesta con la #2. La #4 se puede enfocar solo como se define intimidad. *La pregunta #5 pide que el propio ucl evidencie si falla en la intimidad de la persona, dado que tenga información verdadera. *La #8 hay 2 preguntas y la segunda no está en relación a su trabajo, usted no investigará a un tantumto del profesional. Sus preguntas deben ser más claras y en relación a su trabajo*

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 23 octubre del 2019.


 Firma del revisor

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Germaín Tello Socorro

Cargo de la Institución donde labora: Docente

Años de servicio: 12 Estudios de postgrado: Maestría

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

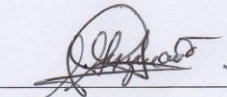
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1
RESULTADO DE VALIDACIÓN		07

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- La pregunta 2 y 3 son iguales, encontraría la misma respuesta.
- La pregunta 4 y 5 dan una respuesta que depende de la formación ética del profesional, lo cual puede llevar a un resultado sesgado.
- Hacer el cuestionario.
- No están claras las preguntas, no encontraría respuestas que busquen, se repetirán.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 04 Noviembre del 2019.



Firma del revisor

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Maribel Arias
 Cargo de la Institución donde labora: Docente
 Años de servicio: 15 Estudios de postgrado: maestría

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

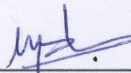
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	1.5
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1.5
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	1.5
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	1.5
RESULTADO DE VALIDACIÓN		7

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

- Pregunta 2 y 4 son muy parecidas
- Pregunta 5 mejorar redacción, o más prudente preguntar de esa manera si reduce la intromisión física el propio entrevistado.
- Organizar la lógica de orden de las preguntas
- Replantear preguntas algunas pueden estar incluidas en otras, en lo cual se repetía la respuesta.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 29 Oct del 2019


 Firma del revisor

3. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

1. DATOS GENERALES

Apellidos y Nombres del Juez: Zevallos Botuina, Anita del Rosario
 Cargo de la Institución donde labora: Enfermera Asistencial C.S. Tonhá Castro
 Años de servicio: 22 años Estudios de postgrado: Dra en bienestar social y desarrollo local.

2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

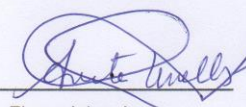
CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los sujetos. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto de estudio	02
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	02
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	02
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	02
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	02
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)

sugiero que en datos personales sería necesario
colocar una de experiencia laboral, area en la
que trabaje el profesional.

LUGAR Y FECHA: Chiclayo, 05/11/19 del 2019.


Firma del revisor

**Anexo N° 3: LISTA DE COTEJO DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA POR JURADO DE TESIS**

Yo _____, identificada con DNI N° _____, en mi
calidad de _____ de Jurado de Tesis, del proyecto de tesis
titulado: _____

_____ de autoría del estudiante
_____ de VIII ciclo de la Escuela de Enfermería, dejo constancia a través de
la presente que he evaluado el proyecto, en base a los siguientes criterios:

Indicaciones: Marcar **SI** (cuando cumpla con el 100% del ítem evaluado)

	CARACTERISTICA	NO	SI
01	El título es claro, preciso y sucinto, contiene el objeto de estudio, no contiene siglas ni abreviaturas y no excede de 20 palabras.		
02	El resumen está redactado en un solo párrafo, en no más de 250 palabras y contiene descriptores, verificados en un tesoro.		
03	La introducción, presenta datos relevantes y coherentes con el objeto de estudio, presenta los antecedentes más importantes y está basado en referencias bibliográficas.		
04	El problema de investigación aparece al finalizar la introducción, está formulado como pregunta en forma clara y sin ambigüedad, además contiene al objeto de estudio y la dimensión témporo-espacial.		
05	El problema planteado es relevante para las ciencias de la salud, principalmente para enfermería y es susceptible de ser investigado.		
06	La justificación se basa en datos concretos, sean bibliográficos o estadísticos y ayudan a explicar y sustentar la importancia de la investigación que se pretende realizar.		
07	Los objetivos están bien definidos, son susceptibles de ser alcanzados y congruentes con el planteamiento del problema.		
08	El marco teórico formulado tiene consistencia lógica, utiliza autores relevantes y relacionados con la disciplina de enfermería y está debidamente referenciados.		
09	Se apropia de los conceptos y/o la teoría planteada para su objeto de estudio, es decir menciona el concepto operativo para la investigación.		
10	El tipo de investigación planteado, es adecuado para estudiar el objeto de estudio.		
11	El abordaje metodológico es apropiado para estudiar el problema y lograr los objetivos planteados en la investigación.		
12	Menciona la población accesible, los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar a los sujetos, el tipo de muestreo y la técnica para establecer el tamaño de la muestra.		
13	Explica el escenario, considerando donde se desenvuelven los sujetos de estudio, relacionándolo con el objeto de estudio, en el acápite de población.		
14	Los instrumentos propuestos son adecuados y suficientes para cumplir con los objetivos planteados.		
15	Los instrumentos han sido validados por juicio de expertos: Dos expertos en la temática y uno en metodología, como mínimo.		
16	Explicar a detalle el procedimiento para la ejecución del proyecto, desde su inscripción, registro, aprobación y ejecución, incluyendo la recolección de datos a través de las diferentes técnicas e instrumentos		
17	Determina el plan de procesamiento y el tipo de análisis o la secuencia a seguir, explicando cómo desarrollará cada fase.		
18	Explica cómo va a cumplir con criterios de rigor científico, cuando menciona a los instrumentos y/o en procedimientos.		
19	Al redactar las implicancias éticas sustenta cómo garantizará las mismas.		

20	Menciona los posibles resultados de la investigación, basados en los antecedentes y/o marco teórico.		
21	El cronograma de actividades está en un diagrama de Gantt y es factible de cumplirse.		
22	El presupuesto y financiamiento están claramente establecidos, es un presupuesto real.		
23	Menciona a los colaboradores: personas, instituciones, etc. Que brindarán apoyo en la ejecución de la tesis, ya sea facilitando espacios, material, información.		
24	Las citas bibliográficas consignadas, se han registrado correctamente en el Referencial Bibliográfico.		
25	El 100% de las citas y referencias bibliográficas, se han realizado bajo las normas Vancouver.		
26	El 75% de las fuentes citadas tienen 5 años de antigüedad como mínimo y constituyen como mínimo 25.		
27	Hay coherencia lógica entre cada estructura del proyecto de Tesis.		
28	Las faltas ortográficas no exceden del 20% del documento.		
29	Aparecen en el apartado de anexos todos los instrumentos referidos en el marco metodológico, instrumentos de recolección de datos, consentimiento informado y hoja de asentimiento si fuera necesario.		
30	Ha respetado el protocolo de proyecto de tesis propuesto por la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.		

Calificación:

≥ 7 características observadas: **Desaprobado**

6 -3 características observadas: **aprobado con observación condicional**

≤2 observaciones: **Aprobado y apto para evaluación del Comité de Ética en investigación**

1- Aprobado y apto para evaluación del Comité de Ética en investigación

()

2- Aprobado con observación condicional

()

3-Desaprobado

()

OBSERVACIONES

Fecha:de De 20.....

**Nombres y
 Apellidos
 Presidente**

**Nombres y
 Apellidos**

**Nombres y
 Apellidos
 Vocal**

Anexo N° 4: Resolución



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 331-2020-USAT-FMED

Chiclayo, 07 de julio de 2020

Vista la solicitud virtual N° TRL-2020-6431 con fecha de evaluación 30 de junio de 2020 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación del estudiante DELGADO LOPEZ LEIDY, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado: VULNERABILIDAD DE LA INTIMIDAD FÍSICA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA, FASE INTRAOPERATORIA. HOSPITAL PÚBLICO, 2020, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:


Artículo 19.- Anular y dejar sin efecto la Resolución N° 303-2020-USAT-FMED de fecha 06.03.2020.

Artículo 22.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.


Artículo 32.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.




 LIC. IRENE MERCEDES DEL ROCÍO RANGEL CASTRO
 Secretaria Académica
 Facultad de Medicina




 Mgtr. Luis Enrique Jara Romero
 Decano (e)
 Facultad de Medicina

Anexo 5: Carta para ejecución del proyecto



Chiclayo, 09 de marzo de 2020

Carta N° 031- 2020 - USAT-EENF

Doctor
Victor Echeandía Arellano
Director Hospital Docente Las Mercedes
Ciudad

Asunto: Presentación para la ejecución de Proyecto de investigación.

Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo a nombre de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y de la Escuela de Enfermería, a la vez presentarle a la señorita **DELGADO LOPEZ LEIDY** identificada con DNI 7484986 L, quien solicita autorización para proceder a la recolección de datos necesarios para el desarrollo del Proyecto de investigación titulado: **VULNERABILIDAD DE LA INTIMIDAD FÍSICA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA, FASE INTRAOPERATORIA, HOSPITAL PÚBLICO, 2020.**

De acuerdo a las normas establecidas adjunto:

- Resolución de aprobación de su Proyecto de Tesis N° 305-2020- USAT-FMED
- Nombre del Asesor de Tesis: Mgtr. Margot Olivos Pérez
- Asesora Institucional: Mgtr. Adela Rosanna Núñez Osler

Agradeciendo las facilidades otorgadas al estudiante para la realización de su trabajo de investigación, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Mirian Elena Saavedra Coverubla
Directora de la Escuela de Enfermería

ESUELA
DE ENFERMERIA



Anexo N°6: Consentimiento para participar en el estudio de investigación dirigido al profesional de enfermería del Hospital Las Mercedes-Chiclayo

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadores: Leidy Delgado Lopez
 Título: Vulnerabilidad de la intimidad física del paciente quirúrgico desde la perspectiva de enfermería en fase intraoperatoria, Hospital Público, 2020

Propósito del Estudio:

Se invita a participar en este estudio, para determinar cómo el profesional de enfermería percibe la vulnerabilidad de la intimidad física del paciente quirúrgico durante la fase intraoperatoria.

Procedimientos:

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

1. Luego de que usted dé su consentimiento verbal, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será realizada bajo la modalidad virtual, ya sea por llamadas por la aplicación de Whatsapp y llamadas telefónicas, teniendo en cuenta la asignación de un pseudónimo (ECQ1, ECQ2, ECQ3) para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos.
2. Según su disponibilidad, se le contactará nuevamente de manera virtual, con el fin presentar la entrevista transcrita a Word, para que verifique si está de acuerdo con lo que dijo sobre el tema.
3. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde usted labora para que tengan conocimiento de ellos.
4. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Al participar en el presente estudio, no se prevén beneficios

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:

Su información será reservada con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Se conservará la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de la investigación, luego del cual será eliminada.

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, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a la investigadora principal: Leidy Delgado Lopez al tel.936255349.

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 cosas me van 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 hacia mi persona.

1.1.1.1 Participante

Nombre:
DNI:

1.1.1.2 Fecha

 Fecha

1.1.1.3 Investigador

Nombre:
DNI:

Anexo N° 7: Informe Turnitin

VULNERABILIDAD DE LA INTIMIDAD FÍSICA DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA EN FASE INTRAOPERATORIA, HOSPITAL PÚBLICO, 2020

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
3	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
4	www.educacionenred.pe Fuente de Internet	<1%
5	ninive.uaslp.mx Fuente de Internet	<1%
6	www.manualmoderno.com Fuente de Internet	<1%
7	www.hospitalmanueluribeangel.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%