

INTIMIDAD DEL PACIENTE, PUDOR Y EDUCACIÓN MÉDICA

Cecilia Orellana-Peña*

RESUMEN

El ingreso de un paciente a un hospital docente implica pasar por ciertas “incomodidades” propias de este tipo de establecimientos. Sin embargo, docentes y personal sanitario no podemos perder de vista que aun cuando es de gran valía el contacto paciente-alumno para la formación de este último, el principal objetivo del actuar médico-docente ha de ser el bienestar del enfermo. En este sentido, un aspecto que puede verse atropellado es la intimidad del paciente. Probablemente seguiremos enseñando, en mayor o menor medida, de la forma hasta ahora acostumbrada, pero conviene estar advertidos de ciertos riesgos y fomentar una actitud vigilante para salvaguardar la intimidad de los enfermos. El presente trabajo propone algunas medidas concretas.

PALABRAS CLAVE: educación médica, relación médico-paciente, derechos del paciente. (Fuente: DeCS, Bireme).

ABSTRACT

Being admitted to a teaching hospital as a patient implies undergoing certain inconveniences particular to institutions of that type. Nevertheless, as teachers and healthcare professionals, we must not forget that, valuable as the patient-student relationship may be in medical training, the patient's well being is the prime objective of any action on the part of a physician-teacher. In this sense, the patient's privacy is one aspect that is sometimes violated. Medicine probably will continue to be taught largely as it has been up to now, but it is important to be aware of certain risks and to take a vigilant attitude towards protecting the patient's privacy. The article suggests some specific measures.

KEY WORDS: Medical training, physician -patient relationship, patient's rights.

RESUMO

O ingresso de um paciente em um hospital docente implica alguns “incômodos” próprios desta classe de estabelecimentos. No entanto, docentes e pessoal sanitário no podemos esquecer que mesmo se o contato do paciente-aluno é importante para a formação deste último, o principal objetivo deve ser o bem-estar do paciente. Nesse sentido, a intimidade do paciente pode ver-se violada. Quiçá sigamos a ensinar, em maior ou menor grau, como acostumamos, mas nos devemos estar advertidos de alguns riscos e fomentar uma atitude de vigilância para cuidara intimidade dos pacientes. Neste artigo propõem-se algumas medidas concretas.

PALAVRAS CHAVE: educação médica, relação médico-paciente, direitos do paciente.

Cuando una persona acepta ingresar a un hospital que es campo docente de una escuela de medicina sabe que pasará por ciertas “incomodidades” propias de este tipo de establecimientos tales como: ser interrogado un número de veces superior al necesario, ser despertado de la siesta para la interrogación (es el horario del que dispone

el alumno para realizar su anamnesis), en ocasiones pasar frío por ser examinado con una velocidad inversamente proporcional a la destreza del alumno y, en caso de presentar alguna anormalidad, ser examinado por la totalidad de los integrantes de un grupo y, al final, por el docente a cargo.

* Nefróloga, Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta, Chile. corellanap@gmail.com.

FECHA DE RECEPCIÓN: 30-10-2007
FECHA DE ACEPTACIÓN: 18-01-2008

El consuelo de los pacientes puede ser variado: muchos de ellos se sienten acompañados; otros consideran jugar un rol importante en la formación de futuros profesionales; si son mujeres se despierta en ellas un cierto sentido maternal, y no ven con malos ojos “contar su vida” a unos extraños. No obstante, los docentes, y todo el personal sanitario en general, no debemos perder de vista que si bien es de gran valía el contacto paciente-alumno en la formación de este último, el principal objetivo del actuar médico-docente ha de ser el bienestar del enfermo.

Esto que parece evidente puede enturbiarse por factores diversos como por ejemplo, pacientes con edad suficiente para ser los padres de los alumnos, dando lugar a una actitud “paternal”, cooperadora, en la que se ve al alumno como el débil (frente al docente que interroga y evalúa); sin embargo, debemos recordar que es el enfermo quien debe ser el centro de nuestras atenciones.

Alguien podría pensar que tomando en cuenta el número de alumnos que puede beneficiarse de un paciente “interesante”, los “malos ratos” a que se somete al enfermo valen la pena.

En un hospital clínico de una región chilena se pueden contabilizar hasta 21 alumnos que entran en relación con un enfermo diariamente (seis alumnos de cuarto

año de medicina por la mañana, seis alumnos de tercer año de medicina por la tarde, cinco alumnas de enfermería, dos internos de química y farmacia, y ocasionalmente cuatro alumnas de técnico paramédico). En caso de considerar los respectivos docentes, nutricionista, enfermera, médico e interno a cargo de la sala, llegamos a 29 personas. Evidentemente, en estas circunstancias, un aspecto que pelagra es la intimidad del paciente.

En un hospital docente, el paciente accede a compartir esa intimidad con el equipo médico con miras a un bien superior (establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado), pero en la relación paciente-alumno el beneficio para el primero ya no es tan claro. Inconscientemente apelamos a la generosidad del enfermo: en la medida que él quiera compartir su experiencia, estos conocimientos se aplicarán en beneficio de otros en un futuro.

Puede ocurrir que caigamos en considerar al enfermo exclusivamente como un “caso”, cuando en realidad es una “persona”, y la dignidad de que goza es idéntica a la de un individuo sano, correspondiéndole idéntico respeto, si es que no mayor, en atención a su condición de fragilidad.

Hemos de considerar que aunque la enfermedad se manifieste en el cuerpo, quien enferma es la persona

ALGUIEN PODRÍA PENSAR QUE TOMANDO EN CUENTA EL NÚMERO DE ALUMNOS QUE PUEDE BENEFICIARSE DE UN PACIENTE “INTERESANTE”, LOS “MALOS RATOS” A QUE SE SOMETE AL ENFERMO VALEN LA PENA.

INCONSCIENTEMENTE APELAMOS A
LA GENEROSIDAD DEL ENFERMO:
EN LA MEDIDA QUE ÉL QUIERA
COMPARTIR SU EXPERIENCIA,
ESTOS CONOCIMIENTOS SE
APLICARÁN EN BENEFICIO DE
OTROS EN UN FUTURO.

toda. “En razón de su unión sustancial con un alma espiritual, el cuerpo humano no puede ser considerado solamente como un complejo de tejidos, órganos y funciones, ni puede ser valorado del mismo modo que el cuerpo de los animales, ya que es parte inherente de la persona que a través de su cuerpo se manifiesta y se expresa” [1].

La enfermedad constituye un estado en que el individuo resulta más vulnerable (factores contribuyentes: incertidumbre ante el diagnóstico, financiamiento de la hospitalización, ansiedad al ver que los exámenes son más complejos de lo esperado, distanciamiento de la familia, entre otros). La enfermedad pasa a ser una condición de sufrimiento. Consideramos como ser sufriente a todo individuo que participe de esta condición de enfermo, incluso en ausencia de dolor físico. El hombre, por su condición racional, es la única criatura que puede sufrir puesto que mediante el intelecto es capaz de comprender las consecuencias de su situación.

La cultura griega se dio cuenta de esto y se sirve del verbo *pathos*: “estoy afectado por..., experimento una

sensación, sufro”, y expresa una situación en la que el hombre prueba el mal, y probándolo, se hace sujeto de sufrimiento [2].

Si nos detenemos en la palabra “paciente”, diariamente usada, veremos que tiene su origen en el latín (*patiens -entis*) y deriva de *pati* que es padecer, sufrir [3].

De lo anterior se desprende la importancia de no cansarnos en insistir a nuestros alumnos acerca del respeto debido a los enfermos, respeto que ha de tener manifestaciones concretas, una de ellas, la protección de su intimidad.

Ningún docente ni alumno pretende deliberadamente ser irrespetuoso con su paciente; de hecho, vemos que habitualmente les tratan de usted, saludan, se despiden, agradecen el tiempo concedido, pero al mismo tiempo podemos ser cómplices de que se viole su intimidad en aspectos que quizás el paciente no ha autorizado. Me refiero a las presentaciones de casos en visitas docentes, o la presentación que el alumno hace a su grupo de compañeros, por lo general junto a la cama del enfermo; porque todos sabemos que no es lo mismo oír el relato de un caso en una sala de reuniones que “ver” al enfermo.

Es en estas circunstancias donde, acostumbrados quizás a la práctica del secreto médico extendido [4], oigamos que el paciente es VIH positivo, o de conducta heterosexual, que consume pasta base, tuvo dos abortos provocados, es indigente, vivienda básica sin alcantarillado, entre otros. Confieso que después de una de estas presentaciones nunca le he preguntado al paciente si se sentía cómodo. ¿Hasta qué punto debe extenderse el secreto médico?

Es cierto que el secreto médico ha sufrido una evolución de acuerdo con las actuales condiciones de trabajo (medicina de equipo, necesidad de contar con otras opiniones), y esto el enfermo lo entiende y agradece, pues redonda en un estudio más acabado de su patología, en una mejor decisión terapéutica. Incluso podríamos decir que en oportunidades expresan con cierto orgullo haber sido objeto de una “junta médica”.

Si es así, cabe preguntarnos: ¿por qué, entonces, dar importancia a un aspecto del que los pacientes no parecen quejarse?

La intimidad es una de las notas que define a la persona [5]. El hombre es capaz de una serie de actos inmanentes, tales como pensar, soñar, querer. Se trata de actos del intelecto y de la voluntad, actividades inmateriales a las que podemos acceder en la medida en que la persona quiera manifestarlas, y lo hará a través del lenguaje y la conducta.

El individuo no abandona su condición de persona al momento de ser hospitalizado. De hecho, las otras notas definitorias de la persona siguen estando presentes:

**EL INDIVIDUO NO ABANDONA SU
CONDICIÓN DE PERSONA AL
MOMENTO DE SER HOSPITALIZADO.
DE HECHO, LAS OTRAS NOTAS
DEFINITORIAS DE LA PERSONA
SIGUEN ESTANDO PRESENTES.**

- Libertad: aún cuando el actuar del enfermo se vea bastante restringido sigue siendo libre, por ejemplo, de adherirse o no a las indicaciones del médico, o de decidir con cuánta fidelidad acata el tratamiento.
- Capacidad de dar: sobre todo en salas comunes somos testigos de cómo unos enfermos asisten a otros al dar la comida o transmitir recados a la familia.

Por tanto, de igual modo debemos procurar resguardar la intimidad del enfermo y su manifestación a fin de que la condición de enfermedad no lo rebaje en cuanto persona.

¿CÓMO PROTEGER LA INTIMIDAD DEL PACIENTE?

Ante todo situémonos en el tiempo que nos ha tocado vivir: un tiempo en que afortunadamente son apreciadas la naturalidad, la sencillez, la autenticidad, pero en que también se ha ido perdiendo poco a poco el sentido del pudor; los médicos no somos unos personajes inmunes al ambiente socio-cultural en que hemos crecido, todo lo contrario, lo normal es que seamos hijos de nuestro tiempo. Por tanto, un primer frente de lucha sería recuperar el sentido del pudor. Al decir sentido del pudor, y no pudor a secas, me refiero a la capacidad de aplicar con facilidad un conocimiento adquirido, pues no bastaría con el conocimiento teórico de lo que es pudor. Enseñar el sentido del pudor es enseñar a percibir que se está en una situación lesiva para la intimidad del enfermo.

El pudor es un hábito positivo que salvaguarda la intimidad de la que venimos tratando. “Es el gesto y la reacción espontánea de protección de lo íntimo” [6].

Profundamente arraigado en el ser humano, tal como podemos ver en pacientes con daño neurológico severo, que sólo conservan respuesta ante el estímulo doloroso, sin embargo, observamos actitudes (no sabemos qué tan involuntarias) de tomar la sábana que se ha descubierto para examinarle, y cubrirse; o también en casos de pacientes con demencia tipo Alzheimer, que en ocasiones se resisten a ser aseados por otras personas.

El pudor no es, por tanto, una represión, como nos puede haber querido inculcar el psicoanálisis. Tampoco es un acto reflejo sin más, recordemos que lo propiamente humano es el intelecto, y en la medida que la persona toma conciencia de sí misma, en la medida que la interioridad de la persona se desarrolla, este hábito del pudor también está en condiciones de crecer. “Tiene una fuerte relación con la dignidad, pues acentúa la *reserva* de la intimidad, nos hace poseerla más intensamente, ser más dueños de nosotros mismos. El pudor es una manifestación de la libertad humana aplicada al propio cuerpo” [6].

Dado que no podemos pensar que tratamos con cuerpos, sino con seres corpóreos, no resulta indiferente el trato que se dé al cuerpo del enfermo ni a la información por él facilitada.

EN LA MEDIDA QUE RECONOZCO
AL ENFERMO COMO SUJETO LIBRE,
CAPAZ DE DECIDIR POR SÍ MISMO,
LO ESTOY RECONOCIENDO Y
TRATANDO COMO PERSONA.

Probablemente sigamos enseñando, en mayor o menor medida, en la forma hasta ahora acostumbrada, pero hay ciertos riesgos de los que debemos estar advertidos, y debemos fomentar una actitud vigilante para salvaguardar la intimidad de los enfermos evitando los peligros que previamente se hayan identificado.

Algunos ejemplos: en caso de haber ascensores de uso común para el personal sanitario y público en general, tomar la precaución de no discutir los casos de los pacientes en su interior [7]. Esto es más frecuente de lo que pueda pensarse. Un estudio realizado en el Hospital St. Michael de Toronto registró dieciocho comentarios por parte de personal sanitario que comprometían la confidencialidad del paciente, éstos tuvieron lugar en trece de un total de ciento trece viajes del ascensor. Once de los comentarios fueron hechos por médicos, y en cuatro oportunidades se usó el nombre del paciente. Lo mismo es aplicable a la cafetería que puede haber en el hospital. Cabe mencionar que en el estudio hubo sólo dos intervenciones tendientes a cambiar el tema de conversación y ambas fueron hechas por alumnos de medicina (ignorantes de la observación de que eran objeto). Esta observación reafirma que el pudor es una tendencia innata y está en nuestras manos el fomentarla, como también inhibirla.

En lo que respecta a las visitas docentes y presentación de casos en grupo reducido de alumnos: mencionar sólo lo que sea estrictamente necesario y, si no tiene relación con el cuadro clínico, omitir datos tales como hábito sexual, enfermedades de transmisión sexual, condición de abandono o violencia intrafamiliar, por citar algunos. En casos en los que parezca necesario publicar ciertos antecedentes, convendrá pedir antes autorización al

interesado o, en caso contrario, presentar el caso en una sala aparte en ausencia del enfermo y con las debidas precauciones para que no sea factible identificarle.

R. Yepes dice que:

la manera quizá más grave de desposeer a las personas de su dignidad intrínseca es violar su intimidad, es decir, horadarla y forzarles a manifestarla contra su voluntad [...]. El pudor, al proteger y mantener latente nuestra intimidad (éste es su objeto), aumenta el carácter libre de la manifestación hacia fuera de lo que somos y tenemos. Lo íntimo es libremente donado porque es previamente poseído [6].

Con esto se nos recuerda que los enfermos no nos pertenecen, y que no es irrelevante invertir unos segundos en pedir su autorización antes de compartir la información de la cual ellos son los protagonistas. En la medida que reconozco al enfermo como sujeto libre, capaz de decidir por sí mismo, lo estoy reconociendo y tratando como persona.

Hasta aquí me he referido casi exclusivamente al manejo de información concerniente a las personas enfermas y que son estudiadas en instituciones docentes. Quisiera

detenerme por un momento en lo que respecta al cuerpo del enfermo.

El mismo R. Yepes dice:

Por ser el cuerpo parte de la intimidad, el pudor se muestra entonces como *resistencia a la desnudez*, como una invitación a buscar a la persona más allá de su cuerpo. Mediante el acto y el gesto pudoroso, tan cercano aquí a la vergüenza, la persona expresa una negativa a que su cuerpo sea tomado, por así decir, sin la persona que lo posee, como una simple cosa [6].

Al decir “simple cosa” no pensemos en el cuerpo únicamente como objeto de placer; también es tomarlo como “simple cosa” cuando el interés por ver un púrpura, palpar una esplenomegalia o auscultar un soplo me impide ver a la persona que sustenta tan interesantes signos.

El paciente es plenamente consciente de la necesidad de manifestar su desnudez en virtud de un examen físico, con el objeto de alcanzar un diagnóstico y tratamiento adecuados, pero planteo que nuestro afán docente no justifica que el enfermo consienta hasta el infinito. Debiera buscarse un justo medio de modo que no se viole el pudor del paciente: limitar el número

DEBIERA BUSCARSE UN JUSTO MEDIO DE MODO QUE NO SE VIOLE EL PUDOR DEL PACIENTE; LIMITAR EL NÚMERO DE ALUMNOS PRESENTES EN UNA CONSULTA DE POLICLÍNICO-DOCENTE; LIMITAR EL NÚMERO DE ALUMNOS QUE EXAMINAN EN CADA OPORTUNIDAD A UN PACIENTE.

ro de alumnos presentes en una consulta de policlínico-docente; limitar el número de alumnos que examinan en cada oportunidad a un paciente. Estas situaciones también se han dado en otros países y su detección ha llevado a elaborar pautas que permitan cumplir el objetivo de la adquisición de destrezas por parte de los alumnos sin perder el respeto por el enfermo [8].

Sin duda, ayuda tener un número reducido de pacientes por sala (en muchos hospitales la capacidad es de ocho camas o más). Idealmente, se debe contar con una sala de procedimientos, o al menos suficientes biombos para realizar algunos procedimientos en la misma sala (tacto rectal, administración de enemas, paciente en reposo absoluto que necesita recipiente para evacuar, aseo de paciente en cama).

No podemos excluir de este análisis a aquellos enfermos que por la gravedad de su condición no pueden ejercer temporalmente su libertad. Me refiero a quienes están hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o intermedios. Como tenemos claro que sano y enfermo son idénticamente personas, acreedoras de un único respeto, en el caso de quienes evolucionan con compromiso de conciencia o sedados (adaptación al ventilador mecánico, VM) tendremos que estar especialmente atentos al trato que se les brinde pues ellos no pueden protegerse por sí mismos. En estos casos quizás sea necesaria una mayor voluntad, por parte del personal sanitario, de proteger la intimidad del enfermo ya que el freno de saberse observado por el propio paciente está ausente, e inconscientemente puede darse cierto relajamiento.

Estamos de acuerdo en que no son adecuadas las pijamas ni camisas de dormir en una UCI, estas prendas

dificultan la atención de enfermería (manipulación de catéteres o conexión al VM), pero tampoco es motivo suficiente para tener a los enfermos en semidesnudez. Pensemos por un momento: ¿cómo se sentiría si despertara ahora y se viera? No es banal plantear la necesidad de diseñar prendas adecuadas que permitan una fácil manipulación del enfermo a la vez que sean acordes a su dignidad.

Los niveles de acción son variados, desde el diseño arquitectónico de las instituciones de salud, hasta detalles que sólo el enfermo y su familia notarán. Se abre ante nosotros un amplio abanico de oportunidades en las cuales intervenir positivamente para que en este doble servicio docente-asistencial nuestros enfermos noten nuestro aprecio.

Para quienes sean cristianos, el esfuerzo que implican las exigencias derivadas de la presente exposición puede ser compensado al descubrir a Cristo en el enfermo, tal como nos lo muestra el cuarto poema del Siervo de Yahvé en el Libro de Isaías:

“No hay en él parecer, no hay hermosura para que le miremos ...
 Despreciado y abandonado de los hombres,
 varón de dolores y familiarizado con el sufrimiento,
 y como uno ante el cual se oculta el rostro,
 menospreciado sin que le tengamos en cuenta.
 Pero fue él ciertamente quien soportó nuestros sufrimientos
 y cargó con nuestros dolores,
 mientras que nosotros le tuvimos por castigado,
 herido por Dios y abatido.
 Fue traspasado por nuestras iniquidades
 y molido por nuestros pecados.
 El castigo de nuestra paz fue sobre él,

y en sus llagas hemos sido curados.
 Todos nosotros andábamos errantes como ovejas,
 siguiendo cada uno su camino,
 y Yahvé cargó sobre él
 la iniquidad de todos nosotros” [2]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. *Carta de los Agentes Sanitarios*; 1995.
2. Juan Pablo II Carta Apostólica *Salvifici Doloris* 11 de febrero, 1984. Disponible en: www.academiavita.org [Fecha de consulta: 29 de mayo, 2007].
3. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Disponible en: www.rae.es. [Fecha de consulta: 29 de mayo, 2007].
4. Gisbert JA. El secreto médico. En: Polaino Lorente A. director. *Manual de bioética general*. 2 edición. Madrid: Rialp; 1994.
5. Yepes R, Aranguren J. La persona. En: *Fundamentos de antropología: un ideal de la excelencia humana*. 5 edición. Ediciones Universidad de Navarra; 2001.
6. Yepes R. La elegancia: algo más que buenas maneras. *Revista Humanitas* 1997 octubre-diciembre; 8.
7. Vigod S, Bell C. Privacy of Patients in hospital lifts: observational study. *BMJ* 2003; 327: 1024-25.
8. Coldicott Y, Pope C. The Ethics of Intimate Examinations-Teaching Tomorrow's Doctors". *BMJ* 2003; 326: 97-101.