

LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

NURSING PROFESSIONAL FACING PATIENT PRIVACY

Autor: Fidel López Espuela (1); María Eugenia Moreno Monforte (2); María Luisa Pulido Maestre (3); Marcelina Rodríguez Ramos (2); Belén Bermejo Serradilla (2); Julián Grande Gutiérrez (2).

Dirección de contacto: fidelopez@hotmail.com

Cómo citar este artículo: López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 May-Jun. [fecha de acceso]; 7(46):[aprox. 10 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf

Fecha recepción: 11/06/2009

Aceptado para su publicación: 28/07/2009

Resumen:

La intimidad del paciente hospitalizado, es relativizada a favor de otras necesidades consideradas más básicas por el sistema sanitario y que giran alrededor de la enfermedad más que sobre el propio paciente. Continuamente aparecen situaciones y factores que vulneran su intimidad; pero sabemos que cuando esto es cuidado por los profesionales, a través de estrategias y distintos mecanismos, hace que sea uno de los elementos que mayor satisfacción genera en los pacientes.

Objetivos. Identificar y analizar las situaciones y factores que afectan la intimidad del paciente durante la hospitalización; y la capacidad de adaptación de los pacientes a las mismas.

Metodología: Estudio cualitativo, fenomenológico, que mediante grupos de discusión con profesionales, dieron respuesta a las siguientes preguntas: ¿qué entienden los profesionales por intimidad?, ¿qué situaciones y factores la comprometen durante la hospitalización del paciente?, y ¿cómo creen que se adapta el paciente?

Resultados: El concepto de intimidad es complejo, personal e intransferible. Las situaciones en las que se compromete la intimidad se agruparon en 5 áreas centrales. Se recogieron múltiples comportamientos de adaptación del paciente para estas situaciones.

Discusión: Aunque existen pocos estudios de enfermería referentes a la intimidad y a su salvaguarda en el ámbito de la relación profesional-paciente, se destaca la preocupación que por este aspecto siempre ha tenido el personal de enfermería.

Como conclusión observamos la necesidad de complementar este estudio con la percepción que los pacientes tienen de estas mismas cuestiones, y así establecer el valor que asignan a la intimidad.

Palabras clave: Intimidad; Profesional de Enfermería; Paciente; Información; Relación Enfermera-Paciente.

Abstract:

Privacy of patients admitted to the hospital is played down in favour of other needs considered more basic by the healthcare system and more related to the disease than to patients themselves. Situations and factors where privacy is damaged are frequent, but it is known that when these are avoided by professionals' attitude, through strategies and different mechanisms, it becomes one of the most satisfactory elements to patients.

Objectives: To identify and analyze situations and factors which affect privacy in hospital environment as well as the adaptation capacity of patients to them.

Methodology: Phenomenological, qualitative research. By means of discussion groups with professionals, the following questions were answered: 'What do professionals understand by privacy? Which situations and factors jeopardize it during the hospital stay? How do they think patients get adapted?'

Results: The concept of privacy is complex, personal and non-transferable. Situations in which it is jeopardized were divided in 5 main areas. Numerous behaviors regarding adaptation of patients to these were collected.

Discussion: Although there is little nursing research referring to privacy and its defense in the professional-patient relationship field, concern about this aspect always shown by nursing staff stands out.

As a conclusion, we observe the need to complement this research with the perception patients have about these same questions, establishing the importance they give to privacy.

Key words: Privacy; Professional Nursing; Patient; Information; Nurse-Patient Relationship.

Centro de Trabajo: (1) Diplomado en Enfermería. Licenciado en Psicología. Master en Administración Sanitaria. Hospitalario de Cáceres; (2) Diplomada en Enfermería. Hospitalario de Cáceres; (3) Matrona Complejo Hospitalario de Cáceres (Cáceres, España).

INTRODUCCIÓN

La práctica asistencial nos depara día a día, desenvolvemos en el difícil campo de los sentimientos, emociones y afectos; en definitiva en las relaciones interpersonales, y aquí entra en juego nuestra capacidad de empatizar y respetar los derechos, la privacidad y la dignidad de los pacientes (1).

La intimidad es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado enormemente por la educación, edad, sexo, etnia, religión, etc. El término intimidad deriva del superlativo “intimus”, representando lo más interior del interior de cada persona (2). La intimidad está definida como parte reservada o más particular de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad. La Real Academia de la Lengua Española lo define como “zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”, cualidad de íntimo: “lo más interior o interno”.

En ocasiones, somos testigos de cómo el mantenimiento de la intimidad dentro del Hospital es olvidado a favor de otros aspectos más técnicos y necesidades consideradas más básicas por el sistema sanitario y que giran todas ellas entorno a la enfermedad más que alrededor del propio paciente (3,4). Según Amorós es preciso reflexionar como los profesionales nos posicionamos ante el paciente, cómo damos la máxima prioridad a la atención física, dejando de lado la dimensión emocional y psicológica de la persona (1); si esto lo contempláramos, a través de las diversas estrategias implícitas en el cuidado, generaríamos gran satisfacción en nuestros pacientes (5).

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias. El paciente, consiente de forma tácita ser explorado y observado, pero esto no supone que renuncie por ello a su intimidad (6). También se debe cuidar este aspecto desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada y autonomía (7).

Siguiendo los modelos de Calidad Total, y con el objeto de garantizar los derechos de los pacientes reconocidos por la legislación vigente (8), en los últimos años hemos visto como se considera de forma especial la intimidad y la privacidad del paciente. Para ello, los servicios sanitarios han elaborado, implementado, evaluado y actualizado periódicamente procedimientos y protocolos sobre protección de la intimidad y privacidad de los pacientes y sus familias (9). En nuestra comunidad, se ha elaborado el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (2007-2013) cuyo propósito es avanzar hacia una organización más eficiente en la consecución de su meta principal: elevar el nivel de salud de todos los ciudadanos extremeños, pero que cuide a la persona por encima de la enfermedad. Entre sus líneas

estratégicas destacan aquellas dirigidas a: preservar y garantizar la intimidad y la confidencialidad (10).

Existen pocos estudios sobre el respeto a la intimidad física y psíquica de los pacientes hospitalizados. Además, la mayor parte de los trabajos que tratan sobre la intimidad de los pacientes se refieren al derecho de los mismos en lo referente a la confidencialidad de los registros sanitarios, la historia clínica y a la salvaguarda de su identidad en las publicaciones(11,12,13).

Cabe destacar el trabajo publicado por Durán (3) en el que se enumeran las actitudes profesionales para el cuidado de la intimidad: como la actitud de escucha, la empatía y la autonomía del paciente. Por su parte Williams (14) estudia el concepto de intimidad desde el punto de vista de las relaciones enfermera-paciente, y concluye que la percepción de la enfermera y el paciente sobre una misma realidad varía, por lo que se obtienen resultados distintos.

En este marco conceptual, nuestro trabajo pretende dar a conocer las experiencias, percepciones y opiniones de los profesionales que desarrollan su actividad en el medio hospitalario, sobre las situaciones y factores que afectan a la intimidad del paciente que entra en contacto con los servicios sanitarios. Analizando las causas que las provocan e identificando y describiendo los recursos o estrategias de adaptación que los pacientes desarrollan ante estas situaciones, siempre desde el prisma del profesional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo, fenomenológico, llevado a cabo en el Complejo Hospitalario de Cáceres (CHC), durante los meses de Septiembre de 2008 y Marzo de 2009. El CHC cuenta con 404 camas, pertenece al Área Sanitaria de Cáceres que atiende a una población de 195.000 habitantes aproximadamente; se trata de una población envejecida (índice poblacional de Fritz-Savoy de 64,02) y procedente en su mayoría de zona rural (56,69 %).

La metodología cualitativa permite comprender una experiencia tal como es vivida por la persona (15, 16). No mide un fenómeno, sino que lo describe e interpreta para que se conozca de una manera más profunda. El propósito de la fenomenología es estudiar y describir la esencia de la experiencia humana vivida (17,18). Por todo ello, utilizamos este tipo de investigación para conseguir nuestro propósito de identificar y conocer en profundidad la percepción, visión y experiencia que tienen los profesionales de enfermería sobre la intimidad del paciente al que cuidan.

Los estudios cualitativos, aportan un valor social importantísimo, ya que contribuyen a la solución de problemas relevantes y permiten transferir los conocimientos, aunque estos no se pueden generalizar (19).

La técnica empleada para la recogida de datos ha sido los grupos de discusión, ya que permite obtener gran cantidad de datos sobre un área particular de interés en corto periodo de tiempo (20).

Los profesionales participantes en el estudio se seleccionaron mediante un muestreo teórico de tipo intencional (19).

Se obtuvieron grupos de discusión con las características que muestra la Tabla 1 con el fin de favorecer la comunicación fluida y la participación; y a su vez obtener la información más rica y variada posible con una amplia gama de experiencias.

HETEROGENEIDAD INTRAGRUPO	HOMOGENEIDAD INTERGRUPO
Categorías (Diplomados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Matrona)	Experiencia profesional mayor a 5 años.
Destino (Servicio URG, Hospitalización, Área quirúrgica, Área Médica, Paritorios, Servicios Centrales)	

Tabla 1. Características de los grupos

Los participantes eran profesionales sanitarios de distintas categorías y puestos de trabajo, de ambos sexos, con disponibilidad e interés en el tema de estudio y que aceptaron participar voluntariamente.

El número total de grupos no se hizo sobre la base de un valor numérico predefinido, sino que estos fueron formándose hasta que se alcanzó la saturación de los datos, y no se obtuvo nueva información (19). En nuestro caso, se realizaron 3 grupos de discusión con 7 participantes de media en cada uno de ellos.

Previamente a las sesiones con los grupos, el equipo investigador preparó una guía de temas con tres preguntas, para dejar margen de tiempo y flexibilidad para la discusión de cuestiones no previstas, pero pertinentes donde se definieron los temas claves y cuestiones a las que los grupos responderían. Se trataba de preguntas abiertas, no dicotómicas y no directivas.

También se explicó a los profesionales seleccionados los objetivos generales de la investigación y se les informó que la recogida de datos sería grabada. De igual forma, se les garantizó el anonimato, la confidencialidad de los datos obtenidos (todos los participantes fueron inicialmente codificados lo que no permitía su identificación durante el análisis y los datos originales son conservados en una base de datos a la que solo tienen acceso los investigadores) y la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Se requirió consentimiento formal a los participantes. Las sesiones con los grupos se realizaron en un lugar confortable y tranquilo del hospital, fuera de la jornada laboral de los profesionales participantes y dirigidas por dos personas del equipo investigador. Se grabaron en audio para su transcripción literal y tuvieron una duración aproximada de 2 horas.

En una libreta de campo se fueron anotando sugerencias, expresiones, gestos, preguntas de ampliación, etc., es decir todo aquello que permitiera comprender el significado de lo que se decía y conocer el contexto en el que se desarrollaba la discusión (19).

Posteriormente, se procedió a la transcripción literal de las sesiones y al análisis de los datos obtenidos.

Se utilizó para ello el Análisis de Contenido Latente ya que permite codificar las intenciones de los participantes y no solo las palabras, por lo que tiene mayor validez. Después de una lectura en profundidad, se codificaron los datos identificando las palabras, frases o temas que pudiesen tener un significado destacable en relación a nuestros objetivos de estudio. A continuación, se hizo la definición operacional de éstos. Como segundo paso se reagrupó bajo una misma etiqueta, aquellos códigos que compartían significado lo que nos guió a la identificación de los temas esenciales del trabajo que destacamos en el apartado de resultados.

Para asegurar el rigor metodológico de nuestro estudio nos hemos basado en los criterios de calidad propios de la investigación cualitativa: reflexividad, credibilidad y auditabilidad o validez interna (21,22).

En reconocimiento a la contribución de los participantes, se les ha informado sobre los resultados de la investigación.

Como limitación del estudio indicar que con el objeto de favorecer la comunicación y la participación en los grupos de discusión, algunos de los participantes se conocían previamente.

RESULTADOS

Para conseguir los objetivos marcados, utilizamos los testimonios de los grupos de discusión de profesionales a través de las tres preguntas planteadas que a continuación se exponen.

En el anexo I se recoge los códigos que se asignaron a los participantes.

4.1. ¿Qué entienden los profesionales de enfermería por intimidad del paciente?

Los profesionales aluden a la complejidad del concepto por ser algo personal e intransferible, de cada individuo, y con distintas acepciones, dependiendo de las situaciones y contexto en el que se entienda. Lo consideran como algo muy íntimo, que incluye sentimientos, emociones, valores, y que está unido al respeto y a la educación.

También se recoge la barrera tan sutil que hay entre intimidad, privacidad y confidencialidad y el solapamiento que se produce entre los diferentes términos.

AE.SAU: "Es una necesidad de preservar o resguardar parte de ti, ya sea parte de tu historia clínica, algo personal o algo de tu cuerpo,... es aquello que no queremos perder, mostrar o que vean."

ENF.URGN 1: "La intimidad es distinto para cada uno, todo muy personal, que entraña un respeto y cada uno pone sus límites."

ENF.CPL1: "Para saber que es esto de la intimidad, solo hay que ponerse malo y venir al Hospital..."

4.2. ¿Qué situaciones o factores vulneran la intimidad de los pacientes?

Se agrupó las respuestas en 5 categorías; la Figura 1 recoge como la persona influenciada por sus creencias y valores es incomodado por distintos elementos (trato, respeto, profesionales, cuidados, familiares, arquitectura, etc.).



Figura 1

Despersonalización, trato y respeto:

Los profesionales, resaltan la importancia de un trato personalizado hacia el paciente, respetando las creencias, valores y costumbres. Se considera a todos por igual, no se individualizan los cuidados y se estandarizan las acciones.

ENF.ONC-1: "Desde que entras en el Hospital, te sientes agredida, la intimidad se queda en la puerta. Te ponen un camión con el que te sientes ridícula y con el culo al aire..."

ENF.URGN-2: "La unificación de criterios, la uniformidad o la propia organización provoca una despersonalización del paciente..."

También se incluyen referencias a la autoestima e integridad personal, a veces olvidamos el derecho que tiene el paciente a no ser despojado de sus símbolos o señas de identidad personal y cultural (pelucas, dientes postizos, objetos personales).

AE.TRA-2: "Por favor póngame los dientes, mi marido no me ha visto nunca sin dientes..."

La educación como forma de respetar al paciente y salvaguarda de su intimidad.

AE.CPL-1: "Entonces alguien llega a la habitación, sin llamar, entra en la habitación..."

Cuidados, aseo, exploración:

Los profesionales asocian la desnudez a sentimientos como desprotección, desamparo, vergüenza y sensación de estar expuesto, y son unánimes al afirmar que "desnudamos innecesariamente".

ENF.CPL 2: "Aunque te vayan a ver los pies, no tienen que desnudarte..."

En cuanto a la eliminación opinan, que puede resultar un acto traumatizante y vergonzoso, sobre todo al tener que realizarlo en la cama con personas alrededor o contemplar la posibilidad de ser interrumpido.

AE.TRA-2: "Una paciente le dice al familiar de al lado que es una chica, y que acaba de conocer: ¿oye, me pones la cuña?, es que está mi hijo... y NO QUIERO QUE ME VEA..."

También recogen la agresión que a veces supone la presencia de mucho personal sanitario.

MATR-1: "Estaban allí..., las alumnas, los médicos, los residentes, las enfermeras hablando,... y yo allí, en la mesa de quirófano, desnuda y en posición ginecológica..."

Confidencialidad, profesionales:

En ocasiones, problemas estructurales o de tipo administrativo amenazan el derecho a la intimidad.

AE.URNG-1: "En admisión de urgencias: .. ¿Qué le pasa? Te lo preguntan con la sala de espera llena..."

ENF.TRA-1: "Tú vas a pedirle los datos y a hacerle la valoración de enfermería; y está la madre, el vecino de al lado, con el familiar y se enteran de todo..."

Reconocen que realizan comentarios inadecuados delante de otros pacientes, lo que da lugar a que se hagan públicos datos e información confidenciales. También, destacan que la historia y datos clínicos, se encuentran en sitios fácilmente accesibles, haciéndose, en ocasiones, una utilización indebida de ellos.

AE.CPL-1: "Estás haciendo la cama con la compañera, y estás comentado el caso del de la 311...."

Todos los grupos, son críticos también al hablar sobre la presencia de personal sanitario y no sanitario en habitaciones, despachos y consultas, donde se están realizando cuidados de enfermería y actuaciones médicas.

ENF.URGN-1: "Solamente por el hecho de llevar un uniforme, ya somos diferentes y nos creemos con derecho a...entramos en las consultas cuando están explorando..., el uniforme es un salvoconducto para entrar, para mirar..."

Arquitectura:

Los profesionales destacan, que la habitación individual no solucionaría completamente el problema, aunque lo facilitaría bastante.

ENF.NEU-1: "Las habitaciones individuales son importantes, pero no son suficientes para mantener y cuidar la intimidad del paciente... no es la panacea."

Y reconocen que a veces son los primeros que dejan de lado el uso de elementos como el biombo, la cortina, cerrar la puerta, o el utilizar una sala privada para realizar determinadas actuaciones, como informar a pacientes y familiares o preguntar datos clínicos.

AE.TRA-1: "Cuando vas con prisas, siempre se te pasa algún detalle, cuando te das cuenta lo tienes medio desnudo y resulta que no has corrido la cortina."

El compartir habitación con extraños, puede resultar intimidante causando malestar; no se puede conversar de manera privada con un familiar, tener tranquilidad, descansar, etc.

ENF.CPL-1: "¡Es duro meterse en una habitación con otro!... olores..., pañales..., ver comer a otros, o que me vean comer..."

Familiares:

En ocasiones, el comportamiento de los familiares es susceptible de queja, (incumplimiento de las horas de visitas, hablar en voz alta, no respetar las horas de vigilia/sueño), son aspectos que afectan directamente al paciente.

AE.SAU: "El hospital es como una feria, miles de familiares, horas de visita..."

AE.CPL-1: "Una señora mayor... no encontrábamos el termómetro y el caballero, familiar de la paciente de al lado, subiéndole el camisón, buscando... y le tuvimos que decir: ¿Oiga de quien es usted familiar?"

4.3. ¿Cómo cree el profesional de enfermería que se adapta el paciente a las situaciones en que se vulnera su intimidad?

Los pacientes presentan múltiples comportamientos para adaptarse a las diferentes situaciones vividas durante la hospitalización, con el objetivo de alcanzar la armonía.

Se resalta que algunos pacientes se adaptan con resignación, ya que dependen del personal que los atiende y tienen miedo de expresar lo que sienten por temor a las represalias, actitud o trato del profesional.

MATR-2: "Yo creo que con resignación..."

AE.MI-1: "Se callan, se aguantan... creen que les puedes pinchar mal".

Otros adoptan el papel de enfermo dependiente, aceptan las indicaciones y recomendaciones del profesional en el cual confían. Esta conducta, se manifiesta más en el paciente de mayor edad, ya que la relación de agencia profesional-paciente es asimétrica y toma una actitud más pasiva y acomodativa en cuanto a la toma de decisiones sobre su proceso clínico.

ENF.TRA-2: "Algunos se dejan hacer... y lo que tu digas y lo que les hagas... "

Los pacientes más jóvenes, son los que con frecuencia se revelan e incluso cuestionan las indicaciones y cuidados recibidos.

ENF.ONC-2: "Hay pacientes que se ponen a la defensiva y te cuestionan todo ... con eso del Internet, se creen que saben más que tú..."

También algunos pacientes manifiestan respuestas no adaptativas como ponerse nerviosos o bloquearse, pudiendo dar lugar, en estadios más avanzados, a la aparición de crisis de ansiedad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos expresan, la percepción y opinión que tienen los profesionales de enfermería en cuanto al concepto de intimidad y las situaciones, en las que a su juicio, es vulnerada en la práctica diaria, desde diferentes perspectivas. Entre las diferentes categorías profesionales no existen diferencias en cuanto a percepción y visión de este aspecto y se basan en comentarios de los propios pacientes o experiencias vividas en primera persona, como usuarios del sistema sanitario.

Queremos resaltar la coincidencia de los resultados con los estudios revisados, realizados con profesionales; y también con aquellos en los que la información procede de los propios pacientes.

De los discursos estudiados se constata también la dificultad a la hora de definir y conceptualizar el término intimidad; se confunde con educación, información al paciente y comunicación como proceso de comunicar.

Los profesionales de enfermería, manifiestan según las experiencias vividas, que la intimidad es algo muy personal e intransferible, forma parte de ti, que cada uno pone sus límites y que no desean perder o mostrar. Coincidiendo en ello con Durán (3) expone que “la intimidad es un valor oculto que tiene que ver con la mente y los sentimientos de cada persona, esta es privativa y exclusiva de cada uno”. Iraburu (2) llega a la conclusión de que “cada adulto tiene derecho a definir el contenido y los límites de su intimidad.” Ambas coinciden plenamente con lo dicho en nuestros grupos de discusión.

A pesar de la disparidad entre nuestros participantes, sobre si el trato y el respeto son partes integrantes de la intimidad, todos llegan a la conclusión que no depende del fondo sino de las formas, donde prevalece la personalización sobre la estandarización, el respeto y la información sobre el usted y la acción paternalista. En este sentido Blanca Gutiérrez (23) utiliza estos conceptos como características favorecedoras de un ambiente íntimo, mientras que para Durán (3), tienen relación con los factores de los que parte el cuidado de la intimidad, evitando el paternalismo del saber profesional.

La estructura física, los recursos materiales y humanos, de los que disponen las organizaciones sanitarias, generan condiciones que en ocasiones son poco favorables para ejercer un adecuado cuidado de lo íntimo y del mantenimiento de la intimidad, como dice Ferrer (7) en su estudio. Así mismo Iraburu (2) incide en el mismo sentido: “A la hora de ingresar en nuestros hospitales públicos lo habitual es tener que compartir habitación. Es inevitable que según las características del otro, u otros, y de sus familias, la experiencia, ya dura de por sí, pueda convertirse en un calvario”.

Aún coincidiendo con ellos, nuestros resultados resaltan que la habitación individual no es la panacea, y que a pesar de tener a nuestro alcance muchos recursos, (biombos, puertas, cortinas) algunos profesionales no los utilizan, por mecanización en sus conductas, dando lugar a una disminución en la calidad asistencial, no consiguiendo el nivel óptimo por falta del “detalle fino”, ya que la calidad científico-técnica de los cuidados enfermeros si es reconocida por el paciente. Al igual que González (24), afirma que las cortinas que rodean las camas no ofrecen la misma intimidad que las estructuras arquitectónicas. Así mismo se fija como objetivo a perseguir por la Ley de Cohesión y Calidad (25), la utilización de medidas de aislamiento provisionales, como cortinas, biombos, etc a falta de poder convertir las habitaciones dobles en individuales a corto plazo.

Se resalta la importancia de preservar la intimidad física, aislando visualmente al paciente, antes de iniciar cualquier actividad asistencial, coincidiendo con los estudios de Blanca Gutiérrez (23) y Iraburu (2). Además, actualmente, donde es necesario el uso de la alta tecnología diagnóstica y terapéutica, debemos evitar que las personas se conviertan en “objeto de cuidado” perdiendo así, su identidad de sujeto (7).

Se puede constatar que el respeto a la intimidad, que es un derecho fundamental ligado a la dignidad de la persona, y la obligación de guardar la confidencialidad que afecta a todo el personal que trabaja en el centro, no sólo en la recogida de la información, sino también en el uso que se haga de la misma, son obviados en algunos momentos (26). A menudo, se comentan temas con otros profesionales. Se deberían evitar estas situaciones que suponen una de las formas más frecuentes e inconscientes de agredir la confidencialidad, coincidiendo con la literatura revisada (2,11,27).

Al igual, Soldevilla-Cantueso (5) escribe: “se solicita y recibe información en presencia de terceras personas que intimida la respuesta e incluso pueden llegar a falsearla. También, hay un rechazo a la información sobre la evolución de su enfermedad en la habitación y delante del otro compañero, se reclama que ésta sea más confidencial y personal”.

Consideramos que los resultados de nuestro trabajo son consonantes y coherentes con la bibliografía consultada. Para finalizar, destacar que las limitaciones de este estudio son las propias de la metodología cualitativa, entre las cuales está la no extrapolación de los resultados a la población general (19), pero hay que tener en cuenta que no buscamos una validez predictiva sino la profundización en este tema concreto.

CONCLUSIONES

La intimidad del paciente es un concepto complejo de definir por ser personal, y que depende de las situaciones y contexto en el que se entienda. Es un derecho inalienable de la persona que en todo momento debe estar salvaguardado. Este estudio ha permitido profundizar en la percepción de los profesionales de enfermería, sobre como la práctica diaria agrede este derecho.

Los profesionales relatan sus experiencias cuando han sido usuarios del sistema sanitario; y es entonces cuando se capta la verdadera dimensión del término intimidad; es importante destacar como son conscientes y sensibles de que el aumento de la calidad de los cuidados pasa por respetar a la persona y su intimidad.

El entorno físico donde se realizan los cuidados de enfermería, condiciona enormemente el resultado, pero el uso adecuado de las barreras (biombos, cortinas, puertas, etc.) junto con la empatía y la no mecanización de algunas conductas, llevarían a reducir drásticamente las situaciones en las que se vulnera la intimidad del paciente, lo que provocaría también un aumento de la satisfacción así como de la calidad de los cuidados.

Debido a la complejidad del tema de estudio, sería necesario completarlo con la percepción que los pacientes tienen de estas mismas cuestiones y conocer la importancia que dan a la intimidad durante su proceso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amorós Cerdá SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2008; 19 (4): 193-203.
2. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29 (supl3): 49-59.
3. Durán Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad: una reflexión desde la ética. *Rev Rol Enf* 1999; 22 (4): 303-307.
4. Blanca Gutiérrez JJ, Sáez Naranjo R, Fernández Díaz ME, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Hervás Padilla J. La intimidad del paciente y su familia en el hospital en función de la diversidad cultural: análisis de esta necesidad sentida. *Biblioteca Lascasas* [en línea] 2007 [fecha de acceso 10 de octubre de 2009]; 3 (3). URL disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0262.php>
5. Soldevilla Cantueso MA, Solano Corrales D, Luna Medina E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Rev Calidad Asistencial* 2008; 23 (2): 52-56.
6. Sánchez Caro J, Sánchez Caro J. *El médico y la intimidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
7. Ferrer Arnedo C, Fernández Rodríguez M, Romero Galindo MS, Arana-Echevarria Morales JL, Vielva Asenjo J, Toro Flores R et. al. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. II Encuentro de Enfermería de la ABFYC: Reflexiones éticas desde Enfermería [pdf] 2005 [fecha de acceso 15 de octubre de 2009]. Disponible en: http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Intimidad_cuidado.pdf
8. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, numero 102, de 29-04-1986).
9. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002).
10. Junta de Extremadura. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (2007-2013). Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia; 2007.
11. Prieto Gil de San Vicente L, Vélez Vélez E, Juan Melero P, López Revuelta Y, Martínez Gala P, Moñino Sainz MA. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. *Rev Nure Inv* [en línea] 2005 [fecha de acceso 4 de septiembre de 2009]; 16. URL disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=39&id_menu=147
12. Martín Escudero JC. El derecho a la intimidad de los pacientes en las publicaciones. *Anal Medic Int* 1999; 16 (4): 207-208.
13. Botkin JR, McMahon WM, Smith KR, Nash JE. Privacy and confidentiality in the publication of pedigrees: a survey of investigators and biomedical journals. *Jama* 1998; 279 (22): 1808-1812.
14. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs* 2001; 33 (5): 660-667.

15. De la Cuesta Benjumea C. Desafíos de la investigación cualitativa. Rev Nure Inv [en línea] 2006 [fecha de acceso 4 de septiembre de 2009]; 20. URL disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/firma_obj.cfm?id_firma=37&ID_FIRMA_INI=1
16. De la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Rev Nure Inv [Pdf] 2006 [fecha de acceso 4 de septiembre de 2009]; 25. URL disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/FMetod_25.pdf
17. Morse J.M, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. London: Sage Publications; 1995.
18. Van Manen M. Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy. 2nd ed. Ontario: The Althouse Press; 1997.
19. Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press. International Institute for Qualitative Methodology [en pdf] 2001 [fecha de acceso 14 de junio de 2009]; URL disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
20. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. London: Sage Publications; 1997.
21. González Gil, T. Flexibilidad y reflexibilidad en el arte de investigación cualitativa. Index Enferm [en línea] 2009 [fecha de acceso 14 de septiembre de 2009]; 18 (2). URL disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/6922.php>
22. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Medica 2003; 34: 164-167.
23. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Expósito Casado MC, Sáez Naranjo R, Fernández Díaz ME. La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Index de Enferm [en línea] 2008 [fecha de acceso 14 de septiembre de 2009]; 17 (2). URL disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6604.php>
24. González E. Vestimenta-enfermería hospitalaria. Monografías [en línea] 2007 [fecha de acceso 4 de septiembre de 2009]; URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos41/vestimenta-enfermeria/vestimenta-enfermeria.shtml?monosearch>
25. Ley 16/2003 de 28 de mayo, Cohesión del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 126, de 19-05-2003).
26. Jiménez Herrera MF, Nogués Domingo C. Perspectiva enfermero sobre la intimidad en la asistencia pre-hospitalaria urgente. Metas de Enferm 2002; 5 (49): 6-9.
27. Ramírez Ceballos A, Paniagua Galisteo A, Fons Cañizares S, Marcos Herrero M, Fournier López R, Beigveder Montero P. Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional. Medicina de Familia 2001; 2829: 145-148.

ANEXO I. Códigos con los que se identificaron los profesionales:

AE.SAU: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Atención al Usuario.
AE.URG-1: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Urgencias.
AE.CPL-1: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Cirugía Plástica.
AE.CPL-2: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Cirugía Plástica.
AE.MI-1: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Medicina Interna.
AE.TRA-1: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Traumatología.
AE.TRA-2: Auxiliar de Enfermería del Servicio de Traumatología.
ENF.URG-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Urgencias.
ENF.URG-2: Diplomado en Enfermería del Servicio de Urgencias.
ENF.CPL-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Cirugía Plástica.
ENF.CPL-2: Diplomado en Enfermería del Servicio de Cirugía Plástica.
ENF.TRA-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Traumatología.
ENF.TRA-2: Diplomado en Enfermería del Servicio de Traumatología.
ENF.ONC-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Oncología.
ENF.ONC-2: Diplomado en Enfermería del Servicio de Oncología.
ENF.NEU-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Neurología.
ENF.CAR-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Cardiología.
ENF-CAR-2: Diplomado en Enfermería del Servicio de Cardiología.
ENF.MI-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Medicina Interna.
ENF.RAY-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Rayos.
ENF.MI-1: Diplomado en Enfermería del Servicio de Medicina Interna.
MATR-1: Matrona.
MATR-2: Matrona.