

Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza

Nursing and patients' privacy in Emergency Services from Sector III of Zaragoza

Autores: Sonia Sánchez Aragón
Tutor del trabajo: Emilio J.Sanz
Dirección de contacto: sonits13@gmail.com
Fecha recepción: 12/07/2016
Aceptado para su publicación: 27/09/2016
Fecha de la versión definitiva: 02/12/2016

Resumen

Objetivo principal: Conocer la percepción de los profesionales de enfermería respecto del derecho de intimidad del paciente en los Servicios de Urgencias. **Metodología:** Se ha utilizado la metodología cualitativa con el fin de identificar y conocer en profundidad la percepción, visión y experiencia que poseen los profesionales de enfermería sobre la intimidad del paciente al que cuidan en los Servicios de Urgencias. **Resultados:** Los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza son una de las puertas de entrada al entorno hospitalario. En estos Servicios, se realizan una gran cantidad de pruebas exploratorias y diagnósticas. Los pacientes se encuentran en una situación de vulnerabilidad por encontrarse en una situación incierta y desconocida, y por tanto, la intimidad puede verse comprometida a la hora de satisfacer necesidades o realizar cuidados. **Conclusión:** La intimidad en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza, está condicionada por la actuación de los profesionales sanitarios, el entorno que rodea al paciente, y por cómo y quiénes entran a formar parte de esa situación. Para evitar las situaciones en las que se vulnera la intimidad del paciente, existen distintos mecanismos y estrategias que pueden ser llevados a cabo por parte de los profesionales. Para ello, los servicios sanitarios han de elaborar, implementar, evaluar y actualizar periódicamente procedimientos y protocolos sobre protección de la intimidad de los pacientes. También, es necesario formar a los profesionales de enfermería en este campo, mediante sesiones que permitan percibir la intimidad desde una visión holística en el cuidado.

Palabras clave

Enfermería; Intimidad; Cuidado; Urgencias; Derechos de los Pacientes.

Abstract

Objective: To understand the perception of nurses concerning the patient right of privacy in Emergency Services. **Methodology:** A qualitative methodology was developed in order to identify and know in depth the perception, vision and experience that nurses have about patient attended in Emergency Services. **Results:** Emergency Services of Zaragoza's Sector III, is one of the places where patients get into the hospital environment. In this service, many exploratory and diagnostic tests are performed, and patients are in a vulnerable position to be in an uncertain and unknown situation, and therefore where privacy can be compromised when meeting needs or perform care. **Conclusion:** Privacy in the Emergency Services is conditioned by the performance of health professionals, the environment surrounding the patient, and how and who become part of that situation. To avoid situations where patient privacy is violated, there are different mechanisms and strategies that can be performed by professionals. To do this, health services should develop, implement, evaluate and update procedures and protocols on protection of privacy of patients. Also, it is necessary to train nurses in this field, through sessions that can be perceived privacy from a holistic vision care.

Key words

Nursing; Privacy; Care; Emergency; Patient Rights.

Categoría profesional

Enfermera en unidad de cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia. Máster en bioética y bioderecho.

INTRODUCCIÓN

Concepto de intimidad

El concepto de intimidad es complejo y posee múltiples acepciones, debido que en sus fundamentos se hayan campos tan diversos como la antropología, la sociología, la historia, la psicología, el derecho, la ética y la filosofía (1,2).

El término intimidad proviene del griego "entos" que significa dentro, y del adverbio latino de igual significado "intus", y de ahí el comparativo "interior" (más dentro que) y el superlativo "intimus" (lo más dentro). El primer teórico de la intimidad fue San Agustín que utilizó el término "intimus" en el sentido de interioridad (1,2). Actualmente, 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", y cualidad de íntimo: "lo más interior o interno" (3).

El concepto de intimidad, se puede intentar comprender desde una triple perspectiva: como fenómeno (factor socio-económico), como idea (factor cultural) y como derecho (factor político-jurídico). Estas tres perspectivas son necesarias para tener una visión global sobre la intimidad, pero no sincrónicas (3).

Desde el punto de vista jurídico, puede entenderse la intimidad en sentido amplio, estando relacionada a su vez con los conceptos de confidencialidad, vida privada y secreto (2). Por otro lado, se puede distinguir la intimidad personal, corporal o física, la intimidad como vida privada, la intimidad cultural, ideológica, religiosa y sexual, intimidad genética y la intimidad informática (3,4).

En sentido amplio la palabra intimidad es equivalente a vida privada. En cambio, cuando se habla de intimidad en sentido estricto se hace referencia a un ámbito de carácter individual, espiritual o psicológico y por tanto intrapersonal (2). Por lo tanto, se puede considerar que lo privado es un espacio no público que engloba ciertas relaciones interpersonales, mientras que lo íntimo sería un concepto más estricto de dimensiones más propiamente individuales. Sin embargo, el término íntimo se puede utilizar también en un sentido amplio que se identifica con lo privado (3,5).

La vida privada engloba todas aquellas manifestaciones que están apartadas de la proyección pública del individuo y la palabra intimidad asilamos determinadas parcelas de nuestra existencia para disfrutarlas en soledad, sin ser observados por terceros y cuando

dicha intimidad reclama un mayor grado de reserva nos encontramos en presencia del secreto (2,3,5).

Marco legal del derecho a la intimidad

La primera elaboración teórica del derecho a la intimidad se encuentra en un artículo publicado por Warren y Brandeis en 1890 titulado: *The Right of Privacy*, que publicado en la revista *Harvard Law Review*. En él se subrayaba la importancia de estar protegidos contra la publicidad no deseada. Este artículo, estableció la primera teoría del derecho general a la intimidad (3).

En España, el Derecho a la Intimidad es un concepto relativamente reciente en nuestro ordenamiento jurídico. En la Constitución Española de 1978 ya se le confiere rango de derecho fundamental. Así el artículo 18 de la Carta Magna recoge: "Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen" (3). Por lo tanto, está dirigido a proteger a la persona frente a cualquier invasión que pueda realizarse en el ámbito de su vida personal y familiar.

Por otro lado, la jurisprudencia del Tribunal Supremo recoge que "la intimidad es el derecho a tener intacta, desconocida, incontaminada e inviolada la zona íntima, familiar o recoleta del hombre" y el Tribunal Constitucional considera este derecho como "un poder jurídico de imponer a terceros el deber de abstenerse de toda intromisión en la esfera íntima de la persona y la prohibición de hacer uso de lo así conocido" (2, 7, 8).

El derecho a la intimidad tiene lógicamente su proyección en el ámbito sanitario, y por ello también se recoge en distintas normas jurídicas en el campo de la salud. Así, en la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad, se reconoce en el artículo 10.1 que "todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical". También se garantiza en el artículo 61 el derecho del enfermo a su intimidad personal y el deber de guardar el secreto profesional (6,9).

En la Ley orgánica 5/1992 se regula el tratamiento informatizado de los datos de carácter personal y su protección, con el fin de garantizar el honor, la intimidad personal y familiar de las personas físicas. Se limita el uso informatizado y de otras técnicas de recogida de datos. Con el Real Decreto 428/1993 de la Agenda de Protección de datos se incluye este

aspecto tanto a los ficheros automatizados de las entidades públicas como de las privadas (10-12).

Por otro lado, destaca la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde se hace una doble proclamación de esta materia. En el artículo 7, del capítulo III titulado El derecho a la intimidad, se expone que "toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley". Así, se invoca el derecho de los pacientes a que se respete la confidencialidad de los datos referentes a su salud. Como garantía de lo anterior, se dispone que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas y establecerán las normas que se precisen para la finalidad requerida (2, 13).

Esta ley, también establece en el capítulo I, titulado principios generales, que los principios que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica son: la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y el respeto a su intimidad (2,13).

Por otro lado, la Ley 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, señala en su artículo 7 el derecho de todas las personas al respeto de su dignidad personal e intimidad personal y familiar en relación con su participación en actuaciones de salud pública (12). También en el apartado segundo de este artículo, se establece que: "la información personal que se emplee en las actuaciones de salud pública se registrará por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica" (13,14).

El derecho a la intimidad no es un derecho absoluto y su vulneración también tiene trascendencia en el campo penal y civil. Así, las conductas que suponen una agresión a la intimidad menos grave, los afectados pueden recurrir a las acciones que prevé la Ley orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y la propia imagen. Por otro lado, y tal cómo se ha explicitado, también se puede generar responsabilidad penal en relación con el derecho a la intimidad (2). En el Código Penal vigente se contemplan dos delitos relacionados con esta cuestión. El prime-

ro de ellos (artículo 199.1 del Código Penal Español) castiga a cualquier persona que revelare secretos ajenos de los que tenga conocimiento por su profesión, mientras que el segundo (artículo 199.2 del Código Penal Español) castiga la vulneración de la intimidad del paciente y el quebrantamiento del deber profesional de sigilo o reserva (2,5).

Regulación del derecho a la intimidad en las Comunidades Autónomas

A nivel estatal, las Comunidades Autónomas que tienen legislación propia son 17; las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla se han adherido a la legislación estatal. La Ley estatal basa el contenido del derecho a la intimidad en la concepción de esta como invasión en la esfera personal derivado del acceso a sus datos (2,15).

En lo que refiere al contenido del derecho a la intimidad, en un primer grupo se encuentran a las Leyes Riojana, Murciana, Cantabria, Valenciana, Aragonesa, Gallega, Madrileña, Extremeña, Andaluza, Vasca, Asturiana, Canaria y Castellano-Leonesa. En todas ellas, se abarca la perspectiva del derecho a la intimidad desde una doble vertiente: la protección de datos y la esfera personal durante la asistencia. En un segundo grupo, estarían la Ley Estatal, Ley Navarra, Ley Catalana y La Ley Balear que solamente contemplan la protección de los datos, sin referencias a la propia persona en el proceso asistencial o acto médico aislado (2,15).

Con respecto a la posibilidad de que los datos personales se sometan al régimen de protección de la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, se hallan la Ley Gallega y la Ley Andaluza. Mientras que la Ley Extremeña, Ley Murciana, Ley Navarra, Ley Cantabria, Ley Balear, Ley Vasca y Ley Asturiana velan porque se garantice el acceso legal a los datos a través de la elaboración de normas y protocolos para ese fin.

Con lo que respecta a garantías de protección del derecho a la intimidad, la Ley Extremeña y la Ley Gallega tienen en cuenta la especial protección de los datos referidos a creencias, filiación, opción sexual o haber padecido malos tratos. Por otro lado, la Ley Navarra señala el deber de comunicar al usuario las razones y el modo de proporcionar información disponible a terceros, y la Ley cántabra establece que prevalezca el juicio del equipo médico en situaciones de conflicto entre el derecho a la salud y la intimidad (2,15).

Consideraciones bioéticas del Derecho a la intimidad

El concepto de intimidad, ha supuesto un desarrollo en el contexto de la bioética. Judith Thompson, con respecto al fundamento de la intimidad, opinó que sea cual sea el derecho que una persona tiene en relación con la intimidad, dicho derecho puede ser expresado completamente utilizando nociones como el derecho de propiedad o el derecho que una persona tiene sobre sí mismo. Sin embargo, Beauchamp y Childress consideran que estos derechos fundamentales se basan en un estatuto incierto, como por ejemplo, el derecho a no ser mirado y muchos de ellos se basan en el derecho a la intimidad, en lugar de constituir la base de este derecho (3,16).

Posteriormente, Ruth Gavison expuso que no existe la intimidad perfecta. Por ello, destaco el concepto de la pérdida de intimidad. Esta pérdida ocurre cuando otros tienen información sobre un individuo, lo observan o tienen acceso físico a él. Gavison propone definir la intimidad como un complejo de tres elementos independientes e irreductibles: el secreto, anonimato y aislamiento (3,16).

En línea con lo expuesto anteriormente, para Beauchamp y Childress, la palabra intimidad tiene tres usos principales, que se corresponden con lo que algunos investigadores consideran como tres formas distintas o concepciones de la intimidad: intimidad física, intimidad de la información e intimidad decisoria. Las tres formas se encuentran en el origen de muchos problemas relacionados con la atención sanitaria. Sin embargo, aunque muchos reconocen que la intimidad se utiliza en el ámbito sanitario de una forma perfectamente delimitada, bien en un sentido físico, bien relacionada con la información o con la toma de decisiones, no existe una única definición en alguno de estos sentidos que se acepte de forma universal. Además, Beauchamp y Childress consideran que la intimidad es uno de los aspectos y virtudes importantes en la relación asistencial, junto con la confidencialidad, la veracidad y la fidelidad (3,16).

Enfermería e intimidad

El concepto de intimidad, encuentra referencias en el juramento para enfermeras de Florence Nightingale redactado en 1893. En él, se cita: "haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes" (17).

En 1973, el Consejo Internacional de Enfermería elaboró el Código Internacional de Ética para la Enfermería, una guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear. Así, Código Internacional de Ética para la Enfermería desde la versión de 1953, junto con sus versiones revisadas de 1973, 2000 y 2012 establece la necesidad de incorporar cuestiones de confidencialidad e intimidad personal en un código nacional de ética para enfermeras. También establece en su glosario de términos, que la información personal es aquella "información obtenida a través de un contacto profesional propio de una persona o familia y que si se difunde puede violar el derecho a la intimidad personal, causar inconvenientes, dificultades o perjuicios a la persona o familia" (17,18).

La Organización Colegial de Enfermería en España asumió y recomendó hasta 1988 el Código Deontológico elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que se pudieran presentar en nuestra profesión (19,20).

Fue en 1988, cuando el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería designó un Comité formado por profesionales con el fin de elaborar el Código Deontológico de la enfermería española. De esta manera, el primer Código Deontológico de la enfermería española, fue aprobado con fecha 14 de julio de 1989. En su artículo 74; se establece la obligación de vigilar la vida, salud e intimidad de los seres sometidos a estudios e investigaciones. También en la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente se estableció el uso de la Historia Clínica por parte del personal sanitario. Enfermería tiene acceso a la historia clínica de las personas a las que cuidan, y el acceso a los datos supone una herramienta para poder proporcionar a los pacientes unos cuidados adecuados (13,19, 20).

Posteriormente, en el año 2007 fue aprobado El Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea por la Federación Europea de Profesionales de Enfermería (FEPI), con la finalidad de garantizar la protección y la seguridad de todos aquellos que reciben cuidados de enfermería en Europa. Entre sus funciones, aconseja a los órganos reguladores de enfermería acerca de los principios fundamentales que hay que tener en cuenta en la elaboración de sus propios códigos éticos y deontológicos. También informa a los pacientes y profesionales de enfermería acerca de los estándares comunes, éticos y deontológicos, que se espera que alcancen aquellos profesionales de enfermería que trabajen en el marco europeo (20, 21).

Se han encontrado revisiones bibliográficas, estudios cualitativos y cuantitativos con respecto a la intimidad del paciente y los profesionales de enfermería. Por un lado, Espuela analiza situaciones que afectan a la intimidad y la capacidad de adaptación del paciente durante su hospitalización. En los resultados de su estudio, establece que ciertos aspectos como el trato, respeto, profesionales, cuidados, familiares y arquitectura pueden vulnerar la intimidad del paciente hospitalizado (20).

Con respecto a la metodología cualitativa, Blanca Gutiérrez identifica las características relacionadas con el concepto de intimidad desde el punto de vista de los profesionales de enfermería y de los pacientes. En los resultados de su estudio, se muestran una serie de factores extrínsecos e intrínsecos que determinan un ambiente hospitalario favorable o desfavorable con respecto a la intimidad. Entre estos factores se encuentra: el nivel de independencia del paciente, la implicación de la familia y las experiencias previas del paciente a la hospitalización (17).

Con respecto al Derecho a la Intimidad en los Servicios de Urgencias, Mozota Duarte realizó un estudio prospectivo. Este fue llevado a cabo mediante la cumplimentación de un cuestionario (con respuestas de cinco opciones graduales de escala Likert) por parte de los pacientes sobre la valoración del respeto a la intimidad durante su asistencia en los Servicios de Urgencias de diferentes hospitales de Aragón. Se analizaron un total de 3.949 cuestionarios de pacientes. En dicho estudio, la intimidad auditiva obtuvo una puntuación media 3,93 (mínimo 1, máximo 5). Sin embargo, la privacidad visual obtuvo mejor puntuación con una media de 4,32, siendo la intimidad global valorada con una puntuación media de 4,17 sobre 5 (26). Por otro lado, López-Petchamé ha valorado la percepción de los profesionales de enfermería, familiares y pacientes mediante un estudio descriptivo transversal. En este estudio, se concluye que el personal asistencial hospitalario posee una mejor percepción con respecto a los usuarios de la vulneración confidencial. Sin embargo, no se han encontrado estudios cualitativos en los que se valore exclusivamente la percepción de los profesionales de enfermería respecto al derecho de intimidad en los Servicios de Urgencias (22).

De este modo, el Derecho a la Intimidad del paciente es un aspecto fundamental de la relación asistencial. El Servicio de Urgencias es una de las puertas de entrada de los pacientes al sistema hospitalario. Al

acceder al entorno hospitalario, la persona comparte información personal y permite el acceso a su cuerpo para la realización de pruebas y exploraciones. En el Servicio de Urgencias, las enfermeras establecen relaciones interpersonales donde afloran los sentimientos y emociones, en los que tienen que poner en juego su capacidad empática, así como, respetar la intimidad de los pacientes. Debido a la gran demanda asistencial de los Servicios de Urgencias, el concepto de intimidad requiere especial importancia (22).

OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer la percepción de los profesionales de enfermería respecto del derecho de intimidad del paciente en los Servicios de Urgencias

Objetivos secundarios

1. Identificar los factores que afectan a la intimidad del paciente durante su estancia en los Servicios de Urgencias
2. Explorar el nivel de conocimientos relacionados con el derecho a la intimidad, de los profesionales de Enfermería que trabajan en los Servicios de Urgencias.
3. Identificar áreas de mejora y medidas a adoptar por parte de los profesionales de enfermería para proteger el derecho a la intimidad del paciente.

METODOLOGÍA

La metodología elegida a la hora de abordar el estudio, ha sido la metodología cualitativa. Se ha utilizado esta metodología con el fin de identificar y conocer en profundidad la percepción visión y experiencia que poseen los profesionales de enfermería sobre la intimidad del paciente al que cuidan en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza (24).

Los instrumentos de recogida de datos han sido la entrevista abierta en profundidad y el cuaderno de campo. Se realizaron entrevistas y anotaciones hasta que se alcanzó la saturación de la información dentro de cada una de las categorías estudiadas. Por lo tanto, se han realizado un total de diez entrevistas a profesionales de enfermería de una duración aproximada entre treinta y cuarenta y cinco minutos.

Para trabajar con los datos, las entrevistas fueron codificadas y transcritas literalmente y se establecieron una serie de categorías y subcategorías también codificadas, caracterizadas por una serie de propiedades y dimensiones en base al programa de datos de análisis cualitativo MAXQDA 12.1.0.

Para la selección de los participantes se ha utilizado un muestreo de tipo teórico e intencional (se buscaban a profesionales que hablaban con soltura castellano, con los que se podía establecer una relación comunicativa fluida y que habían pasado por procesos y acontecimientos en los que interesaba indagar). Se ha buscado diversidad y variabilidad entre los entrevistados, en función de su experiencia en los Servicios de Urgencias 0-5 años 5-10 años y más de 10 años. Se han entrevistados a personas de distinto sexo: hombre y mujer y de distinta edad, así como que hayan desempeñado su trabajo en los diversos Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza.

Previamente a la ejecución del estudio, se ha pedido su aprobación al Comité Ético de Investigación de Aragón (CEICA), siendo su dictamen favorable. También, se elaboró un documento de información para el participante con las características principales del estudio, riesgos y beneficios de participar en el mismo y como se iban a gestionar los datos personales a través de las entrevistas grabadas durante la duración del estudio y su finalización. Para ello, se solicitó la autorización a cada participante mediante la firma del documento.

Para asegurar el rigor metodológico del estudio se han considerado los criterios de validez de Calderón de adecuación epistemológica y metodológica, relevancia, validez y reflexividad. Aunque también han prevalecido durante la investigación otros criterios, tales como saturación, sensibilidad, la capacidad de reflexión, la integridad y el pensamiento crítico (24).

RESULTADOS

Tras analizar las entrevistas con MAXQDA 12.1.0, se establecieron diferentes relaciones de códigos. En el anexo 3 se pueden apreciar los resultados del análisis cualitativo tales como el visualizador de matriz de códigos (cálculo tamaño símbolo referido a fila), el visualizador de códigos (nodos como valores), así como el visualizador de la relación de códigos.

Por otro lado, en función de la información obtenida a través de las entrevistas realizadas, se han organizado los resultados en cuatro apartados: con-

cepto de intimidad por parte de los profesionales de enfermería, relación enfermera-paciente, relación paciente-familia y relación paciente-entorno. Todos los apartados están relacionados en base a la intimidad de los pacientes y los Servicios de Urgencias.

Concepto de intimidad por parte de los profesionales de enfermería.

Para los profesionales de enfermería que trabajan en los Servicios de Urgencias, el concepto de intimidad es complejo y posee distintas acepciones en función de las circunstancias y el contexto en el que se entienda. Lo consideran como algo íntimo que incluye emociones, valores y que se solapa con otros términos como la privacidad y la confidencialidad. También hacen referencia a las características especiales de los Servicios de Urgencias en relación con otros Servicios, con respecto a la intimidad. Consideran, que en los Servicios de Urgencias es por donde la mayoría de los pacientes entran al entorno hospitalario. En estos servicios, se realizan una gran cantidad de pruebas exploratorias y diagnósticas, por ello, las personas se encuentran en una situación de vulnerabilidad por encontrarse en una situación incierta y desconocida, donde la intimidad puede verse comprometida.

ENF-7: "Lo entiendo como un derecho humano, es decir, a ser respetado como persona, tanto su intimidad física como personal y recibir un trato digno como tal".

ENF-1: "Yo creo que la intimidad es algo que nadie quiere perder, a nadie le gusta que todo el mundo lo sepa todo sobre él ya que de esta manera se siente desprotegido"

ENF-2: " En Urgencias existe la particularidad de que realizamos bastante técnicas al paciente, los desvestimos...eso unido a que él se encuentra en una situación de incertidumbre porque no sabe que le sucede, hace que la intimidad pueda pender de un hilo..."

ENF-10: "Lo entiendo como una forma de actuación que tenemos que tener en cuenta las enfermeras, en cuanto a preservar los datos personales del paciente, así como su intimidad corporal, teniendo en cuenta sus creencias, valores"

Existen diversas características favorables y desfavorables de un ambiente íntimo en los Servicios de Urgencias. Para ello se ha elaborado una tabla que recoge la información expuesta por los profesionales de enfermería.

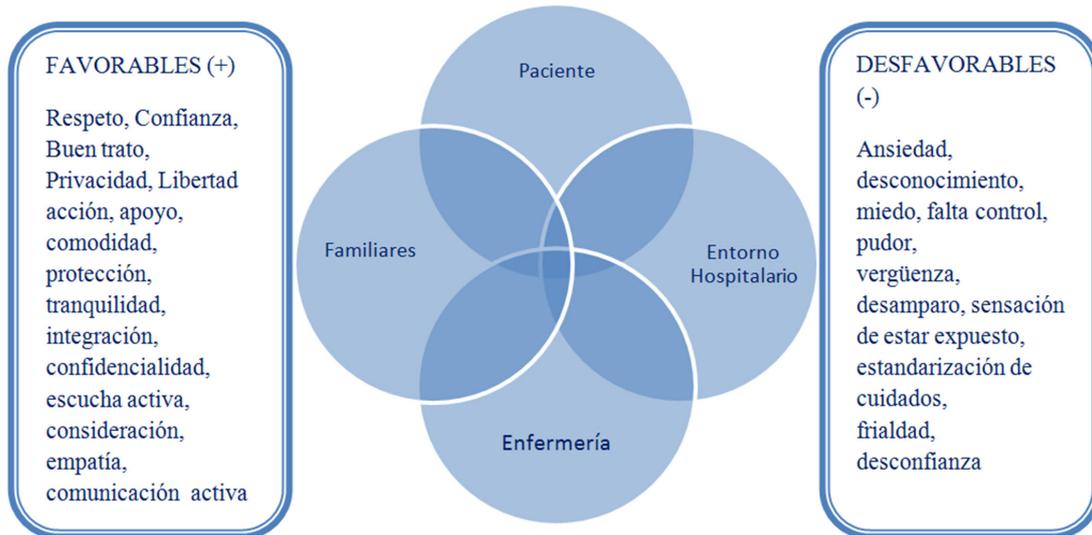


Imagen 1. Características favorables y desfavorables del ambiente íntimo. Elaboración propia.

Relación enfermera-paciente respecto a la intimidad en los Servicios de Urgencias.

A la hora de llevar a cabo los distintos cuidados de enfermería en los Servicios de Urgencias, se han expuesto diversas necesidades básicas de Virginia Henderson que pueden verse comprometidas con respecto a la intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias.

Con respecto a la necesidad de: vestirse y desvestirse, dormir y descansar, higiene personal y eliminación, existe unanimidad al decir que los pacientes manifiestan pudor, sensación de desnudez y sentimientos de vergüenza. Se expone que la cuña supone una situación desagradable para el paciente, por el grado de dependencia a la hora de utilizarla. También, se manifiesta que en algunas ocasiones prima la comodidad profesional: se desnuda innecesariamente al paciente y se le puede interrumpir mientras este realiza sus necesidades.

Por otro lado, se recalca que en los Servicio de Urgencias, al realizarse pruebas exploratorias en un corto periodo de tiempo y por tanto, dónde es necesario que este muestre su cuerpo o recopilar cierta información necesaria para su cuidado no da tiempo a establecer una relación de confianza con el paciente y además se tiende a la estandarización de los cuidados.

ENF-9: "Cuando un paciente viene a Urgencias, y le mandamos recoger orina...quizás se ge-

nera una situación de vergüenza por parte del paciente, porque piensas que aunque estén echadas las cortinas, en cualquier momento puede venir alguien a interrumpirte en ese momento".

ENF-3: "Algunas veces tenemos estandarizados los cuidados... para nosotros que una persona venga a Urgencias y recogerle a muestra de orina o realizarle una analítica, es algo típico, sin embargo, para la persona puede que no lo sea y puede ser que sea la primera vez que se enfrente a esa situación"

ENF- 8:" Lo mismo pasa cuando los pacientes están en la sala de observación, por ejemplo, a veces pueden llegar a pensar que las personas de alrededor le van a oír cuando él va a orinar. Se crea una situación incómoda en ese aspecto".

ENF-5 "También creo que a veces desnudados innecesariamente, por ejemplo, nada más llegar al paciente se le pone camisón y al no ir cerrado se le queda el culo al aire. Yo creo que desnudamos por nuestra comodidad y a veces no valoramos que la situación personal del que está en frente..."

A la hora de movilizar y realizar cambios posturales a los pacientes coinciden en que el paciente puede sentirse expuesto si no se toman las medidas necesarias para preservar su intimidad.

ENF-1: "Cuando estaban movilizando a un paciente y no tenían la cortina echada y se podía ver por todo el pasillo".

ENF-6: "Se vulnera la intimidad del paciente cuando le haces un cambio postural y al lado hay otra, y la otra le ha visto todo al otro paciente".

Con respecto a las necesidades de comunicación y seguridad, los profesionales de enfermería reconocen que en los Servicios de Urgencias a veces se solicita y recibe información en presencia de terceras personas y que puede interferir en la intimidad. Se comparte información entre profesionales sin tener en cuenta el entorno en el que se producen. También existe una sobreexposición de información de los pacientes, al dejar las historias clínicas a la vista o no cerrar los usuarios de los programas de ordenador.

ENF-9: "También muchas veces en Urgencias cotilleamos en los pasillos, por ejemplo preguntamos a otras compañeras si han recogido y mandado la muestra de orina del paciente del box X, y creo que eso se debería realizar con más delicadeza".

ENF-4: "Hablamos entre nosotros acerca de los pacientes sin tener en cuenta quien hay alrededor"

ENF-10: "Algunas veces cuando escribimos en la historia clínica y dejamos el usuario abierto con nuestra contraseña y los nombres de los pacientes que están en Boxes o en las salas de observación, cualquier persona puede tener acceso a ellos ya que están en primera plana"

Por otro lado, los profesionales de enfermería perciben que cuando se produce una situación en la que se vulnera la intimidad de los pacientes, la respuesta varía en función de la personalidad de cada paciente. Además, creen que no se tiende a reclamar este derecho porque los pacientes consideran que puede tener un efecto perjudicial en su atención.

ENF-11: "Inquieto, agresivo, nervioso y demandante para paliar ese nerviosismo y recibir de alguien tranquilidad de algún tipo. Además ese estado de intranquilidad puede afectar en su estado de salud. Deberíamos responder a las demandas individualmente, ya que cada persona es diferente".

ENF-3: "depende del tipo de personalidad de cada paciente. Puede ser muy variada,

desde contestaciones fuera de tono, hasta actitudes de resignación y vergüenza, conformismo por la situación generada. También dependerá del personal que atiende y de la actitud que este muestra y de la situación".

ENF-9: "Algunos pacientes lo aceptan sin más, dando por hecho que es así como debe hacerse, otros igual piensan que si dicen algo les podemos tratar de forma diferente y tienen miedo a comentarlo con nosotros".

Relación paciente-familia respecto a la intimidad en los Servicios de Urgencias

Con respecto a la relación paciente-familia en Urgencias y la intimidad, los profesionales de enfermería creen conveniente establecer un horario de visitas pudiendo establecerse excepciones en algunas ocasiones, en función del estado de salud de los pacientes que en ese momento también se hallan en el Servicio de Urgencias recibiendo asistencia por parte de los profesionales sanitarios.

ENF-15 "Siempre que el paciente desee recibir estas visitas me parece algo muy positivo, sin embargo, es fundamental tener en cuenta la situación en la que el enfermo se encuentra y también valorar otros aspectos como si está en la sala de observación con otra persona... hay que valorar la intimidad de todos"

ENF-8 "Además si los demás pacientes también están acompañados se puede juntar mucha gente la sala de observación y esto es muy incómodo. Puede también que el paciente de al lado necesite descansar y los familiares de su compañero de al lado pueden incomodarle".

ENF-13. "Considero que las visitas repartidas y de uno en uno (o de dos en dos) ayudan, pues es un refuerzo de ánimo para la persona, pero las aglomeraciones interrumpen la mejoría del paciente ni tampoco ayudan a que los profesionales trabajen como deben hacerlo".

ENF-10: "Las visitas de los familiares son totalmente necesarias para aliviar la angustia, presión, tristeza, soledad... que genera en algunas ocasiones estar en Urgencias. Creo que deben respetarse las normas de visita para no entorpecer el trabajo de los profesionales y a respetar al resto de los ingresados. Creo que no debería de haber más de dos personas por paciente, hablar

en tono bajo...y cómo te he dicho antes, informarles si el paciente quiere que sean informados o que pasen con él”.

Relación paciente-entorno respecto a la intimidad en los Servicios de Urgencias

Consideran que los espacios disponibles en los Servicios de Urgencias no son los más adecuados para preservar la intimidad del paciente. Sin embargo, conforme a los recursos existentes remarcan que los boxes, al contar con barreras físicas fuertes (paredes) entre ellos, preservan más la intimidad que las salas de observación. Los profesionales de enfermería exponen que en situaciones de sobresaturación del Servicio debido a la necesidad de colocar a los pacientes en los pasillos, la intimidad queda relegada a un segundo plano. Por otro lado, cuando no se produce una sobresaturación del servicio, hay en ocasiones que no se utilizan las barreras físicas débiles (tales como: cortinas o biombos) y las enfermeras entrevistadas comentan que esto puede ser debido a la rutina a la hora de realizar nuestras actividades. También destaca la opinión de que la presencia de varios profesionales en los boxes puede incomodar de cierta manera al paciente, por ejemplo, si se realiza una exploración en las que varios profesionales tienen que establecer un contacto corporal en alguna zona íntima.

ENF-2 “Las barreras físicas las considero importantes pero no suficientes. En los Boxes si por que hay tabiques. Pero por ejemplo, en la sala de observación hay poco espacio y cortinas. Cuando hablas a un paciente parece que estás hablando también en el oído del compañero de al lado”

ENF-3 “Hay excepciones; y es que trabajar en la Saturación de una Urgencia (.vamos lo que se conoce como “pasillo”) es muy complicado y difícil de llevar, haciendo a veces, que haya ciertas intervenciones que no se realicen de la manera adecuada o en condiciones ideales, lo cual supone un problema para el propio paciente, para el resto de nosotros e incluso para el hospital”.

ENF-12: “A veces también se juntan muchas personas en un box, entre los estudiantes enfermería, médicos y residentes, los especialistas para realizar una técnica o una exploración... y eso también puede incomodar al paciente, sobre todo si tiene que enseñar alguna parte de su cuerpo, a nadie nos gusta que varias personas nos toquen una zona íntima varias veces”.

ENF-5: “Creo que sí que se utilizan, lo que pasa es que a veces, tendemos a coger cierta rutina o manías en nuestras actuaciones y los hacemos así pensando que no va a incomodar al paciente pero en la medida que está en mi mano yo sí que utilizo las cortinas, biombos...”

Mejorar la intimidad en los Servicios de Urgencias

Los profesionales de enfermería consideran que se pueden llevar a cabo distintas actividades así como adoptar actitudes para mejorar la intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias. Entre ellas, destaca la importancia de establecer una comunicación efectiva, así como respetar al paciente. También es necesario recibir formación en este tema y poseer una visión más holística respecto a la intimidad del paciente.

ENF-1: “Establecer una relación de comunicación y de confianza entre nosotros y el paciente es fundamental ya que vamos a realizarle técnicas en las que el paciente nos tiene que mostrar su cuerpo, por eso es importante explicar todo lo que le vayamos a hacer y mirarle a la cara al hablar”.

ENF-11: “Existen diversas formas por las que nosotras las enfermeras podemos proporcionar intimidad al paciente. Creo que la más fundamental es el respeto. Debemos respetar la cultura, religión, forma de pensar, de cada persona independientemente de que sea compartido por nosotros o no”.

ENF-7 “Eso que dicen que hay que valer... yo creo que los profesionales sanitarios no tenemos nada fuera de lo común, es una cualidad que se va adquiriendo y que puede desarrollarse. Es necesaria la formación en este tema ya que todo es trabajarlo”.

ENF-9 “Es importante creer y aprender sobre la intimidad del paciente, porque si no creemos y entendemos lo que nos están contando luego no lo vamos a llevar a cabo, pero no solo enfermería sino todos los profesionales sanitarios deberíamos aprender mediante cursos, la importancia de la intimidad del paciente”.

ENF-4 “Establecer una relación de las necesidades básicas del paciente y la intimidad y se debería tener una visión holística de la intimidad del paciente”.

Para agrupar los distintas medidas que pueden mejorar la intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias, se ha elaborado una tabla que recoge el contenido.



Imagen 2. Recopilación de medidas sobre la mejora de la intimidad. Elaboración propia.

Además, todos los profesionales a los que se ha entrevistado, recalcan especialmente, la necesidad de establecer cursos de formación sobre este tema para todos los profesionales de enfermería, con el fin de poseer una visión más actualizada y efectiva con respecto a la intimidad de los pacientes, e incluso se nombra la posibilidad de elaborar una declaración de cumplimiento de la privacidad e intimidad de los pacientes por parte de enfermería y establecer un plan de mejora de intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias, en la que se recalquen los aspectos más importantes que deben llevarse a cabo para preservar la intimidad de los pacientes.

También destacan la importancia de establecer cuidados individuales a los pacientes, oponiéndose a la estandarización de los cuidados y a la adquisición de rutinas, debido a que cada persona es un ser biopsicosocial con percepciones diferentes del concepto de salud.

DISCUSIÓN

Según el estudio realizado por Mozota Duarte, en el que se analizaba la percepción de la intimidad de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias hospitalarias de Aragón, en cuanto a la intimidad auditiva, casi todos los pacientes afirmaban haber escuchado conversaciones de otros pacientes con el personal, y más de un 20% tuvo la sensación de que otros pacientes pudieron haber escuchado sus conversaciones. Con respecto a la intimidad visual, uno de cada siete pacientes afirmó haber podido ver a otros pacientes mientras estaban siendo explorados, y uno de cada diez tuvo la sensación de ser observado por otros pacientes mientras le estaban atendiendo. La valoración del paciente sobre el respeto a su intimidad era menor en los Servicios de Urgencias en respecto con otros servicios. Por otro lado, en base al mismo estudio, los pacientes

que fueron dados de alta desde el área de primera atención consideraron que su intimidad, tanto auditiva como visual como global se había respetado más que los que estuvieron posteriormente en la sala de observación, coincidiendo en este aspecto con la opinión de los profesionales de enfermería que consideran que en la sala de observación hay una menor intimidad que en Boxes (26).

Por tanto, coincidiendo con lo que establece Mozota Duarte, la intimidad es un tema que genera interés en los profesionales, ya que el 36% de los profesionales de los Servicios de Urgencias, afirma haber tenido a lo largo de su vida profesional conflictos éticos relacionados con la confidencialidad y el secreto profesional, y fue la segunda fuente de problemas éticos tras aspectos relacionados con el final de la vida (26).

Los resultados obtenidos en este estudio, expresan las diferentes perspectivas y percepciones que poseen los profesionales de enfermería de los Servicios de Urgencias con respecto al significado de la intimidad desde la perspectiva profesional y las situaciones de la práctica diaria en la que se vulnera la intimidad de los pacientes, existe dificultad a la hora de conceptualizar y definir el concepto de intimidad, y en ocasiones se hace alusión a otros términos como privacidad, confidencialidad y secreto profesional. Por un lado, Duran 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. Por su parte Williams, estudia el concepto de intimidad desde el punto de vista de la enfermera y el paciente sobre una misma realidad varía, por lo que se obtienen resultados distintos. También Iraburu llega a la conclusión de que: "Cada adulto tiene derecho a definir el contenido y los límites de su intimidad" (1,27).

Durante su estancia en los Servicios de Urgencias, los pacientes pueden ver comprometida su intimidad en relación con algunas necesidades básicas establecidas por Virginia Henderson. Para evitarlo, es importante ver al paciente de modo holístico y como un ser biopsicosocial. Durán enumera las actitudes profesionales para el cuidado de la intimidad como la actitud de escucha, la empatía, la autonomía del paciente (1,28,29).

También es importante tener presente las características favorables y desfavorables con respecto a la intimidad en base a la experiencia de los profesionales de enfermería, que se presentan en los Servicios de Urgencias, ya que su conocimiento permite poner en marcha mecanismo para ofrecer una mejor atención en este aspecto (30).

Por otro lado, según Amorós: "Es necesario 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, si esto lo contempláramos, a través de las diversas estrategias implícitas en el cuidado, generaríamos gran satisfacción en nuestros pacientes". Esto se puede aplicar a la hora de realizar cuidados de enfermería en los Servicios de Urgencias, donde diversas necesidades básicas se pueden ver comprometidas a la hora de atender a paciente quedando la intimidad en una situación comprometida (1,31).

Para proporcionar una asistencia de calidad, es necesario el establecimiento de una relación de confianza entre el paciente y el profesional, así, Soldevilla-Cantueso 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 de otro compañero, se reclama que esta sea más confidencial y personal" (4,32).

Además, se establece una coincidencia en la relación paciente-profesional en el estudio, con respecto a la opinión de González, que afirma que "las cortinas que rodean las camas no ofrece la misma intimidad que las barreras arquitectónicas sólidas". Sin embargo, en base a los recursos disponibles, requiere especial importancia la utilización de medidas de aislamiento provisionales, como cortinas y biombo a falta de poder establecer barreras más fuertes. Es necesario, preservar la intimidad física aislando visualmente al paciente, antes de iniciar cualquier actividad asistencial coincidiendo con los estudios de Blanca Gutiérrez e Iraburu (1,4).

Hay que destacar que cada profesional de enfermería puede hacer una gran aportación en nuestra práctica diaria y para ello basta con empatizar y utilizar los recursos a nuestro alcance que a veces por rapidez dejamos atrás. Fernández Ruiz-Gálvez establece que "En especial en los casos de ingreso en un centro hospitalario el paciente consiente, explícita o implícitamente, en ver reducida su esfera de intimidad, no obstante lo cual es importante saber que sigue habiendo límites al acceso a la intimidad del paciente. En consecuencia es necesario adoptar medidas, en el ámbito de la organización hospitalaria (incluid el diseño arquitectónico de las instituciones de salud) y también en los protocolos de actuación de los profesionales sanitarios, orientadas a salvaguardar la intimidad de los enfermos" (15,33).

Para ello, y en consonancia con lo que dice este autor, es necesario el respeto a la intimidad corporal y no realizar exposiciones innecesarias a hora de realizar cuidados de enfermería así como evitar aglomeraciones cuando se le estén realizando exploraciones, y también es necesario considerar a la persona como un ser biopsicosocial. Tal y como establece Fernández Ruiz-Gálvez "El paciente concede acceso a su intimidad con la finalidad de hacer posible la asistencia sanitaria que precisa. El principal objetivo es la atención sanitaria al paciente y su bienestar, incluida la protección de su intimidad" (15,33).

Además, hay que tener en cuenta las medidas ya propuestas para el fomento de la intimidad como el Plan de mejora de la Intimidad del Ciudadano del Hospital Regional Universitario "Carlos Haya", entre otros realizados en la Comunidad de Andalucía, que presenta diversas líneas de acción tales como actuaciones encaminadas a la reestructuración o modificación de las instalaciones y adaptación del entorno espacial, actuaciones relativas a la modificación, reforma o incorporación de normas o instrucciones de carácter interno respecto de procesos asistenciales y de atención general. También presenta actuaciones dirigidas a la sensibilización de los profesionales sanitarios y no sanitarios mediante formación y actuaciones relativas a completar, con aspectos relacionados con la intimidad, las guías de práctica clínica y protocolos de actuación no asistenciales (34).

CONCLUSIONES

Las conclusiones obtenidas en el estudio son las siguientes:

1. Los profesionales de enfermería, destacan la complejidad de definir el concepto de intimidad ya que consideran que es un término abstracto y posee múltiples acepciones en función de la situación y el concepto en el que se entienda.
2. La intimidad del paciente puede verse comprometida por parte del personal de enfermería en Urgencias a la hora de realizar los cuidados o satisfacer las necesidades básicas de Virginia Henderson, por ello, es necesario actuar respetando al paciente como un ser biopsicosocial y ver de forma holística el concepto de intimidad.
3. Los profesionales de enfermería perciben que existe una sobreexposición a la información y a la Historia Clínica en el ambiente de trabajo y consideran que se debe prestar atención a la información que se maneja acerca de los pacientes.
4. El personal de enfermería ve adecuado establecer un horario de visitas para acceder al Servicio de Urgencias, modificable en función del estado de salud de los pacientes y de la situación del servicio. Consideran esencial el papel de los familiares que acompañan al paciente durante su estancia Urgencias ya que forman parte de la esfera social del paciente y son un eje importante que incide en el estado anímico y en la recuperación del paciente.
5. El entorno físico donde se realizan los cuidados condiciona el resultado de los mismos. Aunque la adecuación de los espacios no es óptima, el uso de barreras físicas disponibles protege la intimidad del paciente y reduce las situaciones de vulneración de la intimidad en los Servicios de Urgencias.
6. Existen distintos mecanismos y estrategias que pueden ser llevados a cabo por parte de los profesionales para evitar la vulneración de la intimidad de los pacientes. Para ello, los servicios sanitarios han de elaborar, implementar, evaluar y actualizar periódicamente procedimientos y protocolos sobre protección de la intimidad de los pacientes. Además, es necesario que los ciudadanos conozcan los derechos y deberes que poseen con respecto al Sistema Sanitario.
7. Sería conveniente realizar un estudio cualitativo para valorar la percepción de los pacientes en los Servicios de Urgencias de la ciudad de Zaragoza, con el fin de ver qué valor asignan a la intimidad, así como ampliar el estudio cualitativo (a través entrevistas individuales o grupos focales) a otros profesionales que también trabajan en dicho servicio, tales como médicos, auxiliares de enfermería o celadores.
8. Es necesario formar a los profesionales de enfermería en este campo, mediante sesiones que permitan percibir la intimidad desde una visión holística en el cuidado y dónde se debatan aspectos fundamentales expuestos por parte de los mismos profesionales (ver Anexo 4).

El derecho a la intimidad del paciente debe ser respetado desde la confidencialidad y la protección de datos relativos a la salud del paciente junto con la protección de la intimidad personal. Las políticas de salud que se lleven a cabo en los cuidados de enfermería deben promover en todo caso, el respeto a la autonomía y garantizar unos cuidados enfermeros centrados en el cuidado a la intimidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espuela FL, Monforte MEM, Maestre MLP. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería. 2010;46.
2. Sánchez Caro J. El derecho a la intimidad de los pacientes. *Bioética y cuidados de enfermería*.2014;149-158.
3. Sánchez Caro J. Bioética. En: Antequera Vinagre J.M. *Derecho sanitario y sociedad*.1ªed: Díaz de Santos;2006.p.67-78
4. Soldevilla-Cantueso MA, Solano-Corrales D, Luna-Medina E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Revista de Calidad Asistencial*. 2008;19(65):52-56.
5. Medina Castellano CD. Intimidad y paciente. *Metas de enfermería*.2014;17(10):1.
6. Hernández MEG, Arroyo MC. El derecho a la intimidad del paciente: estudio de su regulación en las Comunidades Autónomas españolas. *Actualidad médica*.2012;97(786):20-28.
7. Sentencias del Tribunal Supremo, de 23 de diciembre de 1974 y de 29 de julio de 1989 (Sala 4º)
8. Sentencias del Tribunal Constitucional núm. 73/1982, de 2 de diciembre;110/1984, de 26 de noviembre,89/1987, de 3 de junio,231/1988, de 2 de diciembre, 197/1991, de 17 de octubre,134/1999, de 15 julio,144/1999, de 22 de julio,144/1999,de 22 de julio; y 115/2000, de 10 de mayo.
9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (L.G.S). BOE,29 de abril de 1986, num.102,p15207-15224. (Consultado 18 abr 2016). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
10. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gaceta sanitaria*.2010;24(3):247-250.
11. Ley 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. BOE num.262,p.37037 a 37045. (Consultado 19 abr 2016). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-24189>
12. Real Decreto 428/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de Datos. BOE» núm. 106, p 13244 a 13250. (Consultado 19 abr 2016). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1993-11252
13. 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. BOE núm. 274, p 40126 a 40132. (Consultado 21 abr 2016). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>
14. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm. 240 de 5/10/2011, p 104593 a 104626. (Consultado 21 abr 2016). Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-15623
15. Fernández Ruiz Gálvez E. Intimidad y confidencialidad en la relación clínica. *Persona y Derecho*.2013;(69):53-101
16. La ética de la intimidad, un reto para las enfermeras. Comisión deontológica del Colegio Oficial de enfermería de Barcelona. 2008. (Consultado 22 abr 2016). Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/LA%20C3%A9TICA%20DE%20LA%20INTIMIDAD%20UN%20RETO%20PARA%20LAS%20ENFERMERAS%20-2008-.PDF>
17. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Expósito Casado M.D.C et al. La intimidad en el hospital: la experiencia de los pacientes, sus familias y enfermeras. *Índex de enfermería*.2008;17(2):106-110.
18. Código Internacional de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermeras. 2012. (Consultado 22 abr 2016). Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
19. Código deontológico de la enfermería española. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería.1989. (Consultado 22 abr 2016). Disponible en: http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/codigo%20deontologico%20espa%C3%B1ol_codico%20etico.pdf
20. Lamelas MAF, Rodríguez TA, Fernández JR, Santiano SM. El respeto a la intimidad.El secreto profesional en enfermería. *Cuadernos de bioética*.2008;19(65):59-66.
21. Código internacional de la Enfermería Europea. 2007. (Consultado 22 abr 2016). Disponible en: http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/CodigoDeontologicoEurop.pdf
22. Crusellas-Lou L, López-Petchame A, Sánchez-Monzó G et al. Derecho a la Intimidad en un Servicio de Urgencias. *Ágora de enfermería*.2013;17(2).

23. Instituto Aragonés de Estadística. Datos Básicos de Aragón 2015. Gobierno de Aragón; 2015 (último acceso 16 abr 2016). Disponible en: <http://www.aragon.es/iaest>
24. Luengo González R. Validación de estudios cualitativos. *Nure Investigación*. 2010;(48):1-6.
25. Peter E. The ethics in qualitative health research: special considerations. *Ciência&Saúde Colectiva*. 2015;20(9):2625-2630.
26. Mozota Duarte J, et al. Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios de Aragón. *Emergencias*. 2014;25(6):445-450.
27. Ablanedo Suarez JM. Ética, confidencialidad y enfermería.: Mi historia, ¿la historia de todos?. *Enfermería Comunitaria*. 2015;3(3): 54-62.
28. López Gómez de la Torre ML. La intimidad del paciente: parte fundamental del cuidado de enfermería. *Cuadernos de bioética XXIV*. 2013. 2º:295.
29. Lin Yen-Ko, et al. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC medical ethics*. 2013;14(1).
30. Calleja P, Forrest L. Improving patient privacy and confidentiality in one regional Emergency Department—A quality project. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2011;14(4):251-256.
31. Nayeri, ND; Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: a descriptive analytical study. *Nursing ethics*. 2010;17(2):167-177.
32. Orellana-Peña C. Intimidad del paciente, pudor y educación médica. *Persona y Bioética*. 2008;12(1):8-15.
33. Oliver, Joan Guix, Joan Fernández Ballart, and Joan Sala Barbany. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(6):465-472.
34. Plan de mejora de la Intimidad del Ciudadano del Hospital Regional Universitario "Carlos Haya" (Consultado 22 abr 2016). Disponible en: http://www.carloshaya.net/uchematologia/media/plan%20intimidad_2009.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Datos básicos de los Sectores de Urgencias en Aragón (2015)

DATOS BÁSICOS DE ARAGÓN, 2015 · Instituto Aragonés de Estadística

SALUD

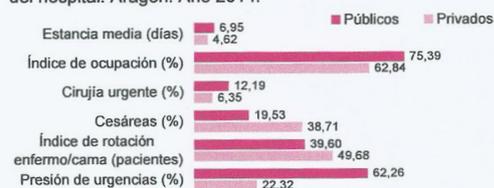
Indicadores hospitalarios

Dotación hospitalaria según titularidad del hospital. Aragón. Año 2014.

	Total	Públicos	Privados
Total hospitales	29	20	9
Dotación hospitalaria			
Camas instaladas	4.353	3.717	636
Camas funcionantes	4.028	3.425	602
Quirófanos instalados	138	106	32
Quirófanos funcionantes	123	93	30
Paritorios	25	18	7
Salas de consulta externa	858	758	100
Puestos hemodiálisis	156	116	40
Puestos/plazas hospital de día	315	278	37
Número de boxes de urgencias	151	129	22
Salas de diagnóstico por imagen	68	57	11

La dotación hospitalaria es la correspondiente a 22 hospitales, excluidos los 7 de salud mental.

Principales indicadores hospitalarios según titularidad del hospital. Aragón. Año 2014.



Índice de ocupación:
porcentaje de camas ocupadas durante el periodo.

Índice de rotación enfermo/cama: pacientes que pasan por cada cama en el periodo estudiado.

Presión de urgencias: porcentaje de ingresos que se han producido por urgencias.

Actividad hospitalaria según titularidad del hospital. Aragón. Año 2014.

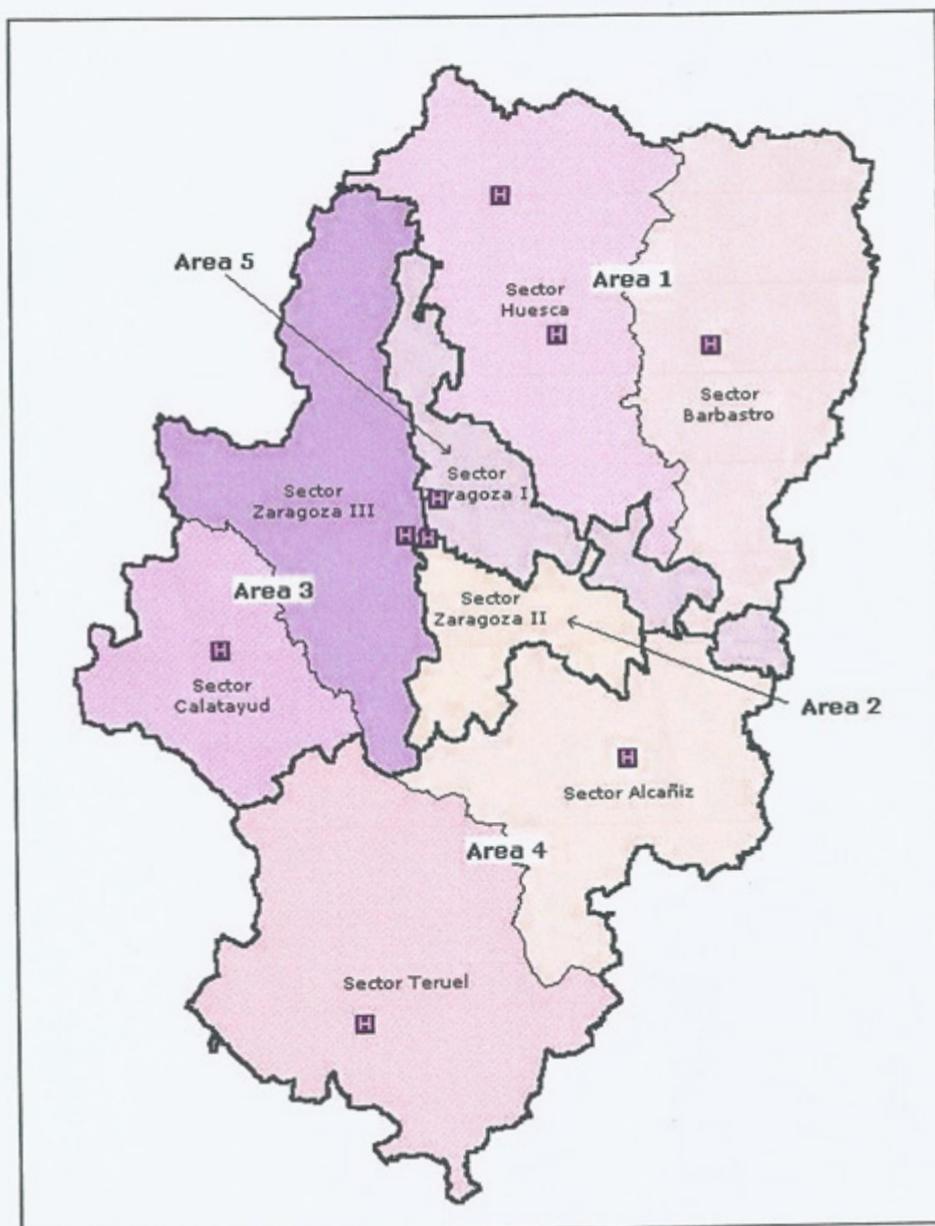
	Total	Públicos	Privados
Ingresos	165.561	135.635	29.926
Altas totales	166.190	135.846	30.344
Estancias	1.080.764	942.580	138.184
Intervenciones quirúrgicas	140.309	103.962	36.347
Partos (incluye cesareas)	11.173	9.011	2.162
Urgencias atendidas	728.049	569.534	158.515
Consultas externas	2.562.166	2.429.419	132.747

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos de la D.G. de Planificación y Aseguramiento. Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

ANEXO 2

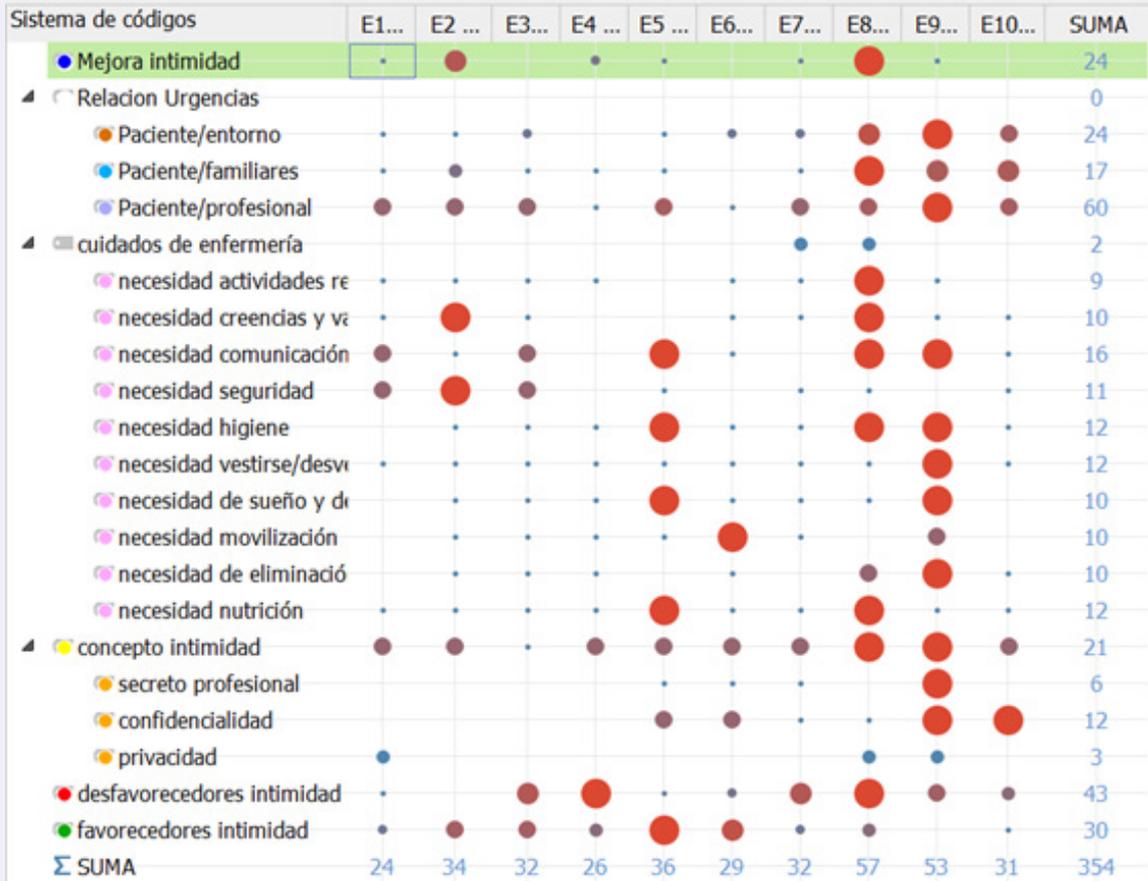
Mapa Sociosanitario de Aragón

MAPA SANITARIO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

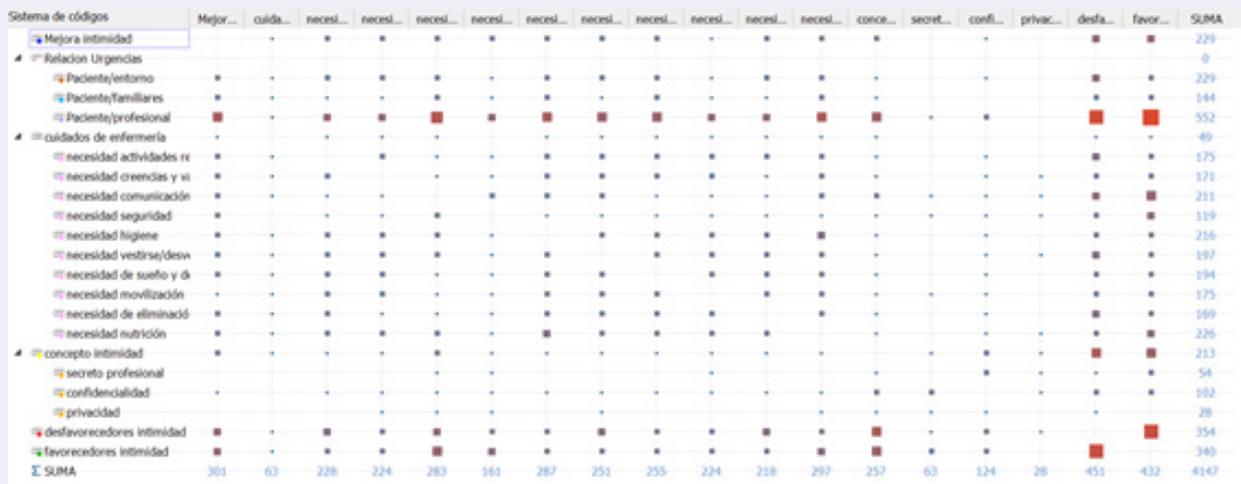


ANEXO 3

Resultados del Análisis de MAXQDA 12.1.0



Visualizador matriz de códigos: Cálculo del tamaño del símbolo referido a fila



Visualizador de las relaciones de códigos: nodos como cuadrados

Sistema de códigos	E1...	E2 ...	E3...	E4 ...	E5 ...	E6...	E7...	E8...	E9...	E10...	SUMA
● Mejora intimidad	2	6		3	2		2	8	1		24
▲ Relación Urgencias											0
● Paciente/entorno	1	1	2		1	2	2	5	6	4	24
● Paciente/familiares	1	2	1	1	1		1	4	3	3	17
● Paciente/profesional	6	6	6	2	7	3	6	7	10	7	60
▲ cuidados de enfermería							1	1			2
● necesidad actividades re	1	1	1	1		1	1	2	1		9
● necesidad creencias y va	1	2	1			1	1	2	1	1	10
● necesidad comunicación	2	1	2		3	1		3	3	1	16
● necesidad seguridad	2	3	2		1		1	1		1	11
● necesidad higiene		1	1	1	2	1	1	2	2	1	12
● necesidad vestirse/desvi	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	12
● necesidad de sueño y de		1	1	1	2	1	1	1	2		10
● necesidad movilización		1	1	1	1	3	1		2		10
● necesidad de eliminació		1	1	1		1		2	3	1	10
● necesidad nutrición	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	12
▲ concepto intimidad	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	21
● secreto profesional					1	1	1		3		6
● confidencialidad					2	2	1	1	3	3	12
● privacidad	1							1	1		3
● desfavorecedores intimidad	1		6	8	2	3	6	8	5	4	43
● favorecedores intimidad	2	4	4	3	6	5	2	3		1	30
Σ SUMA	24	34	32	26	36	29	32	57	53	31	354

Visualizador matriz de códigos: nodos como valores

Sistema de códigos	Mejor...	cuida...	neces...	conce...	secret...	conf...	privac...	desfa...	favor...	SUMA									
● Mejora Intimidad	8	15	15	15	13	17	12	17	7	13	17	18		3			30	29	229
▲ Relación Urgencias																			0
● Paciente/entorno	20	5	14	17	16	8	18	14	16	11	12	18	7	7			29	17	229
● Paciente/familiares	13	2	9	8	12	7	13	8	12	9	9	13	2				12	15	144
● Paciente/profesional	39	7	30	28	44	27	40	32	33	29	28	40	35	9	15		56	60	552
▲ cuidados de enfermería	8		4	5	3		5	4	4	2	2	5	2				3	2	49
● necesidad actividades re	15	4		13	7	4	15	12	15	14	14	15	6		2		22	17	175
● necesidad creencias y va	15	5	13		10	6	14	15	14	12	11	16	8		2	2	14	14	171
● necesidad comunicación	15	3	7	10		13	15	17	9	10	10	14	17	3	7	2	28	31	211
● necesidad seguridad	13		4	6	13		4	4	2	2	6	6	10	2	2	2	19	24	119
● necesidad higiene	17	5	15	14	15	4		18	20	19	15	22	9		4		18	21	216
● necesidad vestirse/desvi	12	4	12	15	17	4	18		16	16	13	18	10		2	2	22	16	197
● necesidad de sueño y de	17	4	15	14	9	2	20	16		18	13	20	7		4		17	18	194
● necesidad movilización	7	2	14	12	10	2	19	16	18		12	17	9	3	5		14	15	175
● necesidad de eliminació	13	2	14	11	10	6	15	13	12		15	4		2		2	23	16	169
● necesidad nutrición	17	5	15	16	14	6	22	18	20	17	15		11		4	2	20	24	236
▲ concepto intimidad	18	2	6	8	17	10	9	10	7	9	4	11		9	14	7	39	33	213
● secreto profesional					3	2			3						13	2	10	12	54
● confidencialidad	3		2	2	7	2	4	2	4	5	2	4	14	13		4	18	16	102
● privacidad				2	2	2		2				2	7	2	4		5		28
● desfavorecedores intimidad	30	3	22	14	28	19	18	22	17	14	23	20	39	10	18	5		52	354
● favorecedores intimidad	29	2	17	14	31	24	21	16	18	15	16	24	33	12	16		52		340
Σ SUMA	301	63	228	224	283	161	287	251	255	224	218	297	257	63	124	28	451	432	4947

Visualizador de las relaciones de códigos

ANEXO 4

Propuesta de una sesión para el personal de enfermería sobre la intimidad de los pacientes

SESIÓN SOBRE LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

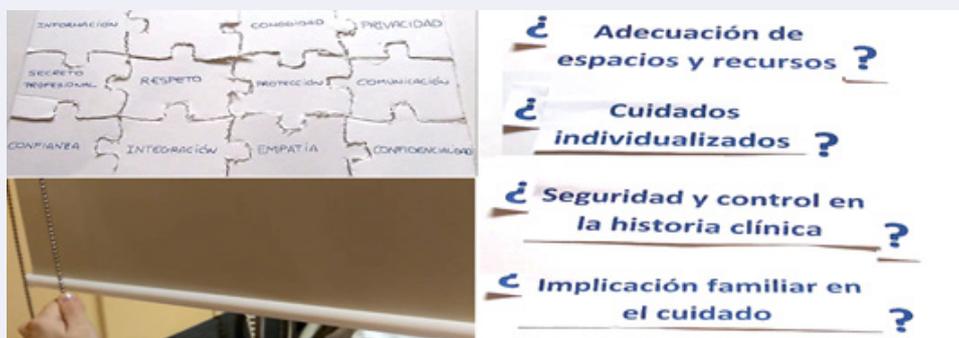
Objetivo principal: Reflexionar sobre cómo nos posicionamos ante el paciente y el papel que juega la intimidad en el cuidado enfermero en los Servicios de Urgencias.

Objetivos secundarios: Recopilar ideas de los profesionales de enfermería con el fin de elaborar un plan de mejora para la intimidad de los pacientes por parte del personal de enfermería en los Servicios de Urgencias.

Duración aproximada total: 1h

1. 5': Presentación de los asistentes.
2. 3': Visualización del vídeo intimidad del paciente y Elaboración de Brainstorming con las ideas que vayan surgiendo de los asistentes.

Link del video: <https://www.youtube.com/watch?v=Am6kxiZ7b1o> (El video recoge las inquietudes generadas por los profesionales de enfermería en este estudio con respecto a la intimidad, y se pretende conocer la opinión de otros profesionales).



3. 45': Debate.
 - Reflexión y opinión acerca de lo mostrado en el video:
 - Adecuación de espacios y recursos
 - Cuidados individualizados vs cuidados estandarizados
 - Seguridad y control en la historia clínica
 - Implicación familiar en el cuidado e intimidad del paciente
 - Horario de visitas del centro
 - Declaración de cumplimiento de privacidad e intimidad
 - Actuación de los profesionales
 - -¿Qué otros aspectos pueden influir en la intimidad de paciente? ¿Cómo podemos contribuir a favorecer la intimidad del paciente? Debate y opiniones.
 - Relato de experiencias cuando han sido usuarios del sistema con respecto a la intimidad del paciente. Debate y opiniones.
4. 10': Resumen de ideas más importantes y despedida.