

La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales

M. Auxiliadora Soldevilla-Cantueso, David Solano-Corrales y Emilia Luna-Medina

Servicio de Neurología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

Correspondencia: M.A. Soldevilla Cantueso.
Platero Sánchez de la Cruz, 1, 1.º, 3. 14010 Córdoba. España.
Correo electrónico: solvilaux@hotmail.com

Resumen

Introducción: La intimidad es uno de los aspectos más necesarios y menos cuidados en la asistencia sanitaria. En situaciones puntuales, como exploraciones diagnósticas y hospitalización, el paciente posiblemente se vea sometido a una constante agresión de la integridad de sus valores. Cuando esto es contemplado y cuidado por los profesionales, y especialmente los de enfermería, mediante diversas estrategias implícitas en el cuidado, se muestra como uno de los elementos que mayor satisfacción y confianza despierta en nuestros clientes.

Objetivos: Identificar las características relacionadas con el concepto de intimidad desde una perspectiva integral, esto es, desde el punto de vista de los pacientes y desde los propios profesionales de enfermería.

Material y método: Estudio cualitativo realizado a través de la convocatoria de grupos focales de opinión, dirigidos a pacientes (y/o cuidadores principales) ingresados en la unidad de enfermería del servicio de neurología de nuestro hospital, y profesionales del mismo servicio.

Resultados: Hemos podido comprobar que la opinión de profesionales y pacientes coinciden en algunos aspectos, y dejan otros expuestos a ampliar nuestra perspectiva respecto a la oferta asistencial que hacemos con el fin de mejorarla.

Conclusiones: Esta metodología para la mejora asistencial supone un enfoque integral en el abordaje de la intimidad y promueve la aproximación entre la oferta de cuidados, la calidad percibida y las expectativas de nuestros clientes.

Palabras clave: Intimidad. Factores asociados. Perspectiva global.

Introducción

La intimidad es uno de los aspectos más frecuentes y menos cuidados en la asistencia sanitaria. Desde situaciones puntuales, como exploraciones diagnósticas, hasta la hospitalización, el paciente posiblemente se vea sometido a una constante agresión de la integridad de sus valores. Cuando esto es contemplado y cuidado por los profesionales y especialmente los de enfermería, a través de diversas estrategias implícitas en el cuidado, se muestra como uno de los elementos que mayor satisfacción despierta en nuestros clientes.

El diccionario Vox de la lengua española define intimidad como parte reservada o más particular de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad.

Abstract

Introduction: Intimacy is one of the most common and less cared for aspects in health care. From real situations from diagnostic explorations to hospitalisation, the patient possibly sees him/herself subjected to constant aggression of the integrity of his values. When this is noted and taken into account by professionals and especially by the nurses, using various strategies implicit in the care given them, it proves to be one of the elements of major satisfaction and confidence shown in our clients.

Objectives: To identify the characteristics associated with the concept of intimacy from a global perspective; that is, from a patient point of view, and from that of the nursing professionals themselves.

Material and method: This was a qualitative study using a consensus of focal groups opinion, directed towards patients (and/or principal carers) admitted to the Nursing Service Unit of the Neurology Service of our hospital and a group of professionals in the same service.

Results: We have been able to verify that the opinion of professionals and patients coincide in some aspects leaving other exposed to expand our perspective with respect to the welfare offering that we do in order to improving it.

Conclusions: This methodology for improved care puts a global focus on the approach to intimacy and attempts to show the connection between the care provided, the perceived quality of this, and the expectations of our clients.

Key words: Intimacy. Associated factors. Global perspective.

Para situar la intimidad dentro de un marco legal, podemos comprobar que es un derecho contemplado en la Constitución Española, en el artículo 18, también recogido como uno de los derechos del ciudadano en la Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril, y, a su vez, la Administración Pública de la Junta de Andalucía, en su capítulo I de los derechos de los ciudadanos, lo incluye en su artículo 6 1.b, aludiendo al respeto a la personalidad, la dignidad humana y la intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna, y el 1.f, que alude a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario.

El Servicio Andaluz de Salud, en su contrato programa de 2001, reflejaba en sus acciones específicas desarrollar un plan de mejora de la intimidad del ciudadano en su utilización de los servicios sanitarios.

Partiendo del hecho de cómo el usuario ve su intimidad en nuestro hospital, diremos que están poco satisfechos con este aspecto de la calidad durante el año 2000.

Buena parte de la literatura médica sobre el cuidado de la intimidad que hemos encontrado trata el derecho a la intimidad en lo que se refiere a la protección de los datos de la historia médica¹ y la intimidad de los pacientes en las publicaciones². También hay estudios en diferentes grupos de pacientes, como los portadores del virus de la inmunodeficiencia humana³, y determinadas situaciones asistenciales, como la prehospitalaria urgente⁴. Quizá el que más se acerque a nuestro enfoque sea el trabajo de Marta Durán⁵, donde habla de las actitudes profesionales para el cuidado de la intimidad.

Esta investigación pretende identificar las características relacionadas con el concepto de intimidad desde una perspectiva global, esto es, desde los pacientes, con sus vivencias, gustos, apetencias, preferencias y expectativas, y desde los propios profesionales de enfermería, muchas veces llevados por una dinámica proteccionista, que ofrece los cuidados que ellos creen mejores para sus pacientes.

Uno de los propósitos de nuestro estudio es conocer el trato que se da a la intimidad del paciente durante su estancia hospitalaria en todos los aspectos de la práctica asistencial diaria, puesto que el ingreso supone un paréntesis en su quehacer diario, en su rol familiar y social, donde se pueden sentir vulnerables, con cierto miedo a lo desconocido, y creemos fundamental el respeto del derecho a su privacidad, entre otros. Con ello pretendemos profundizar en las experiencias y opiniones de las personas que lo viven de primera mano para, posteriormente, ofrecer información útil a los profesionales y gestores con el fin de mejorar la calidad de nuestros cuidados.

Este estudio puede ser beneficioso para contrastar las expectativas que los pacientes tienen con lo que los profesionales creen que ellos quieren.

Material y método

Se trata de un diseño de tipo cualitativo en el que se ha utilizado la metodología del grupo focal. Se ha realizado un total de 3 grupos focales, durante el período comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2001, formados dos de ellos por profesionales multidisciplinares que prestan sus cuidados en la Unidad de Neurología del Hospital Reina Sofía de Córdoba y otro formado por pacientes ingresados en la misma unidad y con distinto grado de dependencia. En los de profesionales, se invitó a participar a todos los integrantes del servicio, y quedó representado por todos los grupos: médicos, celadores, auxiliares y enfermeros. Fue bien aceptado, aunque de los facultativos sólo acudió un médico residente de nuestra especialidad. En cuanto al criterio de inclusión de pacientes, se invitó a los que estaban ingresados el mismo día de la técnica focal con distinto grado de dependencia e independientes que voluntariamente quisieran participar. En el caso de que el paciente por su alto grado de dependencia o dificultad en la comunicación verbal no pudiera intervenir, se invitaba al cuidador principal en su lugar. La captación fue durante la

jornada de trabajo, animándolos a reunirse a partir de las 15.00 horas en el despacho médico de nuestra unidad para facilitar el acceso de los pacientes.

El grupo de pacientes, para asegurar la heterogeneidad intragrupal, se ha estructurado teniendo en cuenta tres criterios de segmentación: grado de dependencia, edad y sexo. Cada grupo focal ha estado integrado por un mínimo de 6 personas.

Las entrevistas grupales se han desarrollado siguiendo un guión de preguntas abiertas sobre intimidad basado en las necesidades básicas de Virginia Henderson⁶ (anexo 1), elaborado con anterioridad, y con la participación de un moderador y un observador. Todas las reuniones fueron grabadas y transcritas posteriormente con el consentimiento de los participantes y asegurando la confidencialidad de la información; su duración fue de 90 min.

Se ha utilizado el análisis de contenido siguiendo un sistema de categorías elaborado sobre la base del modelo antes citado. Tras una primera lectura, se ha procedido a clasificar los segmentos de texto en el sistema de categorías. La finalidad es identificar la oferta de cuidados actual relacionados con la intimidad, comparar resultados de los grupos focales con la oferta de cuidados, y priorizar y ajustar a las expectativas del paciente.

Los miembros del equipo investigador realizaron el análisis de forma independiente y posteriormente cotejaron sus resultados, identificando para cada categoría contenidos comunes intragrupales e intergrupales, contenidos redundantes, poco frecuentes o contradictorios y la información faltante con relación a las preguntas de investigación; hubo un alto grado de acuerdo a la hora de realizar consenso y establecer categorías.

Resultados

A continuación, y siguiendo la estructura que ha servido para el análisis de contenido de los comentarios recogidos, desglosamos los resultados por grupos focales y necesidades.

Grupo focal de profesionales

En la necesidad de "eliminación", hay unanimidad en reconocer el olor, la desnudez y la suplencia en una habitación compartida como factores asociados a sentimientos de vergüenza en la mayoría de los pacientes:

- "Cuando tienes incontinencia urinaria o fecal intimida que te vean."
- "Debe causar vergüenza, tanto al hombre como a la mujer, que lo veamos con pañal."
- "Hay veces que el olor es más intimidante que la propia incontinencia."

En la necesidad de "higiene", todos piensan que se considera un acto privado; sin embargo, cotidianamente no se respetan las medidas de que disponemos. También, a pesar de que existe un alto grado de consenso en respetar la independencia para la higiene, ésta no se da en la práctica diaria,

pues se considera que la colaboración del enfermo-familiar supone una mayor dedicación de tiempo a la que no podemos dar respuesta:

- “Está claro que una puerta cerrada no sirve de mucho.”
- “La higiene está adaptada a la organización de la unidad y no a las costumbres ni horarios del paciente.”
- “El hecho de lavarte otro y desnudarte...”
- “Hay familiares que no saben que pueden lavar a su enfermo.”
- “Hay enfermeras que no dan opción al familiar a cambiar al enfermo.”

En la “comunicación”, todos los profesionales opinan que se solicita y recibe información en presencia de terceras personas que intimida la respuesta e incluso pueden llegar a falsearla.

- “La información se da en las habitaciones, enterándose todo el mundo... ante el enfermo de al lado.”
- “No siempre se informa adecuadamente de los procedimientos que realizamos a diario, por ejemplo, personas invidentes, con bajo coeficiente intelectual, con sordera...”

En la necesidad de “sueño”, pensamos que los horarios que tenemos establecidos para proporcionar los cuidados de enfermería interfieren con los distintos patrones de sueño/vigilia de nuestros pacientes:

- “Las visitas a la hora de la siesta molestan siempre las del compañero de habitación.”
- “El enfermo que sabe que ronca está molesto porque sabe la noche que va a dar y, además, aguantando indirectas después.”

Grupo focal de pacientes

En la necesidad de “eliminación”, reflejan cierto pudor a la hora de compartir el baño con alguien que no conocen. Los pacientes que precisan cuña apuntan que es una situación muy desagradable por varios motivos: *a)* porque el simple hecho de necesitar una cuña manifiesta la dependencia que tienen de otra persona; *b)* por la presencia, en ocasiones, de familiares tanto propios como ajenos, en la misma habitación; *c)* denotan cierto pudor ante el sexo del cuidador que en ese momento va a realizar la tarea, y *d)* porque se tiene sensación de ridículo al expulsar gases, aunque se considere una necesidad fisiológica.

- “Los días que tuve que pasar en cama fue muy desagradable porque necesitaba que me pusieran la cuña y tenía que pedir a las visitas que se salieran...”
- “Si hubiera sido del sexo contrario habría dicho que no.”

En el aspecto “higiene”, los pacientes dependientes comentan un rechazo inicial por pudor, que pronto desemboca

en una adaptación gracias a la naturalidad con que el personal aplica los cuidados.

- “Al principio me daba pánico el momento del aseo, pero al ver la naturalidad con que lo hacían...”

En la necesidad de “comunicación”, se repiten tres puntos importantes:

1. A diario los pacientes se ven sometidos a revisiones que llevan añadidas una exploración corporal, que ya de por sí reconocen intimidante, pero que además se ve agravada no sólo por la presencia de otro compañero de habitación, sino también por otras personas (estudiantes de enfermería y medicina, residentes, enfermeros, etc.). “... Entran tres o cuatro chicos de prácticas...”

2. En la comunicación entre pacientes y profesionales a veces se realizan preguntas tan personales que el paciente, además de sentirse coartado, es capaz de no decir la verdad. “Las preguntas de valoración de enfermería prefiero no responderlas porque está el otro compañero de habitación delante.”

3. Los pacientes refieren rechazo a la información sobre la evolución de su enfermedad en la habitación y delante del otro compañero, ya que reclaman que ésta sea personal, lo más veraz y completa posible y estar implicados en la toma de decisiones. “¿Información? Cuanta más mejor.”

En la necesidad de “sueño”, reflejan malestar por la trasgresión de sus horas de sueño por parte del personal (termómetro, toma de presión arterial, aerosoles...) y resaltan cierta permisibilidad sobre las molestias que les pueda ocasionar el compañero de habitación, pero no en las causadas por los acompañantes (ronquidos, televisor, radio...), que se agravan según el estado anímico del paciente.

- “... He tenido días que no he dormido por el ruido de las enfermeras, pero lo que más coraje me da es que ronquen los familiares que se quedan.”

También denotan su preocupación por preservar la intimidad y recogen aportaciones distintas del grupo de profesionales: en la necesidad de “movilidad”, los pacientes tienen una sensación de “exhibición” cuando son desplazados por el hospital para pruebas u otro tipo de actividades que supongan la salida del servicio. También resaltan el respeto que tienen a la silla de ruedas que para muchos equivale a gravedad.

- “... Si yo puedo moverme, no tengo por qué ir en carrito a las pruebas, porque me siento inútil, además, pasas, y todo el mundo te va mirando.”
- “No me afecta hacer rehabilitación en la cama.”

En el aspecto “nutrición”, dicen que no les resulta agradable tener que comer delante de desconocidos, aunque no les supone problema alguno, ya que disponen de mesitas individuales y fáciles de desplazar.

– “Si no me apetece que me vean comer, me pongo de espaldas.”

En la necesidad de “ocio” y en cuanto al horario de visitas difieren: unos están a favor del actual sistema abierto de visitas establecido por nuestro hospital y otros piensan que puede llegar a ser molesto, dada la cantidad de familiares que se acumulan en las habitaciones.

– “Siempre está lleno de visitas y eso se agradece cuando estás bueno, pero cuando estás malo...”

Por último, en el aspecto “realización personal”, aunque en un principio todos demandan habitaciones individuales y con un solo acompañante para lograr un alto grado de intimidad, es cierto que en su mayoría llegan a tener tan buena conexión con su compañero de habitación que prefieren estar acompañados para así sentirse más arropados durante su estancia.

– “Se intima mucho con el compañero y su familia al final.”

Discusión

Hemos podido comprobar que en algunas necesidades no existen distancias entre las percepciones de los profesionales y las preferencias, opiniones y expectativas de los pacientes, pero hay otras en las que éstos no sólo no se sienten satisfechos, sino que además nos descubren importantes vacíos de intimidad, inadvertidos muchas veces por los profesionales. Nos refuerza la utilización de modelos integrales en el cuidado a las personas, al evidenciar la interrelación de necesidades, y que cuando un aspecto se desequilibra encuentra reflejo no en una, sino en varias necesidades de la persona.

Aunque la estructura hospitalaria dificulta en muchos casos poder salvaguardar el derecho a la intimidad, hemos comprendido que cada uno de nosotros podemos 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. Aun así esperamos una mejora por parte de la dirección del hospital en lo que se refiere a recursos materiales, como cortinas divisorias en las habitaciones, y humanos, con la plantilla al completo.

La investigación cualitativa nos ha ofrecido métodos adecuados para profundizar en las opiniones, percepciones y experiencias, tal como lo expresan los propios sujetos del estudio. Las características de los protagonistas de los grupos focales de este estudio son propias de un determinado medio,

el hospitalario, y sus experiencias se desarrollan en un contexto definido, por lo que no pretendemos generalizar a otros contextos diferentes.

Si comparamos con otros estudios como el de Marta Durán⁵, se asemeja a la perspectiva del profesional que piensa que la estructura actual del sistema sanitario continúa siendo instrumento desposeedor de la intimidad, y que identifica la empatía y la actitud de escucha para favorecer la autonomía y la participación del paciente y/o el cuidador como elementos fundamentales en la profesión enfermera y reconoce que “el trato paternalista desposee a la persona de la interpretación de su propia salud”.

Nuestra nueva meta es profundizar más en este aspecto, a ello animamos a otros equipos, pues hemos descubierto, con un primer acercamiento, la amplitud de un tema que lleva implícitos unos derechos éticos y legales muchas veces olvidados. Investigar sobre él no sólo reportará beneficios al conocimiento científico de la persona como ser biopsicosocial, sino también al objetivo último de cualquier sistema de atención: el ciudadano y, en definitiva, la sociedad.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los pacientes, familiares y compañeros profesionales que participaron en los grupos focales, así como al Servicio de Docencia de Enfermería del Hospital Reina Sofía de Córdoba y en especial a M. José Berenguer y Manolo Rich por su apoyo y ayuda técnica.

Bibliografía

1. Mulligan E. Protecting patient confidentiality in hospitals. *Aust Health Rev.* 1998;21:67-77.
2. Martín Escudero JC. El derecho a la intimidad de los pacientes en las publicaciones. *An Med Interna (Madrid).* 1999;16:207-8.
3. Rovira Veciana MD. Comportamiento y actitud de los profesionales de enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH positivos. *Enfermería Clínica.* 1993;3:135-41.
4. Jimenez MF. Perspectiva enfermera sobre la intimidad en la asistencia prehospitalaria urgente. *Metas de Enfermería.* 2002; 5:6-9.
5. Durán Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad: una reflexión desde la ética. *Rev Rol Enfermería.* 1999;22:303-7.
6. Marriner Tomey R. Modelos y teorías de enfermería. 4.ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.

Anexo 1. Cuestionario aplicado a pacientes y profesionales

¿Siente que se respeta su intimidad en las siguientes necesidades básicas?

Respiración

Nutrición

Eliminación

Movilización

Reposo y sueño

Vestirse/desvestirse

Mantenimiento de la homeostasis

Higiene

Seguridad

Comunicación

Creencias y valores

Ocio

Realización personal

Aprendizaje
