

S.M. Amorós Cerdá,
M.J. Arévalo Rubert,
M. Maqueda Palau
y E. Pérez Juan

Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos

Diplomadas en Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital
Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Correspondencia:

S.M. Amorós Cerdá.
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Son Dureta.
C/ Andrea Doria, 55.
07014 Palma de Mallorca (Islas Baleares). España.
Correo electrónico: sylvia.amoros@ono.com

Perception of privacy in patients hospitalized in an Intensive Care Unit

Introducción. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad, hecho que resulta inherente a toda hospitalización. Los objetivos del estudio son conocer la experiencia de los pacientes ingresados en UCI en relación a la percepción de intimidad y el impacto de esta sobre su experiencia.

Material y métodos. Metodología cualitativa fenomenológica. Los participantes fueron los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca, mayores de 18 años, con una estancia mínima de 48 horas tras consentimiento informado. Recogida de datos: entrevistas semiestructuradas en profundidad. Análisis de contenido.

Resultados. Se describe que la percepción de la intimidad en los pacientes ingresados en UCI se relaciona con el espacio físico que les rodea, el entorno familiar y la privacidad de autonomía. Los pacientes valoran la flexibilidad de las normas, la

profesionalidad del personal de enfermería y la necesidad de apoyo familiar cuando la situación es más estable.

Conclusión. Con el fin de que la calidad de los cuidados enfermeros de las UCI no dependa únicamente de los conocimientos y habilidades tecnológicos, sino que se caracterice por la humanización de los mismos, es de suma importancia la consideración de los diferentes elementos que modulan la experiencia de estar ingresado en una UCI y el respeto a la intimidad de la persona.

Palabras clave: intimidad, privacidad, respeto, UCI, paciente crítico, experiencia de los pacientes en UCI.

Introduction. *The Intensive Care Unit (ICU) is an impersonal and technologically invasive setting. The rules and framework of the unit favor a lack of privacy, an inherent fact for every kind of hospitalization. The objectives of the study are to*

194 *know the experience of patients admitted to the ICU in relation to the perception of privacy and its impact on their own experience.*

Material and methods. Phenomenological qualitative methodology. The participants were patients admitted to the ICU of Son Dureta University Hospital in Palma de Mallorca, who were older than 18 with a minimum stay of 48 hours and who had signed an informed consent. Data collection. By exhaustive semi-structured interviews. Content analysis.

Results. The perception of privacy in patients admitted to the ICU is described in relationship with surrounding physical space, family setting and privacy autonomy. The patients evaluated the flexibility of rules, professionalism of the nursing staff and the need for family support when the situation is more stable.

Conclusion. To prevent the quality of nursing cares from only depending on their technological knowledge and ability, but also depends on the humane side of caring, it is extremely important to consider the different elements that mould the experience of being admitted to the ICU and respect of the privacy of each person.

Key words: *privacy, respect, ICU, critical patient, Intensive Care Unit experience.*

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno impersonal y tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y la estructura arquitectónica favorecen la pérdida de intimidad que resulta inherente a toda hospitalización¹. La intimidad es un término que abarca muchos campos, tanto ético, como legal, o propio, ¿qué es íntimo y hasta dónde llega lo íntimo? Explorar el conocimiento y las experiencias de los pacientes, saber cómo y porqué, nos enriquece como personas y profesionales mejorando nuestra práctica diaria y comprendiendo un aspecto importante de la atención al paciente y la calidad de los

cuidados². Este estudio pretende tratar de encontrar, de modo consensuado, posibles soluciones. Como enfermeras y profesionales de UCI, nuestra preocupación es, no sólo estar técnicamente formadas, sino también integrar en las actividades diarias la humanización, que poco a poco, y sin darnos cuenta, se va perdiendo^{2,3}.

La literatura describe la intimidad como un término que tiene aspectos y connotaciones diferentes. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española el término "intimidad" significa "zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia". Y la palabra "íntima" significa "lo más interior o interno; muy querido y de gran confianza"⁴. El artículo 18 de la Constitución Española garantiza el derecho a la intimidad en su doble dimensión, personal y familiar⁵. Moliner define la intimidad refiriéndose "a lo privado, la confianza familiar, la interioridad, la mente. La intimidad es privativa y exclusiva de cada persona"⁶. Amor trata la confidencialidad y la intimidad desde un punto de vista literario y como adjetivo, la entiende como la más interior zona espiritual y física de una persona o bien de un grupo de personas. Sin embargo, la intimidad gira entre dos polos: intimidad y comunicación. No puede existir vida personal sin encuentro interpersonal, pero tampoco puede existir la persona sin el respeto a su propia intimidad⁷. La intimidad personal acompaña siempre al sentimiento de pudor; el pudor de la persona siente vergüenza del descubrimiento de la esencia propia. La intimidad es un imperativo fundamental del ser humano. Únicamente pueden convivir y relacionarse las personas que tienen intimidad. Una de las habilidades más importantes para lograr la intimidad es el conseguir "darse cuenta", conocer quién es realmente la persona, cuáles son sus necesidades básicas. El darse cuenta, es decir, tener conocimiento, el hacerle un espacio, son los pasos para lograr una intimidad consigo mismo y con los demás⁷ (tabla 1).

La práctica asistencial diaria supone inevitablemente moverse en el campo de las relaciones interpersonales, de las emociones, de los afectos, situaciones todas en las que entra en juego la capacidad de empatizar del profesional de la salud y su conocimiento y respeto de los derechos de privacidad y dignidad de los pacientes¹.

Tabla 1. La intimidad en la literatura

<p>“Zona espiritual íntima y reservada de una persona o grupo” <i>Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española</i> “Garantiza el derecho a la intimidad en su doble dimensión, personal y familiar” <i>Constitución Española</i> “Se refiere a lo privado, la confianza familiar, la interioridad, la mente” <i>M. Moliner</i> “Trata la confidencialidad y la intimidad como la más interior zona espiritual y física de una persona!” <i>A. Amor</i></p>
--

La visión del personal de enfermería está reflejada en diversas publicaciones y la intimidad es considerada como un tema delicado y ambiguo. Sin embargo, pocos estudios están realizados desde la perspectiva del paciente. Además, existen trabajos en los que la percepción del paciente y la enfermera sobre una misma realidad varía, por lo que se obtienen resultados distintos⁸. De ahí se desprende la importancia que tiene para las enfermeras en general y el equipo investigador en particular, el conocer lo que realmente perciben o experimentan los pacientes. Cuando se habla de respeto a la dignidad e intimidad del paciente, inmediatamente se piensa en la salvaguarda de la identidad del paciente en publicaciones, en la confidencialidad de los registros médicos y en la necesidad de aplicar de forma ética las novedades biotecnológicas, olvidando que la intimidad es también el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior como expresión de su identidad^{1,2}.

En la profesión del cuidado de los pacientes, la importancia de la responsabilidad ética es particularmente evidente en las desigualdades existentes entre cuidadores y pacientes, estando estos en una situación de dependencia impuesta por la enfermedad⁹. El objetivo del cuidado es, por tanto, ayudar a la persona enferma que, como paciente, está en una situación de vulnerabilidad, pero que tiene derechos específicos que el cuidador debe conocer y respetar^{1,2,10}. Por tanto, respeto es una palabra clave en nuestra práctica clínica diaria. El cuidado es un valor que consiste en una especial sensibilidad e interés para reconocer

y atender las necesidades de las personas, de acuerdo a su propia formulación¹¹.

En esta investigación se pretende reflejar las diferentes visiones de la intimidad desde la perspectiva de las propias personas ingresadas en UCI ya que, como se ha observado en algunos estudios, la percepción de las enfermeras y los pacientes sobre un mismo tema no es la misma¹. E incluso, la percepción de la intimidad difiere entre el propio colectivo de enfermería¹². Es hora de pasar la barrera, ver el fenómeno desde el “otro lado”, es decir, desde el punto de vista del paciente, ponernos en su lugar y entender qué significa para ellos la intimidad y así mejorar nuestra práctica diaria.

Por tanto, se pretende conocer cómo la persona conceptualiza su intimidad y vive el respeto de la misma durante su estancia en la UCI, qué factores intervienen para preservar tanto el espacio funcional como el emocional, cuerpo físico, espacio y comunicación entre él y su familia, personas queridas y con los profesionales, intentando alcanzar un grado de independencia y autonomía que le permita salvaguardar y garantizar su propia intimidad.

MARCO TEÓRICO

El enfoque cualitativo permite comprender una experiencia o vivencia tal como es vivida, experimentada por la persona. Por ello defendemos la metodología cualitativa como la más adecuada para explicar y acercarse a la vivencia de la intimidad que nos ocupa¹³⁻¹⁸.

La perspectiva fenomenológica proporciona un mayor conocimiento sobre las experiencias e interpretaciones de los fenómenos por parte de las propias personas que las viven^{12,15,19}. Oiler describe que se estudia el mundo percibido y no un fenómeno en sí mismo, de tal suerte que el sujeto y el objeto de estudio se unen por medio de la idea “estar en el mundo”; el investigador se dirige al mundo percibido, entiende que la percepción permite el acceso a la vivencia²⁰.

Comprender los fenómenos de la naturaleza humana proporciona a las enfermeras algunas herramientas útiles para dar calidad a sus cuidados. Según Watson, conocer en profundidad las vivencias de las personas

196 es fundamental para su desarrollo profesional, e identificar así los cuidados más adecuados en situaciones de fragilidad como la estancia en una UCI²¹. Además, saber cómo la persona percibe su intimidad y experimenta la estancia en UCI resulta útil para la enfermera, quien planifica sus cuidados con el objetivo de ayudar al paciente a obtener el grado máximo de autonomía posible. Un acto de cuidado no se justifica moralmente sólo por la indicación enfermera, sino también por el principio de autonomía como las opciones de la persona a quien se cuida y del principio de justicia como las consideraciones socio-económicas²².

Este tipo de estudio es innovador. La escasez de investigaciones que abordan este tema en la bibliografía nacional e internacional justifica una particular reflexión sobre el mismo. Los resultados obtenidos serán sin duda beneficiosos, no sólo para el equipo investigador, sino también para todo el colectivo de la unidad y otros profesionales que, día a día, trabajan en la UCI.

MÉTODO

Los objetivos del estudio son:

1. Describir la percepción de la intimidad o pérdida de la misma por parte de los pacientes durante su estancia en la UCI.
2. Describir el impacto que perciben estos pacientes sobre su intimidad en la UCI.

Se ha desarrollado un diseño cualitativo de tipo fenomenológico. El ámbito de estudio son aquellas personas ingresadas en la UCI del Hospital Universitario de Son Dureta, en Palma de Mallorca. Esta unidad está formada por 30 camas divididas en 5 unidades: Cirugía Cardíaca, Unidad de Coronarias, Traumatología, Unidad Médica y Neurocríticos. La estructura arquitectónica de las diferentes unidades varía desde habitaciones individuales a dobles y tres áreas polivalentes abiertas que constan de 4 a 6 camas.

La población de estudio estuvo constituida por 6 pacientes con los que se alcanzó la saturación de los datos, ya que no se obtuvo nueva información. De ellos, 2 eran mujeres y 4 varones, con edades comprendidas entre los 23 y los 75 años. El motivo de in-

greso de los participantes fue muy variado, teniendo como denominador común la gravedad de su estado de salud. Los pacientes padecían patologías traumáticas, médicas, coronarias y neurocríticas. Se seleccionó una muestra intencional buscando la mayor heterogeneidad posible y respetando los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes ingresados en la Unidad de hospitalización de Cuidados Intensivos con una estancia mínima de 48 horas.
2. Que en el momento de realizar la entrevista estuvieran conscientes, orientados y hubieran superado el período crítico de la enfermedad.
3. Que fueran capaces de responder personalmente a las preguntas realizadas y aportar datos válidos para el estudio acerca de sus experiencias en la UCI.
4. Mayores de 18 años.
5. Que participaran voluntariamente.

La técnica de recogida de datos consistió en la realización de entrevistas en profundidad. Se ha elegido este método porque es la técnica que más se adapta a nuestras necesidades al ser un instrumento válido para captar el significado que tienen los participantes de la intimidad, así como las percepciones y vivencias del fenómeno estudiado durante su estancia en la UCI.

Un punto importante que los investigadores tuvieron en cuenta para seguir con rigor el método fenomenológico fue dejar a un lado sus conocimientos sobre el fenómeno a estudiar (*bracketing*), con el fin de influir lo mínimo sobre la información aportada por los participantes.

Las entrevistas se iniciaban con la presentación de las enfermeras y la explicación del proyecto. Al inicio del contacto se invitaba a la persona a participar en el estudio, se explicaban los objetivos del mismo y se le informaba de que la recogida de datos sería a través de una entrevista grabada en una cinta magnetofónica. De igual forma se les garantizaba el anonimato, la completa confidencialidad de los datos y la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento, así como la destrucción de las cintas originales al finalizar la investigación. Tras la correspondiente autorización y firma del consentimiento informado, se les preguntaba si era buen momento para la realización de la entrevista, de forma que estuviera consensuado por ambas partes.

Se intentó crear un ambiente adecuado y tranquilo para preservar la confidencialidad, evitando momentos de intensa actividad en la unidad²³.

Las entrevistas se realizaron por dos personas del equipo investigador, ninguna de las cuales había atendido directamente a los pacientes para así evitar posibles interferencias. Se iniciaban con un tema general y una pregunta amplia, para dejar que el paciente se expresase y manifestase sus dudas o temores. También permitía romper el hielo y ganarse la confianza de la persona. Para la realización de las entrevistas se elaboró un guión con los temas clave relacionados con la experiencia de estar en la UCI, la intimidad de los pacientes y el impacto de la misma en su experiencia, ideas principales que se pretendía que emergieran en las entrevistas. Estos temas incluyen el concepto de intimidad, sus diferentes dimensiones, así como la importancia del entorno familiar y las personas que participan de la intimidad de cada uno, la desnudez frente a sentirse desnudo, el respeto en la higiene y eliminación, y la estructura arquitectónica de la unidad.

ANÁLISIS

Las entrevistas fueron grabadas para posteriormente ser transcritas y analizadas. El análisis de los datos se realizó de forma concomitante a lo largo de todo el proceso de investigación.

Se realizó el análisis de contenido, inicialmente se organizó el material obtenido para lograr un sentido global y posteriormente transformar el material original en datos útiles mediante la codificación.

Cada una de las entrevistas fue codificada por los investigadores de forma independiente. Una vez finalizada la codificación los investigadores se reunían para comparar las diferentes codificaciones; cuando estas no eran coincidentes, cada investigador exponía el proceso de reflexión y se consensuaba mediante un proceso de diálogo hasta llegar al acuerdo del equipo investigador.

Una vez completada la lista de códigos, estos se organizaron y clasificaron en categorías, agrupadas en unidades de similitud, que a su vez fueron subcategorizadas. Posteriormente se contrastaron la validez y

coherencia de las categorías revisándose de nuevo la lista de códigos. Se definieron tres grandes categorías que captaban la esencia de la experiencia vivida por todos los participantes: espacio físico, entorno familiar y privacidad de autonomía. El espacio físico fue a su vez subcategorizado en espacio emocional, donde se describen los sentimientos y percepciones de los participantes, y espacio funcional o estructura arquitectónica propia de la UCI. El entorno familiar, puesto que algunos de los participantes incidían reiteradamente en la dimensión familiar que posee el concepto de la intimidad. Y la privacidad de autonomía, dado que las condiciones del entorno, las normas y el estado de salud afectan al rol de la persona ingresada, y aunque la persona pueda satisfacer sus necesidades básicas, es la enfermera quien suplente su autonomía.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

1. Consentimiento informado tanto de forma oral como escrita.
2. Participación voluntaria.
3. Permiso del Comité de Investigación del Hospital Universitario Son Dureta.
4. Confidencialidad en la recogida de los datos y en su tratamiento, no revelando nombres ni ningún otro dato que pueda facilitar su identificación.
5. Destrucción de las grabaciones originales una vez finalizada la investigación.

LÍMITES Y POTENCIAL DEL ESTUDIO

Los estudios desarrollados desde una metodología cualitativa aportan unos conocimientos de gran valor social por su carácter contextualizado, lo que permite transferir dichos conocimientos a situaciones similares aun sabiendo que no se pueden generalizar los resultados.

El rigor del análisis se garantizó: durante la entrevista, corroborando la información proporcionada por los participantes en el estudio, estableciendo en cada una de las etapas del análisis el consenso entre los investigadores, contrastando los resultados obtenidos con otras fuentes bibliográficas, y además todas

198 las fases de la investigación han sido revisadas por una persona ajena al estudio, con experiencia en investigación cualitativa.

RESULTADOS

Tras el análisis de los datos, la esencia de la percepción de la intimidad se refleja en tres grandes categorías: el espacio físico, la intimidad familiar y la privacidad de autonomía (fig. 1).

Espacio físico

Espacio físico entendido como el respeto y la disponibilidad de tener un espacio propio de intimidad, un momento de “solitud” y un lugar en el que tengan cabida las emociones y sentimientos que muchas veces afloran entre las cuatro paredes de una habitación o simplemente con la presencia de “un biombo”. Por todo ello se ha subcategorizado esta unidad de significado en dos: el espacio emocional y el espacio funcional.

En el espacio emocional surgen percepciones y sentimientos propios y privados de cada individuo. Las diferentes personas entrevistadas relacionan la intimidad con desnudez y ello les proporciona un sentimiento de desprotección y así lo expresaban los participantes:

A la pregunta de ¿qué le sugiere a usted la intimidad?, responde: “Poder taparme, eso de estar sin ropa... estoy chapado a la antigua, siempre me gusta taparme”.

Otra entrevistada manifiesta: “El sentirme descubierta sin ropa es lo que más me incomoda, me siento desprotegida”.

En este sentido, el pudor, vergüenza relativa a la desnudez, fue relacionado por los participantes con la invasión de zonas del cuerpo consideradas más íntimas y así lo ilustran los siguientes comentarios: “Me siento molesto desnudo, estar sin ropa y con el culo al aire, esto no es natural, me siento muy mal”. Otro dice: “Cuando te lavan y te ven las partes más íntimas, lo llevo fatal, fatal... te hacen sentir fatal.”

Llama la atención cómo algunos de los participantes proyectan su propio pudor en el profesional de la salud que los atiende, siendo para ellos la actitud acti-

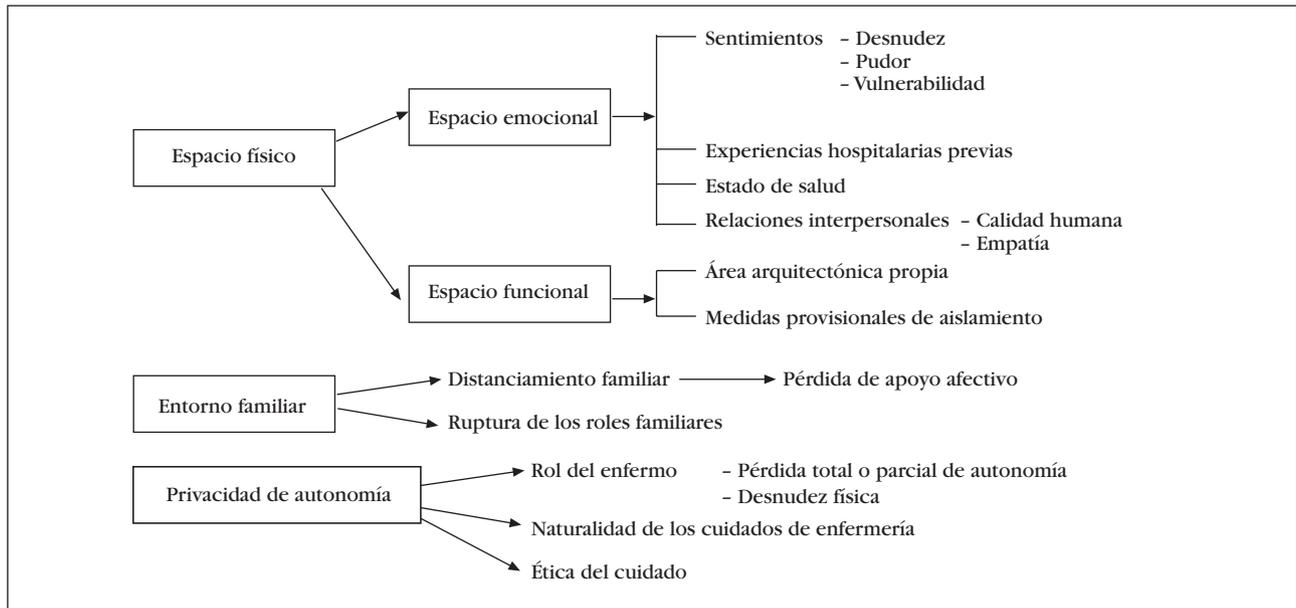


Figura 1. Resultados.

va del profesional más pudorosa que la actitud pasiva del paciente: *“Si yo fuera uno de vosotros y tuviera que lavar a una señora me sentiría incómodo”*.

La vulnerabilidad es otro de los sentimientos compartidos por algunos de los participantes, se sienten débiles, menospreciados por el personal sanitario, así lo manifiestan: *“Cuando nosotros hablamos parece como si dijéramos tonterías para ellos”* (refiriéndose al personal sanitario).

Una entrevistada, refiriéndose a la higiene diaria, expresaba: *“Estaba allí como un monigote quieta, te lo hacían todo... y tu no podías comportarte como una persona”*.

Los participantes coinciden en reivindicar “solitud”, aislamiento, soledad intencionada en beneficio de su intimidad, para preservarla y sentirse reconfortados, así lo exponen: *“Considero que el enfermo debe tener un aislamiento, es positivo... hay veces que prefiero estar solo y no acompañado”*.

Hemos observado una evolución personal en el concepto de intimidad en el tiempo relacionado con la historia de vida; algunos entrevistados comentan su diferente percepción de la intimidad en la juventud y ahora, con el paso de los años: *“Hace 20 años, cuando era más joven, tenía muchos escrúpulos, me hubiera molestado que me lavaran, pero he cambiado mucho con los años, hoy me han lavado y no me he sentido incómodo”*.

Al igual que los participantes que tienen experiencias hospitalarias previas, se plantean las vivencias de otra manera, al tratarse de la primera experiencia y así lo relatan: *“Ahora estoy bien, pero he estado muy malico, nunca había estado ingresado y todos esos cables, este tubo y el chisme que suena mucho, yo estaba muy asustadico”*.

Sin embargo, cuando tenían experiencias previas su diálogo es más relajado, conocen las normas y dinámica de la unidad, y comparan su estancia actual con las pasadas: *“Me han operado varias veces, de la vejiga y de piedras, ya había estado en la UCI, ya conocía lo que es un hospital”*. Otro paciente dice: *“Estuve dos meses ingresado porque me rompí una pierna, pero estaba en la planta de Traumatología y no es como la UCI, no te cuidan tanto, aquí están siempre pendientes de tí, aunque tienes que compartir la sala con muchas más pacientes”*.

Aunque la edad y el sexo no fueron objeto específico de este estudio, hemos observado que dichas variables, al igual que los aspectos socioculturales, el conjunto de creencias, valores y experiencias que se han ido adquiriendo a lo largo de la vida, influyen en las diferentes percepciones y vivencias de la intimidad.

Uno de los aspectos comunes de los participantes es la prioridad por recuperar su estado de salud, relegando a un segundo plano el bienestar emocional, incluso la intimidad. Los participantes perciben su estado como crítico, y así lo manifiestan: *“En estos casos que uno se encuentra mal primero es la vida que la intimidad”*. O: *“He estado muy mal y por esto a veces creo que no se está para tonterías, primero es vivir y luego filosofar”*.

Un aspecto común a los participantes es la valoración positiva que hacen de la atención profesional recibida, en que destacan su calidad humana; el trato humano percibido por los participantes es considerado respetuoso, al igual que la actitud de empatía con los profesionales, que les aportó seguridad e influyó en su estado de salud, considerando la comunicación como una herramienta terapéutica. Estas son algunas de las declaraciones: *“Aquí casi todo el mundo es muy simpático, me pongo muy nervioso de todo, entonces el ver que una enfermera te sonríe y trata bien te da seguridad”*. Otro dice: *“Salvar esa barrera, esa distancia entre el doctor y el paciente o la enfermera y el paciente me ayuda a estar mejor”*.

El espacio funcional, por otra parte, ha sido descrito como disponer de un área arquitectónica propia. En la mayoría de los hospitales públicos las habitaciones son compartidas y los participantes demandan tener un espacio individual para preservar su intimidad y no tener que compartir la incomodidad física y psíquica que comporta su dolencia: *“Intimidad aquí se tiene un poco porque tienes una habitación para tí solo, la habitación individual es buena... es lo que toca”*. O: *“Las habitaciones deberían ser individuales y no compartidas, porque a la hora de lavarte, que te vean los demás... en la privada es así como debería ser”*.

Algunos participantes en el estudio refieren que el uso de medidas de aislamiento provisionales como el biombo, o las cortinas, aumenta su grado de intimidad y así lo manifiestan: *“El biombo fue cómodo por-*

200 *que así no tenía contacto con el otro enfermo, no lo veía, y era como estar solo, porque como el otro paciente estaba mal también, como yo, queríamos estar tranquilos*. O: *“Era un sitio grande con muchas camas, muchas personas, pero cuando tenía que ir al baño, hacer pipí, lavarme, se puso una cortina, así me taparon para que no me sintiera mal”*.

Entorno familiar

La intimidad familiar es la segunda de las categorías establecidas. Hemos podido constatar que el ingreso en UCI supone una separación y ruptura de los roles familiares. El distanciamiento de los seres queridos desencadena una pérdida de apoyo afectivo. Los participantes coinciden y consideran necesario el apoyo familiar una vez superado el episodio crítico de su dolencia, y lo ilustran los siguientes comentarios: *“Estuve muy enferma, muy mal, pero cuando me puse bien, me daba cuenta de que venía mi familia a verme y me sabía a poco, me gustaría que pudieran estar un rato más”*. Otro paciente dice: *“Les dejaría estar un poco más pero cuando estás mejor, porque por mucho que eche de menos a la familia, no puede hacer nada cuando estás mal”*.

Por otra parte, en uno de los casos el individuo se comporta como miembro protector con la familia, la rechaza ante su situación de gravedad y explica que: *“Cuando estoy así prefiero estar solo, ellos querrán estar conmigo pero prefiero comérmelo yo”*.

La privacidad de autonomía

Los entrevistados pierden su autonomía o independencia en el ingreso en la UCI, mostrando tolerancia hacia la normativa de la unidad.

Las personas participantes hablan de desnudez física y demandan fomentar la independencia, y animar al autocuidado para preservar su intimidad; así lo reflejan los siguientes comentarios: *“Cuando empiezas a estar mejor y te puedes levantar, ir al baño y tener tu momento en el baño te sientes mejor... porque ahora ya puedo ir solo al baño, es muy incó-*

modo hacer pis en la cama”. Otro comenta: *“Durante el baño me daban una esponja para que yo pudiera lavarme mis partes íntimas y así no me sentía tan violento... eso es lo que más me incomoda... ¿entiendes?”*.

La mayoría de los participantes valoran positivamente los cuidados del equipo de enfermería y las medidas de protección llevadas a cabo en la UCI en relación a la preservación de su intimidad y la naturalidad de los mismos expresando: *“Cuando me lavaban tenían cuidado y te iban tapando y nunca te dejaban destapada”*. O: *“Estoy encantado con la gente porque aunque tienen que ayudarme para todo, no me he sentido violento en ningún momento”*.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos han expresado que la percepción de la intimidad de los participantes y el impacto de la misma en la UCI es vivida desde diferentes perspectivas.

El espacio físico es contextualizado desde dos vertientes: una referenciando los sentimientos vividos durante el ingreso en la UCI, y la otra, relacionando la estructura arquitectónica que rodea al paciente. De los sentimientos vividos, los más destacados son la desnudez, el pudor y la vulnerabilidad, valores individuales consolidados en cada persona. Dimensión ya descrita por Jiménez cuando afirma que: *“La dimensión psicológica de la intimidad es otra de las facetas más relevantes, en especial si se reconoce que el significado de intimidad es, para cada ser humano, totalmente individual”*²⁴. En este mismo sentido otros autores como Iraburu¹⁰ y Pupulim^{25,26} dicen que: *“En la relación clínica el enfermo tendrá que desnudar su cuerpo, su psique y también su vida”*.

El conocimiento por parte de los profesionales de enfermería de las experiencias vividas por los pacientes contribuye, sin duda alguna, a una mejor comprensión de su proceso de salud, lo que permite fundamentar todos los cuidados de enfermería en un intento de recuperar los aspectos más humanos de la atención sanitaria, en el contexto tecnificado y cualificado de las UCI¹.

Uno de los aspectos comunes de los participantes es la prioridad por recuperar su estado de salud, relegando a un segundo plano el bienestar emocional, incluso la intimidad. Los participantes perciben su estado como crítico y asumen el rol de enfermo posicionándose como personas vulnerables que no pueden elegir, demostrando total aceptación y respeto a las normas de la unidad, aunque en algunos de los casos se producía un desconocimiento del medio hospitalario, por carecer de ingresos anteriores, ya que para casi todos era su primera toma de contacto con una UCI.

La empatía establecida con el profesional de salud es una de las cualidades más valoradas por los participantes, influye en el comportamiento de los mismos y repercute positivamente en su estado de salud. El trato humano percibido por los participantes es considerado respetuoso, lo que contrasta con la literatura revisada que describe las UCI como lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. En este aspecto coincidimos con autores como Heluy de Castro³, Williams⁸, del Barrio¹² y Barragán²³.

En esta misma línea Durán Escribano relaciona el cuidado enfermero con la intimidad de la persona, afirmando que el valor de la ética del cuidado está en saber que existe la intimidad de la persona cuidada y respetarla; esta es tarea del arte de cuidar y del rigor profesional. Además, el cuidado debe ser considerado una prescripción ética básica. La relación interpersonal constituye un elemento terapéutico fundamental².

En lo referente al espacio funcional, un resultado a señalar es la prioridad que la mayoría de los participantes dio a poder disponer de un espacio arquitectónico no compartido, en forma de habitación individual o mediante el uso de medidas de aislamiento provisionales, tales como biombos, cortinas, sábanas. Algunos de estos cambios son costosos o irrealizables a corto plazo, aunque la Ley de Cohesión y Calidad ya lo fija como un objetivo a perseguir^{10,27}. Hay que puntualizar que González afirma que las cortinas que rodean las camas no ofrecen la misma intimidad que las estructuras arquitectónicas²⁸, e Iraburu considera que en el medio hospitalario es imposible mantener una reserva física absolu-

ta, el paciente al ingresar consiente de forma tácita en ser observado y explorado, pero esto no supone que haya renunciado a su intimidad física¹⁰. Sin embargo, estimamos que las medidas provisionales son cuestión de sensibilidad por parte de todos para llevarlas a cabo, y el hecho de que las enfermeras utilicen estas medidas provisionales de aislamiento es valorado de forma muy positiva y adecuada por las personas participantes en el estudio. Otros estudios afirman que: "Asegurar mediante actuaciones profesionales que se está cuidando también de la intimidad física de las personas es una clara muestra de lo que debe ser una práctica éticamente responsable: evitar desnudar a las personas a la vista de otros, quitar sólo la ropa estrictamente necesaria"²⁴.

Hemos podido constatar que el ingreso en UCI supone una separación y ruptura de los roles familiares. El distanciamiento de los seres queridos desencadena una pérdida de apoyo afectivo. El apoyo familiar es demandado con la mejoría del estado de salud, los participantes reclaman la necesidad de pasar más tiempo con su familia cuando ha pasado el período crítico de la enfermedad. En este punto los hallazgos son similares a los de otros estudios^{12,29,31}.

El derecho a la intimidad tiene una fundamentación paralela al respeto a la autonomía de la persona. El profesional de enfermería asume la responsabilidad de preservar la intimidad, tanto de las personas autónomas como de las que no pueden hacer efectivo este derecho. Esta estrecha vinculación entre intimidad y autonomía queda reflejada por los datos obtenidos. Los participantes demandan intervenciones encaminadas al fomento de su independencia para cubrir las alteraciones en las necesidades básicas, sobre todo las de higiene, vestido y eliminación. Las personas ingresadas en UCI están sujetas a diferentes factores que dificultan este autocuidado. Aunque las necesidades básicas son comunes a todos, varía la forma de atenderlas, manifestarlas o satisfacerlas.

La exposición corporal descrita por nuestros participantes como invasora de su intimidad queda justificada en el contexto de la UCI por la necesidad de manipular el cuerpo para la realización de técnicas, la monitorización y facilitar la asistencia en caso de emergencia, ofreciendo seguridad al paciente, aunque interfiriendo en el respeto a la intimidad^{25,26,30}.

202 El conocer la prioridad que los participantes dieron a la preocupación e incomodidad por la dependencia en muchas ocasiones para las tareas más elementales e íntimas, nos lleva a ser más conscientes de ello y a optimizar las intervenciones de enfermería para aliviar estas necesidades alteradas.

Llama la atención el hecho de que en ningún momento los participantes hacen referencia a la confidencialidad y privacidad de los registros clínicos, concepto que va ligado a la intimidad y al que mayoritariamente hace referencia la literatura revisada^{1,10,32}.

Aunque la edad y el sexo no fueron objeto específico de este estudio, hemos podido observar la diferente vivencia de la intimidad relacionada con dichas variantes. Los aspectos socioculturales de cada individuo, el conjunto de creencias, valores y experiencias que han ido adquiriendo a lo largo de la vida, influyen en la percepción de la intimidad que hace que sea vivida o entendida de diferente manera¹². Es un aspecto que aparece de manera transversal a lo largo del estudio.

Reconocemos la importancia de detectar situaciones en las que el paciente ingresado ve comprometida su intimidad y la necesidad de actuar en ellas en la medida de nuestras posibilidades, que son muchas. Solo se precisa adquirir sensibilidad para detectar situaciones anómalas y voluntad para corregirlas.

CONCLUSIONES

La intimidad es un concepto personal, dinámico y transformable según los modelos culturales e historia de vida de cada individuo, además de un derecho de los seres humanos, el cual como enfermeras debemos respetar.

Es preciso reflexionar sobre cómo los profesionales de la salud nos posicionamos ante la persona enferma institucionalizada ya que parece ser que damos la prioridad máxima a la atención física dejando de lado la dimensión más emocional de la persona. Es curioso observar cómo la preocupación fundamental del paciente ingresado en UCI y la familia es el estado de salud, supeditando la intimidad a la gravedad del proceso.

Es importante aumentar la sensibilidad de los profesionales de la salud, haciendo que el respeto a la intimidad se convierta en un hábito en la práctica dia-

ria, creando conductas naturales y espontáneas, para así mejorar la calidad de los cuidados enfermeros.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento para J.M. Talavull Aparicio por su ayuda, consejo y constancia durante todo el proyecto, y a las personas que cuidamos, de quienes aprendemos cada día.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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. *Nure Inv.* 2005;(16).
2. Durán Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad: una reflexión desde la ética. *Rev Rol Enf.* 1999;22(4):303-7.
3. Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la Atención de Enfermería en el quirófano. *Index Enferm* (edición digital). 2004;44-5. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/44revista/44_articulo_18-20.php
4. Diccionario de la Real Academia Española.
5. Constitución Española, 29 de diciembre 1978. Ed. Civitas; 1986.
6. Moliner M. Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos; 1966-1967.
7. Amor Villalpando A, Sánchez Granados DR. Porfirio. Secreto médico. Confidencialidad e intimidad. *Rev Sanidad Militar.* 1999; 53(2):157-61.
8. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs.* 2001;33(5):660-7.
9. Mattiasson AC, Hemberg M. Intimacy-meeting needs and respecting privacy in the care of elderly people: what is a good moral attitude on the part of the nurse/carer? *Nurs Ethics.* 1998;5(6):527-34.
10. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *Anales Sis San Navarra.* 2006;29 Supl 3:49-59.
11. Lescalille Taquechel M. Relación de la ética del cuidar y los modelos de enfermería con la persona y su dignidad. *Rev Cubana Enfermer.* 2006;22(1).
12. Del Barrio M, Lacunza MM, Armendáriz AC, Margall MA, Asiain MC. Pacientes con trasplante hepático: su experiencia en la unidad de cuidados intensivos. Estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva.* 2001;12(3):135-45.
13. De la Cuesta Benjumea C. Desafíos de la investigación cualitativa. *Nure Inv.* 2006;(20).

14. Zarco Colón J. La metodología cualitativa de investigación en las Ciencias de la Salud. *Nure Inv.* 2004;(10).
15. De la Cuesta Benjumea C. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Inv.* 2006;(25).
16. Burns N, Grove S. Metodología de la investigación cualitativa en enfermería. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
17. Bover A, Gastaldo D, Izquierdo D, Juandó C, Luengo R, Robledo J, et al. Rigor metodológico en la investigación cualitativa: la reflexividad como herramienta de grupos de investigación. *Nure Inv.* 2006;(27).
18. Salamanca Castro AB, Martín-Crespo Blanco C. El diseño en la investigación cualitativa. *Nure Inv.* 2007;(26).
19. Giorgi A. The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. *Nurs Sci Q.* 2005;18(1):75-82.
20. Oiler CJ. Phenomenology: The method. En: Munhall PL, Oiler CJ, editores. *Nursing research: a qualitative perspective.* Norwalk, Connecticut: Appleton-Centry-Crofts; 1986. p. 69-84.
21. Watson J. *Watson's Philosophy and the Theory of human caring in nursing.* University of Colorado. Health Sciences Center. Denver, Colorado: Medical/Nursing; 1989.
22. Alberdi Castell R, Arriaga Piñeiro E, Zabala Blanco J. La ética del cuidado. *Rev Rol Enf.* 2006;29(3):191-8.
23. Barragán Brun N. Comunicación médico paciente. Mejora de la capacidad empática. 2005. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2005/temas/tema13-14/sindromme.htm
24. Jiménez Herrera MF, Nogués Domingo MC. Perspectiva enfermera sobre la intimidad en la asistencia prehospitalaria urgente. *Metas Enferm.* 2002;49:6-9.
25. Pupulim JS, Swada NO. Physical exposure of clients in care for basic needs at an ICU: critical incidents reported by nurses. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(3):388-96.
26. Pupulim JS, Swada NO. Nursing care and the invasion of the patient's privacy: an ethical-moral question. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2002;10(3):433-8.
27. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE. N.º 126, de 19 de mayo de 1999.
28. González E. *Vestimenta-Enfermería hospitalaria.* Monografías. 2006. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos41/vestimenta-enfermeria>
29. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva.* 2004; 28(5):237-49.
30. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *Index Enferm.* 2005;14(51):29-33.
31. Martínez Qués AA, Rodríguez Rodríguez A, Rodríguez Fernández C, Rodríguez Fernández A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enferm Cardiol.* 2005; Año XII(34): 15-21.
32. 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 (And).* 2001;2(2):145-8.