



Valoració de la intimitat en l'àmbit sociosanitari

Autors: Bonet Serra F, Coma Esquirol D, Comellas Carrillo M, Delmàs Oviedo R, Durany Turk S, López Borrull M, Ruíz Bobé M.

Institució: Centres Blaucínic (CBC): CSS Clínica Barceloneta, CSS Dolors Aleu, CSS Sant Josep Oriol.

Objectiu: El present estudi té com a objectiu principal analitzar el nivell de preservació de la intimitat des del punt de vista dels usuaris com del personal assistencial.

Mètode: S'han utilitzat dues enquestes no validades, una dirigida als usuaris (n=129) i un altre als professionals d'atenció directa (n=103). Posteriorment s'ha realitzat l'exploració de dades amb el programa estadístic SPSS.

Resultats: Els resultats més significatius són que la majoria de pacients creuen que la seva intimitat es preserva de forma perfecta o molt bé (70,3%). Es detecta discordança entre pacients i professionals respecte la forma d'adreçar-se als pacients. Gairebé tots els pacients creuen que s'han respectat els seus valors i/o creences (90%) i que la informació se'ls dona en un lloc adequat (89%). Més del 90% de professionals tenen en compte la preservació de la intimitat a l'hora realitzar AVD o tècniques exploratòries, quan recullen les dades tenen en compte la intimitat del pacient i informen als pacients respecte la tècnica o procés que se li realitzarà per buscar-ne el consentiment.

Conclusions: No hi ha coincidència amb el que la Comissió creia com vulneració de la intimitat amb la percepció dels pacients. Pensem que el fet d'estar ingressat en una institució comporta un canvi de la vivència de la intimitat. L'estudi realitzat ens serveix de punt de partida per la detecció de problemes i la instauració de mesures correctores des del punt de vista dels pacients com dels professionals

Title: Assessment of privacy in the Public Health System

Author: Bonet Serra F, Coma Esquirol D, Comellas Carrillo M, Delmàs Oviedo R, Durany Turk S, López Borrull M, Ruíz Bobé M.

Center: Centres Blaucínic (CBC): CSS Clínica Barceloneta, CSS Dolors Aleu, CSS Sant Josep Oriol.

Objective: The centers forming the CBC have a long history in healthcare and have made a commitment to continuous improvement and quality of care. The ethics committee of our centers has proposed to analyze those ethical aspects related health issues that are likely to improve in our centers.

Method: We used two not validated questionnaires, one for patients (n = 129) and the other for the health professionals (n = 103). After the administration of the questionnaires, the results were analysed using the SPSS statistical program.

Results: The main results are that: A high percentage of patients believe that their own privacy is preserved in a perfect/very good way (70.3%). A certain level of discordance was detected between the answers of the two groups about the right way to address to the patients (formal vs informal). Almost all patients believe their values and/or beliefs have been respected (90%) and a great group thinks that they received private information in an appropriate place (89%).

Over 90% of the healthcare professionals preserves patient's privacy when performing basic ADL or during clinical exams. When collect personal data also takes in account the patients privacy and they informs them about the technique or process that they are going to receive, and they gets their informed consent.

Conclusions: The Committee's perception of potential breaches of patient's intimacy and privacy were not correlated with the patient's perception thereof. We think that the fact of being hospitalized in a hospital/healthcare center makes a change in intimacy perception. This study is a starting point for the detection of potentials problems and implementation of corrective actions about ethical issues from the perspective of patients and health's professional.

1.Introducció

La paraula intimitat prové de "intimus", forma superlativa de l'adverbi "intus", i significa allò que està el més endins possible, a l'interior de la persona (1). És aquella zona espiritual íntima i reservada d'una persona o d'un grup, especialment d'una família (2). Per tant, és aquella part individual que protegeix contra la intromissió d'un altre i que representa la part més personal de cadascú (3, 4, 5). És un valor que tot ésser humà disposa però que roman ocult en el sentit que tenen a veure amb el sentiment i la manera de pensar de cadascú, que té caràcter privatiu i exclusiu. Com a valor que és, no és tangible i per tant només es pot conèixer el que la mateixa persona deixa conèixer. Per tant, és un concepte dinàmic ja que va canviant en funció de l'entorn en què se situï i les circumstàncies amb què es trobi (6).

A grans trets es distingeixen dues dimensions d'intimitat en la persona:

- La intimitat física (o corporal): és un valor que es va adquirint amb la maduresa. En la mesura que la persona va creixent va construint la seva esfera arran de les experiències viscudes i els valors que rep.
- La intimitat psicològica: en termes de privacitat d'informació de la persona, tant dels

seus aspectes més relatius a l'ús mèdic, com aquells factors vinculats directament amb la vida personal. Es defineix com una dimensió psíquica de la persona basada en factors socials, psicològics i personals. En ell s'engloben els pensaments més profunds, estats personals, conviccions, qüestions sexuals o ideologia.

La intimitat recull aspectes interns de la persona referents a la seva forma de pensar, sentir, percebre i compartir, és un valor que de manera natural desenvolupa l'ésser humà i que marca els límits de l'aliè. Aquesta no es redueix només a ser un valor respectat pels altres sinó que s'ha convertit en un dret.

En la Declaració Universal dels Drets Humans de 1948 (article 12), la Constitució Espanyola (article 18 i article 10.1) es defensa el dret a la intimitat i es contempla com alguna cosa més que l'aspecte corporal, es fa referència a la dignitat de la persona com tot allò reservat tant a l'esfera estrictament personal, de la vida privada o de l'íntim enfront de l'acció i coneixement dels altres (5, 7). En el context estatal i en relació a l'esfera sanitària, existeix la Llei general de sanitat (1986), la Llei de Protecció de Dades de Caràcter Personal (1999) i la Llei 41/2000 Bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (3). El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, a la Carta de Drets i Deures dels ciutadans en relació amb la salut i a l'atenció sanitària (2001) dedica el tercer apartat estrictament a la intimitat i la confidencialitat (8).

L'envelliment de la població, l'augment de l'esperança de vida i la incidència de pluripatologia en l'edat avançada han originat la necessitat de disposar de centres sanitaris que permetin atendre la cronicitat de malalties, i prestar assistència per finalitzar el tractament i restablir l'estat de salut i autonomia. Aquests centres són els sociosanitaris, recursos assistencials entre l'atenció sanitària i la social, on hi ha un problema de salut que s'acompanya, generalment, d'un problema social i l'objectiu és recuperar l'autonomia o les màximes habilitats del pacient.

Els períodes d'ingrés en sociosanitari són més prolongats que en centres d'aguts i durant aquest temps es maneja molta informació pròpia del pacient, que inclouen les dades confidencials, aspectes privats fins a situacions íntimes.

El present treball pretén conèixer la intimitat en el context sociosanitari i la perspectiva del professional i pacient davant d'aquesta. L'objectiu principal resideix en establir la importància del valor de la intimitat en un centre sanitari, on la població majoritària és geriàtrica. L'estudi no va més enllà d'obtenir dades descriptives preliminars que contextualitzin la intimitat, saber quina importància té entre la població ingressada i quin ús se'n fa entre professionals. En definitiva, un cop

assentades les bases teòriques, detectar l'estat de la qüestió com a necessitat real de conèixer.

2. Material/mètode

Abans de fer l'estudi, val la pena aturar-se i explicar els punts clau que han portat al tipus de plantejament i elaboració.

En primer lloc, ressenyar que els tests utilitzats no són instruments validats. La seva construcció és el resultat de l'anàlisi preliminar del nivell de preservació de la intimitat en els centres. En una primera fase es va fer un estudi de camp sobre quins eren els comportaments dels professionals i dels pacients davant actuacions que eren susceptibles de comprometre la intimitat (manera de dirigir-se al pacient, actituds durant les higiènes, manera de transmetre la informació ...). Es van establir els punts forts i febles de totes les qüestions comunes a tots els centres amb el propòsit de fer una foto actual de l'estat de la qüestió.

Durant el període d'observació es van recollir totes aquelles pràctiques assistencials i conductes diàries que implicaven temes d'intimitat dels pacients i es van classificar. Aquesta classificació va donar lloc a un llistat de conductes denominades com "no apropiades" o mala praxis en el tractament de la intimitat i/o confidencialitat de dades dels pacients. Aquestes van ser la base per establir les preguntes del test per a pacients i per a professionals.

Per minimitzar les variables d'interferència es va decidir l'aleatorització de la mostra però amb certs condicionants. La població de pacients era relativament estreta i la mostra que complís els requisits per a contestar el test difícil de trobar a causa de factors concomitants de la població sociosanitària (deteriorament general, dèficits cognitius, alteracions visuals i/o auditives...).

El mateix passaria amb la mostra de professionals, on també es buscava l'aleatorització. Es van dividir els professionals en grups per trobar la màxima equitat dins de cada categoria i es va posar èmfasi en l'anonimat, important per augmentar la participació. Malgrat això la col·laboració va ser mitjana i la veracitat en les respostes qüestionable, ja que una part important de professionals manifestaven certa desconfiança i sensació de ser avaluats.

Disseny de l'enquesta

Es van dissenyar dues enquestes¹, una per administrar als pacients i una altra per als professionals. Les dues contenen preguntes directament relacionades amb la intimitat i altres complementàries, que aporten més informació sobre el tracte o sobre la confidencialitat. El motiu d'introduir preguntes indirectes va ser arran de l'anàlisi observacional, i per descobrir si hi ha relació entre intimitat i aquestes variables.

Posteriorment es va fer l'anàlisi descriptiva amb el programa SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) per a Windows.

b. Població

b1. Professionals

En primer lloc es van determinar els criteris d'inclusió i d'exclusió per a la participació en l'estudi. Els criteris van ser els següents:

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Antiguitat superior a 1 mes.	Menys d'un mes de contracte en el lloc de treball en els CBC
Activitat professional ha de ser d'atenció directa.	Personal de direcció
	Personal de coordinació
	Personal de farmàcia
	Personal d'administració
	Personal del Departament de neteja i manteniment

L'enquesta es va passar a 103 professionals distribuïts en tres centres.

La confecció de la mostra va ser totalment aleatòria, es van contemplar les diferents categories professionals d'atenció directa: llicenciats (metges i psicòlegs), diplomats (treballadors socials, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals i infermers) i auxiliars de clínica (taula 1). No es van fer discriminacions per unitat de treball ni per edat i sexe (taula, 1, 2, 3).

	N	%
Diplomat	37	35,9
Llicenciat	7	6,8
Auxiliar	59	57,3
	103	100

Taula 1 distribució de la mostra segons categoria professional

	N	%
CONV	20	19,4
LLE	32	31,1
UCP	28	27,2
Indiferent	23	22,3

Taula 2 relació segons unitat de treball

¹ Veure annex 1 i annex 2

	Edat	
Home	\bar{x}	35,6
N=13	DE	9,3
12,6%	Mín - màx	24 - 55
Dona	\bar{x}	37,8
N=82	DE	9,6
79'6%	Mín - màx	20 - 59
Casos perduts: 8 (7,8%)		

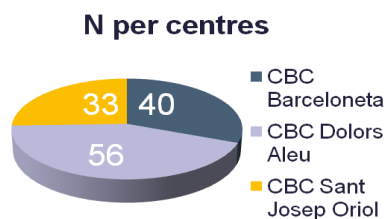
Taula 3: descriptiu segons sexe i edat

b2. Pacients

En primer lloc es van determinar els criteris d'inclusió i d'exclusió per a la participació en l'estudi. Els criteris van ser els següents:

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
Ingressats en les unitats de LLE, CONV o UCP. Estada superior a una setmana des de la data de l'ingrés. Capacitats cognitives preservades. Manca de limitació física/orgànica.	Trastorn del llenguatge o altres alteracions cognitives. Malaltia psiquiàtrica descompensada. Alteració del nivell de consciència. Quadre confusional

El número de pacients que van participar va ser en total: 129 repartits entre els 3 centres (gràfica 1).



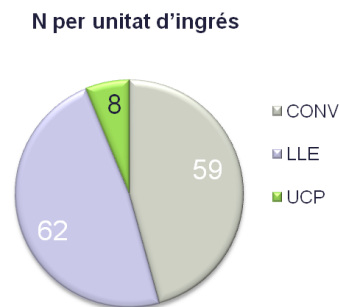
Gràfica 1

Per a l'estudi es van tenir en compte pacients de les tres categories d'estada, d'ambdós sexes i sense discriminació d'edat, sempre que complissin els criteris d'inclusió (taula 4 i gràfica 2).

Descriptius

Sexe		Edat
Home N=34	\bar{x}	72,74
	DE	11,925
	Mín - màx	43 - 92
Dona N=94	\bar{x}	81,19
	DE	9,136
	Mín - màx	51 - 97

Taula 4: distribució d'homes i dones segons edat



Gràfica 2

4. Resultats

Es va realitzar l'anàlisi descriptiva de les dades.

Respecte a l'enquesta dels **professionals**, s'extreu que:

- No s'estableixen diferències significatives per sexe ni per grups d'edat.
- El **83%** dels professionals diu: "no parlar del malalt/malaltia en llocs inapropiats" i el **92%** "no parla amb el malalt en llocs inadequats".
- El **95%** dels enquestats: "tenen molt en compte la intimitat del pacient a l'hora de realitzar les AVD, exploracions mèdiques o tècniques sanitàries".
- Gairebé tota la totalitat dels professionals diu: "respectar les idees i creences del pacient".
- En el **85%** dels casos els professionals són proactius en la preservació de la intimitat.
- Quant a la definició d'intimitat, el **30%** dels enquestats tenen un concepte limitat, el **10%** NO sap/No contesta i gairebé un **5%** dels enquestats no respon a la pregunta.

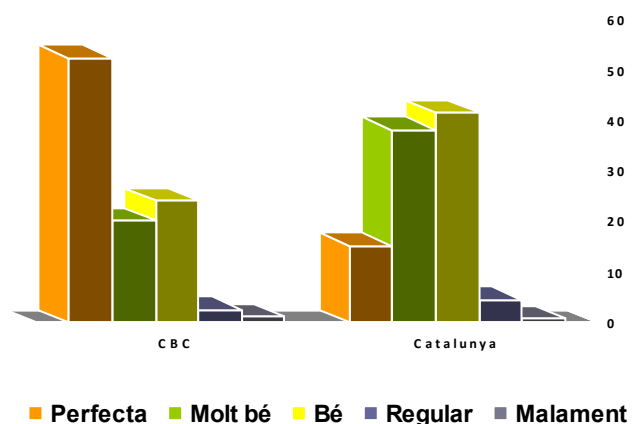
Respecte a l'enquesta dels **pacients**, els resultats mostren que:

- No s'estableixen diferències significatives entre grups d'edat i sexe.
- Quant a les qüestions referides a l'habitació, el **50%** creu que: "s'hauria trucar a la porta abans d'entrar".
- El **67%** dels pacients consideren importants els elements de separació a les habitacions i d'aquest grup veuen la seva necessitat el **50%** només durant les actuacions mèdiques o d'infermeria, mentre que l'altre **50%**, fer-los servir en qualsevol situació que ells considerin.

- El **93%** dels pacients fan una bona valoració del respecte de la seva intimitat al centre i un **70%** de manera excel·lent.

Des del departament de CATSALUT anualment es realitza una enquesta als pacients per conèixer els nivells de satisfacció. Els resultats del present estudi concorden amb els recollits en la enquesta del 2010 en el "**Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CATSALUT per la línia de Servei**". La pregunta que formulen referent a la intimitat és la següent: "Tenint en compte les circumstàncies que suposa estar ingressat en un hospital, com valora el respecte a la seva intimitat? Per exemple, quan li fan la higiene o quan el curen".

En la gràfica 3 es mostren els resultats en dos dels centres CBC en relació amb els resultats generals obtinguts en tota Catalunya. En els tres casos el nivell de satisfacció sobre el respecte a la intimitat és entre bé, molt bé i perfecte.



Gràfica 3

Pràcticament tots els pacients (el **95%**) creuen que s'han respectat els seus valors i/o creences.

Respecte al tractament de la informació, la majoria dels enquestats creu que rep la informació en llocs adequats, el **20%** considera "que rep la informació en llocs o moments inadequats" i un **11%** subscriu "haver escoltat converses en llocs inapropiats".

4. Discussió

L'objectiu principal era conèixer l'estat de la qüestió de la intimitat entre els professionals i els pacients. Aquest objectiu es va dur a terme amb l'administració dels tests i el seu posterior anàlisi. Les hipòtesis inicials eren que: "*semblaven existir discordances entre la perspectiva del pacient, la del professional i la de la institució per la preservació de la intimitat en els usuaris dels centres socio-sanitaris.*"

En primer lloc cal destacar la coincidència entre la percepció dels pacients i les respostes dels professionals respecte al compliment de les mesures de preservació de la intimitat. Els resultats rebaten la sensació de "descuit" de la intimitat, per tant, no hi ha coincidència entre el que es plantejava inicialment del treball i els resultats obtinguts.

Un dels motius que podrien explicar els resultats i la hipòtesi inicial és que les persones ingressades en una institució viuen de manera diferent la sensació d'intimitat respecte als professionals o a terceres persones, més encara en centres sociosanitaris on el temps de convivència és llarg i es desenvolupen relacions de confiança. Això té una doble lectura. Una positiva és que permet conèixer millor el pacient i donar un tracte final més personalitzat. Però, d'altra banda, el temps és prou llarg com perquè la línia que separa el rol del pacient i del professional sigui cada vegada més estreta (familiaritat/paternalisme).

Quant més llarga és l'estada, el pacient està més adaptat, té més temps per conèixer el personal i establir vincles més propers. Així és fàcil que el pacient se senti confiat i acabi explicant confidències, comparteixi aspectes íntims i que amplii els límits del seu espai de privacitat.

A tall d'exemple, el que cal esperar és que quan la persona ingressa guardi les seves pertinences als armaris, no comparteixi informació amb el company, mantingui la cortina correguda, sigui més caut amb les seves coses..., però a mesura que passen els dies el pacient se sent més adaptat i explica experiències personals, comparteix informació privada, no corre la cortina, la porta de l'habitació la deixarà oberta... Per tant, a major temps d'estada, més informació es compartirà, més s'estrenyeran els vincles i més difícil serà gestionar el conegut com a públic i el que és font de privacitat o d'intimitat.

La relació que s'estableix amb els companys de l'habitació i amb els respectius familiars pot provocar la preferència de l'habitació doble per la individual. El raonament aportat per diversos avaluats en la part de comentaris és que prefereixen la companyia (no la solitud) en detriment de la intimitat. Aquesta mateixa familiaritat entre els companys d'habitació comporta que la informació sobre la malaltia o l'evolució es faci als professionals de referència en presència d'altres pacients o familiars. Els ingressos en les unitats de LLE provoquen familiaritat entre pacients i el personal de planta que en tenen cura, que fa que no es considerin una intromissió de la intimitat accions que en un altre context són mal vistes o no permissives: per exemple, entrar a l'habitació mentre realitzen les activitats de la vida diària (encara que també valorin positivament el fet de trucar a la porta abans d'entrar).

Un altre factor que podria explicar els resultats de l'enquesta dels pacients és que a major dependència, més probabilitat de renúncia a la pròpia intimitat. Quan una persona té limitacions físiques importants no té més remei que dependre de terceres persones per realitzar les AVD. Però, mentre el tracte rebut sigui cordial i existeixi respecte, el llinar de la intimitat disminueix, perquè un bon tracte és sinònim de confort i d'una major confiança i, alhora, a major confiança menor és el límit de la intimitat entre les persones. És a dir, encara que el professional, quan se li pregunta per la intimitat, sap respondre el seu significat, en el moment de la intervenció el valor a la intimitat disminueix, doncs sembla que en la condició de malalt queda més dissipada, doncs hi ha altres factors (curar ferides, administrar medicació, conèixer informació rellevant...) que cobren més importància que la intimitat.

Com ja s'ha dit, la població que s'atén en un sociosanitari és majoritàriament geriàtrica. Doncs bé, un altre motiu que dóna suport als resultats pot tenir aquesta lectura, i és que a més edat menys necessitat de preservar la intimitat. Això no vol dir que per ser gran no existeixi aquest dret, sinó que per a la pròpia persona hi ha altres valors de major importància en situació d'indefensió: confort, bon tracte, respecte, sensació de benestar...

En relació amb els resultats de l'enquesta dels professionals, cal dir que posa de manifest que aquests vetllen per preservar la intimitat en la seva pràctica assistencial. Es podria pensar que avui dia hi ha una interiorització del jurament hipocràtic. De fet, tal jurament s'ha convertit en un apartat de les bones pràctiques recollides en els codis deontològics de les professions (6). A més, no cal oblidar que en els codis deontològics de les diferents disciplines es recull les bones pràctiques clíniques, entre les quals hi ha el respecte cap a la persona ingressada. Hi ha una consciència global de la preservació de la intimitat sense diferències entre categories professionals.

Una dada important de reflexió és el mateix concepte d'intimitat. Tot i que els resultats són favorables del seu bon ús, el cert és que una part no menyspreable dels professionals enquestats no van contestar correctament la pregunta del seu significat. Gran part dels enquestats associen la intimitat amb allò relacionat amb la sexualitat. Així doncs, podria fer-se la següent reflexió: quant valor es pot donar a les dades resultants de l'enquesta?. Perquè fins ara s'ha dit que els resultats són favorables a la protecció de la intimitat, però una part important dels professionals es refereixen a la sexualitat... O potser caldria esperar que encara que es contesti a la pregunta de manera no del tot correcta, la praxi professional sí que és vàlida pel que fa a la intimitat?. Potser caldria analitzar els coneixements dels professionals i les seves actuacions en funció del que saben.

Aquests resultats no concorden amb un estudi que es va realitzar a professionals de la sanitat, concretament a metges i infermeres, sobre els coneixements que tenien de la intimitat i com la manejaven en la seva activitat diària. L'estudi va concloure que el 92% dels enquestats entenien quin era el significat de la intimitat, però el més sorprenent va ser que després no es tenia tan en compte durant l'activitat professional. Però la dada més rellevant va ser que també el 92% considerava que diàriament s'utilitzava la divulgació informal, via passadís, de la informació proporcionada pel pacient o familiars, la mateixa informació que se suposa que s'explica en un context privat, sota el compromís de la confidencialitat (9).

En relació amb el maneig de la informació, sembla no haver-hi un mal ús i del seu intercanvi entre professionals. Els pacients valoren de manera positiva la forma de recollir o rebre informació personal. En un sociosanitari no existeixen, com en els hospitals, unitats aïllades de tractament i intervenció, sinó que en aquest tipus de centre el pacient és un, i és tractat gairebé des de totes les disciplines, el que significa un tractament de la informació més gran que en altre tipus de centre assistencial. En part té els seus avantatges, però alhora és més difícil de controlar la seva malversació, perquè els límits del que es pot transmetre a la resta de professionals no està escrit, i la interpretació de quins han de ser aquests límits per part dels professionals tampoc està interioritzat en la praxi.

En l'estudi hi havia dues preguntes clarament diferenciades. Una d'elles feia referència a la intimitat de predomini físic, amb els elements de separació o ús d'habitacions dobles. Després havia preguntes referides a aspectes psíquics, com la importància de rebre informació davant d'altres i en llocs fora de l'habitació o del despatx. Bé, segons l'estudi no podria dir-se clarament que hi ha una diferència ben marcada entre ambdues dimensions, tant per la percepció del pacient com pels resultats obtinguts. No obstant això, val la pena aturar-se i observar que en les preguntes sobre la informació verbal sembla haver gairebé una igualtat en la resposta, veient que la gran majoria aprova el tracte i maneig que es fa. En canvi, referent a elements de separació, al voltant del 65% troba necessari la seva existència. Quina lectura s'extreu?

Els pacients fan èmfasi en la necessitat d'elements físics, però no sembla haver una exigència de llocs determinats per transmetre informació de caràcter verbal. Sembla que és més susceptible de protegir allò que es veu que el que no és visualment palpable.

La intimitat física ve donada pels límits necessaris que imposa la persona sobre el seu cos respecte als altres. En el context sanitari aquesta esfera està directament

relacionada amb la cura de la persona. La mateixa relació que sorgeix entre el professional (cuidador) i el pacient (cuidat), en un primer instant demanda d'un mínim d'intimitat que, segons com vagi evolucionant pel que fa a la confiança recíproca, pot anar disminuint d'exigència.

No obstant això, no sembla haver inconvenient a compartir habitació mentre existeixin elements de separació. Aquesta discordança davant la intimitat només s'explicaria si s'assumeix que probablement hi hagi altres prioritats més necessàries per al pacient. En persones d'edat avançada resulta més important tenir companyia les diferents hores del dia. La solitud és més difícil de suportar que tenir menys espai personal per a la intimitat.

En conclusió, la pròpia cura exigeix un mínim d'intimitat que ha de ser garantit. La obvietat de les circumstàncies de ser pacient obliga a entendre que cal lliurar un mínim d'intimitat (en l'exploració, en l'ingrés...), però al mateix temps el professional ha de tenir les habilitats de fer saber al pacient que aquesta intimitat serà tractada com a tal, com un valor propi amb respecte, sensibilitat i assumint que aquest valor és una variable tan personal com la mateixa persona. En definitiva, es tractaria de l'ètica aplicada a la cura, però que se simplifica en comprendre els principis bàsics de l'ésser humà i respectar els valors individuals. A més, el professional que treballa en un sociosanitari, té l'afegit de l'edat dels pacients i la multidisciplinarietat de les intervencions.

L'ingrés porta intrínsecament una part de renúncia o canvi de la vivència de la pròpia intimitat personal. S'accepta que el simple fet de ser pacient porta implícit el disminuir el grau d'intimitat que un té habitualment en la seva vida quotidiana, amb la família i amb l'entorn social, perquè la mateixa situació així ho condiciona. No per això s'ha d'entendre que l'ús que se'n faci ha de ser diferent del que es faria si la persona estigués sana. Vulnear aquest dret pot fer caure el pacient en un sentiment d'indefensió i de nul·litat, ja que es pot sentir delimitat respecte al professional que l'atén. Fins i tot, la sensació de pèrdua d'intimitat del pacient ingressat pot generar quadres psicològics reactius com ansietat davant de situacions que poden ser viscudes com a agents estressants precisament per la manca de control. Per contra, sentir respecte per la intimitat en un mateix augmenta el sentiment de qualitat del pacient.

Salvaguardar la intimitat no sempre depèn de la pròpia persona, de vegades implica la responsabilitat de la persona que està davant perquè l'altra no se senti fràgil o envaïda. En el cas de la persona gran aquesta capacitat de determinació queda més qüestionada quan les funcions cognitives i habilitats personals es van perdent, i no li

permeten desenvolupar-se. El mateix passa amb les persones malaltes, on la llibertat de decidir i de protegir pot fins i tot desaparèixer sent el professional qui, sota la seva subjectivitat, decideix el tracte que atorga al pacient.

És difícil gestionar aquest valor en els pacients amb limitacions psíquiques/cognitives ja que ells mateixos no poden expressar les accions que poden vulnerar la seva intimitat. És un col·lectiu més desprotegit, no dominen la seva situació ni molts menys el seu entorn, fins i tot en la pràctica assistencial, els mateixos professionals busquen altres fonts d'informació no directes (família, amics, serveis socials). És de destacar l'escassa bibliografia que hi ha sobre aquest perfil de pacient. Davant aquest buit d'informació es fa necessari proposar noves línies de treball: què passa amb aquells que no poden expressar la seva voluntat? Tenen alguna noció del valor de la intimitat? Quina importància li poden atorgar ells mateixos? Així doncs, es tractaria de buscar mecanismes per valorar la dimensió ètica en els pacients més vulnerables que queden exclosos en l'estudi.

En una anàlisi d'autocrítica, cal dir que el test no té elements de fortlesa. Encara que no es pot negar l'evidència dels resultats, potser sí que cal destacar que el format de les preguntes va dificultar l'anàlisi dels resultats.

Per augmentar la fiabilitat de les preguntes hauria estat millor haver passat el test en una mostra pilot i avaluar la consistència interna. D'altra banda, tampoc era l'objectiu del treball el disseny i validació d'un test, sinó obtenir les dades descriptives del maneig de la intimitat i obtenir dades per a futures vies d'estudi.

Arran d'aquests resultats, l'objectiu que des de la bioètica ens hem de planejar dins el marc assistencial és, en primer lloc, una formació continuada dels elements ètics. És clar que encara que s'exerceixi una bona praxi hi ha un desconeixement teòric de valors comuns entre els humans. És responsabilitat de les comissions dins dels centres fer divulgació dels aspectes ètics que es mouen en la pràctica diària.

Seria interessant establir prioritats de reflexió i d'actuació en funció de les necessitats i mancances manifestades pels pacients i professionals, donant més valor a aspectes ètics que avui dia queden en un segon pla dins de l'ètica clínica i la relació assistencial.

Annex 1

ENQUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL ASSISTENCIAL.

Aquestes dades són merament informatives i descriptives de la població que participa en l'estudi.

. Si us plau, indica la categoria laboral

Diplomats Llicenciats Auxiliars

. Si us plau, indica la unitat del lloc de treball

U. Convalescència U.C.P U Llarga Estada

EDAT
SEXE

En el marc de les accions de la Comissió d'ètica dels "Centres Blau Clínic" ens proposem valorar el nivell de preservació de la Intimitat als diferents Centres, per tal de detectar possibles disfuncions i establir accions de millora. Una de les eines que utilitzarem serà la complementació i posterior avaluació de resultats d'aquesta enquesta.

Cal que tingueu en compte:

- **És una enquesta anònima i cal que l'empleueu individualment.**
- **Demanem la màxima sinceritat perquè les dades siguin fiables.**
- **Dipositeu-la a la bústia ubicada a la planta baixa.**

Agraïm la vostra col·laboració.

1.-Com creu que s'ha de dirigir vostè als usuaris que atén?

- a) Pel seu nom i de vostè
- b) Pel seu nom i tractant-lo de tu
- c) Indistintament

2.-Vostè com a professional parla dels pacients davant seu sense tenir-lo en compte.

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

3.-Parla de temes relacionats en pacients en llocs inapropiats amb altres professionals? (ascensor, cafeteria, passadissos....)

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

4.-Dóna informació del seu procés assistencial a pacients i/o familiars en llocs inadequats? (sales d'espera, passadissos, habitacions compartides en veu massa alta,....)

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

5.-Parla amb altres professionals de temes relacionats amb la vida personal i/o privada de pacients/familiars no rellevants en el seu procés assistencial?

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint

- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

6.-Té en compte la intimitat del pacient en realitzar-li qualsevol AVD o tècnica exploratòria?

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

7.-Habitualment informa al pacient/usuari de la tècnica o procés que li realitzarà per a buscar-ne el consentiment implícit?

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

8.-Mostra respecte per les idees, creences, valors, tendències sexuals...?

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

9.-Quan recull dades dels pacients intenta preservar-ne la seva intimitat?

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

12.-Habitualment,informa primer al pacient o a la família?

- a) Sempre primer al pacient si és competent
- b) Primer a la família
- c) Conjuntament al pacient i familiars presents
- d) Abans d'informar als familiars pregunto al pacient
- e) Només informa al pacient

10.-Vostè com a professional, és un agent proactiu en la garantia del dret a la intimitat del pacient, dins la seva pràctica professional?

- a) Mai o gairebé mai
- b) Poques vegades
- c) Sovint
- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

11.-Què entén vostè per intimitat?

- a) Tot allò relacionat amb la sexualitat i les dades "sensibles" de salut
- b) Allò que sols compartim amb qui nosaltres decidim
- c) NS/NC

12.-Té dificultats per identificar la persona designada per rebre la informació del pacient?

- a) Mai o gairebé mai
- a) Poques vegades
- b) Sovint
- c) Gairebé sempre
- d) Sempre

Annex 2

ENQUESTA DIRIGIDA ALS PACIENTS

Aquestes dades són merament informatives i descriptives de la població que participa en l'estudi.

. Si us plau, indica la unitat del lloc de treball

U. Convalescència U.C.P U Llarga Estada

EDAT
SEXE

En el marc de les accions de la Comissió d'ètica dels Centres Blaucínic ens proposem valorar el nivell de preservació de la intimitat als diferents Centres per tal de detectar possibles disfuncions i establir accions de millora. Una de les eines que utilitzarem serà la complementació i posterior avaluació de resultats d'aquesta enquesta.

Cal que tinguin en compte:

- **És una enquesta anònima i cal que l'empleni individualment.**
- **Demanem la màxima sinceritat perquè les dades siguin fiables.**
- **Dipositeu-la a la bústia ubicada a la planta baixa.**

Agraïm la seva col·laboració

1. Com creu que ha de dirigir-se a vostè el personal que l'atén?
 - a) Pel seu nom i de vostè
 - b) Pel seu nom i tractar-lo de tu
 - c) Li és indiferent
2. Com creu que el personal que l'atén s'ha d'identificar?
 - a) Amb nom i càrrec que ocupa
 - b) Sols amb el nom
 - c) Li és indiferent
3. En el cas d'estar la porta tancada, creu que el personal sanitari hauria de trucar abans d'entrar?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Li és indiferent
4. En el cas de que vostè hagi de compartir habitació, creu que te dret a tenir una cortina/biombo/qualsevol element de separació?
 - a) Si
 - b) No
 - c) Li és indiferent
5. En el cas d'haver contestat Si a la pregunta anterior, quan creu que ha d'estar la cortina tancada?
 - a) Tot el temps
 - b) Durant les actuacions mèdiques o d'infermeria
 - c) Quan vostè ho consideri
6. Els metges i infermeres parlen de vostè davant seu com si vostè no hi fos?
 - a) Mai o gairebé mai
 - b) Poques vegades
 - c) Sovint

- d) Gairebé sempre
- e) Sempre

7. Tenint en compte les circumstàncies que suposa estar ingressat a un hospital, com valora el respecte a la seva intimitat?. Per exemple: quan el renten o el curen o li fan alguna prova

- a) Perfecte
- b) Molt bé
- c) Bé
- d) Regular
- e) Malament

8. Creu vostè que la petició d'informació i recollida de dades que es fa en l'ingrés ha de realitzar-se:

- a) Sols amb vostè
- b) En presència d'altres pacients
- c) Li és indiferent

9. Li han demanat qui del seu entorn familiar vol que sigui la persona de referència per rebre informació o prendre decisions?

- a) Sempre
- b) A vegades
- c) Mai

10. Ha sentit converses referents a vostè o un altre pacient en un lloc que no li sembli apropiat?

- a) Si
- b) No
- c) NS/NC

11. Ha sentit que han estat respectades les seves creences religioses i valors durant l'ingrés?

- a) Sempre
- b) A vegades
- c) Mai

12. Li han donat informació del seu estat de salut o procés assistencial en un lloc no apropiat?

- a) Si
- b) No
- c) NS/NC

Agraïments

Agrair a tots els professionals i pacients que de forma desinteressada van participar en aquest estudi.

Agrair també a la direcció dels centres Blaucínic per permetre realitzar el treball de camp en el centre i facilitar l'accés al cens de pacients.

6. Bibliografia

1. Desantes JM. El derecho fundamental a la intimidad. Estudios Públicos [revista en internet] 1992 [acceso el 10 de diciembre de 2009]; 46. Disponible en: URL: http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/doc_1212.html
2. Real Academia Española. [Diccionario on-line]. Intimidad. [Acceso el 8 de diciembre de 2009]. Disponible en: URL: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=Intimidad.
3. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An Sist Sanit Navar. 2006; 29 (supl. 3): 49-59.
4. Cortesi M C. El derecho de acceso a la información pública y la protección del derecho a la intimidad y confidencialidad. Bioética & Debat [revista en internet] 2008 setiembre [acceso el 18 de noviembre de 2009]. Disponible en: URL: <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=239&page=0>
5. Generalitat de Catalunya [Sede web]. Catalunya: departamento de salud; 2008 [acceso el 18 de noviembre de 2009]. De Monés Xiol J. La confidencialitat i el secret mèdic. Disponible en: URL: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/menor2006madur.pdf>
6. Durán Escribano. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. Rev Rol Enf 1999; 22 (4): 303-307.
7. Sanchez Carazo C. (2003). La intimidad: un derecho fundamental de todos. Madrid. Portal Mayores, nº 5 [Fecha de publicación: 30/03/2003]. Disponible en: URL: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-intimidad-01.pdf>. Consultado el 02 de septiembre de 2010.
8. Generalitat de Catalunya [sede web]. Catalunya: Institut Català de Salut; 2009 [acceso el 19 de noviembre de 2009]. Drets i deures. Disponible en: URL: <http://www.gencat.cat/ics/usuarios/drets3.htm> - 26k - 22/11/2009. Documento pdf en www.gencat.es:8000/salut/depsalut/pdf/ass.pdf. Consultado en 21 de noviembre de 2009.
9. Iraburu M, Chamorro J, de Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (3): 357-366.