



**Universitat de les
Illes Balears**

Títol: Importancia del respeto a la intimidad y la confidencialidad en la atención
enfermera al paciente.

NOM AUTOR: Ivan Martí Villalonga

DNI AUTOR: 41513637V

NOM TUTOR: Cristina Moreno Mulet

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d'Infermeria

Paraules clau: Intimidad, confidencialidad, atención al paciente, enfermería.

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2014-2015

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

Resumen

Cuando hablamos de intimidad en el medio hospitalario se entiende como el respeto al paciente en cuanto a su cuerpo y a menudo se relaciona con la confidencialidad y el secreto profesional. En situaciones cotidianas de la práctica asistencial como son las exploraciones diagnosticas, las curas o la propia higiene de los pacientes se ve vulnerada su intimidad. De igual manera ocurre con la confidencialidad pudiendo ser vulnerada dando información en contextos en que se vulnera fácilmente este derecho o en lugares inadecuados. Así como, a causa de las nuevas tecnologías que han facilitado enormemente el acceso a la información de los datos personales de los pacientes, pero también resulta más fácil el acceso por personas no autorizadas.

La pérdida o vulneración de estos conceptos provocan una inestabilidad en los pacientes, pudiendo provocarles sentimientos de ansiedad e incluso miedo. En el presente trabajo se pretende dar a conocer en mayor medida estos conceptos y analizar como los perciben los pacientes y sus familiares/acompañantes y en qué medida les afecta y les dificulta durante su estancia hospitalaria. También, se intentara dar a conocer qué factores de riesgo existen e influyen de forma negativa sobre la intimidad y confidencialidad de los usuarios. Y que actuaciones se pueden llevar a cabo para reducir estas vulneraciones y mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave

Intimidad, confidencialidad, atención al paciente, enfermería.

Introducción

Hoy en día, con tantos avances científicos la sanidad y la atención a los pacientes encuentra elementos facilitadores respecto a antaño. Pero, si bien tecnológicamente la situación mejora, debemos fijarnos en si paralelamente la atención humana al paciente también sigue esta evolución o nos estamos centrando demasiado en la atención de la enfermedad y muy poco en la propia persona en su formato biopsicosocial. En mis prácticas de enfermería he podido observar como en muchas ocasiones se vulnera al paciente en este aspecto. Tanto la intimidad y la propia dignidad del paciente se deja en

segundo plano desde que es despojado de su propia ropa y se saca de su entorno para vivir temporalmente en un entorno hostil para uno mismo. Es por esto que creo que es un buen tema a tratar ya que es un derecho vital que se respete al paciente.

En primer lugar, definimos la intimidad como “el derecho a preservar de los otros todo aquello que tiene que ver con lo más interno de uno mismo”. Implica la capacidad de cada uno de decidir a cerca de uno mismo y esta se preserva incluso cuando la capacidad de decisión esta disminuida o desaparece (Castellano, 2014). Esto podemos ejemplificarlo con un hecho que recuerda la relevancia de este aspecto. Así como la mayoría de los derechos se extienden hasta el fin de nuestros días, el derecho a la intimidad prosigue tras la muerte. Los difuntos siguen teniendo derecho a que se preserve su intimidad y su confidencialidad. Es por eso que, los conceptos de dignidad, privacidad y el respeto son tan importantes y omnipresentes en el entendimiento humano que el sistema universal de salud necesita valorarlos incluso en el momento de la muerte de los pacientes (Whitehead & Wheeler, 2008).

En la práctica asistencial, una enfermera siempre está obligada a proteger información confidencial sobre pacientes, a menos que sea requerida por la ley para divulgar la información. O cuando el individuo está incapacitado en una situación de emergencia, los profesionales pueden generalmente hacer revelaciones si se determina que implica un mayor beneficio para el individuo (McGowan, 2012). Es decir, únicamente en situaciones en que prima el beneficio sobre el perjuicio, donde el principio de beneficencia se ve aumentado sobre el principio de no maleficencia, se pueden vulnerar estos derechos.

En segundo lugar podemos definir el termino confidencialidad como una subcategoría de la intimidad que engloba la parte de la información personal del paciente, con los hechos, las noticias y los documentos privados y su protección radica en evitar la difusión de tales informaciones que nos han sido reveladas. Por este motivo, si se vulnera la confidencialidad también se vulnera la intimidad y por eso “tanto la vida privada como la intimidad poseen elementos comunes. En ambas rige la libertad, existiendo la conciencia social de no intromisión, de ahí surge la necesidad de que se proteja legalmente” (Lamelas, Rodríguez, Fernández, & Santiago, 2008).

El respeto de estos conceptos debe establecer la base de la relación profesionales-pacientes suponiendo la obligación de guardar en secreto los datos que el paciente facilita. En la actualidad, vivimos en una sociedad que quita importancia a estos conceptos y “la intromisión en la vida privada de los demás” es algo cotidiano e

“implícito a la condición humana”. Por ello es común que en el entorno sanitario también existan numerosas vulneraciones evitables por los profesionales. Desgraciadamente, en la experiencia como enfermera clínica se observa diariamente cómo los pacientes son transportados de su habitación al baño o a otras partes del hospital para la realización de pruebas, semicubiertos y vulnerando la intimidad de su cuerpo. Igualmente, son expuestos cuando son examinados por cualquier miembro del equipo de salud. Ante estas situaciones siempre se nota la incomodidad en los gestos de los pacientes de sonrojarse y voltear la cara lejos de la mirada de quienes lo observan, y en el afán por quererse cubrir, ya sea con sus manos o con sábanas (Arcos & Huertas, 2010).

Actualmente existen numerosas leyes que protegen los derechos de intimidad y confidencialidad de las personas, por lo que es de vital importancia que el personal las conozca. El juramento de la enfermera de Florence Nightingale cita textualmente: “Haré todo lo que este a mí alcance para elevar el nivel de la enfermería y considerare como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mí profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes” (Crusellas Lou et al., 2013).

Como expresa el CIE (Concilio Internacional de Enfermería): “La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con otras personas en caso necesario” (Taquechel, 2007).

Finalmente, como recoge Jesús Molina, la Constitución Española enuncia en su artículo 10.1 que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamentos del orden político y de la paz social”.

Y la “Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula el derecho a la intimidad y a la confidencialidad, así como el derecho a la información y el consentimiento por parte del paciente” (Anexo 1). Parecida a la regulación que se recoge en la “Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En esta última, los datos relativos a la salud van a ser definidos como especialmente protegidos, al igual que en la Recomendación R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros relativa a protección de datos médicos” (Mula, 2007).

Objetivos generales y específicos:

El objetivo general del trabajo es conocer el impacto sobre el paciente provocado por las acciones negativas que realizan, durante su práctica asistencial, las enfermeras relacionadas con la vulneración de la intimidad y del secreto profesional.

Como objetivos específicos:

- Analizar los tipos de impacto que existen sobre el paciente (físico, emocional, social, etc.).
- Analizar como estas prácticas negativas afectan al paciente y la familia.
- Conocer si las investigaciones tienen en cuenta a la unión paciente-familia o solo se centran en uno de los dos casos.
- Conocer qué factores durante la práctica asistencial aumentan el riesgo de vulnerar la intimidad y la confidencialidad.
- Y finalmente buscar estrategias para reducir estos factores.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se han seguido las estrategias de búsqueda reflejadas en la tabla del Anexo 2, utilizando los descriptores siguientes:

- Confidentiality
- Nursing
- Patient Care
- Privacy

Clasificación de los artículos elegidos

CINAHL: De los 6 artículos elegidos encontramos un ensayo, una editorial y el resto son estudios cualitativos fenomenológicos y de casos.

IBECS: De los 5 artículos elegidos todos son estudios cualitativos excepto una guía de buenas prácticas.

Cuiden Plus: De los 8 artículos elegidos encontramos dos revisiones bibliográficas y el resto son estudios cualitativos descriptivos y fenomenológicos.

Pubmed: De los 10 artículos elegidos encontramos cuatro revisiones bibliográficas, un ensayo, una editorial y cuatro estudios cualitativos.

Resultados

Se divide el análisis de los datos encontrados en diversos apartados. En primer lugar se hablara de los tipos de intimidad y su impacto (físico, emocional) sobre los usuarios junto a la percepción que se tiene de la intimidad por parte del personal sanitario. Seguidamente, se trata como estos impactos afectan sobre los usuarios y se expondrá la clasificación de estos impactos según las necesidades básicas afectadas. En tercer lugar, se reflejará en qué medida los estudios incluyen el entorno del paciente (familia, amigos, etc.) en su atención. En cuarto lugar, se expondrán los riesgos y situaciones que favorecen la vulneración de la intimidad del paciente. Y, finalmente, se recogerán estrategias e indicaciones para reducir estas vulneraciones.

1. Tipos de impacto que aparecen sobre el usuario.

Desde el punto de vista de la enfermería, “se identifican unas facetas muy bien definidas dentro de este concepto: las de la intimidad física, la intimidad psíquica, la intimidad socio-cultural y la relacionada con la información y la confidencialidad”. Para mantener la intimidad física debemos evitar “desvestir a las personas sin justificación” y en la menor medida de lo posible quitando solamente la ropa necesaria o buscar formas de realizar las exploraciones físicas de manera menos agresiva para la intimidad y solamente en presencia de los profesionales necesarios. La intimidad psíquica se refiere a la dimensión psicológica de la misma, siendo única y diferente para cada persona. La intimidad social y cultural incluye como es sentida según la cultura y la sociedad de cada uno. Finalmente, la confidencialidad debe relacionarse con la intimidad a la hora de proporcionar o manejar la información (Gutiérrez et al., 2008). En cambio otros autores añaden otro concepto como es el del entorno familiar. El ingreso hospitalario y concretamente en unidades de cuidados intensivos, supone una separación y ruptura de los roles familiares y el distanciamiento de los seres queridos desencadena una pérdida

de apoyo afectivo (Amorós Cerdá, Arévalo Rubert, Maqueda Palau, & Pérez Juan, 2008).

Finalmente, como recoge Medina Castellano, algunos investigadores añaden otra conceptualización como es la intimidad decisoria, que “hace referencia a la facultad de la persona de tomar sus propias decisiones y actuar de acuerdo a ellas, libre de intervenciones externas”. Es por eso que se debe remarcar uno de los inconvenientes que plantea la intimidad decisoria: “la dificultad de que las decisiones del individuo en relación con su intimidad no afecten a otros” (Castellano, 2014).

1.1. Intimidad Física

Las situaciones propias de los cuidados prestados por los profesionales de la salud exigen frecuentemente el “desvelar aspectos de la intimidad corporal”, que normalmente quedarían reservadas para las “relaciones especiales y limitadas de familiaridad” (Lamelas et al., 2008). El sentido oculto del cuerpo en nuestra cultura ha trascendido hasta el punto de intentar modificar o “disfrazar” en el lenguaje, los órganos genitales. Esto es evidenciado en la mayoría de las personas entrevistadas en un estudio, donde evaden la palabras específicas de los genitales y para referirse a estos dicen: “*las cosas*”, “*por allá*”, “*lo oculto*”, “*las necesidades*”; en ningún momento se habla del pene o la vagina, evidenciando la concepción de prohibición, pecado y culpa que recae sobre el cuerpo de hombres y mujeres. En cambio, la enfermería durante años ha retomado un modelo de atención biologicista, que provoca que se desplacen los cuidados centrados en la persona por cuidados meramente técnico-instrumentales. Por lo tanto, a los profesionales de la salud, nos parece normal ver a nuestros pacientes desnudos, nombrando a los órganos genitales por sus nombres y en raras ocasiones nos detenemos a reflexionar, sobre qué está pensando o sintiendo la persona en ese momento (Arcos & Huertas, 2010). El personal sanitario en muchos casos entra en las habitaciones o boxes directamente sin dar importancia que en ese momento está entrando en el espacio personal del paciente, invadiéndolo sin pedir permiso alguno. Se informa del estado de salud del paciente delante de otros pacientes y/o familiares ajenos a él y comúnmente desde habitaciones separadas por cortinas o biombos se puede escuchar fácilmente información ajena comentada entre los profesionales (Lin & Tsai, 2011).

Existen dos categorías de factores que condicionan la vivencia de la intimidad por parte de los usuarios en el ámbito sanitario. Estos pueden ser clasificados en extrínsecos e intrínsecos. Los factores extrínsecos del entorno que condicionan la vivencia de la intimidad por el paciente-familia son las barreras físicas (cortinas, biombo, persianas, paredes, puertas,...), los instrumentos que favorecen a asemejar el espacio al hogar (TV, periódicos, libros, revistas, fotos,...) y la política de visitas de la unidad ya que recae en la mayor o menor restricción de estas la comparación con el hogar y la libertad de la intimidad. Como factores intrínsecos están “el nivel de dependencia-independencia del paciente, la implicación de la familia en los cuidados y las experiencias previas de hospitalización del paciente-familia” (Gutiérrez et al., 2008).

1.2. Intimidad emocional

La intimidad psicológica o emocional implica la capacidad que tiene el usuario de revelar sus sentimientos y pensamientos más profundos. Es un proceso en el cual el usuario mantiene una relación con los profesionales y su entorno, en la cual proporciona su confianza compartiendo algo profundo de sí mismo. Por este motivo el respeto a la intimidad emocional va ligada al respeto a la confidencialidad. Por ello, romper el deber de confidencialidad tiene que estar realmente justificado y “ser el último recurso posible para el abordaje del conflicto planteado”. Silvia Amorós en su estudio, enmarca esta categoría como una subcategoría dentro de la intimidad física puesto que, es a causa de la vulneración de la primera que en gran parte se ve afectada la segunda. (Amorós Cerdá et al., 2008).

Hay que destacar, que no se debe respetar únicamente aquellas cuestiones reveladas por el paciente, si no se dispone de su permiso, sino también toda la información respecto a su estado de salud. Actualmente, con las historias de salud informatizadas, cualquier profesional sanitario con acceso a la base de datos puede conocer información de cualquier paciente hospitalizado. “Por ser un instrumento vinculado a la asistencia del paciente, la historia clínica debe ser necesariamente accesible a los profesionales encargados de su tratamiento y cuidado” (Lamelas et al., 2008). Por ello, la historia clínica informatizada puede ser un arma de doble filo ya que si bien proporciona un control de la información y una accesibilidad mucho mayor, también facilita la vulneración de la confidencialidad y por lo tanto, de la intimidad emocional de los pacientes.

1.3. Percepción de la intimidad por los profesionales sanitarios.

En el estudio de Fidel López Espuela, se analiza la percepción de la intimidad por parte de los profesionales de la salud, observando la otra parte afectada en relación con el usuario. Se observa que los profesionales definen el concepto como algo “personal e intransferible”, diferente para cada individuo y que se vivencia de distinta manera según la situación y el contexto en el que se encuentre uno mismo. Los profesionales lo consideran “algo íntimo que incluye sentimientos, emociones, valores y que está unido al respeto y la educación”.

Los resultados de este estudio, recalcan que “la habitación individual no es la panacea”, y que aunque se dispone de recursos como biombos, puertas y cortinas, algunos profesionales no los utilizan, por “mecanización en sus conductas”, provocando una “disminución en la calidad asistencial, no consiguiendo el nivel óptimo por falta del detalle fino, ya que la calidad científico-técnica de los cuidados enfermeros si es reconocida por el paciente” (Espuela et al., 2009). Una queja común en los profesionales es no haber podido encontrar suficiente tiempo para cuidar la intimidad del paciente. Con presiones debido a la reducción del personal, carga de trabajo y la demanda de eficiencia, las enfermeras sienten que descuidan algunos aspectos de la atención y por lo tanto en ciertos casos podrían haber fallado y no haber cumplido las expectativas de calidad general (Picco, Santoro, & Garrino, 2010).

Adicionalmente cabe destacar como en los artículos revisados se observa una diferencia marcada entre la percepción de la intimidad y la confidencialidad entre los pacientes-familia y los profesionales sanitarios. Analizando los resultados de diversos estudios encontramos las características siguientes:

1. En primer lugar se observa un destacado desconocimiento sobre los derechos y los deberes de los pacientes por parte de los usuarios. Esto podría influir en una menor exigencia al derecho a la intimidad, confidencialidad y vulneración de la imagen del cuerpo (Crusellas Lou et al., 2013).
2. Aunque, en cuanto a la confidencialidad, cabe destacar que en los estudios realizados, los pacientes dan una mayor importancia a este tema que los propios

sanitarios. Y estos últimos reconocen que no es una cuestión bien tratada en el ámbito sanitario a pesar de las leyes (Iraburu, Chamorro, & Pedro, 2008).

3. También se observa que los hombres refieren un menor impacto emocional y social en la vulneración de la intimidad física respecto a las mujeres. Históricamente el pudor se ha relacionado con símbolos femeninos que no responden a la representación del estereotipo masculino, comportamientos y actitudes varoniles sin mayores miramientos de un cuidado del pudor corporal ni sexual (Arcos & Huertas, 2010).
4. En los profesionales existe cierta dificultad para encontrar la definición de intimidad, lo confunden con “educación, información al paciente y comunicación como proceso de comunicar” (Espuela et al., 2009).
5. Es cuando los profesionales han formado parte del sistema sanitario como usuarios cuando captan “la verdadera dimensión del término identidad”. Es importante destacar como su percepción mejora y “son conscientes y sensibles de que el aumento de la calidad de los cuidados pasa por respetar a la persona y su intimidad” (Espuela et al., 2009).

2. Nivel de afectación sobre el usuario.

Los tipos de impacto anteriores afectan de diversas formas a los pacientes y a su entorno. Por ese motivo resulta interesante conocer en qué forma se ven afectados, como se sienten y como lo manifiestan los usuarios. Los pacientes manifiestan que la exposición de su cuerpo y el de otros ocurre durante los procedimientos realizados por el equipo de enfermería, tales como: baño, higiene, cambio de ropas, curas, entre otros. Esta exposición, a veces innecesaria, provoca vergüenza, incomodidad, preocupación, inseguridad y estrés psicológico durante la hospitalización (Soares & Dall’Agnol, 2006). Se puede evidenciar que la mayoría de los pacientes entrevistados en un estudio manifestaron sentimientos de “nostalgia, pena, dolor en el corazón, molestia, pesar, vergüenza e incomodidad” cuando su cuerpo fue expuesto desnudo. Por este motivo comprender como se sienten y piensan los pacientes y todos los seres humanos cuando nos encontramos en el papel de enfermos, señala un camino para brindar un cuidado de calidad (Arcos & Huertas, 2010). En el estudio de Ribeiro Souza, se observa que tras entrevistar a pacientes, el 60% expresa haber sentido incomodidad y vergüenza durante

el proceso de atención de enfermería al verse obligados a exponer su propio cuerpo. Algunos de los comentarios que expresan son (Souza & Brandão, 2013):

“Tengo vergüenza de que me atienda un hombre...(Paciente mujer)”.

“Mi mayor dificultad es tener que quitarme la ropa”.

“Siento vergüenza al tener que quitarme la parte inferior...”.

“Mi vergüenza es al tener que tomar el baño, no puedo hacerlo solo por lo que me tiene que ayudar la enfermera”.

En otro estudio similar realizan comentarios parecidos tales como (Soares & Dall’Agnol, 2006):

“Cierran la puerta de la habitación al lavarnos, pero no estamos solos (habitación compartida), podemos verlo todo y no ponen ninguna cortina ni biombo”.

“En el momento de poner la sonda ellos piden que los familiares salgan de la habitación pero aun así los profesionales van y vienen abriendo la puerta y todos desde fuera pueden observarlo”.

La vulnerabilidad es otro de los sentimientos compartidos por algunos pacientes, que se sienten débiles y menospreciados por el personal sanitario en algunas ocasiones refiriendo *“Cuando nosotros hablamos parece como si dijéramos tonterías para ellos”* (Amorós Cerdá et al., 2008). Esta situación es realmente preocupante ya que un aspecto muy importante en el respeto a la intimidad es el respeto para el propio paciente el cual debe ser escuchado y tratado con dignidad. Narciso Vieira recoge claramente cómo afecta al paciente la vulneración psicológica del paciente mediante la vulneración de su privacidad, sus secretos y su confidencialidad. En su estudio los encuestados informaron que el equipo de salud realiza comentarios en voz alta sobre temas de pacientes mencionando diagnósticos, procedimientos realizados y el estado general del paciente. Los diálogos a veces pueden ser escuchados por aquellos que únicamente visitan a algún paciente, otros pacientes y/o personal de otros sectores del hospital como mantenimiento, limpieza, etc. Algunos pacientes refieren (Soares & Dall’Agnol, 2006):

“En la unidad, las enfermeras dicen en voz alta cosas privadas de un paciente, compartiéndolo con los demás profesionales no involucrados en su cuidado. Tales comentarios pueden ser escuchados por los familiares de los pacientes, visitantes y otros profesionales externos de cuidar como el personal de limpieza”.

“No es agradable cuando ellos (los integrantes del equipo de salud) hablan de los otros pacientes sobre cosas que la gente no precisa saber”.

“La otra vez que estuve ingresada, reclame sobre las conversaciones del personal a la hora del baño de los pacientes”.

Estos ejemplos demuestran el desagrado y el descontento de los pacientes al recibir estas prácticas en el proceso de atención a los pacientes. Esto produce una pérdida de la confianza hacia los profesionales y una disminución de la calidad asistencial a la vez que se vulnera el derecho a la intimidad.

2.1. Clasificación del impacto según necesidades básicas.

Soldevilla Cantueso, en su estudio, clasifica las vulneraciones según algunas de las necesidades básicas del paciente que se ven alteradas durante la hospitalización (Soldevilla-Cantueso, Solano-Corrales, & Luna-Medina, 2008).

En la necesidad de **eliminación**, se refleja “pudor a la hora de compartir el baño con alguien desconocido”. Sobre todo para los pacientes que precisan cuña ya que reflejan que es una situación muy desagradable por los siguientes 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.”

En el aspecto **higiene**, los pacientes comentan que por el pudor mantienen un “rechazo inicial” pero que “desemboca en su adaptación gracias a la naturalidad con que el personal aplica los cuidados”.

En la necesidad de **comunicación**, encontramos tres puntos importantes:

1. Diariamente los pacientes “son sometidos a revisiones que implican una exposición corporal que ya de por sí es intimidatoria” y agravándose con la presencia de compañeros de habitación y sobre todo por otros profesionales (estudiantes de enfermería y medicina, residentes, enfermeros, etc.).
2. En la comunicación entre los pacientes y los profesionales a menudo se realizan preguntas muy personales del paciente provocando que en ocasiones se sienta “cortado” y pueda no decir la verdad. Como refleja un paciente: *“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, 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”.

En la necesidad de **sueño**, se refleja malestar a causa de la vulneración de las horas de sueño por parte del personal. Se observa como son mas permisibles y entienden mejor las molestias recibidas por parte del compañero/a de habitación pero no las causadas por los acompañantes (ronquidos, televisor, radio...), que empeora según el estado anímico del paciente. Como refleja Woogara, casi todas las actividades hospitalarias se basan en una rutina. Los pacientes tienen que levantarse a una hora determinada por la mañana, muchos sin haber descansado lo suficiente al haber perdido el control sobre su patrón del sueño. Durante el día los que intentan recuperar el sueño perdido se ven constantemente interrumpidos por diversas demandas que se les impone como visita de médico, curas de enfermería, visita de los fisioterapeutas, etc. (Jay Woogara, 2005).

En el aspecto **nutrición**, expresan que es desagradable tener que comer junto a desconocidos aunque reconocen que “no supone más problema ya que disponen de mesitas individuales y fáciles de desplazar”.

En la necesidad de **ocio** y en cuanto al horario de visitas difieren según la situación y preferencias de cada uno. Algunos están a favor del horario de visitas abierto y otros

piensan que “puede llegar a ser molesto, dada la cantidad de familiares que se acumulan en las habitaciones”.

Por último, en el aspecto **realización personal**, aunque en un principio, la mayoría prefiere habitaciones individuales y con un único acompañante “para lograr un alto grado de intimidad”, la mayoría llegan a tener una “buena conexión con su compañero de habitación” y llegan a preferir estar acompañados para “así sentirse más arropados durante su estancia”.

3. ¿Paciente o paciente-entorno?

Un aspecto a destacar es el conocer la importancia que se da a la vulneración de la intimidad no solo al paciente como único individuo sino a él y todo su entorno, puesto que durante su atención, también está presente en muchos momentos. Después de analizar la bibliografía encontrada observamos que hay disparidad en los estudios, algunos centrándose únicamente en el propio paciente y otros también en el entorno, dando importancia a la familia (Crusellas Lou et al., 2013), (Latour & Albarran, 2012), (Gutiérrez et al., 2008), (Arévalo Rubert, Maqueda Palau, Pérez Juan, & Amorós Cerdá, 2009).

El estudio de Latour y Albarran, centrado en la intimidad y la confidencialidad del paciente crítico recoge que las prácticas de atención al conjunto paciente y familia son otra forma de respetar la privacidad del paciente en las unidades de cuidados críticos, aunque hay debate sobre hasta qué nivel se pueden involucrar los familiares en el cuidado del paciente. Varias de las preocupaciones en torno a la presencia de la familia radican en su presencia durante cuidados críticos del paciente y durante las rondas. La política de visitas que se propone es de visitas sin restricciones en tiempo y número de familiares. En estos casos el personal se opone por la facilidad de la violación de la intimidad y confidencialidad del paciente puesto que será fácil escuchar información de otros pacientes. Un argumento a favor es que asumir el riesgo es viable si se obtiene un aumento en el respeto al paciente y la sensibilidad de la familia. Claro está que una buena solución al problema sería la posibilidad de sustituir los boxes por habitaciones individuales (Latour & Albarran, 2012).

En otro estudio de un total de 274 encuestas sobre el grado de intimidad en el servicio de urgencias, 74 se realizaron a familiares/acompañantes. Es curioso observar

cómo, aunque no difieren mucho, las respuestas de los familiares son más exigentes que los propios pacientes en cuanto al grado de cumplimiento del respeto. Un 86% de pacientes opina que si se tiene cuidado de su intimidad, frente a un 70% de familiares/acompañantes. También, los pacientes valoran en un 71% que no se vulnera su imagen, frente un 61% de los familiares/acompañantes (Crusellas Lou et al., 2013).

Otro estudio se centra en la influencia de los familiares/acompañantes sobre el propio paciente y sobre los demás. Las familias actúan también como observadores potenciales durante la visita estando más pendientes del entorno y del aparataje que del paciente en sí. Observan las características de otros individuos y las similitudes con el familiar ingresado y buscan respuestas en los profesionales presentes. A veces, estas miradas resultan incómodas y desafiantes tanto para los demás pacientes como para algunos profesionales (Arévalo Rubert et al., 2009).

Finalmente, como he dicho con anterioridad, uno de los factores intrínsecos que determinan la vivencia de la intimidad del paciente es el nivel de implicación de la familia. En un estudio realizado en diferentes unidades de un hospital de Córdoba mediante entrevistas, nos revela la importancia de la implicación de la familia en los cuidados y engloba la intimidad del paciente como la intimidad paciente-entorno. Es importante recalcar que para hacer a la familia partícipe antes se tiene que dar una fase de enseñanza por parte de los profesionales sanitarios. Esto junto a la posterior participación favorecen una comunicación más fluida y el establecimiento de unas relaciones más estrechas con los profesionales, favoreciendo interacciones dentro de la intimidad consentida. También es importante remarcar que cuando la familia está implicada en los cuidados el conjunto “paciente-familia alcanza un nivel de independencia mayor que el nivel que tenía el paciente de manera individual”. Como cita este mismo estudio, Quero Rufián en sus trabajos sobre los cuidadores familiares en el hospital, nos habla sobre la influencia del espacio físico hospitalario sobre el paciente-familia y en cómo se adaptan a este entorno considerado como hostil. También, trata sobre las relaciones humanas entre enfermera-cuidador concluyendo respecto a este tema en la necesidad de un “nuevo marco relacional entre los profesionales y los cuidadores” (Gutiérrez et al., 2008).

4. Factores de riesgo y situaciones que favorecen la vulneración de la intimidad.

Sobre este tema, hay que destacar que la rutina del hospital es bastante compleja porque implica un contexto tecnológico, una tensión constante para el personal, los pacientes y sus familias, con lo que diversos componentes éticos y técnicos deben ser analizados por los involucrados en el proceso. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los profesionales para humanizar la atención, sigue siendo una tarea difícil, ya que requiere actitudes individuales y colectivas para que se respeten la privacidad de los pacientes, la individualidad y la dignidad (Viana, Cunha, Silva, & Sauaia, 2013).

En primer lugar, uno de los principales factores de riesgo y situación en que se vulnera fácilmente la intimidad del paciente, es la realización de comentarios sobre el estado de salud de los pacientes en los pasillos o en lugares desde donde los pacientes/acompañantes pueden escuchar información privada. En un estudio el 25% de los pacientes había escuchado las conversaciones de otros pacientes con el médico o la enfermera. También cita que estos datos concuerdan con una encuesta a profesionales en la que más del 40% manifestó dar la información “siempre” o “casi siempre” en el pasillo o delante del compañero de habitación (Durate, Lahoz, Noaín, Mirallas, & Moros, 2013). Durante la práctica asistencial es necesaria una interacción de información entre los diferentes profesionales del equipo, pero cabe recordar que, aunque es una práctica común, se debería realizar en lugares desde donde se mantuviera la privacidad de los pacientes.

Un estudio sobre el respeto de la intimidad en unidades de cuidados intensivos explica cómo se entiende que el mantenimiento de la privacidad del paciente en los cuidados críticos es una tarea difícil debido a la estructura física y el tipo de atención. Aunque los profesionales de enfermería señalizan preocupación por el tema, se evidencian situaciones de descuido de la protección de la intimidad corporal. El cuidado y la preocupación de preservar la privacidad de los pacientes, especialmente los jóvenes, se mantiene cuando están conscientes, lo que no ocurre cuando se encuentran en un estado de sensación, somnolencia o coma. Dos enfermeras relatan:

“Cuando me ocupo de los pacientes suelo usar biombos y/o cortinas, pero cuando están en coma no siempre los utilizamos”.

“Sólo pensamos en esta cuestión cuando se habla de ello. Todo el mundo hace las cosas sin malicia y el cuerpo se expone principalmente en el baño. Si el paciente está despierto tienen cierta preocupación, pero por lo general no protegen al paciente. Rara vez se pone un biombo. Creo que necesita cambiar porque si estuviera en el lugar del paciente me gustaría que fuera diferente.”.

Los profesionales de enfermería confirman los fracasos en la protección del cuerpo y la intimidad de los pacientes, reconociendo que la privacidad es violada constantemente en el servicio. Así surge la necesidad de reflexionar sobre tal conducta y la necesidad de introducir cambios en la realidad presentada por los propios profesionales (Baggio, Pomatti, Bettinelli, & Erdmann, 2011). Por eso cabe recordar, que como he dicho anteriormente, el respeto al paciente y a su intimidad se debe preservar más allá de su nivel consciencia, incluso después del fallecimiento.

En segundo lugar, existe otra vía de vulneración que pasa desapercibida por la mayoría como es la vulneración de la confidencialidad a través de las historias clínicas y documentación de los pacientes. Como vivencia personal en mis prácticas clínicas, una práctica común en las unidades es ver documentos con información de los pacientes por encima de los carros de curas, mostradores e incluso, en ocasiones, en las habitaciones de los pacientes. Estas prácticas habituales favorecen que la información pueda ser leída por otras personas ajenas al paciente vulnerando así su confidencialidad. En cuanto a las historias clínicas, hoy en día el acceso electrónico a ellas hace posible que sea muy fácil que se vulnere la confidencialidad. Es necesario que el equipo de salud tenga acceso a la información del paciente pero otros profesionales de la unidad o del centro no deberían acceder a esas historias si no son sus pacientes. También hay que recordar que al ser un registro electrónico puede ser vulnerado por ataques de virus pudiendo filtrarse información privada por las redes, motivo por el cual es importante que la información este correctamente cifrada y sea de difícil acceso. Ejemplos de estos casos los cita un estudio clasificándolos según el nivel de amenaza como se recoge en el Anexo 3.

Algunos ejemplos mediáticos y conocidos de estas vulneraciones son los siguientes (Henarejos et al., 2014):

- “Acceso a los datos de la hija menor de una doctora que trabajaba en un centro hospitalario, por parte de trabajadores del mismo sin consentimiento de la madre (2007). Tanto personal médico como administrativo accedieron a los

datos médicos de la menor para consultar, modificar e imprimir información, sin previa autorización de su madre, trabajadora del centro (nivel 2)”.

- “Cuatro mil historias clínicas de abortos se filtran en la red a través de eMule (2008). Un empleado de una clínica, que intentaba descargarse archivos desde el ordenador del trabajo a través de eMule, pudo provocar que 11.300 historias clínicas, de ellas 4.000 de casos de aborto, terminasen expuestas a cualquier internauta (nivel 1)”.
- “Un virus se introduce en los ordenadores de Sanidad (2009). Un virus se introdujo en los ordenadores de los hospitales y centros de salud madrileños. La incidencia impidió el acceso a las historias clínicas y las analíticas de los pacientes (nivel 5)”.
- “Una unidad flash fue robada del Departamento de Personal de un Hospital Provincial (2010). La unidad contenía datos personales que fueron robados tras forzar la puerta de un despacho (nivel 4)”.
- “Filtradas a través de Google 2 radiografías de pulmón de un paciente (2011). Un grupo hospitalario español tuvo que indemnizar a un paciente que, haciendo una búsqueda por Google, encontró 2 radiografías de pulmón que se le habían practicado (nivel 3)”.

En último lugar, como he reflejado en la introducción, esclarecer que existen algunas circunstancias y/o riesgos de vulneración en que el profesional de salud se ve obligado por ley a vulnerar el secreto profesional y la confidencialidad en circunstancias como (Mula, 2007):

1. Cuando se atiende a personas que puedan haber sido víctimas de un delito, pues es obligatorio denunciarlo a la autoridad competente, como señala la Ley de Enjuiciamiento Criminal en los artículos 259, 262 y 264 y el Código Penal en su artículo 450.
2. Ante enfermedades de Declaración Obligatoria.
3. En casos de mala praxis.
4. En caso de ser requerido en un juicio. La ley de Enjuiciamiento Criminal reconoce el derecho a testificar a eclesiásticos y funcionarios públicos, tanto civiles como militares, de cualquier clase, cuando no pudiesen declarar sin violar el secreto que estuviesen obligados a guardar (artículo 417).

Como refleja Iraburu, “sería lícito que un profesional sanitario no guarde confidencialidad cuando otra u otras personas estén en riesgo cierto y próximo de sufrir un perjuicio grave, y este daño sea evitable con la ruptura de la confidencialidad” (Iraburu, 2006).

5. Estrategias para reducir la vulneración de la intimidad y la confidencialidad.

Como ya se ha dicho, las vulneraciones son comunes en mayor o menor medida en nuestro entorno, algunas fácilmente evitables y otras precisan de una modificación de la situación actual y del entorno físico. No obstante, algunos autores pretenden aportar algunos consejos para reducirlas y concienciar a los profesionales para mejorar la calidad en la atención sanitaria. Algunas de las propuestas que se hacen son:

a) Respeto a la intimidad física del paciente:

- ❖ Tratar al paciente con consideración y respeto en cualquier situación (Iraburu, 2006).
- ❖ Proteger su intimidad física ante las vulneraciones por parte de acompañantes y compañeros/as de habitación mediante dispositivos físicos como biombos o cortinas (Iraburu, 2006).
- ❖ Utilización de un sistema de carteles o señales de aviso para que no se entre en una habitación durante las higienes y procedimientos. Y en caso de ya estar implantado, respetarlo exhaustivamente (J. Woogara, 2005).
- ❖ Rediseño de camiones y pijamas para evitar la sobreexposición innecesaria del paciente (J. Woogara, 2005).

b) Respeto a la historia clínica informatizada:

- ❖ Acceder únicamente a los datos de la historia clínica necesarios para un fin legítimo (Iraburu, 2006).
- ❖ Extremar el cuidado en la utilización de la HCI (no ceder claves, no dejar el programa abierto...) (Iraburu, 2006).

- ❖ “No utilizar el correo electrónico para intercambiar datos de salud, y si fuera imprescindible, utilizar cuentas corporativas de la organización de salud, firmando y cifrando los datos transmitidos utilizando un certificado electrónico” (Henarejos et al., 2014).
- ❖ Realizar actividades formativas sobre el manejo de las claves de acceso y la importancia de usarlas éticamente y únicamente para conocer datos de los propios pacientes (Peralta et al., 2012).
- ❖ No utilizar los sistemas informáticos del centro para acceder a paginas de ocio (Facebook, Youtube, Twitter, etc) y disponer de un antivirus actualizado para evitar la entrada de virus y software malicioso (Henarejos et al., 2014).

En un estudio que examina el impacto de los registros electrónicos en el sistema de salud anglosajón, refleja que las obligaciones de los profesionales respecto a este tema son (Ros Moore & Stonham, 2010):

- Saber cómo y cuando un registro puede ser compartido.
- Conocer que al acceder a un registro se registra quien ha accedido a él y solo acceder desde el usuario y contraseña propio (que no debe ser en ningún caso revelado y prestado a otra persona).
- Conocer las consecuencias para los profesionales que incumplan la confidencialidad y las leyes que protegen estos datos.

c) Respecto al respeto a la confidencialidad:

- ❖ Formación e información a los profesionales y usuarios sobre la confidencialidad (Peralta et al., 2012).
- ❖ “Preguntar al paciente, al inicio de la relación clínica, si quiere ser informado y a quién más quiere que se informe” (Iraburu, 2006).
- ❖ “No informar (verbalmente ni por escrito) a nadie sin el consentimiento del paciente y a él según su deseo” (Iraburu, 2006).
- ❖ “Evitar los comentarios sobre pacientes en lugares inadecuados o con interlocutores no autorizados” (Iraburu, 2006).
- ❖ “Solicitar al paciente autorización explícita para todas aquellas actuaciones cuyo fin no sea procurarle asistencia (filmaciones, prácticas de estudiantes...)” (Iraburu, 2006).

Discusión

Se ha podido comprobar la importancia del respeto a la intimidad y la profesionalidad y como existen muchas vulneraciones hacia estos aspectos. Se puede comprobar que el respeto a la intimidad y la obligación de guardar la confidencialidad por parte de todo el personal del centro, no solo en cuanto al conocimiento de información sino en cómo es usada, son vulneradas en algunas ocasiones. Tras el análisis realizado de la bibliografía encontramos diversos temas interesantes a tratar como son el desconocimiento de la legislatura sobre la confidencialidad y la intimidad, la poca información relacionada con la intimidad sociocultural, etc.

En primer lugar, llama la atención como no solo los pacientes no conocen sus derechos de intimidad y confidencialidad, sino que los profesionales también carecen de esta información en gran medida. Esto queda reflejado en el estudio de Iraburu, donde “un 58.1% de los profesionales declara no conocer ninguna de las leyes que regulan el derecho a la intimidad del paciente” (Iraburu et al., 2008). En mi opinión, con la evolución tecnológica y científica y su tendencia a seguir evolucionando, es preocupante que el trato hacia el paciente y el conocimiento de sus derechos no siga esta evolución pudiendo quedar en segundo plano. También, sobre este tema es interesante ver el desconocimiento de la importancia del correcto trato de los datos clínicos de los pacientes. En nuestra profesión tratamos con multitud de datos personales de diversos pacientes y debemos cuidarlos y mantenerlos a buen recaudo. Aun así, se observa como con facilidad estos son expuestos dejando historias clínicas y documentos con información encima de carros de curas por el pasillo o en lugares accesibles por los pacientes y/o acompañantes. Lo mismo ocurre con los datos informatizados, con los que debemos tener especial cuidado para evitar vulneraciones del sistema que si bien son más difíciles y menos comunes, si ocurren pueden ser potencialmente más graves. También es importante recalcar el cómo, el cuándo y el donde se da o se solicita información a los pacientes. Como refleja Soldevilla-Cantueso, “se solicita y recibe información en presencia de terceras personas que intimida la respuesta e incluso pueden llegar a falsearla. Hay un rechazo a la información sobre la evolución de su enfermedad en la habitación y delante del otro compañero...” (Soldevilla-Cantueso et al., 2008).

En segundo lugar, cabe destacar la poca presencia en los estudios de la intimidad sociocultural, en cómo es vivida según cada cultura y sociedad y cómo influye de

diferente forma en cada una. Únicamente el estudio de Floralba Arcos trata como la influencia de la sociedad y la religión influye de forma diferente, sobre la importancia a la intimidad física, a hombres y mujeres (Arcos & Huertas, 2010). En mi opinión, difiere mucho la percepción de la intimidad de un paciente según su religión y/o cultura, y por lo tanto, también difieren sus sentimientos y el grado de vulneración que recibirá. Un ejemplo simple es la diferencia en la percepción de la intimidad en la mayoría de culturas según el género. En general los hombres refieren menos pudor y vergüenza a la hora de la higiene que las mujeres.

Finalmente, es interesante la reflexión del porque se vulnera la intimidad más de lo necesario a la hora de la higiene y los cuidados. La estructura física y los recursos humanos y materiales de los que se disponen pueden ser desfavorables para el mantenimiento de la intimidad, como dice Iraburu: “A la hora de ingresar en nuestros hospitales públicos lo habitual es tener que compartir habitación. Es inevitable que según las características del otro, u otros, y de sus familias, la experiencia, ya dura de por sí, pueda convertirse en un calvario” (Iraburu, 2006). Aun así, aspectos como mantener las puertas cerradas, colocación de biombos, informar de los procedimientos antes de realizarlos, o simplemente pedir permiso al paciente antes de realizarle cualquier actuación, pueden evitar gran parte de estas vulneraciones. Pero en la práctica diaria, como se ha dicho con anterioridad, se siguen vulnerando estos aspectos. Si bien es verdad que la situación actual provoca una gran carga de trabajo para los profesionales, en mi opinión, estos aspectos en cualquier situación deben y pueden ser atendidos. Aunque, en situaciones el paciente no disponga de un espacio físico propio y privado, teniendo que compartir habitación o tener separaciones únicamente con biombos o cortinas, como profesionales debemos actuar y hacer lo posible para mantener un máximo de calidad asistencial, evitando la vulneración tanto de la confidencialidad como de la intimidad física. En conclusión, cada uno de nosotros podemos hacer una gran aportación a la práctica asistencial utilizando los recursos a nuestro alcance, que a veces por rapidez se dejan de lado. Aunque, aun así, también es importante recalcar la importancia de la mejora y aumento de los recursos en sanidad tanto materiales como humanos.

Conclusiones

La intimidad y la confidencialidad son conceptos complejos de definir por ser de carácter personal y diferir entre cada individuo y según cada situación y contexto. Durante los cuidados enfermeros y la hospitalización se ven vulnerados estos derechos de los pacientes provocando que la calidad asistencial decaiga y los pacientes se encuentren en un ambiente hostil. Estas vulneraciones, en muchos casos evitables, son provocadas por el propio espacio físico de las unidades hospitalarias y por los descuidos del personal sanitario. Y, si bien es difícil cambiar el propio entorno, este puede adaptarse mediante la correcta utilización de material como cortinas y biombos que aportan cierto grado de intimidad, todo ello junto a un trato correcto hacia el paciente teniendo en cuenta que para él esos procedimientos no son rutinarios. Por estos motivos, se debe promocionar la mejor preparación y conocimientos, sobre estos temas, de los profesionales sanitarios.

Esto mismo puede ser aplicado a la preservación de la confidencialidad, evitando informar o pedir información en situaciones o contextos inadecuados para el paciente, manteniendo su privacidad y evitando que el resto de pacientes y/o acompañantes puedan escuchar datos ajenos.

Por otra parte, es importante que aunque los profesionales puedan conocer la legislación actual y los derechos de los pacientes, son estos últimos quienes deben saber cuáles son sus derechos durante la atención sanitaria y su hospitalización. Una propuesta interesante sobre este aspecto es la creación de guías/trípticos informativos para entregar a los pacientes hospitalizados recogiendo los derechos y deberes de los profesionales y de los pacientes. También es interesante la idea de que se informe del papel de los familiares y se incluyan en mayor medida en los cuidados del paciente, teniendo en cuenta su unidad paciente-familia y que deben ser respetados por igual.

Finalmente, como opinión personal, si se consigue la reducción de estas vulneraciones aumentaría la satisfacción de los pacientes y posiblemente se reduciría considerablemente la sensación de encontrarse en un medio hostil y con la sensación de tristeza y desmotivación por su estado. Junto a una mayor implicación de la familia, todo ello contribuiría a que los usuarios se sintieran más protegidos y en un entorno más familiar.

Bibliografía

- Amorós Cerdá, S. M., Arévalo Rubert, J., Maqueda Palau, M., & Pérez Juan, E. (2008). Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*.
- Arcos, F., & Huertas, S. G. (2010). La exposición corporal y el cuidado de enfermería. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería Y Humanidades*, 28, 63–70.
- Arévalo Rubert, M. J., Maqueda Palau, M., Pérez Juan, E., & Amorós Cerdá, S. M. (2009). La intimidad en la Unidad de Cuidados Intensivos: Perspectiva enfermera categorizada desde los sentidos. *Etica de Los Cuidado*, 2(3).
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Castellano, C. D. M. (2014). Intimidad y privacidad. *Metas de Enfermería*, 17(10), 1.
- Crusellas Lou, L., López Petchame, A., Sánchez Monzó, G., Obeca Escuder, V., Fernández Aparicio, M. J., García Matías, J., Vidal Boadella, F. (2013). Derecho a la intimidad en un servicio de urgencias. *Ágora de Enfermería*, 17(2), 59–65.
- Durate, J. M., Lahoz, J. M., Noaín, A. G., Mirallas, M. J. M., & Moros, R. W. F. (2013). Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. *Emergencias*, 25, 445–450.
- Espuela, F. L., Monforte, M. E. M., Maestre, M. L. P., Ramos, M. R., Serradilla, B. B., & Gutiérrez, J. G. (2009). La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería. *Nure Investigación*, 46.
- Gutiérrez, J. J. B., Segura, R. M., Núñez, M. Á. C., Casado, M. del C. E., Naranjo, R. S., & Díaz, M. E. F. (2008). La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. *Index de Enfermería: Información Bibliográfica, Investigación Y Humanidades*, 17(2), 106–110.
- Henarejos, A. S., Alemán, J. L. F., Toval, A., Hernández, I. H., García, A. B. S., & Gea, J. M. C. de. (2014). Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria. *Atención Primaria*, 46(4), 214–222.
- Iraburu, M. (2006). Confidencialidad e intimidad. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 49–59.
- Iraburu, M., Chamorro, J., & Pedro, M. T. de. (2008). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 357–366.

- Lamelas, M. A. F., Rodríguez, T. Á., Fernández, J. M. R., & Santiago, S. M. de. (2008). El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. *Cuadernos de Bioética*, 19(65), 59–66.
- Latour, J. M., & Albarran, J. W. (2012). Privacy, dignity and confidentiality: A time to reflect on practice. *Nursing in Critical Care*, 17(3), 109–111.
- Lin, Y.-P., & Tsai, Y.-F. (2011). Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 340–348.
- McGowan, C. (2012). Patients' confidentiality. *Critical Care Nurse*, 32(5), 61–64.
- Mula, J. M. (2007). El derecho a la confidencialidad y los cuidados de Enfermería. *Metas de Enfermería*, 10(7), 50–54.
- Peralta, J. C., García, D. N., Castellano-Zurera, M. M., & Olivera, A. T. (2012). Medidas para garantizar la confidencialidad de los datos en unidades clínicas en el marco de la acreditación de calidad en Andalucía. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(6), 358–362.
- Picco, E., Santoro, R., & Garrino, L. (2010). Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry*, 17(1), 39–46.
- Ros Moore, R. N. T., & Stonham, G. (2010). Examining the impact of electronic care records on confidentiality and nursing practice.
- Soares, N. V., & Dall' Agnol, C. M. (2006). Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 24, 683–688.
- Soldevilla-Cantueso, M. A., Solano-Corrales, D., & Luna-Medina, E. (2008). La intimidad desde una perspectiva global: Pacientes y profesionales. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(2), 52–56.
- Souza, A. P. R., & Brandão, G. M. O. do N. (2013). Body exposure difficulty faced by the client during assistance conducted by the nursing team in hospital. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 7(11), 6415–6421.
- Taquechel, M. L. (2007). El secreto profesional y su relación con enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(2).
- Viana, L. da S., Cunha, C. L. F., Silva, Í. R., & Sauaia, A. da S. e S. (2013). Aspects permeating nudity in everyday nursing care. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 7(3), 937–944.
- Whitehead, J., & Wheeler, H. (2008). Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing*, 17(6), 381–385.
- Woogara, J. (2005). Patients' privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics*, 12(3), 273–287.

Woogara, J. (2005). Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Standard*, 19(18), 33–37.

Anexos

Anexo 1. “Principios básicos de la Ley 41/2002, Artículo 2 (Iraburu, 2006).

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

3. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

4. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Anexo 2. Búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Res ulta dos	Límite: Idioma	Límite: Free Full Text	Elegidos: tras lectura de título y Abstract.	Total
CINAHL	1) Confidentiality And Nursing	2484	Esp. 19	No acotamos.	2	Total: 6 (Arcos & Huertas, 2010). (Mula, 2007). (McGowan, 2012). (Amorós Cerdá et al., 2008). (Castellano, 2014). (Espuela et al., 2009).
			Ingl. 2415	934	Nueva búsqueda para acotar (búsqueda 2).	
	2) Confidentiality And Nursing And Patient Care	178	Esp. 1	0	1	
			Ingl. 173	54	0	
	3) Privacy And Nursing	2584	Esp. 23	No acotamos.	3	
			Ingl. 2490	974	Nueva búsqueda para acotar (búsqueda 4).	
	4) Privacy And Nursing And Patient Care	193	Esp. 2	0	0	
			Ingl. 183	64	1 (Ya elegida en búsquedas anteriores).	
IBECS	5) Confidentiality And Nursing	20	No acotamos.	No acotamos.	1	Total: 5 (Iraburu et al., 2008)

	6) Privacy And Nursing	26	No acotam os.	No acotamos.	2 (Ya elegidos en búsquedas anteriores).	(Soldevilla- Cantueso et al., 2008) (Peralta et al., 2012)
	7) Confidentiality And Patient Care	88	No acotam os.	No acotamos.	4 + 3 elegidos anteriormente.	(Durate et al., 2013) (Henarejos et al., 2014)
Cuiden Plus	8) Confidentiality And Nursing	21	No acotam os.	No acotamos.	1	Total: 8 (Taquechel, 2007) (Gutiérrez et al., 2008) (Crusellas Lou et al., 2013)
	9) Privacy And Nursing	40	No acotam os.	No acotamos.	5 (3 en español + 2 en portugués).	(Soares & Dall’Agnol, 2006) (Viana et al., 2013) (Souza & Brandão, 2013)
	10) Confidentiality And Patient Care	21	No acotam os.	No acotamos.	2	(Arévalo Rubert et al., 2009) (Baggio et al., 2011)
LILACS	11) Confidentiality And Nursing	17	No acotam os.	No acotamos.	1 (Ya elegido anteriormente).	Total: 0

	12) Privacy And Nursing	56	No acotamos.	No acotamos.	2 (Ya elegidos anteriormente).	
Pubmed	13) Privacy And Confidentiality	4353	Esp. 23	No acotamos.	2	Total: 9 (Latour & Albarran, 2012) (Ros Moore & Stonham, 2010) (Picco et al., 2010) (Whitehead & Wheeler, 2008) (J. Woogara, 2005) (Lin & Tsai, 2011) (Jay Woogara, 2005) (Lamelas et al., 2008) (Iraburu, 2006)
			Ingl. 4182	No acotamos.	Nueva búsqueda para acotar.	
	14) Privacy And Nursing	211	Esp. 1	No acotamos.	0	
			Ingl. 200	No acotamos.	7	

Anexo 3. Clasificación de las amenazas que pueden producir un problema de seguridad en la organización (Henarejos et al., 2014).

Nivel	Clasificación de amenazas
1	Divulgación accidental: El trabajador sanitario revela, sin querer, información del paciente a otros. Por ejemplo, mensaje de correo electrónico enviado a la dirección incorrecta.
2	Empleado curioso. Un trabajador con privilegios de acceso a los datos de un paciente accede a ellos por curiosidad o para sus propios fines. Por ejemplo, un profesional sanitario que accede a la información de salud de un compañero de trabajo.
3	Violación de la privacidad de los datos por un trabajador. Miembro del personal que tiene acceso a la información de un paciente y la transmite al exterior con ánimo de lucro o por algún tipo de animadversión hacia un paciente.
4	Violación de la privacidad de los datos por un externo con intrusión física. Un externo que entra en la instalación física y de manera forzada accede al sistema.
5	Intrusión no autorizada en la red del sistema. Un externo, ex empleado, paciente o hacker que se introduce en la red del sistema de la organización desde el exterior y accede a la información del paciente o hace que el sistema deje de funcionar (ataque a la disponibilidad).