

ESTUDIOS ORIGINALES

Percepción del respeto a la dignidad e intimidad del paciente hospitalizado

Perception of respect for the dignity and privacy of the hospitalized patient

Silvia Ortiz Molina¹, Ruth Díaz Cuenda², Mercedes Redondo Tienda³, Patricia García Gallardo⁴, Eva María Armenteros Sánchez⁵, Isabel Lérida Ortega⁶

¹ Diplomada en Enfermería. Master en Dirección y Gestión de Servicios de Enfermería. MBA en Dirección de Hospitales y Servicios de Salud. Master en Gestión de Servicios de Enfermería. Subdirectora de Enfermería del H.U. Móstoles (Madrid).

² Diplomada en Enfermería. Máster en Liderazgo de equipos en cuidados críticos y urgencias. Supervisora Unidad Cirugía Ortopédica y Traumatología del H.U. Móstoles (Madrid).

³ Graduada en Enfermería. Supervisora Unidad de Especialidades Médico-Quirúrgicas del H.U. Móstoles (Madrid).

⁴ Diplomada en Enfermería. Máster en Dirección y Gestión de Enfermería. Supervisora de la Unidad Medicina Interna y Hospitalización a Domicilio.

⁵ Diplomada en Enfermería. Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Máster en Cuidados críticos neonatales. International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC). Supervisora Unidad Obstetricia-Ginecología y Parto.

⁶ Diplomada en Enfermería. Master en Enfermería de Práctica Avanzada, Investigación, Gestión y Liderazgo. Supervisora Unidad Especialidades Quirúrgicas y Oncología del H.U. Móstoles (Madrid)

IX Premios de Investigación CODEM 2025. Sexto premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.400>

Cómo citar este artículo: Ortiz Molina, S. y otras, Percepción del respeto a la dignidad e intimidad del paciente hospitalizado. Conocimiento Enfermero 33 (2026): 64-86.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. Las actitudes y comportamientos del personal de Enfermería influyen notablemente en la percepción de la calidad asistencial. En el desarrollo asistencial la dignidad e intimidad puede afectarse tanto a nivel físico como en relación con su información, si este aspecto es contemplado y cuidado, a través de diversas estrategias implícitas en el cuidado, es uno de los elementos más valorados y que mayor satisfacción aportan a los pacientes.

Objetivo. Describir la percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad e intimidad de los pacientes hospitalizados.

Método. Estudio cuantitativo, transversal, observacional y descriptivo, mediante cumplimentación cuestionario de Percepción de dignidad de paciente hospitalizado CuPDPH, cuestionario en español y validado, y datos sociodemográficos.

Resultados. Muestra 860 pacientes. Ítem más valorado "Siento que he sido tratado con respeto sin tener en cuenta mi condición (edad, nivel cultural, o país de origen...)" (4,77 puntos, DE 0,681), y menos valorado "El personal me ha preguntado con quien quería compartir la información sobre mi enfermedad" y "El personal ha mostrado superioridad sin importarle mi opinión ni mis necesidades" (3,95 puntos, DE 1,324 y 1,504 respectivamente). La percepción global media obtenida es de 4,52 (DE 0,517).

Conclusiones. Los profesionales de Enfermería debemos ser conscientes de las circunstancias de fragilidad y vulnerabilidad de nuestros pacientes. Para reforzar su empoderamiento es necesario brindar una información veraz y completa para que sientan reforzada su autonomía y respetada su dignidad.

Palabras clave: intimidad; respeto; dignidad; pacientes hospitalizados.

ABSTRACT

Introduction. The attitudes and behaviors of Nursing staff significantly influence the perception of quality of care. In healthcare development, dignity and intimacy can be affected both physically and in relation to its information. If this aspect is contemplated and cared for, through various strategies implicit in care, it is one of the most valued and most satisfying elements. they provide to patients.

Objective. Describe the perception of respect and maintenance of dignity and privacy of hospitalized patients.

Method. Quantitative, cross-sectional, observational and descriptive study, by completing the CuPDPH hospitalized patient's Perception of Dignity questionnaire, a validated questionnaire in Spanish, and sociodemographic data.

Results. Sample 860 patients. Most valued item "I feel that I have been treated with respect regardless of my condition (age, cultural level, or country of origin...)" (4.77 points, SD 0.681), and least valued "The staff has asked me who wanted to share information about my illness" and "The staff has shown superiority without caring about my opinion or my needs" (3.95 points, SD 1.324 and 1.504 respectively). The average global perception obtained is 4.52 (SD 0.517).

Conclusions. Nursing professionals must be aware of the circumstances of fragility and vulnerability of our patients. To reinforce their empowerment, it is necessary to provide truthful and complete information so that they feel their autonomy is reinforced and their dignity is respected.

Keywords: privacy; respect; dignity; inpatients.

1. Introducción, antecedentes y estado actual del tema

El término "**dignidad humana**" remite a derechos fundamentales del ser humano, especialmente al derecho a la libertad para decidir sobre el propio cuerpo y, en definitiva, sobre la propia vida [1,2]. La capacidad de toma de decisiones sobre la propia vida es una característica fundamental de la especie humana [3].

Pico Della Mirandola estableció en su texto "Discurso sobre la dignidad del hombre" el carácter variado y cambiante de la existencia humana [4]. Posteriormente, Kant estableció que el ser humano debía ser siempre tratado como un fin y nunca sólo como un medio [5]. Este concepto ha sido desarrollado por diferentes autores, concluyendo que el concepto de dignidad humana incluye, por encima de todo, la idea de autonomía o libertad para decidir qué tipo de persona queremos ser y cómo queremos vivir [6,7].

El término "**intimidad**" proviene del griego "entos" y del latín "intus" que significa dentro, y de ahí el comparativo "interior" (más dentro que) y el superlativo "intimus" (lo más dentro) [8]. La Real Academia de la Lengua Española lo define como "zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia".

En 1893, Florence Nightingale cita "haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada

en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes" [9].

La intimidad y la confidencialidad son derechos fundamentales cuyo objetivo es garantizar la esfera íntima de las personas frente a la acción y conocimiento de los demás, de forma complementaria con el derecho a la protección de datos.

El hecho de que una persona se encuentre enferma y para recuperar su salud deba revelar datos o aspectos que forman parte de su intimidad, no significa que esté renunciando a ella, sino que los revela esperando que sean protegidos, igualmente, que el paciente consienta en ser explorado u observado, no supone que renuncie a su intimidad.

En un contexto sanitario, la protección de la intimidad en sus distintas manifestaciones comprende:

- Respeto a la intimidad corporal: respeto máximo en exploraciones y cuidados.
- Limitación de grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, videos y otros medios que puedan permitir la identificación del paciente.
- Derecho al acompañamiento: al menos por un familiar o persona de su confianza salvo que las circunstancias clínicas lo desaconsejen o fuera incompatible con la prestación sanitaria conforme a criterios médicos.
- Derecho a confidencialidad de los datos personales: obligación de guardar el de-

bido secreto y no revelación de datos sin consentimiento, además de adopción de medidas oportunas para garantizarlo por parte de los centros sanitarios.

El respeto a la dignidad e intimidad se recoge ya en el juramento hipocrático, en los códigos deontológicos y éticos tanto enfermeros como médicos, y es recogido en el Código Internacional de Ética para la Enfermería del Consejo Internacional de Enfermería (1973) y en cuanto al marco legal existente, podemos destacar:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- Artículo 18 de la Constitución Española
- Ley General de Sanidad (1986).
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997).
- Ley Básica 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Carta de Derechos y Deberes del enfermo en relación con la salud y la atención sanitaria (2002).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos Digitales.

El II Plan de Humanización de la asistencia sanitaria 2022-2025 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, recoge como una dimensión para tener en cuenta dentro de la personalización de la asistencia, la preservación del derecho a la intimidad de los pacientes, tanto en cuanto a la confidencialidad de los da-

tos, como en cuanto a su intimidad física y psíquica [10].

El concepto intimidad incluye los conceptos de intimidad física, de la información y de las decisiones [11,12], aunque este concepto no es igual para todos los profesionales, pasando frecuentemente inadvertidos estos aspectos, debiendo tener presente que la percepción de intimidad está relacionada con las experiencias previas propias y que este concepto ha sufrido un importante cambio cultural [13], y está muy relacionado con las expectativas de calidad de los pacientes. Se encuentra muy influenciado por la educación, edad, sexo, etnia, religión, etc. [12].

El estudio sobre el respeto a la dignidad e intimidad en el contexto sanitario es reciente y escaso, especialmente en España. Los primeros estudios sobre el tema datan de 1960 en pacientes psiquiátricos [14], y posteriormente se han aplicado en geriatría, paliativos, intensivos [15], urgencias [8,9,16-19], etc., habiendo sido desarrollados principalmente por enfermeras a través de metodologías cualitativas [8,9,12,15,17,20], o se centran en la confidencialidad de los registros, historia clínica, etc. [22-25].

Durante el proceso de la enfermedad, se experimentan cambios a distintos niveles (físicos, emocionales, sociales), se pueden experimentar pérdidas a las que la persona se debe adaptar, por lo que la dignidad percibida por la persona a lo largo del proceso de la enfermedad sufre modificaciones [1,21]. Se debe producir un equilibrio entre el uso de los recursos y avances tecnológicos y el respeto por la integridad personal, y si este equilibrio no se produce, es cuando se generan conflictos bioéticos (principio de no maleficencia, beneficencia y autonomía).

Las actitudes y comportamientos del personal de Enfermería influyen de forma muy importante en la percepción de la calidad asistencial percibida, ya que es el colectivo que mantiene un contacto más directo y continuo con los pacientes. Respetar la intimidad de los pacientes es tanto un derecho para ellos como una obligación para nosotros, siendo este respeto una cuestión de calidad [21].

Cuando un paciente es hospitalizado, se vuelve mucho más vulnerable, las desigualdades en-

tre éste y el profesional sanitario se intensifican, y la situación de dependencia se incrementa [26]. En múltiples ocasiones, la intimidad del paciente hospitalizado es olvidada por otras necesidades que se pueden considerar más básicas, apareciendo múltiples ocasiones en las que esto puede suceder, aunque el cuidado de este aspecto es un importante elemento generador de satisfacción en el paciente.

Según la bibliografía existente, existen dos cuestionarios que evalúan la percepción de la dignidad en pacientes hospitalizados en servicios generales, pero no se encuentran adaptados y validados al español [27,28], también existe otro cuestionario que se centra en los servicios de urgencias (versión traducida y validada por Mozota-Duarte [11] del cuestionario utilizado por Barlas et al [29]) que también ha sido utilizado en otras áreas como las unidades de hemodiálisis [30]. Por último, existe sólo un cuestionario en español y validado, elaborado por Campillo et al [1].

La justificación para realizar el presente trabajo es conocer lo que piensan nuestros pacientes acerca del respeto a su dignidad e intimidad, que actuaciones se están realizando de forma adecuada y cuáles son los puntos de mejora, ya que se muestra como uno de los elementos más influyentes en el nivel de satisfacción y de calidad percibida por parte de los pacientes [30,31], con el objetivo de proporcionar información útil que pueda mejorar la calidad de nuestros cuidados, ya que humanizar la asistencia tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones, expresadas en pequeños detalles [31].

Dado que la práctica asistencial diaria inevitablemente implica un movimiento en el campo de las relaciones interpersonales, de las emociones, afectos y otras situaciones en las que siempre entra en valor la capacidad de empatía del profesional, así como su conocimiento y respeto a los derechos de privacidad y dignidad de los pacientes [15,22].

La pregunta de investigación del presente trabajo es: ¿Cuál es la percepción de los pacientes hospitalizados sobre el respeto a su dignidad e intimidad durante el proceso de hospitalización?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Describir la percepción del respeto y mantenimiento de la intimidad de los pacientes hospitalizados.
- Describir la percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad de los pacientes hospitalizados.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar si existen variables que influyan en la percepción del respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes (edad, sexo, etc.).
- Determinar si existe alguna variable asociada con el servicio, unidad, o estancia hospitalaria que pueda influir en la percepción del respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes.

3. Material y método

3.1. Diseño

Se ha realizado un estudio cuantitativo, transversal, observacional y descriptivo en los pacientes ingresados en las unidades de hospitalización del H.U. Móstoles siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. La recogida de datos del estudio se ha realizado durante el mes de mayo de 2024.

Según la preferencia del paciente, el cuestionario podía ser cumplimentado tanto en formato papel como en formato telemático (elaborado utilizando la herramienta Google Forms), con tres apartados (Anexo 1). A continuación, se exponen los datos más representativos de cada uno de los apartados:

1. Datos sociodemográficos del paciente: edad, sexo, estado civil, situación laboral.
2. Datos ingreso: unidad de Enfermería, especialidad médica, tipo de habitación, días de estancia hospitalaria, ingresos previos.
3. Cuestionario de Percepción de dignidad de paciente hospitalizado CuPDPH, cuestionario en español y validado.

El cuestionario contiene 19 ítems, en afirmativo y negativo, distribuidos en seis dimensiones: intimidad, integridad, identidad, información, respeto y consideración, todos ellos valorados en una escala Likert del 1 al 5, en la que los pacientes expresan su grado de acuerdo con los comportamientos observados en los profesionales sanitarios durante su hospitalización. La consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach resultante fue de 0,77. Los enunciados obtuvieron un índice de discriminación $>0,40$. La adecuación de los datos para realizar el análisis factorial se determinó a partir de la prueba de Kaiser Mayer Olkin y de la prueba de Esfericidad de Barlett, y se obtuvieron valores superiores a 0.60 y <0.000 respectivamente. A partir del análisis de componentes principales con rotación Oblimin emergieron seis factores con valores propios superiores a 1 que explicaban el 61,03% de la varianza total. Todos ellos aportaban pesos factoriales entre 0,50-0,801.

Los 6 factores que explora el cuestionario de CuPDPH son:

- Factor 1: **Intimidad** (ítems 1-6).
- Factor 2: **Integridad** (ítems 7-9).
- Factor 3: **Identidad** (ítems 10-11).
- Factor 4: **Información** (ítems 12-13).
- Factor 5: **Respeto** (ítems 14-17).
- Factor 6: **Consideración** (ítems 18-19).

La puntuación total del cuestionario se obtiene mediante la suma de las puntuaciones obtenidas, previa recodificación de las puntuaciones de los ítems formulados de forma negativa (puntuación mínima 19 y puntuación máxima 95) [1].

Las unidades de Enfermería seleccionadas fueron informadas antes de la puesta en marcha del estudio, se realizó una comunicación a todo el personal de las unidades implicadas antes del inicio del proyecto mediante correo electrónico corporativo, y se realizó una captación activa de colaboradores en la recogida de datos en cada una de las unidades implicadas. De esta forma se contó con un total de 191 colaboradores, además de la coordinación dentro de cada unidad por parte de la supervisora de la unidad y del supervisor de tarde en caso de que el alta se produjese en horario de tarde.

Estos colaboradores tuvieron una sesión formativa por parte de la investigadora principal además de material informativo y de apoyo, y contacto directo con la investigadora principal durante todo el período de recogida de datos para solventar cualquier duda. Se diseñó una hoja de registro diario por unidad (Anexo 2), además de una hoja de registro global por parte de la investigadora principal (Anexo 3).

3.2. Procedimiento de recogida de datos

En cada control de cada unidad de Enfermería se dispuso una carpeta con toda la documentación en formato papel necesaria (carteles con códigos QR para el acceso a la versión telemática del cuestionario, cuestionarios en formato papel, hojas informativas y consentimientos informados del paciente, hojas de registro diario), además en el despacho de la supervisora de la unidad, se dispuso otra carpeta con dos partes separadas y diferenciadas donde custodiar por un lado los cuestionarios en formato papel, y por otro lado, los consentimientos informados firmados por los pacientes.

Durante el período de recogida de datos, la supervisora de cada unidad participante obtenía la información y realizaba un listado con todos los pacientes que eran dados de alta en su unidad, dicho listado fue analizado para seleccionar a los pacientes a entrevistar, que cumpliesen los criterios de inclusión en el presente estudio.

En primer lugar, los colaboradores en la recogida de datos de cada unidad solicitaron la colaboración de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, explicaron la importancia del estudio y solicitaron su colaboración y participación en el mismo. Tras ser informados, y si los pacientes accedían a participar en el estudio y daban su consentimiento por escrito (Anexo 4), se explicaron las instrucciones para la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

Las encuestas fueron cumplimentadas por los pacientes, mediante un código QR elaborado a este efecto con acceso al formulario (Anexo 5) o bien en formato papel (Anexo 1), según la preferencia del propio paciente. Dicha cumplimentación fue realizada por el propio paciente, y el

entrevistador estuvo disponible para poder solventar las posibles dudas que pudieran surgir en el proceso. En el caso de que hubiera cualquier duda, se resolvió y se registró en un archivo Excel (sin registro del paciente, sólo como un dato informativo para los investigadores).

Para evitar temores de los participantes en función de las respuestas proporcionadas, así como para disminuir el sesgo de aquiescencia, el formulario fue cumplimentado el día del alta hospitalaria. En caso de que el paciente eligiese la opción de formato papel, la transcripción a formato electrónico fue realizada por la supervisora de la unidad correspondiente.

Posteriormente, de forma diaria, se obtuvo un listado con las altas definitivas en cada unidad de Enfermería, utilizando el aplicativo informático SELENE, para verificar los datos aportados en cuanto a número de altas.

La versión preliminar del cuestionario se ha puesto a prueba con un enfoque de dos pasos:

- En primer lugar, se ha llevado a cabo una prueba de viabilidad presentando el cuestionario a cinco profesionales de Enfermería, para una evaluación crítica. Después de sus comentarios, se ha modificado el cuestionario recogiendo las mejoras sugeridas.
- En un segundo paso, ha sido redactada la encuesta en línea, además de la versión en formato papel, siendo puesto a prueba por cinco profesionales asistenciales de Enfermería que han revisado la comprensión y viabilidad del cuestionario en línea y del formato papel.

Basándose en los comentarios de ambas partes se han realizado las adaptaciones finales del diseño. Las principales modificaciones respecto a la versión preliminar del cuestionario atendían a la visibilidad del tamaño de letra, agrupación de ítems, así como la modificación de alguna terminología expresada (cambiar las nomenclaturas de las unidades de Enfermería, en vez de "EUH2", indicar "2ª planta" como ejemplo).

3.3. Ámbito de estudio

El H.U. Móstoles se inauguró en 1983 y fue el primer hospital general público que se abrió en

la Comunidad de Madrid fuera de la capital. En la actualidad, atiende a una población superior a los 155.000 habitantes de los municipios de Móstoles y Arroyomolinos, formando parte del área VIII de Salud de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

El H.U. Móstoles cuenta con un promedio de 365 camas funcionantes, distribuidas en 180 habitaciones, tanto individuales como dobles. Ocupa un edificio principal de 45.000 m² y de él depende el Centro de Especialidades "Coronel de Palma".

En este centro sanitario trabajan más de 2.000 profesionales cualificados: médicos, farmacéuticos, biólogos, matronas, fisioterapeutas, enfermeras, técnicos especialistas, auxiliares de Enfermería, trabajadores sociales, celadores, maestros, personal de administración, gestión, mantenimiento, hostelería, limpieza, etc.

La asistencia sanitaria comprende consultas, hospitalización, realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, así como atención urgente.

Las unidades de hospitalización general se distribuyen de la siguiente forma:

- EUH2: Especialidades Quirúrgicas (44 camas).
- EUH3: Obstetricia y Ginecología (22 camas).
- EUH4C: Oncología (10 camas).
- EUH5: Medicina Interna (72 camas).
- EUH6: Especialidades Médico-Quirúrgicas (58 camas).
- EUH7: Cirugía Ortopédica y Traumatología (43 camas).

3.4. Participantes de estudio

Los participantes del presente estudio fueron los pacientes que han sido ingresados en las diferentes unidades de hospitalización general durante el mes de mayo de 2024.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes ingresados en el H.U. Móstoles en cualquiera de las unidades de hospitalización general.

- Tener una edad mínima de 18 años.
- Pacientes que hablan y entienden español.
- Pacientes conscientes y orientados.
- Haber pernoctado al menos una noche en una unidad de hospitalización general.
- Haber aceptado participar voluntariamente en el estudio, mediante firma de consentimiento informado elaborado al efecto.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con tratamientos psiquiátricos previos.
- Pacientes con incapacidad de comunicación.
- Pacientes con déficit cognitivos que dificulten la aplicación del cuestionario.
- Pacientes con situaciones médicas que no permitieran la cumplimentación.

3.5. Tamaño muestral y muestreo

Para el cálculo del tamaño muestral se ha utilizado el programa GRANMO. Para ello, se ha estimado una muestra estratificada necesaria de **859 individuos**, teniendo en cuenta una población ingresada en las diferentes unidades de hospitalización de **1.008 pacientes** (en primer lugar se realizó una estimación inicial basada en los datos de ingresos a cargo de los diferentes servicios durante el mismo mes del año 2023, obtenidos a través del servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario de Móstoles, y posteriormente se ha realizado una evaluación según los ingresos reales que se han producido durante el periodo en el que se ha desarrollado el estudio). Para un nivel de confianza del **99%**, y una precisión de ± 1 unidad porcentual, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 50%, y una tasa de reposición estimada necesaria prevista del 10%. Se ha utilizado la aproximación de POISSON.

La técnica de muestreo fue no probabilística de conveniencia siguiendo los criterios de inclusión y exclusión y de forma estratificada según el número de altas de cada unidad de Enfermería.

3.6. Variables

Las variables a estudio fueron: respeto a la intimidad durante el ingreso, edad, sexo, días de hospitalización, estado civil, situación laboral, tipo de habitación, unidad de Enfermería, especialidad médica a cargo y haber tenido algún ingreso hospitalario previo.

3.7. Seguimiento y recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado durante el mes de mayo de 2024.

3.8. Análisis de datos

Los datos se han procesado en primer lugar en una base de datos de Microsoft Excel y, en segundo lugar, para el análisis estadístico se ha utilizado el paquete de programas estadísticos SPSS v.29.0. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo para todas las variables. Las variables cualitativas se han descrito con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías y las cuantitativas con la media y desviación estándar (DE) cuando sigan una distribución normal y como mediana, mínimo y máximo en caso contrario. También se han calculado los correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95%.

Para el contraste de hipótesis, y de forma previa a la elección del test estadístico, en las variables cuantitativas se ha realizado la prueba de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilks para verificar la distribución normal de las variables. En los contrastes de hipótesis se aceptan como resultados significativos los obtenidos para $p < 0,05$.

En el análisis bivalente, como pruebas paramétricas se ha realizado el estudio t de Student para determinar diferencias de medias entre dos variables (cuantitativa cualitativa) y Anova en el caso de tres grupos o más, además de los tests de U Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, como pruebas no paramétricas.

Para el análisis estadístico, se ha realizado una estimación del respeto a la intimidad de ma-

nera global y para cada uno de los factores con base en la puntuación obtenida en los cuestionarios [1].

4. Resultados

De la población total a estudio, 1008 pacientes dados de alta en total durante el mes de mayo de 2024, 24 pacientes se negaron a participar en el estudio (2,38%) y 84 pacientes no cumplían con los criterios de inclusión (8,33%). De esta forma se han obtenido **860 cuestionarios**, no se ha descartado ningún cuestionario por no haber sido cumplimentado correctamente en su totalidad, ya que el diseño del propio formulario no permitía la no contestación de ningún ítem para poder guardar los datos del mismo. Por lo tanto, se han obtenido 860 cuestionarios, uno más que los estimados como necesarios en el cálculo del tamaño muestral, siendo todos ellos correctamente cumplimentados.

4.1. Descripción de la muestra

La edad media de la muestra obtenida es de 63,97 años (DE 19,285), con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 100 años (ver tabla 1).

En cuanto al sexo, el 42,9% son hombres (n=369), y el 57,1% son mujeres (n=491).

En cuanto al estado civil y la situación laboral actual, los resultados se muestran en las tablas 2 y 3 respectivamente.

La estancia media hospitalaria ha sido de 7,52 días (DE 12,803), mediana 5 días, con una estancia mínima de 1 día y una estancia máxima de 270 días (ver el gráfico 1).

En cuanto al tipo de habitación en la que han estado durante su estancia hospitalaria, el 28,8% han estado en una habitación individual (n=205) y el 76,2% han estado en una habitación compartida (n=655).

Por último, en cuanto a si han tenido algún ingreso hospitalario anterior, el 77% de los pa-

TABLA 1. Edad por intervalos de pacientes estudiados.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
<45 años	168	19,53	19,53	19,53
45-55 años	98	11,40	11,40	30,93
56-65 años	117	13,60	13,60	44,53
66-75 años	183	21,28	21,28	65,81
>75 años	294	34,19	34,19	100
	860	100	100	

TABLA 2. Estado civil de pacientes estudiados.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Soltero/a	170	19,8	19,8	19,8
Casado/a	469	54,5	54,5	74,3
Viudo/a	155	18,0	18,0	92,3
Separado/a	18	2,1	2,1	94,4
Divorciado/a	48	5,6	5,6	100
	860	100	100	

TABLA 3. Situación laboral de pacientes estudiados.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Activo/a	178	20,7	20,7	20,7
Desempleado/a	64	7,4	7,4	28,1
Jubilado/a	454	52,8	52,8	80,9
Incapacidad temporal	73	8,5	8,5	89,4
Ama de casa	76	8,8	8,8	98,3
Estudiante	15	1,7	1,7	100
	860	100	100	

GRÁFICO 1. Días de estancia hospitalaria.

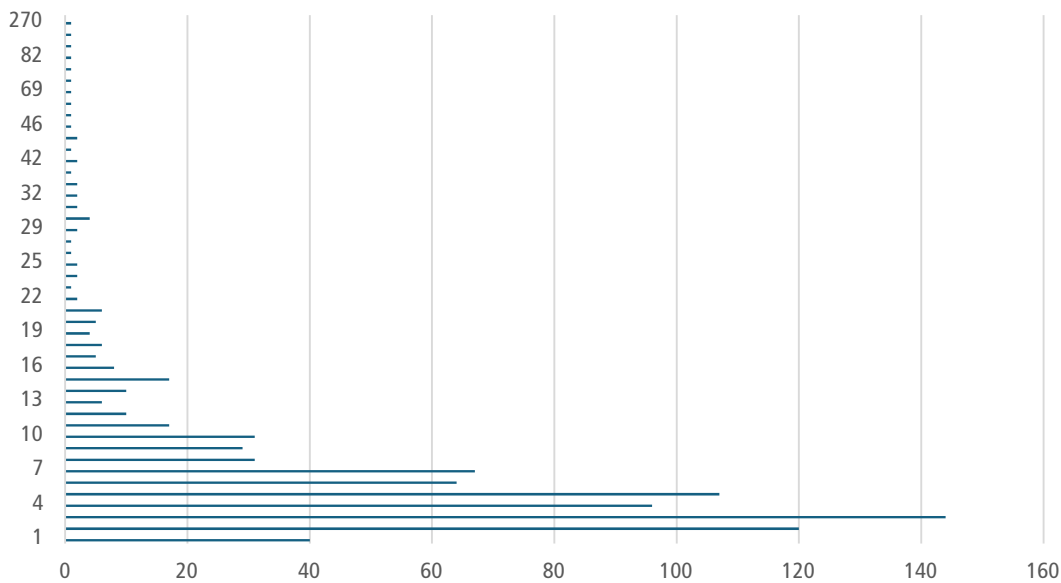


TABLA 4. Distribución muestra según unidad de Enfermería.

Unidad	Frecuencia	Porcentaje	P. válido	P. acumulado
EUH2	194	22,6	22,6	22,6
EUH3	103	12,0	12,0	34,5
EUH4C	28	3,3	3,3	37,8
EUH5	203	23,6	23,6	61,4
EUH6	208	24,2	24,2	85,6
EUH7	124	14,4	14,4	100
	860	100	100	

cientes refiere haberlo tenido (n=662), mientras que el 23% de los pacientes refieren no haber tenido un ingreso anterior previo (n=198).

Los resultados en cuanto a la unidad de En-

fermería en la que han sido hospitalizados, así como la especialidad médica a cargo se pueden ver expresados en las tablas 4 y 5 respectivamente.

TABLA 5. Especialidad médica a cargo del ingreso hospitalario.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Cardiología	47	5,5	5,5	5,5
Medicina Interna	248	28,8	28,8	34,3
Urología	60	7,0	7,0	41,3
Otorrinolaringología	18	2,1	2,1	43,4
Geriatría	17	2,0	2,0	45,3
Cirugía General y Digestiva	85	9,9	9,9	55,2
Obstetricia-Ginecología	99	11,5	11,5	66,7
Oncología	48	5,6	5,6	72,3
Neumología	71	8,3	8,3	80,6
Neurología	25	2,9	2,9	83,5
Traumatología	115	13,4	13,4	96,9
Hematología	9	1,0	1,0	97,9
Paliativos	5	0,6	0,6	98,5
Otra	13	1,5	1,5	100
	860	100	100	

4.2. Análisis estadístico

Los resultados obtenidos para cada uno de los ítems del cuestionario CuPDPH se recogen en la tabla 6, siendo el ítem más valorado “Siento que he sido tratado con respeto sin tener en cuenta mi condición (edad, nivel cultural, o país de origen...)” con 4,77 puntos (DE 0,681), y el me-

nos valorado “El personal me ha preguntado con quien quería compartir la información sobre mi enfermedad” y “El personal ha mostrado superioridad sin importarle mi opinión ni mis necesidades” con 3,95 puntos (DE 1,324 y 1,504 respectivamente). Los resultados obtenidos para cada apartado del cuestionario CuPDPH se muestran en el gráfico 2.

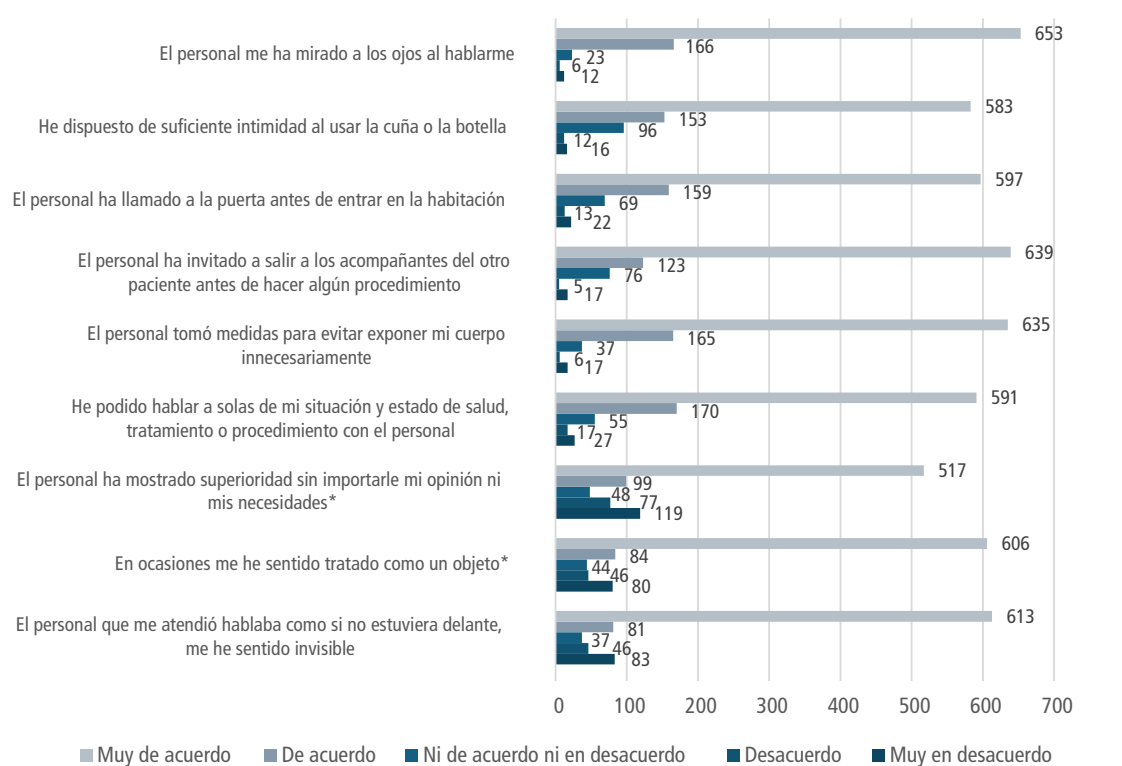
TABLA 6. Resultados cuestionario CuPDPH.

Enunciado	M	Me	DE
El personal me ha mirado a los ojos al hablarme	4,68	5,0	0,694
He dispuesto de suficiente intimidad al usar la cuña o la botella	4,48	5,0	0,884
El personal ha llamado a la puerta antes de entrar en la habitación	4,51	5,0	0,899
El personal ha invitado a salir a los acompañantes del otro paciente antes de hacer algún procedimiento	4,58	5,0	0,832
El personal tomó medidas para evitar exponer mi cuerpo innecesariamente	4,62	5,0	0,775
He podido hablar a solas de mi situación y estado de salud, tratamiento o procedimiento con el personal	4,49	5,0	0,935
El personal ha mostrado superioridad sin importarle mi opinión ni mis necesidades*	3,95	5,0	1,504
En ocasiones me he sentido tratado como un objeto*	4,27	5,0	1,318

Enunciado	M	Me	DE
El personal que me atendió hablaba como si no estuviera delante, me he sentido invisible*	4,27	5,0	1,329
Me han llamado por mi nombre	4,70	5,0	0,802
Siento que he sido tratado con respeto sin tener en cuenta mi condición (edad, nivel cultural, o país de origen...)	4,77	5,0	0,681
He sido informado de los detalles de mi procedimiento / tratamiento / operación	4,71	5,0	0,708
El personal ha dado respuestas claras a mis preguntas	4,68	5,0	0,688
El personal ha utilizado un lenguaje respetuoso sin usar apodos o formas familiares (cariño, abuelo o querido)	4,67	5,0	0,759
El personal ha procurado mantener mi imagen corporal (me han cubierto si llevaba bata abierta)	4,63	5,0	0,762
He sentido que mis derechos estaban protegidos con el personal que me trató	4,73	5,0	0,632
El personal me ha dedicado el tiempo necesario para mi atención	4,66	5,0	0,731
Si en algún momento he estado preocupado o he tenido miedos relacionados con mi enfermedad o tratamiento, los profesionales me han ofrecido la oportunidad de hablar de ello	4,49	5,0	0,847
El personal me ha preguntado con quien quería compartir la información sobre mi enfermedad	3,95	5,0	1,324
TOTAL PUNTUACION CUESTIONARIO	85,84		

* Ítems negativos que han sido recodificados.

GRÁFICO 2. Resultados por ítems cuestionario CuDPDH.



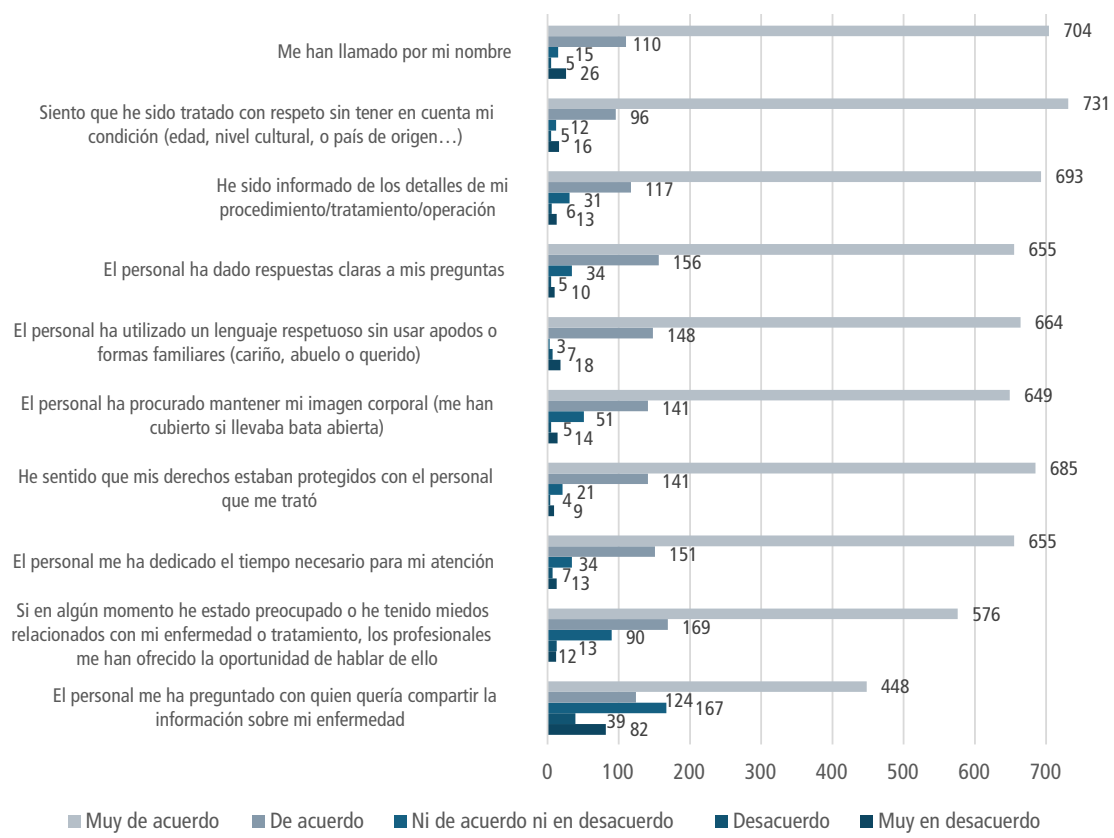


TABLA 7. Puntuación media obtenida por factores.

Factor o dimensión	Media	DE
Intimidad	4,56	0,579
Integridad	4,16	1,208
Identidad	4,73	0,619
Información	4,69	0,644
Respeto	4,67	0,591
Consideración	4,22	0,944

La media de la suma de las puntuaciones en el cuestionario CuDPDPH ha sido de 85,84 (DE 9,822), con un mínimo de 26 y un máximo de 95 puntos. La percepción global media obtenida es de 4,52 (DE 0,517). La puntuación media obtenida en cada factor o dimensión del cuestionario CuDPDPH se muestra en la tabla 7, siendo el más puntuado "Identidad" con 4,73 (DE 0,619) y el menos valorado "Integridad" con 4,16 (DE 1,208).

En cuanto al análisis bivariable, al relacionar cada uno de los ítems del cuestionario, así como

TABLA 8. Análisis bivariable media resultado global según estado civil.

Estado civil	Media	DE
Soltero/a	4,59	0,525
Casado/a	4,52	0,519
Viudo/a	4,39	0,532
Separado/a	4,63	0,346
Divorciado/a	4,59	0,394

cada una de las dimensiones de mismo, y el resultado global, con la variable sexo, no se obtienen diferencias estadísticamente significativas, y tampoco se obtienen al relacionarlo con la edad.

Sin embargo, si se relaciona con el estado civil, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en todos los ítems del cuestionario, así como en cada una de las dimensiones del mismo y con el resultado global del cuestionario CuDPDPH ($p < 0,001$). Los resultados según los grupos se muestran en la tabla 8.

TABLA 9. Dimensión "Consideración" relacionada con situación laboral.

Situación laboral	Media	DE
Activo/a	4,35	0,942
Desempleado/a	4,35	0,929
Jubilado/a	4,16	0,935
Incapacidad temporal	4,29	0,961
Ama de casa	4,06	9,997
Estudiante	4,43	0,799

TABLA 11. Puntuación global media CuPDPH relacionada con especialidad médica.

Especialidad médica	Media	DE
Cardiología	4,57	0,381
Medicina Interna	4,44	0,601
Urología	4,47	0,392
Otorrinolaringología	4,42	0,499
Geriatría	4,26	0,434
Cirugía General y Digestiva	4,55	0,563
Obstetricia-Ginecología	4,66	0,360
Oncología	4,61	0,445
Neumología	4,52	0,456
Neurología	4,79	0,298
Traumatología	4,48	0,556
Hematología	4,67	0,446
Paliativos	4,71	0,375
Otra	4,47	0,556

Al igual que si se relaciona con la situación laboral, se obtienen diferencias estadísticamente significativas con los ítems "He podido hablar a solas de mi situación y estado de salud, tratamiento o procedimiento con el personal", "Si en algún momento he estado preocupado o he tenido miedos relacionados con mi enfermedad o tratamiento, los profesionales me han ofrecido la oportunidad de hablar de ello", y con las medias de la dimensión "Consideración", con $p < 0,05$ (ver tabla 9).

TABLA 10. Puntuación global media CuPDPH relacionada con unidad Enfermería.

Unidad Enfermería	Media	DE
EUH2	4,53	0,449
EUH3	4,65	0,365
EUH4C	4,58	0,479
EUH5	4,41	0,594
EUH6	4,57	0,525
EUH7	4,46	0,550

No se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionarlo con los días de estancia hospitalaria. Pero, si relacionamos las diferentes dimensiones según la unidad de Enfermería en la que se ha producido el ingreso hospitalario, obtenemos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) con las dimensiones "Intimidad" e "Información", y con $p < 0,001$ con las dimensiones "Respeto" y "Consideración", además de con el resultado global medio ($p < 0,001$). Los datos se pueden ver expresados en la tabla 10.

Del mismo modo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionar las dimensiones "Intimidad", "Información" y "Respeto" ($p < 0,05$), y el resultado global medio ($p < 0,001$), con la especialidad médica a la que está a cargo el paciente, tal como se muestra en la tabla 11.

Por otro lado, se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionarlo con el tipo de habitación ($p < 0,05$), aunque es de destacar en este punto, que no se obtienen diferencias estadísticamente significativas al relacionar el tipo de habitación con el ítem "El personal tomó medidas para evitar exponer mi cuerpo innecesariamente".

Sin embargo, al relacionar con haber tenido un ingreso hospitalario previo o no, sólo se obtienen diferencias estadísticamente significativas con el ítem "El personal me ha preguntado con quien quería compartir la información sobre mi enfermedad" y con la dimensión "Consideración" ($p < 0,05$) y no se obtienen diferencias estadísticamente significativas con el resultado global del cuestionario CuPDPH.

5. Discusión

A pesar de la evidente importancia del respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes, consideramos que, lamentablemente, no están completamente definidos y enmarcados en nuestro entorno y que, frecuentemente, se dejan de lado primando otros aspectos de la atención sanitaria. Este hecho queda reflejado en la escasez de estudios en profundidad sobre el tema existentes en la literatura disponible, y en concreto en el contexto español.

En la idea de destacar la necesidad de promover la dignidad en los entornos hospitalarios, las encuestas de satisfacción y las estadísticas reflejan la calidad en términos de limpieza, adecuación de espacios, reducción de tiempos de espera, reducción de mortalidad, o de tasas de infección, pero estas cifras, aunque resultan muy valiosas, no reflejan la percepción de un trato digno en la percepción de los pacientes, y es que, la presión asistencial puede hacer que los profesionales violemos la dignidad e intimidad de nuestros pacientes en multitud de ocasiones, aunque los pacientes lo perciban como vital para ellos.

Se requiere un análisis conjunto tanto de las particularidades de los pacientes en su contexto de enfermedad, los procesos asistenciales, entorno, así como los profesionales sanitarios, ya que todos estos aspectos son factores que pueden promover y mantener la dignidad e intimidad, o bien pueden vulnerarla [1,9,15,17].

Como señala Pereira Dutra et al [32], el proceso de la enfermedad puede suponer un cambio de estilo de vida y una serie de adaptaciones a una nueva situación, que puede ser percibida como despersonalización, llevando a los pacientes a intentar recuperar el control de sus propias vidas.

Durante el proceso de hospitalización, en la mayoría de los casos, el paciente deberá compartir habitación con un desconocido durante las 24 horas del día, incluyendo todas las actividades de su vida diaria, para las que sólo cuenta con una cortina como elemento protector, siendo su espacio personal invadido de forma constante y sin permiso [12,17]. Según diferentes estudios, hasta el 36% de los pacientes refiere

haber escuchado conversaciones innecesarias con información sobre otros pacientes, y más del 20% tuvo la sensación de que otros pacientes pudieron haber escuchado sus conversaciones [11,15,29], siendo este dato concordante con estudios sobre la percepción de los profesionales a este respecto [17,33].

Además, los profesionales sanitarios tenemos acceso a su cuerpo, que constituye su círculo más íntimo de espacio personal, lo que es necesario y aceptado por los pacientes, especialmente cuando el paciente percibe su estado como crítico [15], siempre que sea necesario, pero evitando la exposición innecesaria y utilizando las medidas adecuadas para preservar su intimidad, como señalan Ferri et al [27], y siempre debe primar el beneficio del paciente frente a la "comodidad" del profesional [8].

En este sentido, el estudio de Soldevilla-Canuso et al [17], ponen de manifiesto la sensación de "exhibición" referida por los pacientes durante los desplazamientos para la realización de pruebas y actividades que suponen una salida del servicio.

Según la evidencia disponible, los 19 ítems que forman el cuestionario CuPDPH recogen conductas observables de los profesionales sanitarios, y la suma de sus puntuaciones aporta una evaluación cuantitativa de la percepción del paciente hacia el respeto a su dignidad e intimidad, por lo que cada enunciado puede ser un indicador de la percepción de la dignidad fácil de cuantificar y que además es válido y fiable [1,32].

Si nos centramos en autores que han utilizado el mismo instrumento de medida, es decir, el cuestionario CuPDPH, los resultados globales del cuestionario se pueden considerar adecuados (4,52 puntos de media), lo que concuerda con los datos aportados por otros autores como Campillo et al [1] (4,51 puntos), y sensiblemente mejores que los aportados por Pereira Dutra et al [32] (3,07), aunque en este último caso el estudio fue realizado en Brasil, por lo que podría haber influido la validación y traducción al portugués, así como diferencias culturales, tal como los propios autores señalan [32].

La dimensión o factor más valorado ha sido la dimensión "Identidad" con 4,73 puntos, con-

cordante también con el estudio de Campillo et al [1] (4,85 puntos), aunque para estos autores la dimensión menos valorada es la relacionada con la "Consideración", mientras que en nuestro estudio la dimensión menos valorada ha sido la "Integridad", lo que se explica principalmente por la puntuación obtenida por el ítem "En ocasiones me he sentido tratado como un objeto" (4,27 puntos).

El ítem más valorado ha sido "Siento que he sido tratado con respeto sin tener en cuenta mi condición (edad, nivel cultural o país de origen...)", también es uno de los más valorados en los estudios disponibles [1,32], aunque en nuestro caso la puntuación obtenida es algo inferior (4,77 vs 4,82).

Es importante destacar la puntuación obtenida por el ítem "El personal ha mostrado superioridad sin importarle mi opinión ni mis necesidades", con 3,95 puntos, que al ser un ítem negativo que ha sido recodificado, implica que es uno de los puntos mejor valorados por los encuestados.

Merece especial mención también la puntuación obtenida por el ítem "Me han llamado por mi nombre" (4,70 puntos) y de "El personal ha utilizado un lenguaje respetuoso sin usar apodos o formas familiares (cariño, abuelo o querido)" (4,67 puntos), lo que nos indica que el personal sanitario se encuentra alineado con la estrategia de evitar la despersonalización de la asistencia sanitaria.

El ítem menos valorado "El personal me ha preguntado con quién quería compartir la información sobre mi enfermedad" (3,95 puntos) nos plantea posibles estrategias de mejora en cuanto al tema de la confidencialidad de los datos y una necesidad de análisis individualizado, ya que como señala Torregrosa [13], "se necesita dejar claro que el paciente es la primera prioridad, él es quien decide siempre. Normalmente desea que la familia esté informada. Pero si no lo desea, debe respetarse y mantenerse abierto a la familia para apoyarlos, aunque no se pueda darles información".

Sin embargo, la puntuación del ítem "El personal ha procurado mantener mi imagen corporal (me han cubierto si llevaba la bata abierta)", ha obtenido una puntuación más elevada que la

disponible en la literatura existente, lo que indica que se está haciendo una buena labor en este sentido.

Las puntuaciones de los ítems "El personal me ha mirado a los ojos al hablarme" y "He podido hablar a solas de mi situación y estado de salud, tratamiento o procedimiento con el personal" nos orientan a aspectos emocionales de la asistencia sanitaria, expresando la percepción de un cuidado individualizado, centrado en la persona, ya que la presión del trabajo, así como la rutina nos llevan a un comportamiento estereotipado o automatizado [1].

En concordancia con la evidencia disponible [1,30,32], no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo ni edad, aunque otros estudios sí encuentran estas diferencias, aunque más relacionadas con una evolución personal en el concepto de intimidad [11,15,29].

Tampoco se han obtenido estas diferencias en cuanto a los días de estancia hospitalaria, lo que es un buen indicador ya que no haber obtenido estas diferencias nos señala que el trato respetuoso y digno hacia los pacientes no se modifica con el avance de la estancia hospitalaria, no viéndose afectada por un posible proceso de "familiarización" con el paciente hospitalizado. Sin embargo, otros autores sí encuentran esta diferencia, señalando que "cuanto más prolongada sea la estancia en el centro, más incidentes de privacidad puede experimentar el paciente, y por tanto más baja es la percepción de privacidad" [15,34], y la misma opinión manifiestan Ila-García et al. [30].

Las diferencias obtenidas en el presente estudio según el tipo de habitación, hacen recomendar este tipo de estructura frente a la habitación compartida, de acuerdo también con Amorós Cerdá et al. [15], y por Gonzalez Salinas [26], aunque como señala López Espuela [12], esto no es determinante, "ya que se disponen de diferentes recursos que algunos profesionales no utilizan, por mecanización en sus conductas, dando lugar a una disminución en la calidad asistencial, no consiguiendo el nivel óptimo por falta del detalle fino".

La influencia de las experiencias hospitalarias previas, que se ponen de manifiesto en

el presente estudio, concuerda con los datos aportados por otros autores como Amorós Cerdá et al [15], que dicen que “los pacientes con estas experiencias se plantean las vivencias de otra manera, manifestando un diálogo más relajado, refieren conocer las normas y dinámicas de las unidades y comparan su estancia actual con las previas”.

Las diferencias observadas según la unidad y especialidad se podrían explicar por las diferencias de tipología de pacientes y/o procesos asistenciales, que puedan implicar una mayor o menor vulneración de la intimidad.

Si ampliamos a los estudios de metodología cualitativa, así como a aquellos que utilizan el cuestionario de Mozota-Duarte [11,18,30] (basado en cuestionario de Barlas [29]), que es el otro cuestionario validado en español, aunque se utiliza principalmente en ámbitos de urgencias hospitalarias, podemos realizar una comparativa con los datos globales obtenidos, ya que este cuestionario consta de 11 preguntas graduadas en escala Likert del 1 al 5, explorando tres aspectos: privacidad auditiva, visual y global, por lo que el resto de aspectos no pueden ser comparados.

Los resultados obtenidos en este estudio son sensiblemente mejores que los obtenidos por Mozota-Duarte [11] en 2013 (4,17 puntos), aunque el estudio se llevó a cabo en servicios de urgencias hospitalarias en Aragón, y éstos tienen una serie de características diferenciadas que pueden suponer una mayor amenaza para el respeto a la intimidad de los pacientes, como puede ser un número elevado de pacientes y acompañantes, aglomeración, rapidez de atención o falta de espacios adecuados para la información [8,11]. En este sentido, las propuestas de mejora sugieren una intervención multifactorial, con una reorganización de espacios, control de acceso y fomento de un clima ético y formación del personal [8,18,31,34].

Ila-García et al [30] obtuvieron datos globales similares a los obtenidos en el presente estudio (4,66 puntos).

Existen estudios que señalan diferencias en la percepción de respeto a la intimidad según el tamaño del hospital, así como según la titularidad de este, obteniendo mejores puntuaciones

a menor tamaño del hospital, así como los centros privados [11].

Los resultados obtenidos en distintos estudios [11,12,17,18,30] señalan una diferencia entre las puntuaciones obtenidas a nivel auditivo y visual, siendo la percepción de falta de intimidad mayor a nivel auditivo, lo que nos está señalando también un área de mejora en cuanto a la transmisión de información en pasillos, en presencia de otros pacientes o familiares, etc., dato que también concuerda con los obtenidos, cualitativamente, por Sánchez Aragón [8].

Diferentes estudios muestran las diferencias existentes entre la percepción de los pacientes y la de los profesionales [8,11,12,18,30,35], manifestando que son los profesionales los que descubren mayores vacíos para la protección de la intimidad [18], así como una diferencia sustancial en el interés que este tema suscita entre los diferentes colectivos profesionales [17,30]. En este punto, Iraburu et al. [36] señalan que “entre el personal de Enfermería se recogen prácticas más correctas aun cuando muestran un conocimiento teórico peor sobre estas cuestiones”, y que “el personal médico maneja más claros lo que no se traduce en un mejor comportamiento en la práctica”, llegando a ser mayor la diferencia según la edad y sexo de los profesionales.

6. Conclusiones

Los profesionales sanitarios, y especialmente, el personal de Enfermería, debemos ser conscientes de las circunstancias de fragilidad y vulnerabilidad de nuestros pacientes. Para reforzar el empoderamiento de nuestros pacientes, es necesario brindar una información veraz y completa para que, de esta forma, sientan reforzada su autonomía y respetada su dignidad.

Los pacientes hospitalizados, en general, se sienten respetados en cuanto a su dignidad e intimidad, pero los profesionales sanitarios no preguntan a los pacientes con quien quieren compartir su información, lo que se plantea en este trabajo como uno de los puntos de mejora más importantes para tener en cuenta.

Debemos trabajar en estrategias de mejora sobre esta percepción porque, aunque actual-

mente el paciente debe firmar un documento en el que manifiesta, en el propio proceso de admisión, si desea que se proporcione información, esto no está siendo percibido como suficiente por parte de los pacientes.

La hospitalización supone una serie de cambios y modificaciones en los espacios personales que en cualquier otro contexto sería inadmisibles, por lo que la forma en la que nos conduzcamos en este ámbito afectará a la percepción sobre el respeto a la dignidad de nuestros pacientes, y es que, aunque la estructura de un hospital puede dificultar el respeto a la intimidad de nuestros pacientes, los profesionales sanitarios tenemos una gran influencia y aportación en nuestro trabajo diario, y para ello es suficiente con utilizar los medios de los que disponemos a nuestro alcance, así como mostrar un comportamiento empático.

Los temas relacionados con la imagen de los pacientes, con la forma en que se realizan las técnicas o procedimientos, y en especial, las exploraciones, o la recogida de datos de la historia clínica, pueden ser aspectos de la intimidad que pueden pasar inadvertidos por los profesionales, siendo necesario aumentar la sensibilidad y concienciación de los profesionales sanitarios sobre la importancia del respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes, siendo un hábito en su trabajo diario, con conductas naturales en este sentido.

En los últimos años se han dado importantes pasos en la mejora de las salas de hospitalización, con cambios físicos y estructurales, pero se deben pulir otros aspectos como los pases de visita, las recogidas de datos o la realización de curas o procedimientos, además de poner especial cuidado en la confidencialidad de los datos.

Aunque los resultados obtenidos se pueden considerar positivos, hay que tener en cuenta que el objeto del estudio es un derecho, por lo que los resultados deben llegar a la excelencia, y nos queda un camino por recorrer para conseguirla, pero si nos atenemos al interés suscitado por este estudio en nuestro hospital, los autores consideramos que nos encontramos en disposición de lograrlo.

Este estudio, al igual que otros en esta línea, debe utilizarse para avanzar en la investiga-

ción sobre la percepción de la dignidad e intimidad, así como de la ética profesional, además de las habilidades y competencias de relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, desde una perspectiva de liderazgo enfermero, aportando información útil tanto a los propios profesionales como a los gestores con el fin de mejorar la calidad de los cuidados.

7. Cuestiones éticas

El proyecto de este estudio ha sido presentado al Comité de Ética de Ensayos Clínicos del H.U. Móstoles para contar con la aprobación para su realización, además de haber sido aprobado por la Dirección de Enfermería (Anexo 6).

Esta investigación se ha desarrollado con el máximo respeto a los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y la biomedicina, en la Declaración Universal de la UNESCO sobre el genoma humano y los derechos humanos, así como cumplir los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación médica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, de acuerdo con la Ley 14/2007, de julio, de Investigación Biomédica, además de con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y los demás requisitos establecidos en la legislación española al respecto.

8. Limitaciones y líneas futuras de investigación

Como limitación podemos señalar que la evaluación de la percepción sobre el respeto a la intimidad se ha realizado a través del cuestionario CuPDPH, que es un método de evaluación subjetivo, aunque es una escala validada y utilizada, y no a través de métodos más objetivos, se podría complementar este estudio con la realización de un estudio de características cualitativas para aumentar la perspectiva global sobre el tema.

La principal dificultad que se ha encontrado durante la realización del estudio ha sido con-

seguir la colaboración de los pacientes para la cumplimentación de los cuestionarios, ya que en algunos casos declinaban participar en el estudio. También se puede considerar una dificultad que el cuestionario final tiene una longitud que podría dificultar la participación.

Las líneas futuras de investigación deberían ir orientadas a diferenciar la perspectiva de los pacientes según los diferentes grupos profesionales, y también conocer en profundidad los conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes hospitalizados, para poder desarrollar acciones formativas adecuadas según los resultados obtenidos además de para poder crear una cultura de fomento de respeto

a la intimidad, con una atención más humanizada e individualizada.

9. Agradecimientos

Los autores agradecen en primer lugar a los pacientes que han colaborado en la realización de este estudio sin los que no hubiera sido posible. También agradecer a los 191 colaboradores en la recogida de datos que han demostrado un sincero interés en el tema y en el objetivo de prestar unos cuidados de calidad a nuestros pacientes. Y, por supuesto, a la Dirección de Enfermería del centro por la colaboración y fomento de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campillo B, Corbella J, Gelpi M, Martínez E, Viciano MA, Montiel J, Abós E, Callejón S, Alonso M. Percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados. *Acta bioethica* [Internet]. 2020;26(1):61-72. <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/57356>
2. Camps V. Dignidad y autonomía. En: Boladeras M, editor. *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y práctica sanitaria*. Barcelona: Proteus; 2010.
3. Camps V. La paradoja de la Dignidad Humana. *Bioética & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioética*. [Internet]. 2007;50:6-9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2527455>
4. Della Mirandola P. *Discus sobre la dignitat de l'home*. Universitat de Valencia. 2004.
5. Kant I. *Fonamentació de la metafísica dels costums*. Editorial Laia. Barcelona. 1984
6. Delgado Rojas JI. Dignidad humana. *Eunomia. Revista en Cultura de la Legalidad*. [Internet]. 2019;15:176-197. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2018.4347>
7. Bohorques G. El concepto de dignidad humana en el enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. 2018;38:41-61.
8. Sánchez Aragón S. Enfermería e intimidad de los pacientes en los Servicios de Urgencias del Sector III de Zaragoza. *Nure Inv* [Internet]. 2017. 14(86):1-19. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/989>
9. Blanca Gutiérrez JJ, Muñoz Segura R, Caraballo Núñez MA, Expósito Casado MDC et al. La intimidad en el hospital: la experiencia de los pacientes, sus familias y enfermeras. *Index de enfermería*. 2008;17(2):106-10
10. *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025*. Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/ii-plan-humanizacion-asistencia-sanitaria-2022-2025>
11. Mozota Duarte J, Molner Lahoz J, García Noaín A, Moreno Mirallas MJ, Fernández Moros RW, Rabaneque Hernández MJ. Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. *Emergencias*. 2013;25:445-450
12. López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. *NURE Inv*. [Internet] 2010; 7(46). http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf

13. Torregrosa R, Balaguer P, Ballesteros V, Bayona MJ, Blasco A, Fonfria C et al. Intimidad, confidencialidad y secreto profesional (una aproximación desde la bioética). *CM de Psicobioquímica*. 2018;5:1-39
14. Whitehead J, Wheeler H. Patient's experiences of privacy and dignity. Part 1: a literatura review. *Br J Nurs* [Internet]. 2008; 17(6):381-5. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28904>
15. Amorós Cerdá SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19(4):193-203
16. Jimenez MF. Perspectiva enfermera sobre la intimidad en la asistencia hospitalaria urgente. *Metas de Enfermería*. 2002;5:6-9
17. Soldevilla-Cantueso MA, Solano-Corrales D, Luna-Medina E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23(2):52-6
18. Urdaz Hernández M. Valoración del respeto a la intimidad en el servicio de urgencias del hospital Ernest Lluch. [TFM Internet]. Universidad de Zaragoza. 2012. <https://zaguan.unizar.es/record/8601?ln=es>
19. López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias*. 1999;11:184-190.
20. Van Gennip IE, Pasman HRW, Ooster-veld-Vlug MG, Willens DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dynamics in the sense of dignity over the course of illness: A longitudinal study into the perspectives of seriously ill patients. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015; 52(11): 1694-704. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.010>
21. Hernando P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2005; 20:353-6
22. Prieto Gil de San Vicente L, Vélez Vélez E, Juan Melero P, López Revuelta Y, Martínez Gala P, Moñino Sainz MA. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. *Rev Nure Inv* [Internet]. 2005;16. http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_detalle.cfm?id_INV_NURE=39&id_menu=147
23. Martín Escudero JC. El derecho a la intimidad de los pacientes en las publicaciones. *Anal Medic Int* 1999; 16(4):207-8
24. Botkin JR, McMahon WM, Smith KR, Nash JE. Privacy and confidentiality in the publication of pedigrees: a survey of investigators and biomedical journals. *Jama*. 1988;279(22):1808-12
25. González Sanz MA, Casasola Fuentesauco M, Fernando Pablo AC, Alonso Andrés L, Tomé Tamame MI, Montesinos González MJ. Intimidad, confidencialidad y redes. *Nuevo Hosp*. [Internet]. 2019;XV(1):21-26. <https://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevo-hospital-2019/nuevo-hospital-2019-febrero-xv-1/gonzalez-sanz-ma-casasola-fuentesauco-m-fernando-pablo-ac-a.ficheros/1283513-Nuevo%20Hosp.2019%3BXV%281%29%2021-6.pdf>
26. González Salinas L. Sobre el derecho a la intimidad del paciente: ¿resulta adecuada y suficiente nuestra actual protección? Consideraciones jurídico-legales. [TFM Internet]. Universidad de Oviedo. 2020. <http://hdl.handle.net/10651/59901>
27. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in a Italian general Hospital: a cross sectional análisis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015;15(41). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
28. Whitehead J, Wheeler H. Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study. *Br J Nurs* [Internet]. 2008;17(7):458-64. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.7.29067>
29. Barlas D, Sama AE, Ward MF, Lesser ML. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment áreas with curtains versus those with solid walls. *Ann Emerg Med*. 2001;38:135-9
30. Ila-García A, Contreras-Martos GM, Ochando-García A. Intimidad percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*. 2022;25(3):239-47
31. Ramos-Brieva J. Respetar la intimidad del paciente: una estrategia de pequeños pasos. *J. heathc. Qual. Res*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.06.001>

32. Pereira-Dutra P, Azevedo Quagiato L, Terra Curupan F, Zangirolami Peres L, Luiza Pacinia V, Regina Menezes da Silva C et al. Cross-cultural adaptation of the Scale of Perception of Respect for and Maintenance of the Dignity of the inpatient (CuPDPH) to Brazilian Portuguese and its psychometric properties – A multicenter cross-sectional study. *Clinics* 79 [Internet]. 2024; 100328. <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100328>
33. Durán Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad: una reflexión desde la ética. *Rev Rol Enfermería*. 1999;22:303-7
34. Lin YK. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Med Ethics*. 2013; 14:8
35. Merlo Baquerín M. Confidencialidad e intimidad en la práctica enfermera. Conocimientos y actitudes. [TFG Internet]. Escuela de Enfermería de Palencia “Dr. Dacio Crespo”. 2018. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31548>
36. 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):357-66

ANEXO 1. Cuestionario

El enlace al cuestionario elaborado para la realización del trabajo se muestra a continuación, se adjunta también el cuestionario en formato papel.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdaMQBrpUhXB5VQogct5ladRcrCqkNJc30pSXwR8xnDuAShBg/viewform?usp=sf_link

[illegible]

ANEXO 2. Registro diario control altas de Enfermería por unidades

[illegible]

ANEXO 5. Código QR acceso cuestionario



ANEXO 6. Autorización comité Ética

 **Hospital Universitario de Móstoles**

INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

D^a. Concepción Cepeda González
Presidente del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario de Móstoles

CERTIFICA:

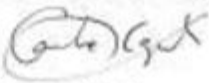
Que este Comité ha evaluado el estudio de investigación titulado:

"Percepción del respeto a la dignidad e intimidad de los pacientes hospitalizados en el H.U. Móstoles", con nº reg. CEI 2024/010.

Cuyas investigadoras principales son D^a Silvia Ortiz Molina y D^a Miriam Gazulla Tomás (Supervisoras de Área de Dirección de Enfermería del Hospital Universitario de Móstoles), y considera que se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio.

Lo que firma en Móstoles a 22 de marzo de 2024.

Fdo.: Dra. Concepción Cepeda González



Presidente del CEI

 **Hospital Universitario de Móstoles**
Calle de Toledo, 47
28014 Madrid, 28014
Teléfono: 91 555 1000

 **Red H+H**
Hospital de Móstoles

© Doctor Luis Muñoz, cfr. 28014 Móstoles Madrid. Tl. 91 555 1000. www.móstoles.org/hospitalunivmóstoles

Formar unidades de salud y de vida que lo rodean. Con el paciente como el centro sanitario. July 4025104