



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017–2018

Trabajo Fin de Grado

**"Las normas de cortesía como primer
cuidado del profesional sanitario"**

(Revisión Bibliográfica)

Alumno: Andoni Arrieta Rodríguez.

Tutora: D^a. M^a José Mata Peñate.

Junio, 2018

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT	3
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1. DEFINICIÓN DEL PRONOMBRE PERSONAL “ TÚ Y USTED “	5
2.2. HISTORIA DEL USO DEL PRONOMBRE “ TÚ “ DEL SIGLO DE ORO ESPAÑOL A LA ACTUALIDAD.....	5
2.3. CLASIFICACIÓN DEL USO ACTUAL DEL TÚ.....	6
2.4. EL TUTEO SEGÚN LAS DIFERENTES RELACIONES EN LA VIDA	7
2.5. EL CUIDADO HUMANIZADO.....	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS	10
4. RESULTADOS	14
5. DISCUSIÓN	30
5.1. CONCLUSIONES	31
6. BIBLIOGRAFÍA.....	33

1. RESUMEN

- Introducción: El trato digno siempre ha formado parte de la atención al enfermo. En los últimos años se está generando una gran controversia sobre cómo tratar y comunicarse con el paciente en la rama sanitaria. Según la historia y las diferentes generaciones en España, las relaciones interpersonales han ido variando de generación en generación provocando una actitud un tanto violenta a la hora de comunicarse con diferentes pacientes con distinto nivel sociocultural y generacional. El cuidado no solo se refiere a la técnica en sí, sino que implica una atención integral del ser a nivel biopsicosocial.
- Material y Métodos: Revisión bibliográfica en la que se consultan diferentes bases de datos.
- Resultados: Se analizan y se comparan 20 artículos, observando las diferentes situaciones y circunstancias que se producen a la hora de tratar al paciente. Se han dividido los resultados según la entrevista al paciente, según la confidencialidad e intimidad del paciente, según la influencia del entorno físico del paciente, según la utilización del “Tú” y el “Usted” y los Portales de Salud.
- Discusión: Dentro de los datos analizados, se observan cambios que generan un trato incorrecto al paciente y se da a entender que, para interpelar al paciente, hay que preguntarle primero cómo quiere que se le llame, también se ve reflejado los avances realizados en cuanto a la confidencialidad e intimidad del paciente y los errores cometidos en el secreto profesional. Sería necesario realizar más estudios y trabajos que tuvieran en cuenta estos temas por la diversidad de culturas existentes en nuestro país.

Palabras clave:

Trato digno, Confidencialidad, Intimidad, Violencia hospitalaria.

ABSTRACT

- Introduction: The dignified treatment has always been part of the care for the patient. In the recent years it is generating a great controversy on how to treat and communicate with the patient in the health branch. According to the history and the different generations in Spain, interpersonal relationships have been changing from generation to generation, that's provoke a somewhat violent attitude when you communicate with different patients with different sociocultural and generational levels.

The care not only refers to the technique itself, but also implies an integral attention of the being at a biopsychosocial level.

- Material and Methods: Bibliographic review are consulted in different databases.
- Results: 20 articles are analyzed and compared looking the different situations when are produced treating the patient. The results have been divided according to the patient's interview, according to the confidentiality and privacy of the patient, according to the influence of the physical environment of the patient, according to the use of "You" and "You" and the Health Center.
- Discussion: About analyzed data, are observed changes that generate incorrect treatment to the patient and it is implied that you have to ask him first how does he wants to be called, it is also reflects the progress made in terms of confidentiality and privacy of patients, and the mistakes made in professional secrecy.

It would be necessary to carry out more studies that took these issues into account for the diversity of cultures that exist in our country.

Keywords: Dignified treatment, Confidentiality, Privacy, Hospital Violence.

2. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la utilización en las relaciones interpersonales de los pronombres “tú” y “usted” ha ido en aumento, permitiendo destacar la distinta familiaridad que existe entre ambas personas que están manteniendo una conversación. En realidad, es la misma forma de segunda persona, pero utilizando el “usted” como tratamiento de respeto, cortesía o distanciamiento.

Esto provoca, una confusión generalizada en la población y, hoy en día, parece que lo normal es el uso del “tú” desde el primer momento. Además, para simplificar en algunas gramáticas, se aconseja desentenderse de la segunda persona verbal. ⁽¹⁾

2.1. DEFINICIÓN DEL PRONOMBRE PERSONAL “ TÚ Y USTED “

El pronombre personal “*Tú*” , es la forma que, en nominativo o vocativo, designa, en España y en algunos lugares de América, a la persona a la que se dirige quien habla o escribe, especialmente, en situaciones comunicativas informales. Por otra parte, el pronombre personal “Usted” , es la forma que, en nominativo, en vocativo o precedida de preposición, designa a la persona a la que se dirige quien habla o escribe, como tratamiento de cortesía, respeto o distanciamiento. ⁽²⁾

2.2. HISTORIA DEL USO DEL PRONOMBRE “ TÚ “ DEL SIGLO DE ORO ESPAÑOL A LA ACTUALIDAD

El siglo de oro español fue ideado por Luis José Velázquez (1722 – 1922) el cual fue un historiador y escritor ilustrado español, y fue empleado para nombrar a todo el periodo de los siglos XVI y XVII.

En este siglo de oro, ya existía la solidaridad entre hablantes de los mismos grupos sociales, dando lugar, a que entre hablantes de la nobleza se empleara el pronombre “Tú” y entre hablantes de los grupos sociales bajos también. Por otro lado, los hablantes de las clases intermedias estaban obligados a atenerse a las normas establecidas y así seguir manteniendo las identidades sociales. Sin

embargo, en la actualidad, la sociedad española ha ido evolucionando y por tanto, se ha avanzado desde esa sociedad estamental del siglo XVI a la sociedad moderna de hoy en día.

Por otra parte, en la actualidad, el uso del pronombre “usted”, presenta unas connotaciones de respeto, en el que el hablante considera a su interlocutor mayor que él, provocando en el interlocutor una sensación de que no es tan mayor, y por otra parte, la de una actitud clasista, en la que a pesar de tener la misma edad, el interlocutor lo considera inferior a él por su clase social. ⁽³⁾

Finalmente, según el artículo *El uso del pronombre Tú en la España Contemporánea* afirma que: “*En resumen, podemos defender la existencia de dos sistemas de tratamiento diferentes en la sociedad española actual. Por un lado, el grupo social alto tendría en cuenta la variable de clase sociocultural (es decir, el sentirse igual o no a sus interlocutores) y, por otro, la clase sociocultural más baja haría prevalecer la variable edad y, por tanto, poder social, en la expresión de la deferencia*”.⁽³⁾

2.3. CLASIFICACIÓN DEL USO ACTUAL DEL TÚ

Emilio Lorenzo Criado (1918/2002) fue un Catedrático de Lingüística Germánica de la Universidad Complutense de Madrid, así como, miembro de la Real Academia hasta 2002, año de su fallecimiento. Hizo una clasificación del uso del “Tú” en la actualidad:

- Tú Político: Se emplea en agrupaciones y partidos políticos y que tuvo sus precedentes en la Revolución Francesa entre otros
- Tú Narrativo: Se produce cuando el pronombre “tú” reemplaza la primera persona en boca del narrador, que habla de sí mismo utilizando la segunda persona. Se puso de moda en la narrativa española por *Juan Goytisolo* en su novela “*Señas de Identidad*”
- Tú Periodístico: Es el que utilizan en radio y televisión periodistas, presentadores y colaboradores

- Tú Impersonal: El fenómeno gramatical característico de las últimas décadas, el cual, ha ido arrasando todas las áreas del “se”, del “uno/a” y de la tercera persona del plural sin sujeto. ⁽³⁾

2.4. EL TUTEO SEGÚN LAS DIFERENTES RELACIONES EN LA VIDA

- Relaciones familiares: Se utiliza por unanimidad el pronombre personal “tú” a excepción de zonas rurales muy reducidas
- Relaciones profesionales: En el mundo laboral, con mucha frecuencia, el subalterno se dirige al superior con el pronombre “usted”, siendo el superior quien establece si sus subordinados pueden o no tutearlo; asimismo se puede dar la circunstancia de que el superior tutea sin dar pie al subalterno para que lo haga. Éstas, se denominan las reglas de horizontalidad y verticalidad.

Por otra parte, en el mundo de la enseñanza, en parvulario y en primaria, se suele utilizar el tuteo, porque los pequeños no reconocen el significado del pronombre “usted”, influyendo la edad de los profesores que en estos ciclos suelen ser más jóvenes. Por otro lado, en centros de Enseñanza Privada, en los colegios religiosos masculinos, suele instaurarse el tuteo, sin embargo, en los colegios femeninos es muy frecuente que se mantengan las reglas de horizontalidad y verticalidad previamente descritas.

- Relaciones en establecimientos públicos y comerciales: Generalmente, en establecimientos para jóvenes, bares y cafeterías se utiliza el tuteo, no así en grandes almacenes y en restaurantes de cierta categoría, ya que, el “usted” al público, es de rigor, a excepción de que se trate de clientes muy jóvenes.
- Relaciones en el servicio doméstico: Es más generalizado el uso del “usted” en este tipo de relaciones laborales, con excepciones muy escasas en las que los empleadores sean muy jóvenes. Sin embargo, parece de uso obligatorio el pronombre de cortesía cuando se dirige a un taxista, policía o

empleado de banca, entre otros. En el caso de un médico a un paciente, dependiendo de la edad, se les tutea o no. ⁽⁴⁾

2.5. EL CUIDADO HUMANIZADO

Los avances científicos y tecnológicos han permitido mejorar los cuidados y el mantenimiento de la vida, teniendo en cuenta el respeto a ésta y a la dignidad del ser humano. El ejercicio del cuidado no sólo se refiere a elementos técnicos y prácticas asistenciales, es algo mucho más complejo y que está íntimamente ligado con la persona. Los aspectos afectivos, la actitud y el compromiso de quien lo proporciona son esenciales, pero, además, es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. El profesional de enfermería incluye en su actuación la diversidad, la universalidad y la individualidad de la persona a la que dirige sus cuidados.

Según Watson ⁽⁵⁾ *“La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”*. Esto, indefectiblemente, lleva a la conclusión de que ninguno de los dos componentes de la ecuación, enfermera y paciente, dejan de ser lo que son y ante todo, persona.

La cultura de una persona está adherida a ella como parte integrante e indivisible, por ello, el profesional de enfermería debe proporcionar sus cuidados teniendo siempre presente la cultura de la persona que los recibe.

Dorothea Orem, en su Teoría del Autocuidado, da importancia al lenguaje cultural, que acerca al profesional enfermero a quien le cuida, pudiendo, así, éste ser contemplado de una manera holística.

Dentro de los valores culturales predominan elementos como la ética familiar, los conocimientos científicos, los valores y creencias en relación con la salud, la felicidad y la paz familiar, la educación, cortesía y distinción, los bienes de la familia, estados civiles, etc.

“La transculturación se define como aquel fenómeno que resulta cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios de la cultura original de uno de los grupos o

ambos".⁽⁶⁾ En la actualidad, hemos de ser conscientes de la trascendencia de este fenómeno que para la Enfermería es trascendental en el trato con la persona a la que brinda el cuidado.

El encuentro de un paciente con el profesional sanitario trasciende lo meramente científico e incluye una dosis importante de humanidad, de modo tal que una persona que acude en búsqueda de una respuesta, no debe sentir que la persona que le atiende tiene prisa o parece ocupado en otro tema que no incluye la atención del paciente. Es importante en este punto no caer en la tentación de usar palabras demasiado coloquiales para explicar trastornos clínicos, no emplear el tuteo ni palabras de excesiva familiaridad, tales como 'abuelo/a' porque tanto el tuteo como estas formas de dirigirse al otro no hacen más que acentuar la asimetría y ampliar la brecha de comunicación que de por sí existe.

El trato digno o no que se le da a una persona por parte de profesionales de la salud se ve muy bien reflejado en el anciano confinado en una institución. Para comenzar, el anciano rara vez puede escoger por sí mismo la residencia en la que va a vivir en lo sucesivo. Una vez dentro, le será asignada una habitación, se le llamará más o menos delicadamente la atención sobre aspectos de horario, actividades, salidas, visitas, comidas, arreglo personal, momentos de ocio, etc., al efecto de que se ajuste a lo reglamentado o a las costumbres de la institución. La información sobre su estado de salud y sobre lo adecuado de los cuidados que recibe le será escatimada con pretexto de que no se preocupe. Es escasa la consideración social que deja traslucir el lenguaje y el trato de los cuidadores hacia el anciano; puede sentirse rebajado al nivel infantil. Todo este panorama puede enfocarse como un proceso paulatino de pérdida de control, el control que toda persona adulta ejerce sobre las circunstancias más habituales que le afectan como miembro de un grupo que participa plenamente de su vida social. Incluso, vemos cómo, con cada vez mayor frecuencia, el anciano es víctima de abusos de diversa índole.⁽⁷⁾

2.6. JUSTIFICACIÓN

La motivación para realizar este estudio ha sido aumentar y conocer los hábitos que se tienen sobre el trato digno al paciente, tras haber vivido situaciones complicadas en los rotatorios de las prácticas, con el fin de satisfacer sus necesidades, no sólo en los cuidados de una intervención enfermera o médica, sino en la relación que se mantiene con el mismo.

2.7. OBJETIVOS

✓ **General:**

- Describir las correctas situaciones que se deberían llevar a cabo en el trato con el paciente.

✓ **Específicos:**

- Comprobar la dificultad de asimilar el uso correcto de pronombre “tú” y “usted” en muchas áreas de la comunicación.
- Conocer la forma de abordaje verbal más adecuada en el primer contacto paciente – profesional de enfermería.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es una revisión bibliográfica sistemática. Para poder reflejar los elementos que integran el objeto de este trabajo, se ha utilizado la pregunta “¿En pacientes ingresados el uso de un buen trato influye en su estado de salud?”, usando para ello el formato PICO (Tabla 1):

<i>Paciente / Patient</i>	Pacientes ingresados
<i>Intervención / Intervention</i>	Uso de un buen trato
<i>Comparación / Comparison</i>	-
<i>Resultados / Outcomes</i>	Influencia en su estado de salud

Tabla 1. Pregunta PICO. Elaboración propia.

La obtención de artículos y estudios se realiza a través de una búsqueda de información en bases de datos electrónicas, libros formato papel, y consultas personales con la coordinadora del Prácticum de nuestra universidad de Palencia, a fin de encontrar las mejores evidencias científicas disponibles. Para poder concretar la búsqueda se establecen unos criterios de exclusión e inclusión (Tabla 2).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Enlaces de pago sin resumen.	Artículos en español o inglés
Enlaces de pago con resumen, pero sin información relevante.	Estudios o análisis o revisiones bibliográficas, que siguen los criterios planteados en la pregunta PICO de este TFG.
Repetido en la búsqueda (ya está seleccionado en otra base de datos).	Sin límites temporales.

Tabla 2. Criterios de exclusión e inclusión. Elaboración propia.

Para una mejor investigación, se usaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) (Tabla 3) y el operador booleano de intersección, "AND".

<i>Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS)</i>	<i>Medical Subject Headings (MeSH)</i>
Enfermería/ Confidencialidad/ Intimidad	Nursing / Confidentiality / Privacy
Relaciones interpersonales	Relationship
Comunicación	Communication

Tabla 3. Descriptores en Ciencias de la Salud. Elaboración propia. Elaboración propia.

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva, desde diciembre de 2017 hasta abril de 2018, seleccionando artículos de las siguientes bases de datos: Scielo, PubMed, Liliacs, Dialnet, y Google Académico. Tras leer el título, resumen y valorar los criterios de inclusión y exclusión, finalmente, tras la lectura pormenorizada de los artículos que cumplían aquéllos, se escogen 37 artículos para la elaboración de los resultados y la discusión. A continuación se realiza una descripción detallada de la búsqueda de artículos en las diferentes Bases de Datos:

Base de datos Scielo:

- La investigación “confidencialidad and intimidad”, se localizan 19 artículos, se seleccionan 3, eliminando 10 por el título y 6 por el contenido del resumen.
- En la búsqueda “comunicación and actos de habla and communication nurse”, aparecen 19, se vuelve a seleccionar 1, eliminando 14 leyendo sus resúmenes y 4 por repetición.
- “Relaciones interpersonales and relación médico-paciente” se obtienen 7, se vuelve a seleccionar 1, siendo excluidos 4 por repetición, 1 por ser un estudio con una muestra poco representativa y 1 leyendo el resumen.
- Con las palabras “violencia hospitalaria and hospital violence, se obtienen 21 artículos, siendo válido 1 y descartando el resto por los criterios.

Base de datos Pubmed:

- La primera búsqueda realizada “confidentiality and privacy and patient and nurse, se compone de 268 resultados. Es necesario acotar la búsqueda, por lo que, se marcan las casillas “5 years and free full text”, quedando 7 resultados. Con la lectura del resumen se escoge 1, por ser el más adecuado al TFG.

Base de datos Lilacs:

- Con la búsqueda “confidencialidad and intimidad”, marcando la casilla “texto completo disponible”, se obtienen 30 artículos, siendo válido 1. El resto no se elige porque no da información relevante en el resumen o son de pago.

Base de datos Dialnet:

- En la investigación “trato, pacientes, enfermería” aparecen 50 resultados, escogiendo 1 mediante la lectura del resumen y excluyendo el resto siguiendo los criterios de exclusión.

Base de datos Google Académico:

- Con las palabras “confidencialidad and intimidad and enfermería and pacientes” se obtienen 182 resultados. Se acota la búsqueda añadiendo “and trato

digno” y filtrando la búsqueda de artículos del año 2018, obteniendo 43 resultados, siendo válidos 8 y excluyendo el resto por los criterios de exclusión.

- “Formas de tratamiento, entrevista semidirigida, preselea” se obtienen 135 resultados. Se acota la búsqueda filtrando desde el año 2018, obteniendo 14 artículos siendo válidos 3 y excluyendo el resto por los criterios.

Por último, se buscó en los Portales de Salud de todas las Comunidades Autónomas de España.

	Artículos encontrados	Artículos excluidos	Artículos definitivos
<i>Scielo</i>	66	60	6
<i>Pubmed</i>	268	267	1
<i>Liliacs</i>	30	29	1
<i>Dialnet</i>	50	49	1
<i>Google Académico</i>	317	308	11
<i>Portales de Salud</i>	17	17	17

Tabla 4. Bases de datos consultadas. Elaboración propia.

4. RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos mediante la lectura crítica de los artículos y de los estudios, se han agrupado según la entrevista al paciente, según la confidencialidad e intimidad del paciente, según la influencia del entorno físico del paciente, según la utilización del “Tú” y el “Usted” y los Portales de Salud:

ENTREVISTA AL PACIENTE

- **I Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico** ⁽⁸⁾

Es un estudio de casos y controles del Hospital Militar Central Carlos J. Finlay de Cuba, en el que se realizó una lista de 44 deficiencias para evaluar en las entrevistas de 48 médicos a 96 pacientes hospitalizados en el año 2000. El 52% (50 pacientes) fueron mujeres y el 48% (46 hombres). Fueron edades de entre 16-89 años con un promedio de edad de 46,8 años, en el que predominaron el grupo de edad de entre 50-69 años siendo el 40,6% y más de 60 años el 30%. La entrevista más corta fue de 4 minutos y la más larga de 52, siendo el promedio de unos 14 minutos aproximadamente. El 66,7% duró menos de 14 minutos, el 33,3% duró más de 15 minutos y el 48% de los pacientes duraron entre 11-20 minutos.

En cuanto al tiempo de interrupción al enfermo, fue menor del minuto en el 80,2% y mayor del minuto en el 19,8%. La interrupción más breve fue a los 3 segundos en 5 ocasiones y la más larga entre los 6-8 minutos.

Hubo 783 deficiencias en todas las entrevistas, en la que el mayor número fue de 17 y el menor de 2, siendo el promedio de 8,1 por cada una de ellas. Además, el 29,6% (232 deficiencias) fue por la historia de la enfermedad actual, el 20% (156 deficiencias) a los tipos de preguntas y el 50,4% (395 deficiencias) a aspectos generales de la entrevista. Finalmente en cuanto a la magnitud de los errores, el 27% (212) fueron mayores, el 46,4% (363) fueron importantes y el 26,6% (208) fueron menores.

- **II Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interacción médico-paciente** ⁽⁹⁾

Este artículo de la Universidad Autónoma de Baja California de México del año 2013, analiza la comunicación entre el médico-paciente desde un punto de vista lingüístico, exponiendo que en cada lengua existen diferentes formas para expresarse y que dichas formas dependen del momento y del contexto en que se encuentran, siendo “diatópicas”, en el ámbito geográfico del hablante; “diafásicas”, que responden a las situaciones comunicativas que se enfrenta el hablante y las “diastráticas”, que pertenecen a la diversidad social de los hablantes. La ciencia médica ha ido evolucionando, y expertos dicen que es adecuado aumentar el vocabulario para obtener una comunicación eficaz; por ello, el profesional tiene que cumplir 3 elementos: El conocimiento técnico de la profesión, las habilidades para su desarrollo y la actitud frente a los pacientes. Además, también observan que la interacción no se refiere solo al paciente o a su psicología, sino también a sus relaciones sintácticas.

En cuanto a la consulta médica, se deben cumplir 4 requisitos: La cantidad, siendo breves y concisos; la calidad, no diciendo nada sin evidencia científica; la relación, hablar solo de lo que es pertinente; y el modo, siendo amable y cordial a la hora de diagnosticar.

En nuestra lengua, se utilizan estrategias discursivas como el subjuntivo en vez del imperativo, el pretérito imperfecto como cortesía y el uso de adjetivos y adverbios. También, Cristobalina, M. ⁽⁹⁾ analiza que existen 2 tipos de “Tú” siendo el primero el recíproco, utilizado en personas cercanas y el no recíproco en personas inferiores, sin embargo, cuando el usted es recíproco, los interlocutores se consideran iguales en la escala social.

Otro aspecto sería la comunicación fática o lengua de contacto (smalltalk), al utilizar enlaces coloquiales (entonces, pues) y los estimulantes conversacionales (vamos a ver, fíjate, mira) facilitando así el desarrollo interpersonal.

Otro aspecto que influye son los actos de habla siendo imprescindible para que las dos partes puedan interpretar el contenido de la misma forma para minimizar el riesgo de una mala comunicación. “La terapia breve”, es una técnica específica que engloba desde las intervenciones verbales hasta las reglas de comportamiento, observándose así, cambios positivos en el paciente cuando el médico aprende a

hablar su lenguaje, tanto verbal como corporal. El enfoque de esta terapia es centrarse en la comunicación por medio del “feedback” y así obtener la homeostasis, uno de los principios fundamentales de la comunicación.

- **III Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de medicina interna bajo observación directa y registro de audio** ⁽¹⁰⁾

Es un trabajo descriptivo durante los cursos académicos 1999/2000 y 2000/2001 de un total de 99 alumnos de medicina interna mediante la observación directa y la grabación de audio de la entrevista médica a 50 pacientes. Se detectaron un total de 383 deficiencias (17% de un total posible de 2250), con una media de 7,7 errores por entrevista. La entrevista con más errores fue de 19 y la que menos de 2.

En cuanto a la cantidad de errores más repetidos por alumnos fueron 9 alumnos con 9, y 7 alumnos con 8. En cuanto a la distribución de las deficiencias, el 43,8% (168 deficiencias) correspondió a la historia de la enfermedad actual, el 40,0% (153 deficiencias) al desarrollo general de la entrevista y el 16,2% (62 deficiencias) a los tipos de preguntas.

En cuanto a la historia de la enfermedad actual, el 68,0% (34 personas) no definió la semiografía de los síntomas explorados, el 50,0% (25 personas) realizó una transcripción incompleta del problema principal, el 32% (16 personas) no estableció las condiciones de aparición del cuadro clínico y tampoco captó lo que decía en algún momento el paciente, el 30% (15 personas) dejó de investigar problemas importantes y realizó un interrogatorio desorganizado, el 28% (14 personas) no estableció el orden cronológico de las patologías, el 18% (9 personas) aceptaron diferentes tipos de información sin cuestionarlas, el 14% (7 personas) no identificó el problema principal y el 12% (6 personas) no insistió en algún dato relevante.

En cuanto a los tipos de preguntas, el 50,0% de los alumnos (25 personas) repitieron la misma pregunta, el 36,0% (18 personas) formuló mal la pregunta, el 16,0% (8 personas) hizo preguntas que inducían a la respuesta y el 14,0% (7 personas) realizó preguntas automáticas.

En cuanto a los aspectos generales de la entrevista, el 78,0% (39 personas) interrumpió al paciente, el 50,0% (25 personas) no se identificó, el 44,0% (22 personas) no anotó nada de lo que le decía el paciente, el 38,0% (19 personas)

controló demasiado la entrevista, el 18,0% (9 personas) cambió de tema de conversación, el 14,0% (7 personas) realizó la entrevista muy rápida.

- **IV La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio** ⁽¹¹⁾

Es un estudio observacional descriptivo transversal que analiza los portafolios de la asignatura de Medicina Legal y Ética de estudiantes de la Facultad de Medicina y Enfermería de la Universidad de Córdoba en el año 2018. De los 225 portafolios analizados, 5 de ellos no son relevantes en cuanto al Código Deontológico Médico, en el resto, 220, existen 833 consideraciones deontológicas sobre artículos del Código Deontológico Médico con una media de 3,8 artículos afectados en cada uno de los portafolios. Por otro lado, de las 833 consideraciones, 201 son incumplimientos y 632 son cumplimientos positivos. En cuanto a los incumplimientos del Código Deontológico Médico, hay 25 artículos afectados (5-9,11-18, 20-23, 25, 27, 34, 36, 37, 41, 60, 63) de 9 capítulos diferentes (II-VIII, XV, XVIII). En cuanto a las faltas consideradas del Código Deontológico Médico, la mayoría son del capítulo III, que son las relaciones del médico-paciente, con un total de 146 incumplimientos frente a un 55 del resto de capítulos.

CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE

- **V Confidencialidad e Intimidad** ⁽¹²⁾

Es un artículo del hospital Virgen del Camino de Pamplona del año 2006, en el que se revisan los aspectos éticos y legales sobre una investigación realizada a profesionales de 8 hospitales españoles sobre cómo tratan la confidencialidad.

Este artículo indica que la enfermedad hace peligrar la autonomía y la intimidad del paciente, pero que ningún profesional está legitimado para tomar decisiones que le afecten en la medida de lo posible. Según la Constitución Española, en su artículo 18, trata de los derechos fundamentales de las personas, en las que en los últimos 15 años han sufrido un claro avance tanto a nivel internacional como a nivel comunitario, estatal y autonómico. En cuanto a los profesionales sanitarios expone este trabajo que deben conocer el artículo 5.1 de la Ley 41/2002 en el que dice que el titular de la información es el paciente; y el artículo 7.1 de la Ley 41/2002, en el

que expresa que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de sus datos.

En cuanto a los conflictos de intereses, continúa exponiendo el artículo, que en el ámbito sanitario miden la magnitud del daño del 1 al 4, siendo el 1 un daño mayor y el 4 el menor, rompiendo la confidencialidad si la magnitud del daño (1 en la escala) es muy grande para el paciente. La controversia viene en los grados intermedios, el 2 y el 3, ya que el profesional tiene que valorar las acciones que toma y sus consecuencias.

En cuanto a la Historia Clínica, los autores, la evalúan como muy comprometedor, ya que la manejan muchos profesionales, pero que la instauración de la Historia Clínica Informatizada, ha aportado beneficios como dar todos los datos clínicos del paciente y ordenarlos cronológicamente, aunque su mal uso puede contravenir la legislación, cuando hay profesionales que lo divulgan perdiendo el secreto profesional o simplemente realizando accesos a las historias clínicas no justificadas. Por otra parte, habla también de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal en el que en el artículo 4.1 indica que solamente se podrán recoger datos para su tratamiento.

En cuanto a la intimidad física, en el medio hospitalario es difícil mantener una reserva física absoluta, bien sea porque comparten habitaciones o por la estructura de los boxes en Urgencias, etc.

Se incide en este artículo en la importancia del trato digno hacia el paciente, quien tiene derecho a no ver menoscabada su dignidad personal con calificativos como abuelo, majo, etc.

- **VI Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad** ⁽¹³⁾

Analiza los conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales médico y enfermero del Hospital Virgen del Camino de Pamplona en el año 2002 mediante 13 seminarios. De los 244 profesionales sanitarios acudieron a los seminarios un 93% (227) siendo 128 médicos y 99 enfermeras, y se dividen según el sexo, la unidad y la edad, observándose en la distribución en la edad y en el servicio, pero diferenciándose significativamente en el sexo, siendo el 94,9% de las enfermeras mujeres y sólo el 57,0% entre los médicos. El 92,1% sabe definir la intimidad siendo

mayor en el grupo de médicos (96,8%) que en el de las enfermeras (85,9%), y el 94,3% conocen cómo podría vulnerarse la misma. En cuanto a cómo entrar en las historias clínicas de manera legal conoce cómo hacerlo el 80,2%, de ellos el 87,5% son médicos y el 70,7% enfermeras. En cuanto a compartir de manera legal la información del paciente, contestan correctamente el 78%, no observándose diferencias significativas en ambos grupos. El 58,1% no conoce las leyes que regulan el derecho a la intimidad del paciente y el 59,5% sabe que el mal uso puede conllevar la cárcel, frente al 26,9% que declara no conocerlo, no observándose diferencias significativas en ambos grupos. En cuanto a obtener información concreta sobre alguien ingresado que es conocido por el encuestado, el 75,3% le preguntaría al amigo, observándose diferencias significativas en ambos grupos, siendo un 87,9% en enfermeras y un 65,6% en médicos. Solicitarían información de su amigo al médico responsable de él el 26,6% de los médicos y el 11,1% de las enfermeras, disminuyendo de manera significativa según la edad de los encuestados, un 87,5% en menores de 31 años un 40,7% en mayores de 50, no observándose diferencias significativas en las enfermeras. Cuando un compañero por interés propio solicita información al encuestado sobre un conocido el 65,6% de los profesionales no se lo daría, siendo significativamente más habitual en las enfermeras con un 87,9% que entre los médicos con un 48,4%, habiendo diferencias significativas en los médicos negativamente con un 62,5% en menores de 31 años y de 37% en mayores de 50. En cuanto al sexo el 52,1% de médicas no les daría la información frente a un 45,3% de los médicos. Ante la petición de un amigo para mirar si le han citado para cualquier prueba el 48,5% lo consultaría, el 22,5% le preguntaría al médico responsable y el 10,6% no lo miraría, siendo este porcentaje mayor en las enfermeras con un 20,2% frente a un 3,1% de los médicos. En cuanto a la no divulgación de padecer el encuestado una enfermedad, el 49,7% optaría por ser tratado en otro centro, no observándose diferencias entre ambos grupos. Finalmente, preguntados por la vía de elección más frecuente para la divulgación, el 92,2% considera que es el cotilleo de pasillo, no observándose diferencias en ambos grupos.

- **VII Comparison of effect between group discussion and educational booklet on Iranian nursing students' attitude and practice toward patient privacy** ⁽¹⁴⁾

En este estudio se hizo un diseño simple ciego, dos grupos, preprueba y postprueba, en el año 2016 que tiene como fin comparar los efectos entre la discusión grupal y el folleto educativo sobre la actitud y la práctica de los estudiantes de enfermería hacia la intimidad del paciente en Irán. El estudio se realizó con 60 estudiantes de enfermería que fueron asignados al azar en dos grupos, para ser entrenados en la intimidad del paciente, bien por un grupo de discusión o por un folleto educativo.

De los 60 estudiantes, 5 fueron retirados, con lo que la muestra total fue de 55 estudiantes. El 41,8% del total de los estudiantes eran varones, siendo el 83,6% solteros, con una media de edad de unos 20,65 años. Los dos grupos eran homogéneos en cuanto a las características demográficas.

Antes de la intervención, los estudiantes de enfermería en la discusión de grupo y los métodos de folletos educativos, no se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en términos de la puntuación global media de la actitud de los estudiantes ($p = 0.454$) y la práctica ($p = 0.493$) hacia la privacidad del paciente. Después de la intervención, las puntuaciones de actitud media ($P = 0.001$) y práctica ($P = 0.001$) aumentaron significativamente en los dos grupos. Sin embargo, los puntajes medios de actitud y práctica después del test fueron significativamente más altos en los estudiantes con el método de discusión grupal.

En cuanto a la comparación de la media general y desviación estándar de las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la intimidad del paciente en la discusión grupal y los métodos de folletos educativos, antes de la intervención, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en términos de actitud media ($P > 0.05$) y puntajes de práctica ($P > 0.05$) en diferentes componentes de la privacidad del paciente.

Sin embargo, después de la intervención, los puntajes promedio de actitud en todos los componentes fueron más altos en el grupo de discusión ($P < 0.05$), pero la diferencia no fue significativa en la privacidad social. Además, después de la intervención, los puntajes medios de práctica en todos los componentes de la privacidad del paciente fueron más altos en los estudiantes a través de la discusión grupal. Las diferencias fueron significativas en la privacidad física y social ($P < 0.05$).

- **VIII La inviolabilidad de la clínica médica: Custodia de la intimidad del paciente y de su historia** ⁽¹⁵⁾

Es un artículo de opinión del año 2012 en Uruguay que determina el estatuto legal de la clínica médica en el que se recopilan datos íntimos del paciente que están cubiertos por el secreto profesional médico. Por ello, se intenta demostrar que son unos datos que conducen a no violarlos. Utilizan el método del silogismo, que es un razonamiento deductivo, en el que deberán demostrar que la historia clínica compone el secreto profesional médico y luego analizan si el secreto profesional se puede violar y se puede discutir judicialmente. Desde entonces, ninguna autoridad judicial puede confiscar historias clínicas sin el consentimiento expreso del paciente.

INFLUENCIA DEL ENTORNO FÍSICO DEL PACIENTE

- **IX Estudio cualitativo sobre la influencia del entorno físico en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos tras su remodelación** ⁽¹⁶⁾

Se trata de un estudio cualitativo sobre pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Centro Asistencial Centro San Camilo, en Tres Cantos, Madrid, en el año 2017, en el que se quiere profundizar sobre la influencia del entorno físico en la calidad de vida y experiencias de los pacientes en la UCP tras su remodelación. Se realizan entrevistas semiestructuradas a 5 pacientes de la unidad siguiendo sus vivencias en general, la comunicación, la calidad de vida, el concepto de UCP y el mundo emocional y espiritual.

Las entrevistas duran entre 20-60 minutos y los cambios realizados en cuanto a los espacios nuevos comunes (pasillo) y privados (habitaciones), facilitan la comunicación con los pacientes y las familias y los 5 espacios temáticos (música) facilitan su dimensión espiritual. Además, la convivencia con otros pacientes favorece la relación y la comunicación tanto con ellos mismos como con los demás pacientes y los profesionales sanitarios.

Este estudio concluye que las interacciones con los familiares y los profesionales sanitarios mejoran en las habitaciones, pero que también es favorable el uso compartido de las habitaciones con personas equivalentes, dando un mayor apoyo

social, como afirmaron el 86,4% de adolescentes hospitalizados que preferían compartir la habitación con alguien de su misma edad.

En cuanto al concepto de UCP intentaron proporcionar toda la información necesaria y disminuir los sentimientos negativos ya que influyen negativamente en el paciente.

En cuanto a la calidad de vida, los pacientes confesaron que se sintieron privilegiados porque se sentían como en casa, y en cuanto al mundo emocional y espiritual, destacan la importancia de tener habitaciones con vistas a jardines, plantas y animales en la que los pacientes presentan menos estrés.

- **X ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional** ⁽¹⁷⁾

Es un estudio de campo entre profesionales de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), en el que mediante un cuestionario de escala de valoración específica (EVE) con 28 preguntas, se pretende valorar si existe discriminación en cuanto a la edad en contextos médicos y sociales. Respondieron 174 profesionales, de los cuales el 59% eran médicos, el 19% eran psicólogos y el resto otros, de los que el 63% fueron mujeres con un tiempo medio de actividad laboral de 17,2 años. El estudio dice que las primeras 20 situaciones de discriminación (60%) de la muestra informan positivamente, siendo datos significativos en comparación con la media.

LA UTILIZACIÓN DEL “TÚ” Y EL “USTED”

- **XI El Tú y el Usted en la comunicación con el paciente. ¿Cuándo?** ⁽¹⁸⁾

Este artículo de 2014 trata de la utilización de los pronombres de la segunda persona (“Tú” y el “Usted”). Comentan que se establecen dos ejes en las relaciones humanas, el primero está basado en las nociones edad, generación y autoridad, predominando el (“Tú/Usted”) y el (“Usted/Tú”); y el otro en las relaciones simétricas de sexo, parentesco y solidaridad (“Tú” en ambas direcciones). En la práctica se ha aumentado el uso del “Tú” recíproco en ámbitos sociales en los que tradicionalmente no eran habituales. En el ámbito laboral, se observa un claro incremento de los usos del “Usted” con respecto a los del “Tú” relacionado con factores de la edad, del sexo y del estatus.

En cuanto a la relación con el paciente, se establece un vínculo de forma intuitiva con la empatía utilizando el “Tú” como uso de cortesía positiva, que mantiene al profesional en un nivel superior, si no se hace recíproco; por otro lado, con el uso de la cortesía negativa con el uso del “Usted”, implica el reconocimiento de la identidad del paciente como individuo. También explica una idea de retroalimentación en la comunicación de los profesionales sanitarios y los pacientes, el cambio del trato del “Tú” al “Usted” y viceversa, interpretándolo como un cambio en la relación. Además, también existen diferencias culturales tanto en los hispanohablantes como en los distintos grupos sociales.

- **XII Influencia de la variable nivel sociocultural en el uso de las formas de tratamiento** ⁽¹⁹⁾

Es un estudio cuantitativo mediante 190 encuestas a jóvenes españoles de Salamanca en el año 2015, de los que 115 eran varones y 75 mujeres. En cuanto a los resultados del nivel sociocultural del interlocutor, un 27,8% tutea a un interlocutor de nivel alto y un 56,1% lo trata de “usted”. Cuando el nivel sociocultural del interlocutor es bajo, el 40,3% le tutean y un 47,8% utilizando el “usted”. Cuando no se especifica en nivel sociocultural del interlocutor, el 37,1% le tutea y el 53,2% utiliza el “usted”. El tuteo se utiliza menos, (27,8%) para conversar con un interlocutor de nivel sociocultural alto y, sin embargo, para tratar con un interlocutor de nivel sociocultural bajo aumenta, (40,3%). Por el contrario, las cifras más altas de “usted” en un interlocutor de nivel alto serán de 56,1% y de un nivel sociocultural bajo de 47,8%. Por su parte, cuando el interlocutor es médico solo le tutea un 17,6% de la muestra y a un vendedor de papelería un 37,3% le tutea. Además, el 73,5% de los encuestados tratan de “usted” al médico y un 60,8% al vendedor.

En cuando a la influencia del nivel sociocultural del emisor, estratifican a los encuestados y los dividen en escalas numéricas formadas por diferentes grados.

Para el factor nivel de instrucción de los padres, la escala, señalada por la numeración adjunta es la siguiente:

- Sin estudios (1)
- Estudios primarios (2)
- Estudios secundarios (3)
- Estudios universitarios medios (4)

- Estudios universitarios superiores (5)

Para la profesión de los padres, en cambio, se ha establecido esta progresión:

- Profesión sin cualificación, personas sin empleo, etc. (1)
- Profesiones de contratación por cuenta ajena con cargos poco cualificados (2)
- Profesiones con cualificación de estudios medios y pequeños empresarios (3)
- Profesiones liberales, empresarios medios (4)
- Grandes empresarios, altos directivos, etc. (5)

Con la combinación de estos valores se obtienen los 3 niveles socioculturales de los encuestados, siendo de 6-13 el nivel sociocultural bajo, de 14-23 el nivel sociocultural medio y de 24-30 el nivel sociocultural alto. El resultado del nivel de los encuestados es de un 5,6% para un nivel alto, un 55,9% para un nivel medio y un 38,5% para un nivel bajo. En cuanto a las pruebas estadísticas de ji-cuadrado no dan datos significativos [χ^2 ($p > .05$; $p = .101$)], ni tampoco en la correlación de Spearman [$\rho = .008$ ($p = .625$)], pero sí hay evidencias en el análisis de algunas recurrencias del “Tú” y el “Usted” según en nivel sociocultural del encuestado y del interlocutor. Los interlocutores de nivel alto, entre un 25,7% y un 31,3% de los encuestados utilizan el “Tú” para dirigirse a ellos y entre un 50,5% y un 58,5% el “usted”. Por otra parte, un interlocutor de nivel bajo es tuteado entre un 38,6% y un 45,8% y se le trata de “usted” entre un 45,8% y un 48,6%. En cuanto a los interlocutores de nivel sociocultural no especificado, entre un 36,1% y un 48,1% se le tutea y se le trata de “usted” entre un 46,3% y un 54,6% de los casos.

- **XIII La antroponimia en la atención sanitaria** ⁽²⁰⁾

En este artículo del año 2016 se estudian los nombres propios que los profesionales sanitarios utilizan para dirigirse a los pacientes. La importancia de identificar bien al paciente influye en la obtención de la seguridad del servicio de salud para evitar errores y para no deshumanizarle por la forma en que se dirigen al paciente, bien sea por su enfermedad o por su cama, en vez de por su nombre. Los apelativos impersonales utilizados por el personal sanitario como majo, cariño hermoso, entre otros, son apelativos amables que se utilizan con más frecuencia en la atención

sanitaria y no, curiosamente, en otras actividades laborales. En cuanto a los mecanismos apelativos utilizados en la atención sanitaria tendremos el apodo, normalmente en pacientes jóvenes y con una estrecha relación, el Antropónimo Hipocorístico, formados del diminutivo del nombre legal sobre todo en los más pequeños; el apellido, que para muchos pacientes genera distancia y por ello se recomienda usar de entrada Señor/a seguido del apellido y en cuanto se pueda, preguntarle cómo se le quiere llamar. En cuanto al nombre de pila, que cada vez se utiliza más que el apellido, y aquí existe un grupo que defiende su empleo porque le proporciona al paciente confianza y otro grupo, sin embargo, afirma que dirigirse a un adulto por su nombre, es uno de los errores que ponen en peligro el desarrollo de una buena entrevista. La selección de las etiquetas denominativas vienen determinadas por las características personales, culturales, comunicacionales y por el grado de conocimiento entre los interlocutores. Por ello, en la cultura Europea del Este, esperan que le traten de “usted” en una consulta y se les llame por el apellido, sin embargo, en Cuba, están acostumbrados a llamarles por su nombre de pila. Se destaca también que no se interpela de la misma manera a un paciente en un box de urgencias que a un paciente crónico.

En cuanto a la interpelación con el anciano, tutearles y llamarles por su nombre genera una problemática, aunque la intención del profesional sea de acercarse y transmitir empatía, ya que se han educado de otra manera, y en su infancia utilizaban el “usted” para referirse a la gente mayor, por lo que esperan un trato idéntico. Por ello, lo mejor para el personal sanitario es preguntar cómo quiere que se dirija al paciente.

Con el nombre de pila y el “usted” los profesionales sanitarios intentan conseguir una cercanía que puede favorecer la interacción con el paciente y así no entorpezca la práctica médica tanto para el paciente como para el profesional.

- **XIV Las formas de tratamiento en un corpus de entrevistas semidirigidas de Español de Galicia** ⁽²¹⁾

Es un trabajo del año 2015 de las formas de tratamiento en el corpus de entrevistas semidirigidas pertenecientes a PRESEEA (Proyecto para el Estudio Sociolingüístico del Español de España y América) realizadas en la ciudad de Santiago de Compostela. Son analizadas 18 entrevistas grabadas durante 40-50 minutos

aproximadamente sobre la muestra poblacional de varones y mujeres residentes en la ciudad como mínimo durante 20 años y pertenecientes a 3 generaciones; siendo el primero de edades de entre 20-34 años, el segundo de entre 35-54 años y el tercero a mayores de 55 años. En cuanto al grado de instrucción, también se dividen en 3 grupos; el primero carece de estudios, el segundo tiene estudios primarios y secundarios completos, y el tercero estudios universitarios o de enseñanza superior.

Los interlocutores pertenecen a la misma categoría social (estudios universitarios). El 55,5% (10) de los entrevistados se tutean con el interlocutor y el 5,5% (1) les trata de usted. El 27,7% (5) el informante tutea al entrevistador, mientras que éste utiliza ambas formas, en el 5,5% (1) es el informante quien utiliza las dos formas y el entrevistador lo trata de usted y en otro 5,5% (1) ambos utilizan las dos formas.

En cuanto a la variación en el uso de las formas de tratamiento, la variación puntual se produce en el 27,7% (5) y, menos en un caso, el resto cambia del usted al tuteo. En cuanto a los cambios de entrevistador a informante, en tres de ellos se producen sistemas de tratamiento asimétricos, siendo en dos en momentos de distracción y el otro cuando el informante narra alguna experiencia desagradable. Las entrevistadoras son mujeres menores de 25 años y universitarias y los informantes, una mujer jubilada de 68 años farmacéutica y otros dos varones, uno de 47 años licenciado en Derecho y el otro, de 62 años licenciado en Arquitectura.

En cuanto a la variación continua es menos frecuente que en la variación puntual 16% (3) siendo dos el entrevistador y uno el entrevistado. El entrevistador varón de 20 años utiliza el usted para dirigirse al entrevistado, un varón de 38 años, pero se van produciendo cambios. Cuando el informante habla de experiencias anecdóticas, el entrevistado cambia al tuteo como signo de cercanía, pero una vez finalizados esos relatos personales, el entrevistador le vuelve a tratar de usted. En otra muestra, en la que la entrevistadora es una mujer de 19 años y el entrevistado un varón de 61, la entrevistadora comienza tratándole de usted y el entrevistado le responde de igual manera pero al haber una interrupción en la entrevista, el entrevistado se dirige a ella con el tuteo retomando seguidamente el usted.

- **XV “Tú” y “Usted”** ⁽¹⁾

En este artículo de 2009 de Medicablogs se explica que en realidad es la misma forma de segunda persona, dando al “usted” un trato de cortesía y de respeto. El

tuteo ha ido extendiéndose de forma que en el principio social haya igualdad. Pero ese tuteo a veces es indiscriminado, ya que en muchas ocasiones el personal sanitario tutea al paciente como síntoma de acercamiento y paternalismo que, si bien a muchos les puede agradar, a otros, quizá en número superior, les resulte del todo inadecuado.

- **XVI La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras** ⁽²²⁾

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, del Hospital de Montilla, Córdoba en el año 2008. Se obtienen cuatro tipos de resultados encuestando a 119 pacientes.

El primero de ellos es el significado de la intimidad, en el que se dividen los participantes en la vivencia de la intimidad siendo estos: el paciente, su familia, sus visitantes, su compañero de habitación y sus familiares, el personal sanitario y el personal de mantenimiento. Por otro lado, están las características del ambiente íntimo que bien pueden ser favorables como el respeto, la confianza y el buen trato entre otros, y las desfavorables como la falta de control, ansiedad, molestias, ruido.

La intimidad necesita de un espacio propio en el que los participantes serán la familia, la pareja y los amigos que acompañen al paciente, pero también habrá la intimidad consentida en la que en el espacio físico tanto del paciente como de la familia se introducen pero son aceptadas de manera continua o puntual y, por el contrario, tenemos la intimidad impuesta en la que hay personas ajenas al paciente que permanecen sin consentimiento

En cuanto a los factores extrínsecos, en los que se encuentran las barreras físicas como las persianas, los instrumentos de las habitaciones, como la televisión, y la política de visitas. Esto nos refleja dos tipos de espacios, el primero sería el desfavorecedor, sobre todo en los primeros periodos del ingreso hospitalario en el que el paciente se rodea de profesionales y personas que actúan en su asistencia, pero también personas y profesionales ajenos a su estado de salud, como por ejemplo al acudir a los servicios especiales tanto de UCI y Urgencias entre otros, en el que la familia queda en un segundo plano. Y el segundo espacio, sería el favorecedor que es cuando el paciente se encuentra en periodo de recuperación y la gravedad de su patología es menor.

En tercer lugar, se encuentran los factores intrínsecos al paciente-familia que determinan la vivencia de la intimidad en el que se encuentran el nivel de dependencia e independencia del paciente, siendo los dependientes los que más cantidad de cuidados y profesionales van a tener; por otra parte, la implicación de la familia en los cuidados, siendo importante la enseñanza por parte de los profesionales sanitarios a la misma, favoreciendo así la comunicación y las experiencias previas de la hospitalización.

Finalmente, se encuentran las relaciones paciente-familia con los convivientes en las habitaciones y los profesionales en el que se dividen en tres etapas, siendo la primera la distante, la segunda cordial y la tercera familiar.

- **XVII Podemos dar un papel estelar a los pacientes** ⁽²³⁾

Barnes, E., en 1961, en un hospital inglés le da a los pacientes la oportunidad de participar en el establecimiento de políticas en temas como el horario de las comidas, la hora de dormirse, la necesidad de enfermeras de noche y el uso de la televisión, entre otras cosas, dándole así un papel importante a los pacientes.

Otro enfermero británico G. Wright, S. en el Hospital Jameside de Inglaterra, crea un ambiente terapéutico como el citado anteriormente dando así mayor libertad al paciente.

En Estados Unidos existen prácticas que no favorecen al cuidado íntegro del paciente, tales como, el tuteo a los adultos, dirigirse a los pacientes sin presentarse, comentar temas que no corresponden delante de los pacientes, hablar en un lenguaje incomprensible para los pacientes, realizar cualquier técnica o traslado al paciente sin explicarle nada y sin su consentimiento, servirles comidas prohibidas por sus creencias religiosas, obligarles a estar en la cama todo el día por no haber otro sitio más confortable, no disponer de un sitio privado para que los pacientes hablen con sus familias, transportarles en silla o en camilla cuando el paciente prefiere caminar, obligarles a dormir en una cama con barras, servirles comida en su habitación pudiendo comer en un comedor con otros pacientes, verse forzado a ver la televisión por el compañero, mantenerle desocupado.

En cuanto a las historias clínicas de los pacientes, la mayor amenaza en el Sistema de Salud de los Estados Unidos, es que se les oculta su historia por lo que se intenta reformar este diseño para mejorar la educación sanitaria y el cuidado íntegro del paciente. Wed, L. ha introducido un cuestionario de respuestas múltiples en las historias clínicas contestando así los pacientes tocando la pantalla del ordenador siendo un gran avance en el cuidado de la salud.

PORTALES DE SALUD

- **XVIII Portales de Salud** ⁽²⁴⁻⁴⁰⁾

En cuanto a las normas básicas de comportamiento de pacientes y familiares en centros hospitalarios de las diferentes comunidades autónomas, se encuentran reflejados en sus páginas web en las comunidades de Castilla y León, Madrid, País Vasco, Castilla y La Mancha, Comunidad Valenciana, Murcia, Extremadura y Andalucía, no encontrándose en el resto de comunidades. Curiosamente, sólo se ha encontrado en el Hospital de Aranda de Duero “evitar el uso indiscriminado del tuteo”.

5. DISCUSIÓN

Tras la realización de este trabajo se puede inferir que en primer lugar, en la entrevista con el paciente existen muchas deficiencias que le afectan directamente, como así lo señalan diferentes artículos ⁽⁸⁻¹¹⁾. Según Canelles Pupo, MG, ⁽¹⁰⁾ algunas de las deficiencias que se observan se refieren a la escasa atención del entrevistador, incluso en el conocimiento de la patología que padece el paciente, así como, a las numerosas interrupciones a las que somete al mismo durante la entrevista, provocando dificultades en su comunicación.

En cuanto a las situaciones comunicativas, y teniendo en cuenta la situación actual de inmigración global, ⁽⁹⁾ existen distintas estrategias discursivas según la cultura y el país, provocando que en lo que en un país sea una forma correcta de comunicarse con el paciente, en otros no.

Por otra parte, en cuanto a la intimidad y confidencialidad del paciente, está claro que ha habido grandes avances en la materia como así lo estipula la Constitución Española en el artículo 18 ⁽¹²⁾, como por ejemplo en el caso de la Historia Clínica Informatizada del paciente, que aporta beneficios como la recopilación de todos los datos clínicos y su orden cronológico, así como, se evitan repeticiones de pruebas innecesariamente. Por el contrario, su mal uso injustificado ⁽¹²⁻¹⁵⁾ puede llevar a la pérdida del secreto profesional, perjudicando gravemente a la dignidad del paciente, además de conllevar un delito penal.

En estos dos estudios, ^(16,17) se refleja que la convivencia con otros pacientes favorece la relación y la comunicación y que el hecho de compartir habitación con personas de similar edad y cultura influye positivamente en su apoyo social.

En cuanto al trato con el paciente a la hora de interpelarlo, se expone en varios artículos ⁽¹⁸⁻²¹⁾ que el tuteo en la práctica del ámbito social ha ido en aumento y, por el contrario, en el mundo laboral, ha habido un crecimiento del “usted” en función de la edad, sexo y estatus, influyendo estas variables en su utilización, siendo de ellas la edad la que marca una mayor distancia social. Asimismo, aseveran que, cuando el nivel sociocultural es bajo, aumenta el uso del tuteo.

Según Morant, R.⁽²⁰⁾ sería adecuado que el profesional sanitario pregunte al paciente cómo quiere que se dirijan a él, quedando constancia en la propia Historia del paciente este hecho. Virginia Henderson ⁽²³⁾ refiere, haciendo referencia al trato que se da al paciente en Estados Unidos, que el uso indiscriminado del tuteo no favorece al cuidado íntegro del paciente.

En el mundo intrahospitalario,⁽⁴⁰⁾ como así lo indica el artículo de Violencia hospitalaria en pacientes, se generan actos violentos hacia los pacientes por parte del personal sanitario. El ingreso hace que aquél se vuelva vulnerable y pierda la imagen de sí mismo, ya que se enfrenta tanto a alteraciones de sus necesidades biológicas como las de su estado psico-afectivo. Por ello, al ser examinado por múltiples profesionales, pareciendo más importante la técnica o la exploración a realizar que el propio paciente; el uso indiscriminado del tuteo con adultos, sin obtener un previo permiso; identificar a los pacientes por su enfermedad o su número de habitación y no por su identidad, entre otros casos, vulnera la dignidad del paciente, pudiendo sentirse agredido por la atención despersonalizada con la que se le trata, en lugar de una integral basada en la dignidad y el respeto.

Cabría preguntarse, si la forma en la que se trata al paciente, desde que tiene el primer contacto con el sistema de salud, utilizando estrategias de comunicación adecuadas, incluyendo el trato digno, influiría no sólo en la mejoría de la atención que se le prestara posteriormente, sino, si, además, podría incidir en una mejor relación paciente/profesional sanitario, disminuyendo, así, los actos de violencia que se han visto aumentados en los últimos años en la sanidad española.

5.1. CONCLUSIONES

Analizados y contrastados entre sí los diferentes estudios de este Trabajo de Fin de Grado, el autor observa que existe una diferente manera de interpelar a los pacientes. Este fenómeno curiosamente ocurre más en la sanidad que en ningún otro ámbito laboral. Además, tal y como se apunta en el apartado de la discusión, el uso del tuteo va relacionado con el nivel sociocultural de cada persona y de cada cultura, por lo que, se debería preguntar primero al paciente cómo quiere que se le trate, para poder comunicarse con total eficacia.

Por otra parte, también quedan evidenciados los fallos que se acometen en cuanto a la confidencialidad e intimidad de los pacientes, llegando a ocasionar interesada o desinteresadamente, actos poco éticos de los profesionales.

Finalmente, el autor de este trabajo de fin de grado quiere resaltar que para que los pacientes presenten un trato digno, holístico y humanizado, no sólo hay que centrarse en la técnica, sino que sería necesario evitar la mala praxis expuesta anteriormente para poder llegar al cuidado biopsicosocial completo.

Sería necesario la realización de estudios en los que se tuvieran en cuenta aspectos como los tratados en este trabajo, más por la gran mezcla de culturas que se da en la sociedad actual.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Arana de, J.I. Tú y usted. Artículo de Medicablogs. Laboratorio del lenguaje. [Internet]. 2009 [Acceso 19 Marzo 2018]; Disponible en <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2009/04/20/tu-y-usted/>
2. Rae.es [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2014 [Actualizado 02 Enero 2017; citado 10 Marzo 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=bBhdfZ5>
3. Cervantes.es [Internet]. Madrid: Centro Virtual de Cervantes; 2007 [Actualizado 18 Enero 2017; citado 10 Marzo 2018]. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/lengua/coloquio_paris/ponencias/pdf/cvc_moreno.pdf
4. Cervantes.es [Internet]. Madrid: Centro Virtual de Cervantes; 2007 [Actualizado 18 Enero 2017; citado 10 Marzo 2018]. Disponible en: https://cvc.cervantes.es/Ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/05/05_0197.pdf
5. Cárdenas, María H; Ferrer, Reina X; Reina, Rosa. Significados del Cuidado Humano en Salud Reproductiva. Biblioteca Lascasas, [Internet]. 2009; [Acceso 15 Marzo 2018]; 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0427.php>
6. Rojas Teja, J. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud: Artículo [Internet]. 2007 [Acceso 20 Marzo 2018]; 23(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007
7. Pia Barenis, M. Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos: Artículo [Internet]. 1993 [Acceso 17 Marzo 2018]; N° 64,págs.155-174. Disponible en http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_064_08.pdf
8. Dr. Moreno Rodríguez, M.A. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto de método clínico: Estudio de casos y controles [Internet]. 2000 [Acceso 15 Marzo 2018]; 39(2):106-14. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_2_00/med05200.htm
9. Castañeda Hernández, M^a.C. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente: Artículo [Internet]. 2013

[Acceso 30 Marzo 2018]; 24(3):343-353. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132013000300010

10. Canelles, M.G. Moreno Rodríguez, M.A. Dr. Echevarria Parlay, JC . Bestard Pavón, JC. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de audio: Entrevista médica [Internet]. 2003 [Acceso 23 Marzo 2018]; 32(3):190-96 Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300005

11. Girela Pérez, B, Rodríguez Cano, A, Girela López, E. La relación médico-paciente analizada por estudiantes de medicina desde la perspectiva del portafolio. Estudio observacional descriptivo transversal. [Internet]. 2018 [Acceso 19 Marzo 2018]; 29(95): 59-67 Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6335665>

12. Iraburu, M. Confidencialidad e intimidad. Artículo [Internet]. 2006 [Acceso 17 Marzo 2018]; Vol. 29, Suplemento 3 Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006

13. Iraburu, M. Chamorro, J. de Pedro, M.T. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. Artículo. [Internet]. 2006 [Acceso 17 Marzo 2018]; Vol. 29, Nº 3, septiembre-diciembre Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000500005

14. M Adib-Hajbaghery. Comparison of effect between group discussion and educational booklet on Iranian nursing students' attitude and practice toward patient privacy. Diseño simple ciego. [Internet]. 2016 [Acceso 15 Marzo 2018]; Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5066073/>

15. Adriasola, G. La inviolabilidad de la clínica médica: custodia de la intimidad del paciente y de su historia. Artículo de opinión. [Internet]. 2012 [Acceso 15 Marzo 2018]; 28(2): 128-141 Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000200007

16. Cegarra, M. Estudio cualitativo sobre la influencia del entorno físico en los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos tras su remodelación. Estudio cualitativo. [Internet]. 2017 [Acceso 18 Marzo 2018]; 03.002 Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X17301003>
17. Casado, JMR. ¿Se discrimina a los mayores en función de su edad? Visión del profesional. Estudio de campo. [Internet]. 2018 [Acceso 15 Marzo 2018]; 03.005 Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X16300051>
18. García Cagigal, Ana María. El Tú y el Usted en la comunicación con el paciente. ¿Cuándo?. [Internet]. 2014 [Acceso 22 Marzo 2018]; ene-jun; 7(13). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n13/et1302.php>>
19. Ghezzi, M. Sampedro Mella, María C. Influencia de la variable nivel sociocultural en el uso de las formas de tratamiento. Estudio cuantitativo. [Internet]. 2015 [Acceso 20 Marzo 2018]; 23 (2015) 61-78 Disponible en <https://revistas.uca.es/index.php/pragma/article/view/2168/2062>
20. Morant, R. La antroponimia en la atención sanitaria. Artículo de Círculo de lingüística aplicada a la comunicación. [Internet]. 2016 [Acceso 20 Marzo 2018]; 66/2016 Disponible en <http://webs.ucm.es/info/circulo/no66/morant.pdf>
21. Sampedro Mella, M. Las formas de tratamiento en un corpus de entrevistas semidirigidas de español de Galicia. Artículo ELUA, Estudios de Lingüística. [Internet]. 2015 [Acceso 19 Marzo 2018]; 29, 2015, págs. 319-344 Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52920/1/ELUA_29_14.pdf
22. Blanca Gutiérrez, J.J. Muñoz Segura, R. Caraballo Nuñez, M.A. Expósito Casado, M^a C. Sáez Naranjo, R. Fernández Díaz, M^a E. La intimidad en el hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. Estudio cualitativo descriptivo [Internet]. 2008 [Acceso 20 Marzo 2018]; 1132-1296 Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006
23. Henderson, V A. Podemos dar un papel esencial a los pacientes. Artículo de Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2000 [Acceso 20 Marzo 2018];

núm. 1, pp. 125-128 Disponible en
<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105218294010.pdf>

24. Xunta.gal [Internet]. Galicia. Consejería de Sanidad; 2011 [Actualizado 15 Noviembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.xunta.gal/sanidade>

25. Astursalud.es [Internet]. Asturias. Portal de salud. 2011 [Actualizado 10 Octubre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.astursalud.es/astursalud>

26. Saludcantabria.es [Internet]. Cantabria. Portal de salud. 2011 [Actualizado 18 Noviembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<http://saludcantabria.es/index.php>

27. Osakidetza.euskadi.eus [Internet]. País Vasco. Portal de salud. 2011 [Actualizado 16 Septiembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-ghhome00/es/>

28. Navarra.es [Internet]. Comunidad Foral de Navarra. Portal de salud. 2011 [Actualizado 20 Septiembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/

29. Web.gencat.cat [Internet]. Catalunya. Portal de salud. 1995 [Actualizado 10 Septiembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<https://web.gencat.cat/es/temes/salut/>

30. Aragón.es [Internet]. Aragón. Portal de salud. 2008 [Actualizado 18 Noviembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/ServicioAragonesSalud>

31. Saludcastillayleón.es. [Internet]. Castilla y León. Portal de salud. 2008 [Actualizado 18 Noviembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/empresas/es>

32. Madrid.org [Internet]. Madrid. Portal de salud. 2011 [Actualizado 10 Octubre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_home
33. San.gva.es [Internet]. Comunidad Valenciana. Portal de salud. 2011 [Actualizado 18 Diciembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: http://www.san.gva.es/web_estatica/index_es.html
34. Murciasalud.es [Internet]. Murcia. Portal de salud. 2011 [Actualizado 18 Diciembre 2015; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/principal.php>
35. Caib.es [Internet]. Islas Baleares. Portal de salud. 2011 [Actualizado 25 Noviembre 2015; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.caib.es/govern/external/infoLegal.do?lang=es>
36. Castillalamancha.es [Internet]. Castilla y la Mancha. Portal de salud. 2011 [Actualizado 25 Septiembre 2015; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/>
37. Saludextremadura.ses.es [Internet]. Extremadura. Portal de salud. 2011 [Actualizado 20 Octubre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/web/>
38. Juntadeandalucia.es/salud [Internet]. Andalucía. Portal de salud. 2011 [Actualizado 15 Noviembre 2015; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/ksalud/portal/index.jsp>
39. Gobiernodecanarias.org/salud [Internet]. Canarias. Portal de salud. 2011 [Actualizado 10 Septiembre 2017; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/>
40. Riojasalud.es [Internet]. La Rioja. Portal de salud. 2011 [Actualizado 15 Noviembre 2015; citado 6 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>

41. Burgos Moreno, M. Violencia hospitalaria en pacientes. Artículo de opinión. [Internet]. 2003 [Acceso 15 Marzo 2018]; IX (1): 9-14. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002