

**Trabajo de Fin de Grado
Curso 2016/2017**



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**LOS CUIDADOS
INVISIBLES EN LA
PRÁCTICA DE LA
ENFERMERÍA**

Autor/a: Sandra Bermejo Ruiz

Tutor/a: Manuel Frutos Martín

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado aborda, mediante una revisión y análisis de la literatura científica existente y un estudio de campo descriptivo de corte transversal a una muestra de enfermeras, la descripción de toda la ayuda bio-psico-social aportada por los profesionales de Enfermería a los usuarios conocida como “Cuidados invisibles” dada la dificultad de ser descrita dentro del grupo de actividades de registro habitual de la práctica profesional y destacar su importancia dentro del proceso terapéutico y de la “actividad Enfermera”.

El problema de estudio sobre “la actualidad de los cuidados invisibles en la práctica diaria de la enfermería” se analiza desde la perspectiva histórica de origen de los mismos, así como de la circunscripción y relegación de estos cuidados al rol enfermero.

El análisis de los resultados del trabajo de campo realizado a una muestra de 40 enfermeras de varias unidades de cuidados del hospital Clínico Universitario de Valladolid nos ha permitido definir los principales cuidados invisibles y su importancia en el cuidado integral de las personas, así como realizar una serie de propuestas de mejora sobre este aspecto del cuidado dirigidas al desarrollo de estrategias que permitan integrar estos cuidados en el reconocimiento global de la atención integral del paciente visibilizándose esta práctica hasta ahora difícilmente reconocible.

Palabras Clave: Cuidados invisibles / Enfermería / Necesidades de los pacientes.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN.....	1
2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA DE ESTUDIO.....	3
3. OBJETIVOS.....	9
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	13
7. ANÁLISIS DAFO.....	19
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	21
8. CONCLUSIONES.....	22
9. BIBLIOGRAFÍA.....	23
10. ANEXOS.....	25

1. Introducción y justificación

Las ciencias de la salud, pueden comprenderse desde diversos puntos de vista. El más destacado es el biologicista, que concibe al ser humano como un conjunto de órganos y sistemas; y la ausencia de enfermedad es lo que se concibe como salud. Por ello, a través del tiempo, los cuidados de enfermería se han diseñado como otra etapa más del proceso de curación, aunque no hay que olvidar que estos cuidados no solo deben prestarse ante un estado de enfermedad, sino que debemos potenciar que el paciente satisfaga por si mismo sus necesidades siempre que pueda, promoviendo la autonomía. (1) (2)

La globalización está íntimamente arraigada con la salud debido a que se han visto incrementadas las desigualdades sociales y económicas al igual que la degradación ambiental. Lo que ha producido un aumento de la expansión de diferentes enfermedades produciendo con más facilidad epidemias, notables diferencias en cuanto al nivel de salud entre hombres y mujeres y entre diferentes clases sociales, afectando más a las menos favorecidas. (3) (4)

El rol femenino de cuidadora ha sido la causa de que estos cuidados hayan tenido el mismo descrédito, debido al escaso reconocimiento social y económico de los cuidados del hogar. Gracias a Florence Nightingale, a partir de 1850, además de introducirse la figura masculina dentro de la profesión, se ayudó a secularizar la profesión, haciendo que fuera una disciplina académica regulada por la administración pública y no tanto por el estamento religioso. (1) (5) (6)

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se consolidó la profesionalización de la enfermería, impulsándose la estandarización de cuidados, abarcando más actividades y teniendo un mayor reconocimiento. (1)

Por lo tanto, la Enfermería ha sufrido un importante proceso de profesionalización durante los últimos 150 años ampliando cada vez más su componente científico, lo que ha permitido aumentar considerablemente su reconocimiento y pasar a tener una visión de las ciencias de la salud más holística. Sin embargo, en lo que se refiere a los cuidados invisibles, no ha habido grandes cambios a pesar de su gran importancia a nivel sanitario. (1) (7)

El abordaje de este TFG se fundamenta en la gran importancia de los cuidados invisibles, ya que, en muchos casos, son la base de los cuidados de la Enfermería. Todo ello enfatizando su poco reconocimiento dentro del ámbito sanitario.

La visión que actualmente tiene la mayoría de la sociedad a cerca de la Enfermería la relaciona directamente con técnicas derivadas de la medicina. Pero al profundizar en ella, nos damos cuenta de que existe una dimensión cuidadora que es muy desconocida e intangible, pero sin la cual no tendría sentido el ejercicio de la profesión.

Además, nos permite reivindicar y resaltar el papel que ha tenido la mujer a lo largo del tiempo y realizar un análisis de género en la propia profesión.

En definitiva, nos ayuda a orientar las actuaciones hacia la proposición de mejoras para el futuro.

2. Estado actual del tema de estudio

Enfermería tiene como su eje de actuación el cuidado. Numerosos autores han coincidido en que es muy difícil llegar a una única definición de cuidado, para muchos de ellos es un proceso mediante el cual se satisfacen las necesidades propias del ser humano. (8)

El cuidado invisible es un tema que ha sido poco estudiado en nuestro contexto. Sin embargo, en otras partes del mundo como en Latino América hace ya más de una década que se está investigando y de dónde ha nacido lo que denominan “Cuidados Humanizados”. (9)

Aunque esto no hace que disminuya su importancia, ya que este tipo de cuidados es un elemento fundamental de la práctica enfermera y son la base de su identidad profesional. (1) (10)

Los cuidados invisibles son aquellas acciones profesionales y autónomas que resultan intangibles pero influyen positivamente en la salud del paciente, incluso más que las técnicas dirigidas meramente al plano físico de la persona. Es decir, se consideran como cuidados invisibles todas las actividades que realiza la enfermera que no son técnicas derivadas de la medicina. (4) (10)

Todos somos capaces de reconocer este tipo de cuidado cuando dejamos de actuar de forma estandarizada o protocolizada y nos detenemos a escuchar y tratar a las personas de forma individual desde un punto de vista más humano. El cual considero que no se está tomando tan en cuenta cómo es necesario para aumentar la calidad de nuestros cuidados, y por tanto, conseguir una mayor brevedad a la hora de la recuperación del paciente, que además se puede traducir en una disminución de los costes sanitarios. (9) (11)

Esta forma de actuación solo se puede conseguir basándonos en la observación, la empatía, el conocimiento y la experiencia que nos permitan a las enfermeras poder hacer juicios profesionales y éticos deliberados que se centren en las necesidades del paciente. Para ello, también es muy importante conocer la situación socio-cultural en la que se encuentra el paciente para saber la influencia que tiene el proceso salud-enfermedad sobre él, y de esta forma poder involucrar al mismo en el proceso curativo. (9) (10)

Sin embargo, el principal obstáculo que nos encontramos a la hora de llevar a cabo este tipo de actividades es que no pueden ser registradas ni valoradas institucionalmente. Por lo tanto, aunque nos ocupen una parte importante de nuestra jornada laboral y sean beneficiosas para la salud del paciente, tanto en su bienestar como a nivel de su autonomía y seguridad, a ojos de nuestros superiores es como si no se hubieran llevado a cabo. (4) (8) (9)

En muchas ocasiones, aparte de que no puedan ser reconocidas porque no exista un lugar apropiado para registrar este tipo de actividades, las enfermeras carecen del tiempo suficiente para anotar sus cuidados ya que consideran prioritario asistir al paciente que dejar todo lo que hacen plasmado en algún registro. Por otra parte, muchos de los profesionales con una gran experiencia profesional tienen una forma de actuar de base que hace que automáticamente lleven a cabo estos cuidados invisibles que para ellos son implícitos. De esta forma es como nosotros, los propios profesionales de la enfermería, los volvemos invisibles. (4) (8) (9)

Junto a todo lo anterior, los cuidados propios de enfermería han sido vinculados siempre a las mujeres, las cuales han sido infravaloradas desde el inicio de los tiempos y, el hecho de que en un principio los cuidados estuvieran ligados a la iglesia, ha hecho que este tipo de cuidados sean vistos como una actividad altruista, basada en la obediencia y el sacrificio; y por lo tanto, estén subordinados a la medicina. Esto hace que actualmente haya un riesgo de sufrir una pérdida de los cuidados invisibles debido a esta crisis de valores que no solo afecta a la profesión enfermera sino a toda la sociedad, al haberse establecido un sistema de género en el que se ven jerarquizadas ciertas actividades laborales y se asocian ciertos estereotipos. Varios autores coinciden en destacar que todas aquellas actividades destinadas a ayudar, acompañar y satisfacer las necesidades que son básicas para conseguir la autonomía del paciente, han sido relegadas a un segundo plano porque se considera que no se requiere ninguna destreza para llevarlas a cabo, y por lo tanto, no son tenidos en cuenta como parte del proceso terapéutico. (3) (4) (6) (8)

Forman parte de todas estas actividades el trato correcto con el paciente, asegurarles sus necesidades básicas individualizando los cuidados, mostrando empatía, disponibilidad, tranquilidad, presencia y otros muchos valores que forman parte de este trato humanizado que es lo que los usuarios más valoran y lo que permite establecer una

relación terapéutica basada en la confianza. Básicamente, los cuidados invisibles estarían formados por el cuidado de la esfera emocional de los pacientes a través de la comunicación tanto verbal como no verbal, así como todo aquel cuidado dirigido al bienestar físico que promueva el confort, la protección de la intimidad física y el manejo del dolor. De esta forma ayudamos a afrontar mejor todos los problemas de salud, tanto por parte del propio paciente como de su entorno. (1) (3) (8) (9)

El apoyo y la empatía son un punto clave dentro de la relación terapéutica. Y no solo hacia el enfermo, sino también hacia su familia y el resto de su entorno, que de una manera u otra verá afectada su forma de vida. Sobre todo cuando nuestros pacientes son niños, con los que deberemos actuar formando un equipo en el que se incluya especialmente a la familia. (4) (11)

Sin embargo, derivado de los recortes en sanidad, se están dando altas prematuras que hace que se derive muchos de los cuidados a la atención primaria, entorno con el que se establece una escasa comunicación desde el hospital; o a las propias familias, las cuales en ocasiones no tienen tiempo para encargarse de ellos y terminan contratando a personas no cualificadas para suplir estos cuidados. Esta práctica hace que no se den cuidados de calidad. Ya que para cuidar, además de tener una formación básica que aprendemos de nuestra familia, en la escuela y del resto de la sociedad, necesitamos una formación especializada con la que adquirimos el aprendizaje profesional. Por lo que no puede prestar cuidados de calidad cualquier persona que no esté bien formada. (1) (3) (9)

La seguridad también es un punto clave en este proceso. El mero hecho de presentarnos a los pacientes, trasmite mucha confianza y hace que el paciente se sienta en un entorno mucho más agradable. Lo mismo pasa al mantenerle informado en todo momento de la situación de su salud. Una actividad que debería hacerse más a menudo son valoraciones focalizadas al paciente, para conocer su estado anímico y físico, además de permitir la posibilidad de resolver dudas o necesidades. (4)

Cuidar se basa en interrelacionarse con los demás comprendiendo los diferentes valores y principios como la tolerancia, el respeto, la cooperación, la humildad y la justicia sin los cuales la sociedad tal y como la conocemos se acabaría. Al mismo tiempo, el cuidado permite dar prioridad a lo social frente a lo individual fomentando el desarrollo de una mejor calidad de vida y haciendo que el propio ser humano se vuelva

solidario y amable, lo que hace que esté conectado con el resto de la sociedad, volviendo aún más “humano”. (3)

Cabe destacar que aunque estos cuidados se dan a lo largo de toda la vida, no debemos olvidar que el envejecimiento de la población mundial hace que la mayoría de los beneficiarios de nuestros cuidados sea una persona mayor de 65 años, que en muchas ocasiones se encuentra sola, por lo que aumenta considerablemente el impacto de los mismos sobre ella. Es decir, este grupo de población demandará muchos cuidados invisibles debido a su situación, ya sea derivado de las patologías asociadas a la edad o a la propia soledad. Y esto hace que el papel de enfermería sea fundamental. (1)

Actualmente, muchas de las investigaciones enfermeras se basan en lo que se denomina Investigación Aplicada a los Cuidados (IAC), que desde la metodología científica, tiene como objetivo mejorar la salud de las personas basándose en respetar su forma de sentir y vivir, al mismo tiempo que les hace partícipes de su propia salud. Con este tipo de investigación se intenta impulsar el reconocimiento de esta labor enfermera que tiene muchas repercusiones positivas en el paciente. Y trata de evitar que sea una dimensión relegada a lo que se considera como “buena voluntad” debido al predominio de la medicalización y la tecnificación de la atención. (8) (9)

Es esencial continuar con las investigaciones enfermeras orientadas a los cuidados, a su relevancia, singularidad y repercusión ya que nos permitirá definir nuestro rol y demostrar todas las repercusiones a través de los distintos indicadores. De este modo, se tendrá más en cuenta el proceso de recuperación del paciente que es en el que mayormente actúa enfermería; y se concienciará a la sociedad de que dependiendo de cómo haya sido dicho proceso así será el resultado terapéutico. (9)

Como consecuencia de la actual crisis económica, la enfermería ha sufrido repercusiones que se han traducido en condiciones laborales precarias, falta de seguridad, inexperiencia o desmotivación que hacen que tecnifiquemos más nuestras actividades y no logremos conseguir cuidados de calidad. Esto también se debe a la gran importancia que se le ha dado al desarrollo de la biotecnología, que ha hecho que se construyan centros hospitalarios cada vez más costosos en los que prima la alta tecnología y se ha visto reducida la plantilla de enfermería, haciendo que se reduzcan a centros de diagnóstico y tratamiento en los que se prestan cuidados limitados. Y por

tanto, muchos jóvenes eligen otro tipo de trabajos con los que pueden alcanzar un mayor reconocimiento. (3) (4) (9)

Muchos estudios han demostrado que lo que más satisface al personal enfermero, además de sus competencias profesionales, son las relaciones interpersonales con los pacientes y demostrar sus habilidades creativas en el trabajo. Esta última faceta no se está teniendo en cuenta actualmente, ya que no se comprueba si la valoración y los cuidados aportados eran los adecuados a cada paciente según sus circunstancias; hecho que conlleva mucho tiempo para el personal de enfermería. Solo se tiene en cuenta si se ha valorado al paciente (en Castilla y León según las 14 Necesidades de Virginia Henderson), que el paciente tenga un plan de cuidados y que se encuentren registradas nuevas situaciones u otra incidencia que haya habido con el paciente así como el motivo de omitir alguna medicación o cuidado. Todo ello, conlleva a que la mayoría de las enfermeras sientan que no se tiene en cuenta su capacidad como cuidadoras, sino que se encargan de llevar a cabo técnicas de forma sistematizada y protocolizada. (4) (9)

También es muy importante que desde las distintas organizaciones y los colegios de Enfermería se promueva la formación continuada de comunicación terapéutica con el paciente, y que se renueve la política de contratación actualmente existente, ya que al haberse recortado la plantilla de Enfermería, estos no tienen apenas tiempo para llevar a cabo los cuidados invisibles. (9)

Por otra parte, no es fácil lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles ya que es muy difícil medirlos en cuanto a su eficiencia o cuál es su peso dentro del total de los cuidados enfermeros. Por ello, es muy importante concienciar al resto de profesionales de la salud y familiares de los receptores del cuidado de la importancia de este tipo de cuidados. (1)

La técnica debe estar siempre relegada al factor humano, es decir, el avance tecnológico debe estar relacionado con la comprensión de la enfermedad desde el punto de vista de aquella persona que lo padece. Y de esta forma debemos acabar con la visión reduccionista del concepto salud-enfermedad que nos traía la corriente biologicista. Por tanto, ya desde la formación de Grado debería otorgarse más importancia a aquellas asignaturas que trabajan el proceso de las relaciones interpersonales, haciendo hincapié en la toma de conciencia de uno mismo, la empatía y la escucha activa. (10)

Actualmente los estudios de Grado en Enfermería deberían garantizar una formación actualizada para poder garantizar una faceta profesional más cualificada, ya entre muchas técnicas, el “tacto terapéutico” denominado al intercambio de energía sanitario-paciente, ha sido validado eficazmente dentro del cuidado holístico de las personas siendo una técnica no invasiva que no conlleva ningún gasto y permite obtener muy buenos resultados dentro del proceso terapéutico. Tanto es así, que es considerado el sentido más humanizante que consigue que el paciente se sienta apoyado y por lo tanto, nos ayuda a contribuir en su bienestar. Esta comunicación táctil es mayor en los niños y en los ancianos. (4) (12)

Además, se deberían enfatizar las diferentes teorías enfermeras que han contribuido y contribuyen a orientar los cuidados y desarrollar los conocimientos de forma que ayuda a profesionalizar nuestra profesión. De la misma forma, las propias enfermeras se verán mejor preparadas para asumir sus propias responsabilidades y así impulsar el sentimiento de identidad y orgullo profesional. Junto con la creación de una perspectiva sociocrítica propia. (4)

Es necesario un cambio en la perspectiva desde la que se enseñan las materias relacionadas con la Enfermería, cambiando el determinismo biológico por otra que incluya también la parte psicológica y espiritual de la persona. No es fácil conseguir llevarlo a la práctica, pero sin embargo, es un punto básico dentro de los cuidados de Enfermería. Tanto es así que muchas de las necesidades básicas del ser humano descritas por las grandes figuras de la Enfermería le dan una gran importancia a este aspecto. (4) (8)

La profesión enfermera debería poder participar e influir activamente en las políticas sanitarias sociales para distribuir correctamente los recursos a las necesidades y hacer que se lleve a cabo lo mejor posible el trabajo administrativo. Ya que los cuidados son un derecho universal y tenemos el deber de crear las condiciones adecuadas para que esto sea posible. Del mismo modo, las enfermeras debemos encargarnos de las relaciones comunicativas con el resto del equipo sanitario, ya que somos las que nos encontramos las 24h del día con el enfermo y las que nos encargamos de contactar con los diferentes miembros del equipo para satisfacer todas las necesidades que surjan en nuestros pacientes. (3) (4)

3. Objetivos

3.1.Principal.

Analizar los cuidados que realizan las enfermeras y que normalmente resultan “invisibles” o “intangibles” por ser actividades que no pueden ser registradas o no son consideradas como parte de los cuidados.

3.2. Específicos.

- Describir las actividades que llevan a cabo el equipo de enfermería y no son registradas a pesar de estar dentro de la práctica habitual.
- Conocer la percepción de los profesionales de enfermería acerca del cuidado invisible, su trascendencia y si creen que está reconocido adecuadamente.
- Analizar las causas de que estas actividades sean “invisibles” o “intangibles”.
- Demostrar la importancia de estos cuidados para su reconocimiento institucional y social.

4. Material y métodos

4.1. Diseño del estudio

Para alcanzar los objetivos de este TFG hemos optado por la realización de un estudio observacional descriptivo de corte transversal orientado a definir los cuidados invisibles que acontecen en tres unidades del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, concretamente en la Unidad de Maternidad, la de Medicina Interna y la de Cirugía Cardíaca.

4.2. Población/muestra

El estudio se ha dirigido al total de enfermeras/os de las unidades descritas. De las 40 profesionales en plantilla en el momento de realizar el estudio han respondido al cuestionario 36 (Índice de Respuesta: 90%).

4.3. Instrumento de medida

El estudio reflejado en nuestro TFG se ha realizado utilizando como instrumento de recogida de datos y de medida un cuestionario de elaboración propia dirigida a las personas que de forma voluntaria y anónima quisieron participar.

El cuestionario (Anexo 1) ha sido elaborado teniendo como referencia el trabajo de M. Callen titulado “El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras” y consta de veinte preguntas de tipo Likert, cuyas respuestas varían desde: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre o siempre. De esta forma, hemos asignado valores del 0 al 4, respectivamente, para analizar los resultados obtenidos.

Hemos validado el instrumento con el análisis de fiabilidad (Índice de Fiabilidad) realizando el Alfa de Cronbach, cuyo resultado es de 0,836 por lo que estadísticamente nos referencia elevada fiabilidad (Tablas 1 y 2).

Tablas 1 y 2. Índice de Fiabilidad según el Alfa de Cronbach

		N	%
	Válido	36	100,0
Casos	Excluido ^a	0	,0
	Total	36	100,0

Alfa de Cronbach	N de elementos
,836	21

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

4.4. Entrega de material y recogida de datos

La entrega y recogida de los cuestionarios se llevó a cabo en las Unidades de Maternidad, Medicina Interna y de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante los meses de Marzo, Abril, al mismo tiempo que se completaba este trabajo con una amplia búsqueda y revisión de la literatura científica existente al respecto.

4.5. Consideraciones éticas.

Siguiendo los requisitos reseñados por Argimon y Jiménez (2004) (13), durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta, tanto por parte del investigador como por todos los participantes, entre las que cabe destacar:

- Se ha informado convenientemente sobre el estudio a todos los participantes definiendo su participación como voluntaria y anónima con el máximo respeto a la confidencialidad en el proceso de recogida y tratamiento de los datos.
- Para poder hacer posible este estudio fue necesaria la aprobación por parte de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería (Anexo 3) y del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de Área de Salud Este – Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Anexos 4-6), puesto que se iba a proceder a la recopilación de datos e información proporcionados por seres humanos mediante la encuesta comentada anteriormente.

4.6. Análisis estadístico

Para el tratamiento estadístico de los datos y la realización de los gráficos se han utilizado el paquete informático de Excel, V. 2010 y el paquete SPSS, V-21 (licencia de la UVa).

4.7. Bases de datos y fuentes documentales utilizadas

Este trabajo se inicia con una revisión y búsqueda de información relacionada con el problema de investigación que se concreta en el análisis y estudio de la literatura científica actual existente sobre los cuidados invisibles de la Enfermería.

Para conocer el estado de la cuestión, se han utilizado las bases de datos MEDLINE (US NLM : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex, que incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana: <http://www.index-f.com/new/acceso.php>), CUIDATGE (Base de datos de la Universidad de Rovira i Virgili: <http://enfermeria.usal.es/biblioteca/Basespop/Cuidatge.htm>), DIALNET (Base de datos de la Universidad de La Rioja: <http://dialnet.unirioja.es/>).

Siempre que ha sido posible, se han utilizado fuentes españolas al abordar aspectos más adaptados al objeto de estudio planteado y el entorno de práctica profesional.

5. Resultados y Discusión

Los resultados obtenidos de la realización de la encuesta, nos permiten observar como la gran mayoría de los profesionales de enfermería se encargan de adecuar los cuidados a los pacientes de forma individualizada (66,7%) (Figura 3), sabiendo trabajar de forma interdisciplinar con el resto del equipo (Figura 10 del Anexo 2) y garantizando en la mayoría de las ocasiones la continuidad de los cuidados al alta (Figura 11 del Anexo 2).

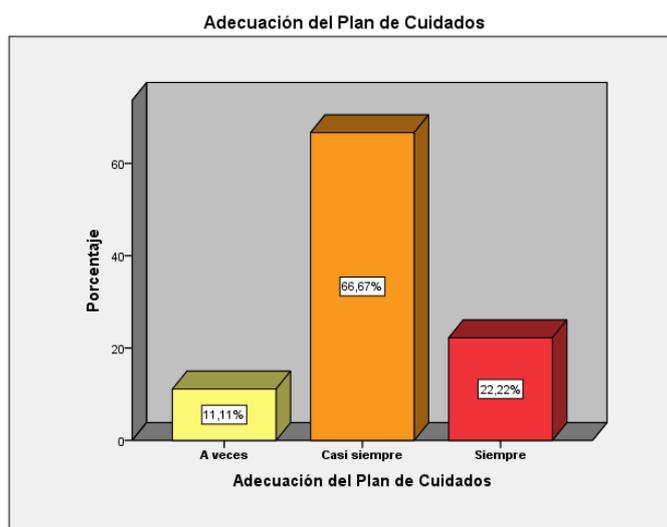


Figura 3. Resultados. Adecuación del Plan de Cuidados

Además, demuestra cómo las enfermeras muestran su accesibilidad (Figura 12 del Anexo 2) y animan al paciente a expresar sus dudas (Figura 13 del Anexo 2) y de la misma forma, las responden, adecuando la información que les proporcionan (Figura 14 del Anexo 2) y promoviendo, siempre que se puede, el autocuidado (Figura 15 del Anexo 2).

De esta forma, las participantes en nuestro estudio expresan cómo se consigue satisfacer las necesidades de los pacientes prácticamente en su totalidad (Figura 16 del Anexo 2), a través de la observación de la evolución de los mismos (Figura 17 del Anexo 2).

Por todo ello, observamos cómo hay una buena relación terapéutica y un buen nivel de comunicación con la mayoría de los pacientes (Figura 18 del Anexo 2), y cómo la enfermera no deja de observar la evolución del paciente aunque este ya no se encuentre en fase crítica (Figura 19 del Anexo 2), ayudándole a establecerse metas

realistas (Figura 20 del Anexo 2) y adaptando el medio para conseguir las (Figura 21 del Anexo 2).

Sin embargo, al hablar de los medios de registro, existe una amplia coincidencia entre las participantes en nuestro estudio considerando que con las herramientas e instrumentos actualmente en uso, hay veces en las que les es imposible registrar algunas de las acciones de su jornada laboral. Por lo que conlleva a que no sean reconocidas en ninguna parte y ponen en duda la eficacia de dichos sistemas de registro (Figuras 4 y 5).

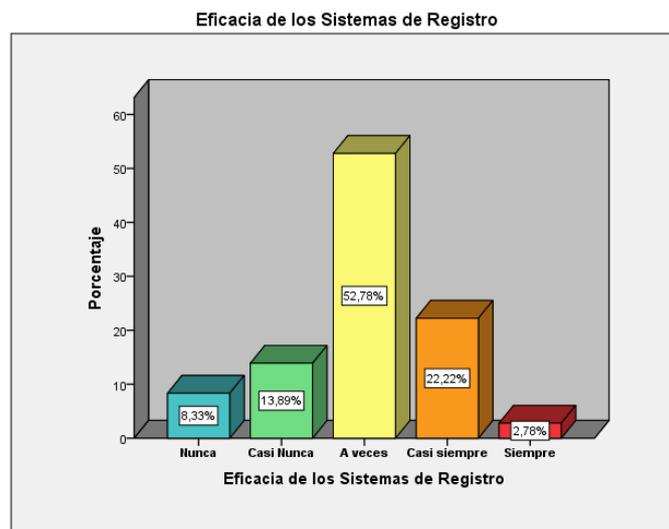


Figura 4. Resultados. Eficacia de los Sistemas de Registro

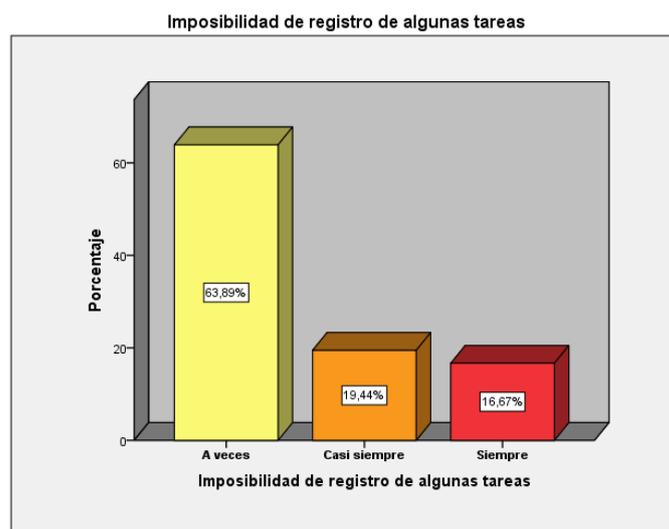


Figura 5. Resultados. Imposibilidad de Registro de algunas tareas

De la misma forma, establecen como muy importante en la prestación de cuidados el apoyo emocional (Figura 6), ya que sin él la mayoría de las enfermeras consideran totalmente ineficaces todas las técnicas biomédicas aplicadas. Inciden que no pueden registrar de ninguna manera todas estas actuaciones independientemente de su gran importancia dentro del proceso de recuperación del paciente aunque ocupan parte de su jornada laboral (Figura 7).

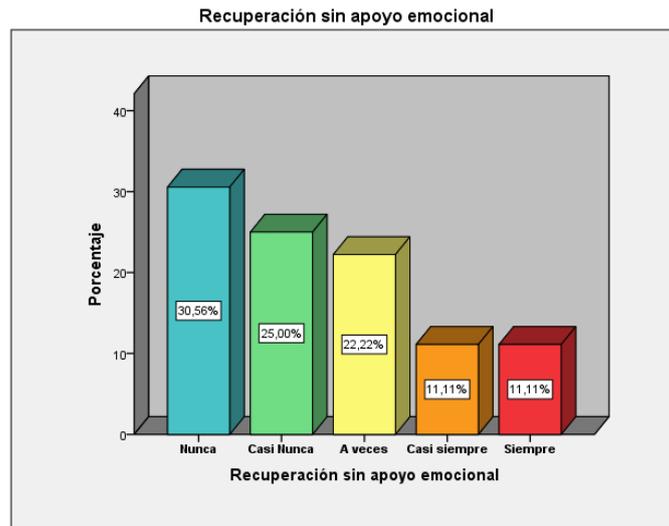


Figura 6. Resultados. Recuperación sin apoyo emocional

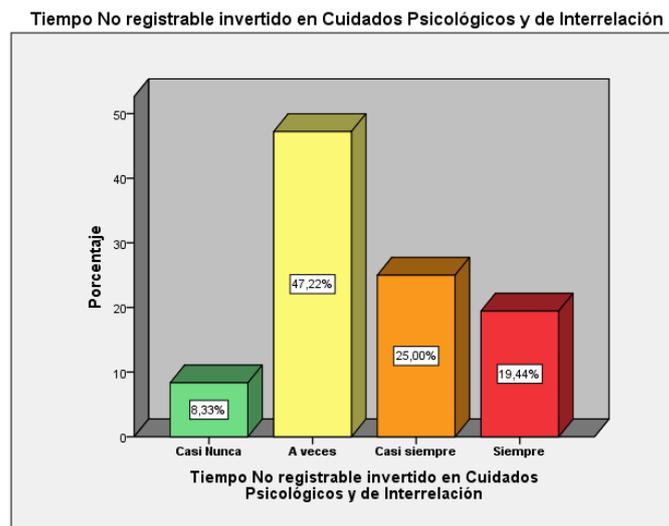


Figura 7. Resultados. Tiempo no registrable en Cuidados Psicológicos y de Interrelación

Mayoritariamente, las profesionales que han participado en nuestro estudio, llegan a la conclusión de que no tienen el tiempo suficiente para dar cuidados de

calidad. Pero están satisfechas con el trabajo que realizan diariamente con sus pacientes y consiguen cubrir la mayoría de las necesidades de los mismos (Figura 8; Figura 23 del Anexo 2).

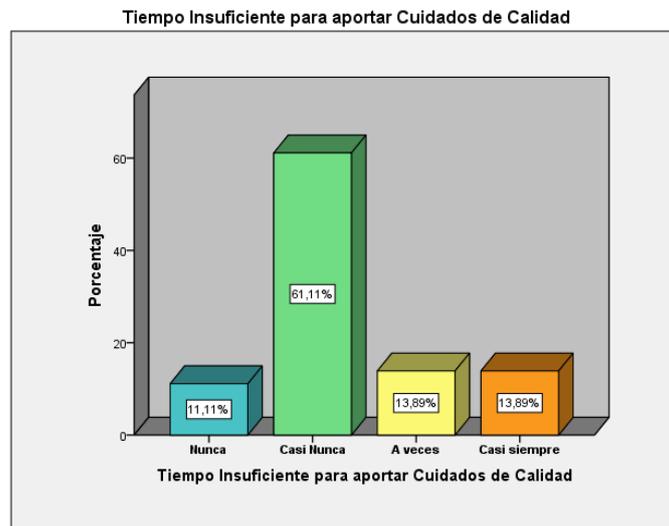


Figura 8. Resultados. Tiempo Insuficiente para aportar Cuidados de Calidad

Se ha valorado de forma específica el nivel de satisfacción tras la realización de la Jornada laboral con los cuidados prestados de dos formas, tanto cualitativamente en el cuestionario de tipo Likert (Figura 22 del Anexo 2) como cuantitativamente con definición numérica del grado de satisfacción de 0 a 10, obteniéndose en esta última cuestión una puntuación media de 7,64 (DE $\pm 1,46$) (Figura 9; Tabla 3).

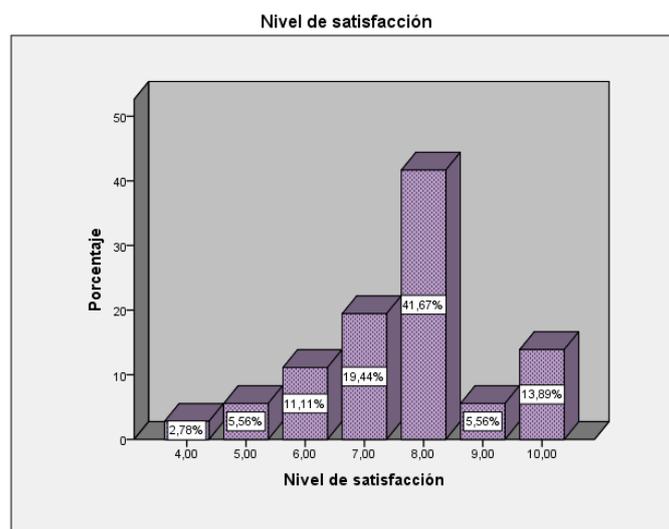


Figura 9. Resultados. Nivel de Satisfacción del 0 al 10

Tabla 3: Datos estadísticos del nivel de satisfacción

Nivel de satisfacción		
N	Válido	36
	Perdidos	0
	Media	7,6389
	Mediana	8,0000
	Desviación estándar	1,45706

En la Tabla 4 se reflejan globalmente los resultados estadísticos descriptivos (frecuencias y mediana) a las distintas preguntas del cuestionario.

Tabla 4: Datos estadísticos de frecuencias resultantes de la encuesta

Tabla de Porcentajes	Nunca (0)	Casi nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)	Mediana
Adecuación de los Cuidados						
1. Adecuación del Plan de Cuidados	0%	0%	11,1%	66,7%	22,2%	Casi siempre
2. Comunicación multidisciplinar	0%	0%	5,6%	13,9%	80,6%	Siempre
3. Continuidad de los Cuidados al Alta	16,7%	2,8%	13,9%	30,6%	36,1%	Casi siempre
Accesibilidad						
4. Expresión de la disponibilidad	0%	0%	2,8%	38,9%	58,3%	Siempre
Información y Educación para la Salud						
5. Animar al paciente a expresarse	0%	0%	16,7%	38,9%	44,4%	Casi siempre
6. Adecuación de la Información	0%	2,8%	2,8%	44,4%	50%	Casi Siempre / Siempre
7. Promover el Autocuidado	0%	0%	8,3%	27,8%	63,9%	Siempre
Confort y otras necesidades						
8. Nivel de satisfacción de las Necesidades	0%	0%	11,1%	47,2%	41,7%	Casi siempre
Anticipación y Relación Terapéutica						
9. Observación de la Evolución del paciente	0%	2,8%	11,1%	61,1%	25%	Casi siempre
10. Relación Terapéutica y Comunicación	0%	16,7%	25%	50%	8,3%	Casi siempre
Monitorización y seguimiento						
11. Seguimiento del paciente	0%	5,6%	5,6%	41,7%	47,2%	Casi siempre
12. Ayuda a establecer metas realistas	0%	8,3%	30,6%	30,6%	30,6%	Casi siempre
13. Adaptación del medio a la situación del paciente	0%	0%	5,6%	44,4%	50%	Casi Siempre / Siempre
Cuidados de Enfermería						
14. Eficacia de los Sistemas de Registro	8,3%	13,9%	52,8%	22,2%	2,8%	A veces
15. Imposibilidad de registro de algunas tareas	0%	0%	63,9%	19,4%	16,7%	A veces
16. Tiempo No registrable invertido en Cuidados Psicológicos y de Interrelación	0%	8,3%	47,2%	25%	19,4%	A veces
17. Recuperación sin apoyo emocional	30,6%	25%	22,2%	11,1%	11,1%	Casi nunca
18. Tiempo Insuficiente para aportar Cuidados de Calidad	11,1%	61,1%	13,9%	13,9%	0%	Casi nunca
19. Satisfacción del Trabajo Diario	0%	5,6%	22,2%	58,3%	13,9%	Casi siempre
20. Nivel de Cobertura de las Necesidades del paciente	0%	5,6%	38,9%	52,8%	2,8%	Casi siempre

6. Análisis DAFO de los Resultados

Como argumento específico de discusión en base a los datos obtenidos hemos querido sintetizar la situación objetivada de los cuidados invisibles en Enfermería presentamos el análisis DAFO (Tabla 5), una herramienta que nos permite conocer la situación real según el estudio realizado, y de esta forma poder definir las implicaciones para la práctica y realizar alguna propuesta de estrategia para el futuro.

Características internas:

- Debilidades:

Actualmente las enfermeras realizamos muchas tareas que no registramos. Además de tener un tiempo muy limitado para llevar a cabo todas las actividades de la jornada laboral. Por otra parte, realizamos tareas de forma sistemática que no consideramos de relevancia y sin embargo, influyen en el proceso terapéutico; muchas de ellas no son siquiera reconocidas socialmente.

- Fortalezas:

La gran participación de las enfermeras de las tres Unidades en las que hemos realizado la encuesta demuestra el interés y la predisposición para tomar conciencia sobre este tema. También hemos podido comprobar directamente basándonos en la práctica, que la información obtenida de la revisión bibliográfica es totalmente verídica y se puede extrapolar a este estudio. Destacando la eficiencia a lo largo de la jornada laboral de las enfermeras, ya que incluso no teniendo mucho tiempo para llevar a cabo todas las actividades, consiguen administrar su tiempo para sacar el mayor provecho posible al mismo.

Características externas:

- Amenazas:

La reducción de la plantilla de Enfermería y la gran importancia de todas las técnicas derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, hacen que los cuidados psicológicos esenciales en la recuperación, en muchas ocasiones no puedan ser realizados correctamente. Junto a falta de conocimiento por parte de los profesionales de Enfermería, que puede hacer que se pasen por alto algunas

actividades consideradas inconscientemente como un deber por parte de la profesional.

- Oportunidades:

A través de la toma de conciencia, las enfermeras pueden llegar a expandir socialmente una nueva concepción de la profesión, dando una mayor importancia a todos los cuidados; especialmente al apoyo emocional. Y promover el trabajo interdisciplinar para poder llegar a los objetivos en equipo.

Tabla 5: Análisis Dafo

<p style="text-align: center;"><u>DEBILIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral e inadecuada asignación de RR.HH. de enfermería con <u>altas ratios de pacientes</u> por profesional. Falta de recursos, lo que incide en falta de tiempo. • Invisibilidad de la actividad desarrollada y falta de incentivos motivadores. • Rutinarización y sistematización de la práctica. • Falta de registros adecuados para las actividades del cuidado psicológico y la interacción con los pacientes. 	<p style="text-align: center;"><u>AMENAZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis económica con restricciones presupuestarias al sector salud. • Disminución de contratos haciendo más precaria la situación de plantillas profesionales deficitarias. • Escasa inversión en formación a los profesionales. • Priorización de los cuidados biomédicos y la utilización de la alta tecnología en los objetivos institucionales.
<p>Aspectos <i>INTERNOS</i></p>	<p>Aspectos <i>EXTERNOS</i></p>
<p style="text-align: center;"><u>FORTALEZAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta motivación intrínseca de los profesionales por el cuidado integral. • Cuidado humanizado donde prima la persona (el ser humano) a la tecnología. • Eficacia y eficiencia en el cuidado integral para atender a todas las demandas del paciente (se atienden muchos cuidados de soporte psicológico, consuelo, formación y adiestramiento en el autocuidado). • Trabajo coordinado y en equipo. 	<p style="text-align: center;"><u>OPORTUNIDADES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejor percepción social de la práctica profesional como consecuencia del papel desempeñado por enfermería en el cuidado integral. • Presión social a la Administración para una mayor inversión en servicios de salud. • Nuevas áreas para el desarrollo del cuidado independiente de enfermería. Desarrollo de nuevos modelos de registro de actividades actualmente invisibles. • Conciencia del equipo interdisciplinar de salud de los cuidados psicológicos como parte fundamental del proceso terapéutico.

7. Implicaciones para la práctica y propuestas de mejora

Un gran reto para la enfermería será la integración de los cuidados invisibles con procedimientos registrables y estandarizados.

Para que los profesionales de enfermería encuentren más reconocimiento en su quehacer diario, sería mucho más productivo que la evaluación de su trabajo se realizara en base a la labor que realizan y no tanto a lo que registran. Pero siendo esto imposible, hay que encontrar algún modo hacerlo dentro de sus posibilidades. (4)

Para ello es necesario una redistribución, reconocimiento y representación de la Enfermería para poder analizar los procesos de invisibilidad ante la sociedad. E investigar acerca de la identificación de la figura enfermera con la mujer, preferiblemente desde la teoría de la complementariedad que defiende que los hombres y las mujeres son iguales en unas cosas y diferentes en otras, pero entre ellos se complementan formando un todo que puede llegar a una mayor perfección a la hora de impartir cuidados. (3)

Por otra parte, vemos como existe un déficit de colaboración entre los diferentes miembros del equipo sanitario. Aunque las encuestas muestran como las enfermeras se ponen en contacto con el médico, esto no garantiza que sea recíproco; además de que hay muchos otros profesionales que intervienen en el proceso terapéutico y con los que apenas nos relacionamos por falta de tiempo. Haciendo que los objetivos deseables se consigan con una mayor dificultad, al igual que alcanzar una identidad profesional.

8. Conclusiones

Los cuidados invisibles tratan de buscar el alivio de los pacientes proporcionándoles confort y seguridad, por lo que nos encontramos con una amplia variedad de actividades básicas a todos los niveles que lo promueven, destacando el aspecto psicológico del paciente. Como hemos podido comprobar, muchas de ellas no son registradas aunque ocupan parte de la jornada laboral.

En muchas ocasiones el personal de enfermería es consciente de dicho trabajo, pero no realiza acciones para promover la visibilización de estos cuidados considerados como parte del quehacer enfermero de manera inherente e identificado con la “buena voluntad”. Aunque algunas enfermeras reivindican su consideración activamente.

Las relaciones de Enfermería con el resto de los profesionales de la salud muestran un déficit de colaboración interdisciplinar que hace que la consecución de los fines sea mucho más difícil de obtener. Habiendo también una falta de la muestra del poder de enfermería frente al resto de profesionales, una falta de delimitación de las actuaciones de Enfermería, estereotipos que ligan la profesión al género femenino y la actual formación de las enfermeras que nos orienta a tomar una perspectiva biomecanicista.

En los registros, podemos ver como en su mayoría las enfermeras solo dejan reflejadas las técnicas delegadas de la medicina y no otras muchas actividades enfermeras que son básicas dentro del cuidado del paciente, ya sea porque no se pueden cuantificar o son intangibles. Sin embargo, hay que tratar de hacer visibles todos los cuidados de la práctica diaria, haciendo notar la gran labor que tiene la Enfermería dentro de las Ciencias de la Salud.

Por todo ello, podemos concluir que no se aprecia en los registros la capacidad reflexiva e inventiva de la enfermera, aunque todo cuidado necesite ser analizado desde unos conocimientos básicos anatomofisiológicos que sean adaptados al paciente sobre todo a la hora de impartir cuidados.

Es muy importante recurrir a la investigación para poder definir mejor el papel de la enfermera e incluirla en las políticas sociosanitarias, así como tratar de encontrar soluciones que nos permiten llevar a cabo todas las actividades de una forma mucho más eficiente.

9. Bibliografía

1. De la Rosa R, Zamora G. Cuidados invisibles: ¿Son suficientemente reconocidos? Index Enferm [Internet]. 2012 [revisado el 23 de diciembre de 2016]; 21(4): 219-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=es.
2. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud. 2007; 12: 41-50.
3. Germán C, Hueso F, Huércanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enfermería Global. 2011; (23).
4. Huercanos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010 [revisado el 18 de enero de 2017]; 6(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
5. Arroyo A, Lancharro I, Romero R, Morillo M S. La Enfermería como rol de género. Index Enferm [Internet]. 2011 [revisado el 27 de marzo de 2017]; 20(4): 248-251. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008
6. Fajardo ME, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2004 [revisado el 16 de enero de 2017]; 46. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_9-12.php
7. Calero P. La Enfermería y la Humanización. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2004 [revisado el 23 de enero de 2017]; 46. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_69-70.php
8. Callén M. El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras. Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería. Zaragoza: Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza; 2012.

9. Esparza I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. España Index de Enfermería [Index Enferm] 2013 [revisado el 17 de febrero de 2017]; 22(1-2): 5-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/0506.php>
10. Bonill C. ¿Cuidados invisibles o profesionales invisibles? Arch Memoria [en línea]. 2014 [revisado el 16 de enero de 2017]; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/11/11200.php>
11. Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [revisado el 27 de febrero de 2017]; 16(1): 31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es.
12. Pueyo ME. Enfermería en el manejo de los cuidados invisibles: el campo de energía humano. Medicina Naturista. 2014; 8(2):12-18.
13. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

10. Anexos

Anexo 1

ENCUESTA PARA LAS ENFERMERAS “CUIDADOS INVISIBLES”

ENCUESTA ANÓNIMA PARA ENFERMERAS - CUIDADOS INVISIBLES

Valore de 0 a 10 el nivel de satisfacción que tiene de los cuidados que proporciona usted a sus pacientes.

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

A continuación leerá una serie de enunciados / preguntas:

Puntuación:

Nunca = 0	Casi nunca = 1	A veces = 2	Casi siempre = 3	Siempre = 4
-----------	----------------	-------------	------------------	-------------

Adecuación de los cuidados

1. Sabe identificar situaciones en las que sea necesario cambiar algún aspecto del plan de cuidados.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

2. Se pone en contacto con el médico en caso de considerar que sea necesario modificar el tratamiento u otro aspecto relacionado con el paciente debido a su evolución.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

3. Se cerciora de que el paciente reciba una continuidad de los cuidados una vez es dado de alta en la unidad.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Accesibilidad

4. Expresa al paciente su disponibilidad en cualquier momento si fuera necesario y responde rápidamente ante su llamada.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Información y Educación para la Salud

5. Anima al paciente a que exprese sus sentimientos y emociones así como sus dudas acerca de su estado de salud u otra información relacionada con esta.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

6. Adecua la información que proporciona al paciente según sus características, utilizando un lenguaje comprensible y contrastando la información aportada con fuentes fiables.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

7. Promueve el autocuidado del paciente enseñándole a él (o en su defecto al cuidador principal) a cubrir sus necesidades siempre que sea posible.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Confort y otras necesidades

8. Se asegura de que el paciente tenga satisfechas todas sus necesidades y muestre su nivel de confort para poder hacer hincapié donde sea necesario.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Anticipación y relación terapéutica

9. Durante su jornada laboral, observa al paciente para ver como evoluciona, sabiendo anticipar las reacciones comportamentales del mismo.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

10. Se sienta a hablar con el paciente para permitir que este pueda expresarse. De forma que charla con él y le escucha, pudiendo así comprenderle mejor e individualizar aún más el plan de cuidados. Incluso detectar nuevas necesidades que habían pasado inadvertidas.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Monitorización y seguimiento

11. Sigue pendiente de un paciente aunque ya no se encuentre en fase crítica y este estable.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

12. Ayuda al paciente a ponerse metas realistas que pueden ser alcanzables.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

13. Se asegura de que las medidas que se toman a la hora de realizar una prueba o movilizar a un paciente estén adaptadas su situación.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Cuidados de Enfermería

14. ¿Cree que los sistemas de registro que existen actualmente para enfermería le permiten dejar registrado todas las actividades que realiza a lo largo de su jornada laboral?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

15. ¿Considera que algunos de los cuidados que realiza permanecen invisibles sin existir en los registros posibilidad de dar constancia de ello?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

16. Dedico una parte de mi tiempo a cuidados psicológicos y de interrelación que permanecen invisibles y que no se pueden demostrar o cuantificar en el tiempo.

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

17. ¿Considera que los cuidados técnicos que proporciona al paciente serían igual de eficientes sin brindarles apoyo emocional?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

18. ¿Considera que tiene el tiempo suficiente para poder realizar todas las actividades necesarias durante su jornada laboral aportando cuidados de calidad?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

19. ¿Está usted satisfecho con el trabajo lleva a cabo durante su jornada laboral?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

20. ¿Considera que actualmente el paciente tiene cubiertas todas sus necesidades durante su estancia hospitalaria?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Anexo 2

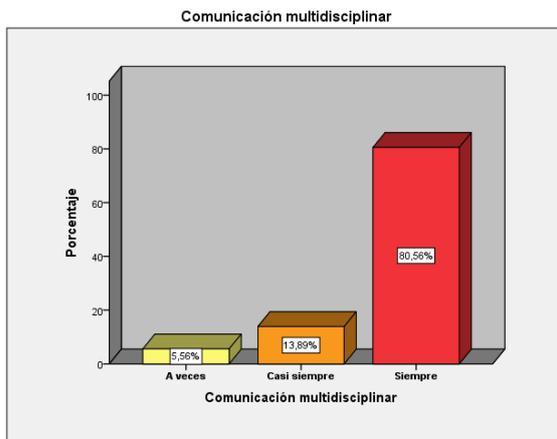


Figura 10. Resultados. Comunicación multidisciplinaria

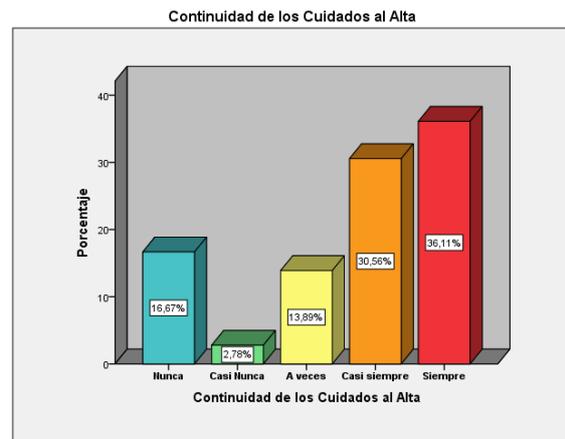


Figura 11. Resultados. Continuidad de los Cuidados al Alta

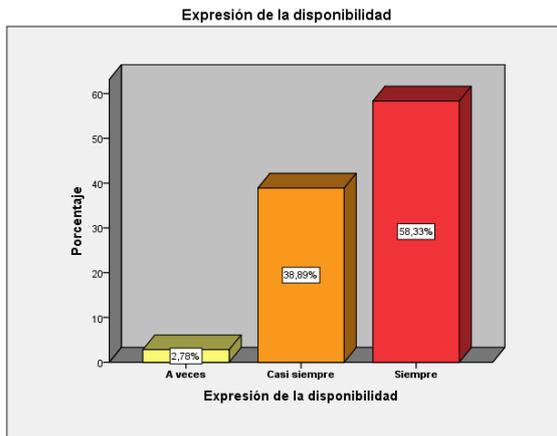


Figura 12. Resultados. Expresión de la Disponibilidad

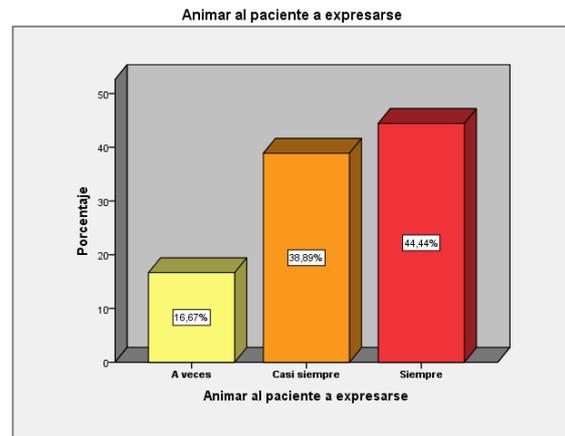


Figura 13. Resultados. Animar al paciente a expresarse

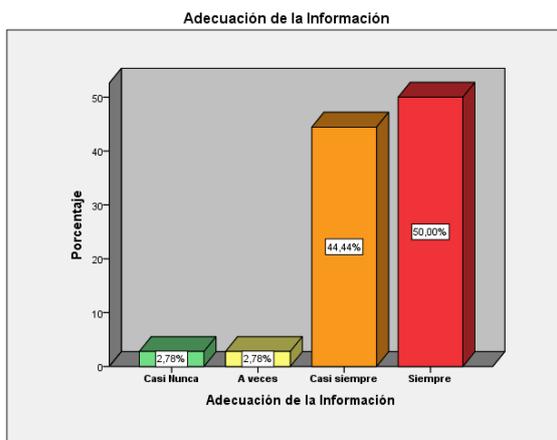


Figura 14. Resultados. Adecuación de la Información

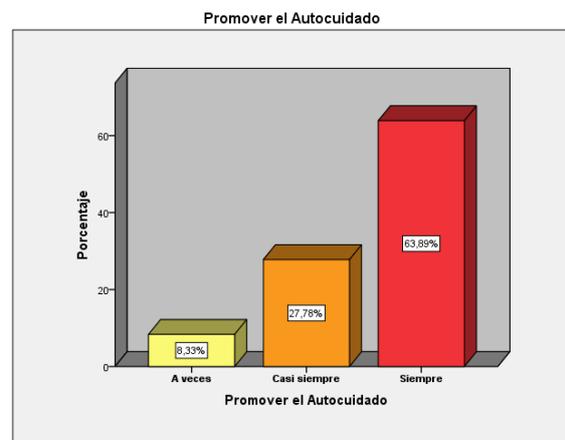


Figura 15. Resultados. Promover el Autocuidado

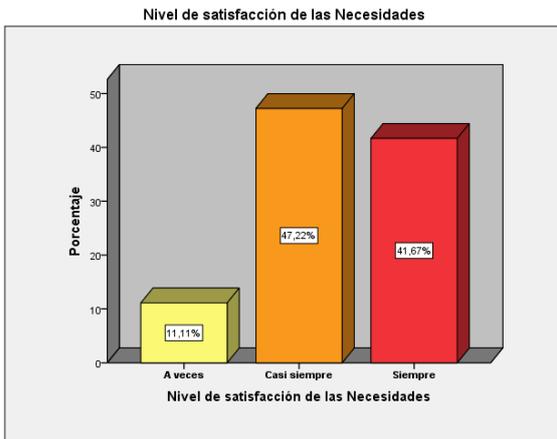


Figura 16. Resultados. Nivel de satisfacción de las Necesidades

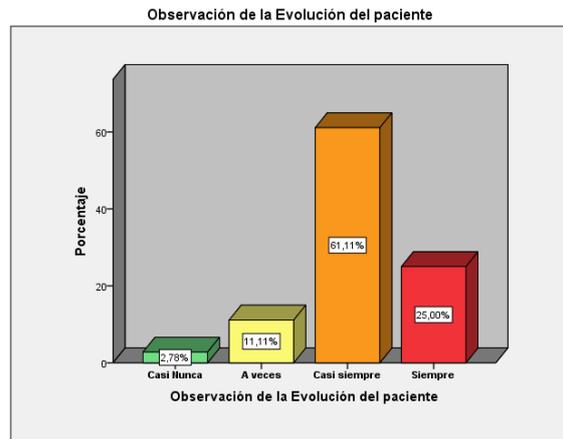


Figura 17. Resultados. Observación de la Evolución del paciente

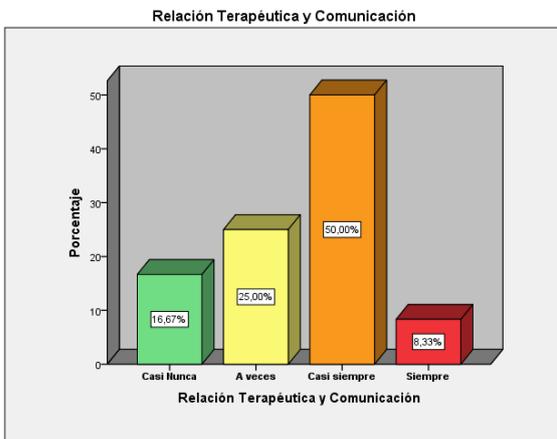


Figura 18. Resultados. Relación terapéutica y Comunicación

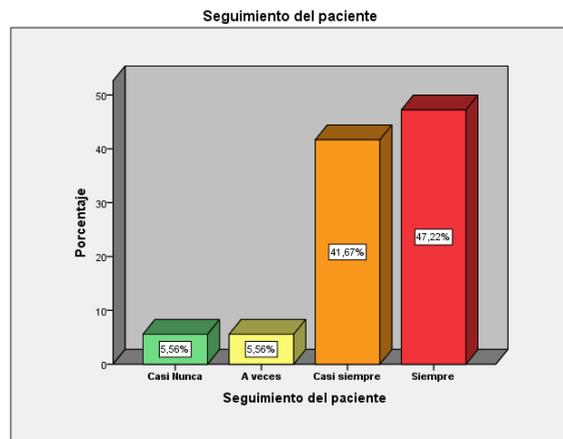


Figura 19. Resultados. Seguimiento del paciente

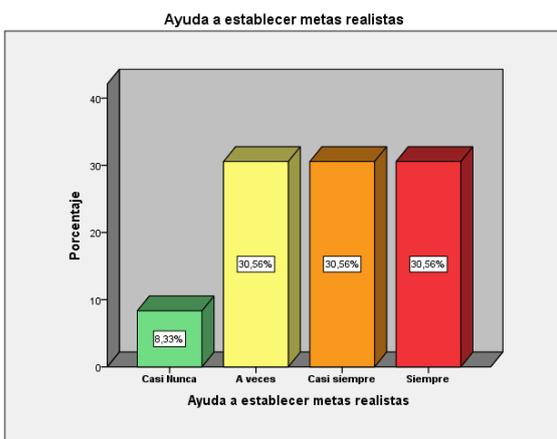


Figura 20. Resultados. Ayuda a establecer metas realistas

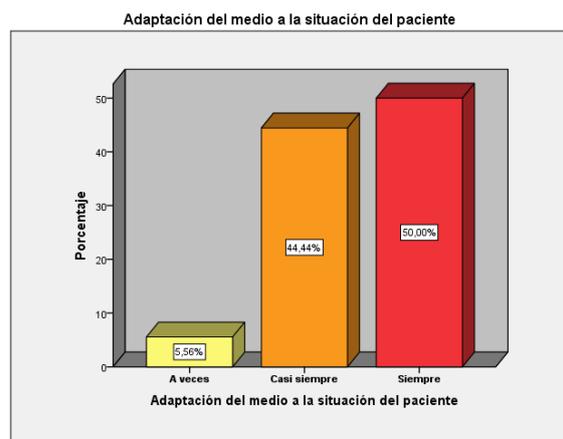


Figura 21. Resultados. Adaptación del medio a la situación del paciente

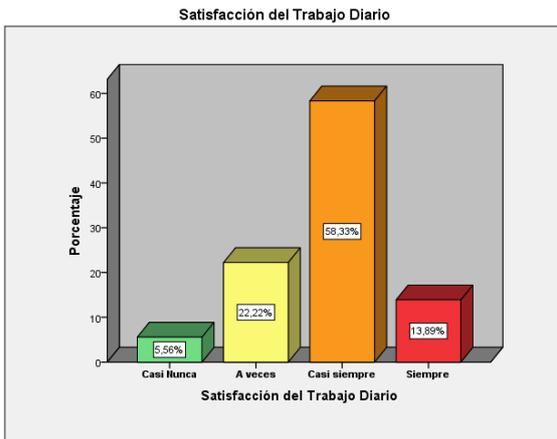


Figura 22. Resultados. Satisfacción del Trabajo Diario

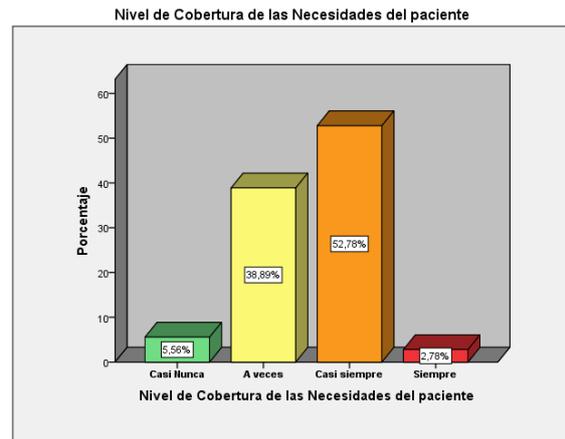


Figura 23. Resultados. Nivel de Cobertura de las Necesidades del paciente

Anexo 3



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 18 de enero de 2017 y vista la solicitud presentada por:

D^a. **SANDRA BERMEJO RUIZ** alumna de Grado de la Facultad de Enfermería.

Tutor del TFG, don **Manuel Frutos Martín**.

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado: **"Los cuidados invisibles en la práctica de la enfermería"**.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito.

Valladolid, a 18 enero de 2017

LA PRESIDENTA DE LA COMISION



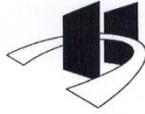
A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'José Cao Torija'.

Fdo.: M^a José Cao Torija



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423025. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

Anexo 4



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)

Valladolid a 23 de marzo de 2017

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE del 23 de marzo de 2017, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

17-582 TFG	LOS CUIDADOS INVISIBLES EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA	I.P. MANUEL FRUTOS MARTIN EQUIPO: SANDRA BERMEJO RUIZ ENFERMERIA RECIBIDO: 06-03-2017
---------------	---	--

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.


F. Javier Álvarez


Dr. F. Javier Álvarez.
CEIC Área de Salud Valladolid Este –
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología
Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077

Anexo 5



HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO
Avda. Ramón y Cajal, 3
Telf. 983 42 00 00
47003 - VALLADOLID



CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Francisco Javier Vadillo Olmo,
Director Gerente del
Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

CODIGO HOSPITAL	TITULO	INVESTIGADOR PRINCIPAL SERVICIO PROMOTOR
17-582 TFG	LOS CUIDADOS INVISIBLES EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA	I.P. MANUEL FRUTOS MARTIN EQUIPO: SANDRA BERMEJO RUIZ ENFERMERIA RECIBIDO: 06-03-2017

En relación con el citado Proyecto de Investigación, de acuerdo a la evaluación favorable a su realización en este Hospital por parte del CEIC Área Valladolid Este en su sesión del 23-03-2017.

Se Informa favorablemente la realización del dicho estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid,

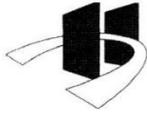
Lo que firma en Valladolid, a 23 de marzo de 2017

EL DIRECTOR GERENTE

D. Francisco Javier Vadillo Olmo



Anexo 6



CONFORMIDAD DEL DIRECTOR DE ENFERMERÍA

D Natán Redondo Pérez.....como
Director de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Hago constar:

Que conozco la documentación relativa al proyecto de investigación que lleva por título
“...LOS CUIDADOS INVISIBLES DE LA PRÁCTICA ENFERMERA.....
.....
.....”

Y cuyo investigador principal será Dña. ...Sandra Bermejo Ruiz

Declaro tener conocimiento y apruebo la realización del proyecto de investigación en este Hospital.

En Valladolid a 02 de 03.....de 2017

Fdo. D Natá Redondo Pérez.
Director de Enfermería del HCUV

COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN () VALLADOLID ESTE

1