



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18

Los Cuidados Invisibles en Enfermería

Alumna: Sara Varela Manrique

Tutor: Manuel Frutos Martín

RESUMEN

En la obra universal de "El Principito" del escritor francés Antoine de Saint-Exupéry destaca la siguiente frase: "*lo esencial es invisible a los ojos*", que nos viene a decir que a veces lo más importante para una persona no se puede evidenciar, y sin embargo es fundamental. Esto mismo sucede con muchos de los cuidados que desarrolla en su actividad diaria el profesional de enfermería, que no se miden ni aparecen en los documentos escritos y que principalmente tiene que ver con la dimensión humana y relacional de enfermería. Aquella que busca el sosiego, el confort, el conocimiento, el autocuidado y la mayor independencia de la persona atendida.

En este TFG mediante una amplia revisión bibliográfica y un trabajo de campo descriptivo con un grupo de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Southmead de Bristol (Reino Unido) se analizan los cuidados invisibles en la práctica cuidadora, su importancia y concreción, así como la posibilidad de visibilizar y objetivar esta actividad fundamental que supone un capítulo importante en el éxito global terapéutico de la Enfermería.

Palabras Clave: Cuidados invisibles (Invisible care), rol de enfermería (nursing role), atención integral (comprehensive care), atención psicológica (psychological care), comunicación (communication).

INDICE

	Pág
1. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN.....	3
2. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE ESTUDIO.....	8
3. OBJETIVOS.....	15
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
4.1 Revisión bibliográfica.....	16
4.2 Trabajo de campo.....	17
4.3 Temporalización.....	19
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
6. CONCLUSIONES.....	24
7. BIBLIOGRAFÍA.....	25
8. ANEXOS.....	28

1. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

El ser humano es un ser integral dentro de la estructura biopsicosocial. Esta estructura está formada por tres dimensiones que son: biológica, psicológica y social.

La definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1948 establece que: "*La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad*". Esta definición por lo tanto contempla la salud desde el punto de vista de las dimensiones del ser humano, considerándolo como estructura biopsicosocial integral. Desestima la enfermedad sólo como la presencia de síntomas biológicos, teniendo en cuenta que de esta manera las afecciones psicológicas y sociales también pueden considerarse enfermedad.

Atendiendo a esta definición, para poder mantener y/o restaurar la salud de toda persona debemos, no sólo centrarnos en los aspectos biológicos, sino también en los psicológicos y sociales. Los procesos de enfermedad no pueden ser curados si el eje central de los cuidados no es el enfoque integral del ser humano. (Granero, et al, 2017)

En los últimos años se tiende a la despersonalización del paciente en la asistencia sanitaria, tratando los problemas de salud de una persona como si no pertenecieran a ésta y no tuvieran una repercusión emocional en ella. El desarrollo de la despersonalización en numerosas ocasiones aparece relacionado con la experiencia de agotamiento emocional y síndrome de burnout en muchos profesionales, entre ellos los de enfermería. El proceso de entrada del paciente en los centros sanitarios, el lenguaje técnico, la poca información que se le proporciona y la salida de su entorno y zona de confort provocan el malestar y agudización del proceso de enfermedad. (Buriyovich y Pautassi, 2005)

La pirámide de Maslow (figura 1) explica la teoría de la motivación propuesta por Abraham Maslow en 1943, llamada "Teoría de la motivación humana". Este autor define qué necesidades impulsan la conducta de los seres humanos. Según ésta, en la base estarían las necesidades fisiológicas y en escalones superiores, una vez cubiertas las fisiológicas se situarían las psicosociales (seguridad, amor y sentimientos de pertenencia, reconocimiento personal, social y autorrealización). Es por esto que durante el proceso de atención sanitaria es necesario atender a todos los ámbitos, progresando desde los más básicos (fisiológicos) hasta la ayuda para lograr la autorrealización y maduración personal.

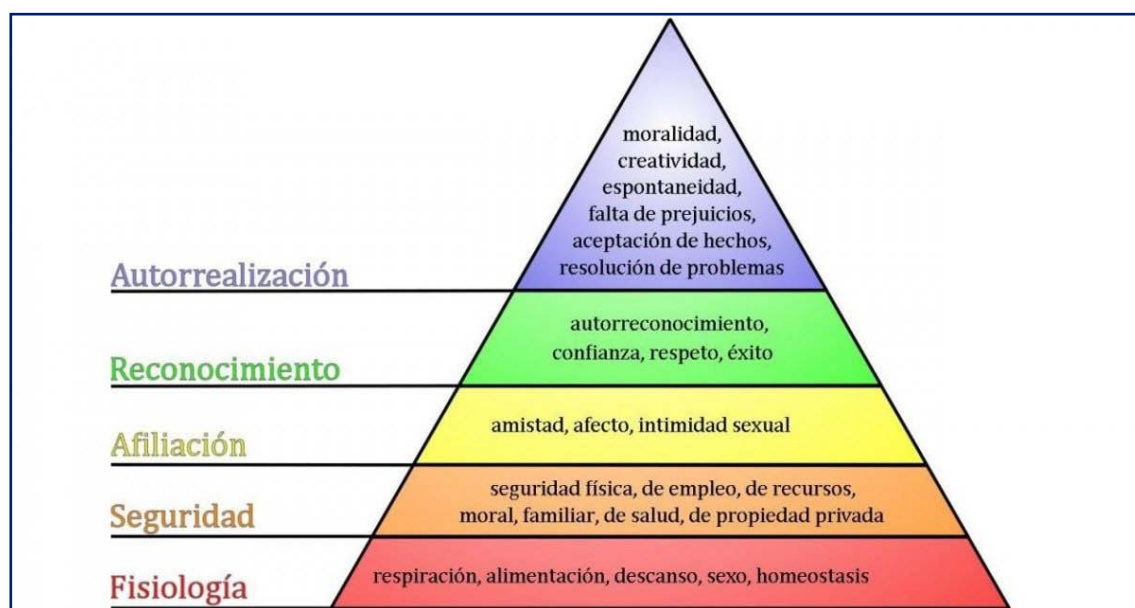


Figura 1: Pirámide de las necesidades humanas según Abraham Maslow, 1943. Fuente: google imágenes.

Los cuidados de enfermería

Como afirma Medina (1999): "Resulta complicado realizar un marco conceptual de la identidad de la profesión enfermera y el *cuidado* como objeto de conocimiento de la enfermería".

Sin embargo, según cita Huércanos (2010), numerosos autores reconocen el "*cuidado*" como la seña de identidad del colectivo enfermero (Henderson, 1956; Leininger, 1980; Germán, 2004...) y han intentado definir lo que conlleva el cuidar. Incluso el entorno social identifica la actividad del cuidado como paradigma de enfermería, apareciendo identificado dicho paradigma en la propia definición de "enfermería" que hace el Diccionario de la Real Academia Española al definir este término como: "*profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas*" (RAE, 2017).

Parece evidente que la perspectiva enfermera de la que se parta determinará en gran manera la concepción que cada profesional tenga del cuidado, pues "no existe un consenso en relación a la definición del cuidado, los componentes del cuidar o el proceso del cuidado" (Morse, et al., 1990, citado por Huércanos, 2010).

Los cuidados se han prestado históricamente con una clara atribución relacionada con el género femenino, situación que se mantiene incluso en la actualidad en el desarrollo profesional. Este aspecto ha influido en el rol y reconocimiento de la enfermería, que ha estado íntimamente ligado al reconocimiento y evolución del rol social de la mujer.

“Tradicionalmente, la relación médico-enfermera ha respetado la misma asignación de roles de género que la oficializada socialmente para las relaciones hombre-mujer” (Fajardo y Germán, 2004), y el papel de la enfermería continua considerándose una continuación profesionalizada del cuidado doméstico del género femenino. De esta situación proviene la falta de valor o de reconocimiento y visualización de gran parte del trabajo realizado por enfermería (Germán, 2004), teniendo de esta manera una visión social de rol delegado y supeditado a lo que el médico "*ordena a la enfermera*" o de ayudante del médico.

Actualmente, aunque la mayoría de la población desconoce el rol enfermero, éste está plenamente establecido, tanto a nivel profesional, como institucional y legal. Los cuidados de enfermería han pasado de los antiguos cuidados domésticos, a una actuación estructurada basada en la mayor evidencia científica existente y desarrollada por un colectivo completamente preparado, con el mayor nivel formativo y con procesos de trabajo e instrumentos fundamentados en la ciencia (PE).

El proceso de enfermería (PE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente y la familia de forma estructurada, lógica y sistemática. Se considera la base del ejercicio de nuestra profesión. Los cuidados de enfermería han tenido un gran desarrollo en los últimos años con el establecimiento de protocolos, guías asistenciales y de cuidados así como planes de cuidado.

En el año 2008 España sufrió una crisis económica que todavía aún está latente. Esta crisis afectó al mercado de la vivienda, al del trabajo, provocó recortes en materia social, de prestación de servicios sanitarios y sociales, así como en educación y cultura. El estudio realizado por Granero-Lázaro et al., 2017 titulado: "Crisis en el sector sanitario, impacto percibido en las condiciones de trabajo por las enfermeras", concluye que "entre los aspectos principales del impacto percibido por las medidas de contención del gasto, un 86,6% de las enfermeras identificaron una reducción salarial. También percibieron un aumento en los

siguientes parámetros relevantes de las condiciones de trabajo: número de horas trabajadas (66,7%), ratio definitivo de pacientes atendidos (35,2%), complejidad y presión asistencial (75,3%), rotación por diversos servicios (31,5%), cambio de turno (21,4%) o ámbito (23,4%) de trabajo, precariedad laboral (58,4%) y pérdida del empleo por despido (6,6%) o no renovación del contrato (9%)”.

El impacto percibido de la crisis se resumió en 3 parámetros negativos que fueron: recorte salarial, sobrecarga de trabajo e inseguridad en el empleo. Como efecto de estos tres factores se reconoció "un deterioro de las condiciones de trabajo y de la calidad de vida laboral de las enfermeras" (Alonso y Escorcia, 2003), que se diferencia claramente con la situación de las enfermeras y de su actividad de otros países de nuestro entorno Europeo mucho mejor dotada de recursos (Enfermería en desarrollo, 2018), y que está incidiendo negativamente en los pacientes y en los cuidados que reciben.

La situación de precariedad laboral provoca que las enfermeras puedan dedicar menos tiempo asistencial a cada paciente debido a que aumenta el número de pacientes a su cargo y disminuye el personal de enfermería. Esto repercute directamente en la actividad cuidadora integral, pero de forma especial en los cuidados que inciden en el bienestar psicológico del paciente y que se fundamenta en actividades de interacción, comunicación, apoyo, refuerzo, educación sanitaria, etc. Estas actividades se consideran las más gratificantes para el paciente y el soporte fundamental para los niveles elevados de satisfacción, y que, en muchos casos, al no tratarse de actividades pautadas o de registro obligatorio no tienen ningún reflejo ni visualización dentro del cómputo de actividad, por lo que se definen como "**cuidados invisibles**", pero que en realidad ocupan una carga importante del tiempo total de la jornada de trabajo de la enfermera, y son básicas y fundamentales para el éxito terapéutico del paciente.

El fundamento de este trabajo Fin de Grado se centra en la importancia de los cuidados invisibles en la profesión enfermera y el desconocimiento actual de éstos, tanto a nivel institucional, al no quedar registro de los mismos, como a nivel de los propios profesionales sanitarios y el equipo de trabajo.

Los cuidados invisibles de enfermería demuestran que el ejercicio de la profesión enfermera no está ligado únicamente al desarrollo de técnicas de enfermería y a la delegación

de tareas por parte del personal médico. Afianzan el concepto de la salud dentro de la esfera física, psicológica y social.

Analizar la importancia y el conocimiento sobre este tipo de cuidados en enfermería permite el desarrollo de nuestra profesión de manera que los cuidados se convierten en integrales y totales. Este trabajo Fin de Grado nos permitirá identificar las actividades cuidadoras desarrolladas con una finalidad terapéutica y que no tienen un reconocimiento y poner en relieve el rol de la enfermera ante la sociedad como cuidadora humana e integral, dado que en muchos casos solo se identifica la dimensión técnica y colaboradora en el tratamiento médico.

2. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE ESTUDIO

Es sabido por toda la comunidad enfermera que nuestro trabajo y nuestros cuidados nunca han tenido la visibilidad ni el reconocimiento que merecen. El profesional de enfermería a lo largo de la historia no ha tenido un rol definido ni ajustado a la realidad para la población general. Desde la imagen proporcionada en medios de comunicación, series de televisión como el ayudante del profesional médico, pasando por la imagen sexualizada y estereotipada de los uniformes de enfermería hasta la visión sesgada de la población fundamentada en la identificación por las técnicas y tareas realizadas delegadas por otros profesionales (administrar medicación, realizar curas, tomar constantes vitales, realizar recetas, etc.).

La identidad actual del profesional de enfermería difiere de esta imagen distorsionada, siendo la profesión del Equipo Sanitario que es responsable de prestar cuidados integrales y de la máxima calidad en base a las últimas propuestas científicas. Esta actividad debería poder ser visibilizada y reconocida en todas sus acciones concretas y poder servir como referente, objetivo del esfuerzo consciente de la enfermería, para adaptar los cuidados a las necesidades específicas de cada persona. A pesar de esto, en el ejercicio de nuestra profesión, siempre han tenido más trascendencia los cuidados centrados en la parte biológica del ser humano, siendo priorizados en las herramientas de registro y control, cuestión que es más compleja en los cuidados psicosociales, menos protocolizados y, a pesar de ocupar una parte importante del tiempo de actividad de la enfermera, son más difíciles de objetivar, pasando desapercibidos en los sistemas de registro de la actividad y siendo menos visibles en el contexto general de la práctica sanitaria. Según Fernández y Ramos (2005), la parte menos visible suele ser la más importante en la mayoría de las profesiones sanitarias. En este caso, la parte más importante la componen los cuidados invisibles de enfermería.

Los **cuidados invisibles** se entienden como "acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían "registrables" (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como el resto de las tareas programadas susceptibles de registrar" (Huercanos, 2010), y que, a pesar de requerir un alto nivel de competencia y conocimiento profesional del individuo para su desarrollo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales y el sistema las convierten en invisibles.

Este tipo de cuidados personalizados trascienden los cuidados físicos y suponen cuidar a la persona en su globalidad. Son cuidados intangibles en los que la enfermera establece una relación de confianza, empatía y acercamiento con el paciente, su entorno y su familia. La enfermera se encuentra dispuesta a conocer sus creencias, preocupaciones, experiencias y hábitos de salud. Esta actitud por parte del profesional favorece el clima de confianza y seguridad, mejorando el bienestar y lleva a las personas a reconocer a la enfermera como un profesional de la salud de referencia, que promueve el bienestar y la calidad de vida (Germán et al., 2015; Anguas, et al., 2012).

Los cuidados invisibles surgen de la necesidad de trascender lo biológico y las meras técnicas. La profesionalización de la profesión implica un cuidado más humano, además de estar centrado en el cuidado integral del paciente incluyendo también a su entorno familiar. Este aspecto es especialmente relevante ante los nuevos requerimientos de los cuidados que irán orientados hacia un alto porcentaje de población envejecida que requieren una mayor atención individual y centrada en el confort psicosocial.

Se consideran cuidados invisibles los que se centran en las siguientes dimensiones: *fomento autocuidado, relación confianza/seguridad, apoyo emocional, tacto, escucha activa, confort, ética respeto, intimidad, privacidad y dignidad*. Todos estos elementos que se desarrollan a continuación, en muchas ocasiones se dan por sentado pero en la práctica diaria centrada en los aspectos biológicos se dejan de lado. (Anguas, et al., 2012)

Estos cuidados están fundamentados en una ética y responsabilidad de la enfermera que aborda la atención integral a la persona como modelo, dotando así a su actividad práctica de un compromiso moral y profesional. La ética de los cuidados intenta aunar los conceptos de las técnicas de enfermería con los cuidados invisibles para así alcanzar el mayor nivel de cuidado integral de la persona. (García, et al., 2015).

- **El fomento del autocuidado**

Se define como autocuidado el conjunto de tareas que lleva a cabo un individuo o un paciente para el manejo de su propia salud. Estas tareas pueden ser sobre aspectos técnicos, desarrollo de hábitos de salud, seguimiento o modificación de uno de ellos o aspectos emocionales. El fomento del autocuidado por lo tanto consiste en la enseñanza

del paciente por parte de los profesionales sanitarios para la promoción de la salud, el manejo de la enfermedad o el desarrollo de hábitos saludables por el propio paciente.

En 1981 la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA), definió la enfermería gerontológica como “la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado en los adultos mayores”. De tal modo que, se establece como una actividad clara del rol de la enfermería, *el fomento del autocuidado* para que la persona, que es la última responsable de su salud, tome las riendas de su enfermedad y del proceso (Ruiz, et al., 2014).

Estas actividades de fomento del autocuidado generalmente no tienen constancia en el plan general de actuación de enfermería y no quedan registradas, aunque sean un elemento fundamental para la recuperación integral del paciente.

- **Tacto, empatía, ética y respeto**

La relación que se establece entre el paciente y la enfermera, que debe estar basada en pilares humanistas que propicien la comunicación interactiva terapéutica.

Según Barrio, et al., (2006) “dos han sido los enfoques principalmente desarrollados para tematizar la ética de enfermería: la ética de la virtud y la ética de los principios”. El primero de ellos se pregunta cuáles son las virtudes que debe tener una persona para conseguir ser una buena enfermera mientras que el segundo, se cuestiona cuáles son las actividades con las que se consigue ser una buena enfermera.

La relación enfermera-paciente debe llevarse siguiendo las normas jurídicas, las normas de trabajo y las normas morales. Las normas jurídicas se basan en el cumplimiento de las reglas/leyes, las normas de trabajo se basan en las relaciones interprofesionales en el proceso asistencial del paciente y las normas morales en aceptar responsabilidades y realizar acciones para el beneficio de la comunidad (Barrio, et al., 2006).

La relación que establecemos con el paciente y la comunicación terapéutica interactiva son elementos claves que van a favorecer que la persona se sienta apoyada, respetada y van a favorecer su implicación en el proceso terapéutico.

La empatía es un sentimiento que nace de la interacción de dos personas la cual permite a una comprender los sentimientos de la otra y llegar a ponerse en su situación. La enfermería siempre ha sido una profesión humanística centrada en la persona por lo cual, el desarrollo de la empatía junto con otras habilidades emocionales es completamente necesario para la profesión, haciendo que el ejercicio de nuestra profesión llegue al fin último que es cuidar al ser humano.(Cardona y García, 2010)

- **Intimidad, dignidad y privacidad**

El aspecto de la intimidad es en muchas ocasiones olvidado por parte de los profesionales sanitarios al estar más preocupados o pendientes de los aspectos técnicos que se tienen que realizar. "Desde el punto de vista jurídico, la legislación considera a la intimidad desde tres niveles distintos: una esfera pública, una esfera privada y una esfera estrictamente íntima" (Gutiérrez, et al., 2008).

En el desarrollo de la enfermería, realizamos cuidados poco visibles tendentes a proteger la intimidad física, psíquica y socio-cultural. La intimidad va ligada a la dignidad puesto que si una no se preserva la otra tampoco. Para preservar la intimidad física de una persona hay que respetar el sentido del pudor de cada persona protegiendo la exposición pública del cuerpo, entre otros casos. La intimidad socio-cultural hace referencia al sexo, religión y cultura, aspectos que cada persona vive y valora de una manera distinta y no deben de ser juzgados a la hora de la atención sanitaria. (Gutiérrez et al., 2008).

- **Escucha activa**

La relación entre el paciente y la enfermera se establece en parte gracias a la comunicación. Este proceso de comunicación es mediante el cual se establece una conexión entre dos personas o más. Para que el proceso de comunicación entre el paciente y la enfermera sea efectivo debe adecuarse a la edad de la persona con la que se está manteniendo y su situación social; comunicar de manera asertiva y empática y por encima de todo clara y sencilla para que la persona pueda comprender el mensaje.(Maqueda y Martín, 2012).

La escucha activa es muy importante para la interrelación terapéutica y conlleva una dedicación importante en los tiempos de enfermería no contemplada en los registros de actividad por lo que queda invisibilizada.

Potenciar la escucha activa es fundamental en la percepción de la calidad del cuidado por parte del paciente al permitirle ser el protagonista de su propia salud y potenciar su máxima participación en el proceso consiguiéndose, como afirma Subiela, et al., (2014), una buena relación de confianza, dándose al paciente toda la libertad para poder expresarse.

- **Confort.**

El confort está relacionado con la sensación de comodidad del paciente. La hospitalización del paciente en muchas ocasiones genera una falta de confort y es responsabilidad de enfermería preocuparse por mantener dentro de todo lo posible el confort del paciente para procurar el máximo estado de bienestar.

Los factores que pueden hacer que el paciente no tenga confort pueden ser tanto físicos, como psicológicos y sociales. Los factores físicos pueden incluir desde dolor en alguna parte del cuerpo o incomodidad porque el paciente pase demasiado tiempo en el mismo entorno. Los factores psicológicos son más difíciles de resolver, para ello debemos utilizar habilidades emocionales. (Uribe y Torrado, 2012).

Muchas de las actividades que desarrolla la enfermera para facilitar el confort en el paciente *no se registran* al tratarse de actuaciones para potenciar una comodidad física y emocional, fundamentada en una comunicación asertiva y relacional. En la objetivación de la práctica diaria lo que no se escribe o se registra, no existe. Es por esto que, los cuidados que los profesionales de enfermería realizan para atender muchas de las demandas de confort son invisibles, provocando que el trabajo realizado tenga mucho valor e importancia para la persona que ha sido la beneficiaria pero no para el equipo de enfermería y el reconocimiento de su carga de trabajo.

Todo lo expuesto nos obliga a plantear la necesidad y responsabilidad de hacer visible el trabajo y los cuidados de enfermería en todas las dimensiones de la actividad diaria ya que de ello depende en gran medida el reconocimiento del rol y de las responsabilidades

profesionales. Tener unos registros de enfermería apropiados sería necesario para el desarrollo de la disciplina enfermera hacia nuevos caminos y reforzar el rol independiente que la enfermería ha ido constituyendo a lo largo de la historia.

Los registros de enfermería servirán de base para: dar visibilidad al trabajo enfermero, permitir que la organización laboral de los centros se adapte a las necesidades de cada unidad, no estandarizando y extrapolando el trabajo a cualquier tipo de servicio, mejorar la continuidad de los cuidados. (Cid y Cid, 2016)

Dejar constancia de este tipo de intervenciones enfermeras en las que se desarrollan actividades de acompañamiento, educación, ayuda y colaboración, nos permite poner de manifiesto que el cuidado más humanizado y centrado en todas las dimensiones de la persona es igual o más importante que el manejo de técnicas, para procurar el mayor bienestar posible para los pacientes como se contempla en la ética de los cuidados.

En contraposición, los sistemas de registro de la actividad utilizados en la actualidad generan una sobrecarga de trabajo que puede llegar a tener que dedicar más de la mitad del tiempo de atención (Cid y Cid, 2016). Por lo que se debe valorar la rentabilidad de los registros que demuestran una mejora en la calidad asistencial con la carga de trabajo que suponen y la lentificación de la asistencia sanitaria (Modrego, 2016)

En el estudio realizado por Huércanos (2012), se demuestra que las intervenciones realizadas por la enfermera fueron mucho más significativas de lo que posteriormente se refleja en los registros usados para visibilizarlo. En este registro la enfermera puede registrar su labor de promotora de la seguridad de la paciente, pero el resto de comentarios se reducen al control de signos y síntomas, la administración de medicación y nutrición pautada; tareas que son delegadas por parte del profesional médico y no correspondientes al rol independiente de enfermera.. Con todo esto, se observa que los registros deberían actualizarse y adaptarse a las necesidades del profesional de enfermería, permitiéndole visibilizar todo el trabajo que realiza, ya sea como profesional independiente o como trabajador en equipo.

Las dificultades para lograr un reconocimiento de los cuidados invisibles son múltiples: cómo medirlos, como medir su eficiencia, cómo determinar qué peso deben tener dentro del conjunto de cuidado enfermeros. Es necesario integrar estas cuestiones en el debate sobre la identidad enfermera porque la tendencia a la profesionalización está llevando a la

tecnicidad del trabajo y al olvido de otros aspectos fundamentales como son los cuidados invisibles..

A pesar de esto, en la edición de 2012-2014 del libro de diagnósticos, objetivos, intervenciones y actividades de enfermería (NANDA, NOC y NIC) se incluyó el diagnóstico Perturbación del campo de energía con la intervención asociada Contacto terapéutico. Entre las actividades realizadas en la intervención, el tacto terapéutico ha sido validado de forma eficaz en el cuidado integral de las personas, "como técnica instrumental no invasiva y con gasto de material 0 euros, obteniendo niveles B de evidencia en los resultados previstos" (Pueyo, 2014). Poco después, en la edición del 2015-2017 este diagnóstico se retiró de la taxonomía NANDA.

Según Orkaizagirre (2013), el modo de visibilizar los cuidados invisibles sería a través de *la relación del cuidado*. La relación del cuidado consiste en proporcionar cuidados invisibles de enfermería promoviendo que la persona se empodere de su proceso de enfermedad para alcanzar el bienestar. Esto constituiría la relación enfermera-paciente deseada. Para poder alcanzar una correcta relación del cuidado se debe tener conocimientos sobre los cuidados físicos y emocionales, es decir, los cuidados integrales del paciente. "En cuanto a las actitudes y valores que deben estar presentes a lo largo de *la relación de cuidado* destaca el respeto incondicional, el no enjuiciamiento, la privacidad, la gentileza, la amabilidad, la responsabilidad, la disponibilidad, la intimidad, el ofrecimiento de apoyo y confort, entre otros." (Orkaizagirre, 2013).

Gracias a la relación del cuidado, la persona y su familia valoran los cuidados invisibles y se siente cuidada. Sabe que la enfermera es el profesional con el que puede contar en el momento en que lo necesite. De esta manera los pacientes y familiares visibilizan nuestros cuidados puesto que son conscientes de ellos y nosotros también (Orkaizagirre, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal:

- Describir las actividades que se desarrollan en la práctica de la enfermería no incluidas en el registro estandarizado (cuidados invisibles) y la carga de trabajo que suponen.

3.2. Objetivos específicos:

- Identificar a través de la literatura científica, qué cuidados se definen como invisibles y las razones de ello.
- Comprobar la percepción de un grupo de profesionales de enfermería del Reino Unido (Bristol) acerca de los cuidados invisibles, comparando su percepción con otros estudios de nuestro entorno de la práctica.
- Conocer el grado de importancia que otorgan los profesionales de enfermería a los cuidados invisibles.
- Analizar posibles maneras de visibilizar y objetivar los cuidados invisibles en enfermería para su reconocimiento.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La estructura del presente trabajo es mixta desarrollándose en primer lugar una **revisión crítica** de la literatura científica actualizada sobre los “Cuidados Invisibles enfermeros” a través de la consulta de diferentes libros, artículos y publicaciones. En segundo lugar se hace un pequeño trabajo de campo con un grupo de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Southmead de Bristol (Reino Unido), aprovechando la experiencia de formación en dicho centro donde he realizado una estancia de tres meses con el Proyecto ERASMUS.

4.1. Revisión Bibliográfica

4.1.1. Estrategia de búsqueda

La información para la revisión y análisis se ha obtenido de las distintas fuentes que describen los cuidados invisibles en Enfermería, así como de distintas publicaciones siguiendo los criterios y estrategias de búsqueda que se definen en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias para la búsqueda	
Palabras clave	Cuidados invisibles (Invisible care), rol de enfermería (nursing role), atención integral (comprehensive care), atención psicológica (psychological care), comunicación (communication).
Bases de datos	<p>Se han utilizado las bases de referencia para las publicaciones de ciencias de la salud, y de forma específica de Enfermería como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MEDLINE (US NLM : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed), • CUIDEN (Base de datos de la Fundación Índex, que recoge contenido científico de la enfermería española e iberoamericana, tanto de contenido clínico-asistencial como de enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales: http://www.index-f.com/new/acceso.php), • CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Base de datos especialmente diseñada para profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional. Contiene índices de 2.960 publicaciones y artículos de revistas desde 1981. • ENFISPO. Base de datos elaborada por la Universidad Complutense de Madrid. Diseñada para enfermería, fisioterapia y podología. <p>También se utilizó el buscador genérico de Google Académico</p>
Operadores booleanos	Para concretar o especificar la búsqueda. se han utilizado fundamentalmente los términos "AND"; "OR"; "NOT"
Periodo de publicación	Se han seleccionado preferentemente las publicaciones de los 6 últimos años (a partir del año 2012), constituyendo el soporte fundamental de la revisión (85%), utilizándose otras fuentes anteriores al ser relevantes para la fundamentación del trabajo
Idioma de Publicación	Castellano e inglés
Criterios de selección	Acceso gratuito a la publicación completa. A ser posible estudios elaborados por la enfermería en el entorno de la práctica Española, y con un buen nivel de impacto o calidad científica.

4.1.2. Resultados de la búsqueda

Siguiendo los aspectos definidos en la búsqueda y tras las consulta en las distintas bases de datos referenciadas, con las palabras clave de "cuidados invisibles" ("invisible care") **and** "rol de enfermería" ("nursing role"), obtuvimos información sobre más de 130 publicaciones, fundamentalmente en CINHALL (84 publicaciones) y CUIDEN (43 publicaciones), de entre las que se seleccionaron, teniendo en cuenta los criterios anteriormente definidos, las referencias que constan en nuestra bibliografía.

4.2. Trabajo de campo

4.2.1. 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 la visión que tienen un grupo de enfermeras que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Southmead de Bristol (Reino Unido) sobre los cuidados invisibles que desarrollan en su práctica habitual.

4.2.2.Muestra

En este estudio han participado 9 enfermeras de la unidad con las que habitualmente hemos estado en relación en el periodo de estancia clínica ERASMUS y que voluntariamente se han prestado a contestar a las preguntas de nuestra encuesta.

4.2.3.Instrumento de medida

Se ha utilizado como instrumento de obtención de datos y de medida un cuestionario de elaboración propia que se dirigía a las participantes en forma de entrevista directa personal.

El cuestionario soporte de las entrevistas consta de 8 preguntas, de las cuales 6 son abiertas (Anexo 1) a fin de facilitar una exposición libre y lo más completa posible sobre la opinión que sobre las cuestiones planteadas tienen las enfermeras que componen la muestra y dos cerradas con multiopción de tipo Likert.

Los datos se obtuvieron durante el mes de noviembre de 2017, en los momentos propicios del trabajo para establecer la relación personal que favoreciera la realización de la entrevista de forma cómoda con cada una de las participantes.

4.2.4. Validación del cuestionario

No se han seguido procedimientos de validación instrumental más que la adaptación de las cuestiones a los objetivos del trabajo y la comprensión de dichas cuestiones para la obtención correcta de la información en base a los objetivos del trabajo.

La primera entrevista se consideró como *piloto*, incidiéndose en la claridad, pertinencia, comprensión y posibilidad de respuesta de las distintas cuestiones, no reseñándose ningún problema al respecto que hiciera replantear alguna de las preguntas.

Los datos obtenidos, siguiendo los criterios de la investigación cualitativa se han triangulado con otras opiniones al respecto y con la información obtenida en la revisión de la literatura científica consultada.

4.1.5. Consideraciones éticas

Guiados por las orientaciones aportadas por Argimon y Jiménez (2004), durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta, entre las que cabe destacar:

- Se ha informado convenientemente sobre el estudio a las enfermeras que han colaborado definiendo su participación como voluntaria y anónima con el máximo respeto a la confidencialidad en el proceso de recogida y tratamiento de los datos.
- Se ha solicitado permiso a los responsables del centro para la obtención de la información y la realización de las entrevistas.

4.1.6. Análisis y tratamiento de los datos

Para el tratamiento estadístico de los datos y la realización de los gráficos se ha utilizado el paquete informático de Excel, V. 2010.

4.3. Temporalización de la revisión y desarrollo del tema

Este trabajo se ha realizado en el intervalo de tiempo desde noviembre del año 2017 hasta mayo del 2018. Durante los primeros meses se ha trabajado en la búsqueda de la información relevante relacionada con los cuidados invisibles en enfermería así como en la recogida de datos a un grupo de enfermeras del Reino Unido aprovechando la estancia ERASMUS en este país de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Southmead de Bristol donde realicé mi Prácticum. A partir de enero se ha continuado con la revisión además de realizar un análisis de la información obtenida en el trabajo de campo y analizar los resultados comparándolos con los del trabajo de campo del TFG realizado en esta Facultad por Dña. Sandra Bermejo Ruiz, bajo la Tutela de D. Manuel Frutos Martín, con el mismo título el curso 2016-2017.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto a la definición de los cuidados invisibles, la totalidad de las enfermeras de la muestra los conocen y definen como los "no registrados o documentados", concretándose además por más del 40 % que son fundamentales, ocupando grandes cargas de trabajo de enfermería, siendo actividades que ofrecen un efecto terapéutico más que las propias técnicas derivadas del tratamiento médico (22%) y que hacen más humana la actividad específica de la enfermera (22%), aunque una de las enfermeras opina que estas actividades no son esenciales (figura 2).

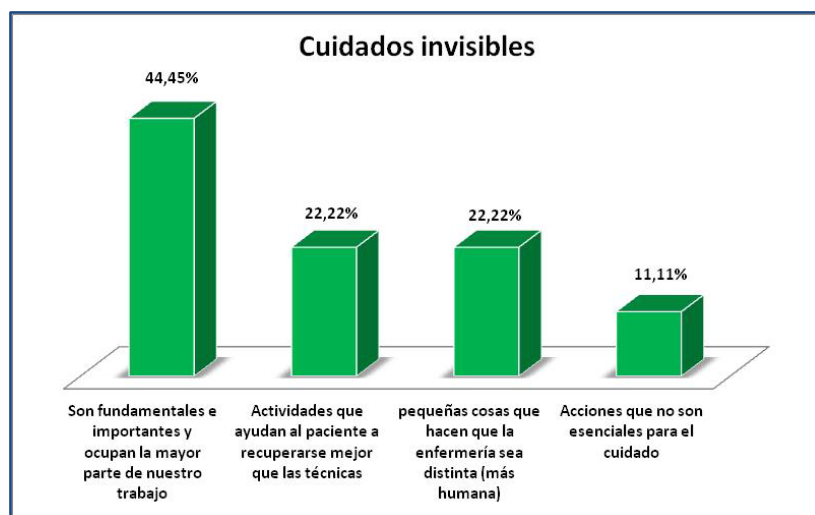


Figura 2: Definición de los cuidados invisibles

Las actividades que mayoritariamente se vinculan a la definición de cuidados invisibles son: la comunicación, como eje vertebrador de la interacción terapéutica (hablar y escuchar al paciente, informar y educar (90%), apoyo emocional (33%), Mantener la privacidad y facilitar la relación con los familiares (33%), prestar cuidados alternativos: masaje, técnicas de relajación, terapia musical, facilitar recursos para el ocio y entretenimiento (Tv, lectura), ayuda a los familiares (22%). Básicamente inciden en todas aquellas actividades ya descritas en las distintas fuentes revisadas en la lectura crítica de la literatura científica.

En cuanto a la ayuda que los cuidados invisibles proporciona al paciente, el 78% de las enfermeras de nuestra muestra coinciden en afirmar que estos cuidados ayudan a una más rápida recuperación; más del 50% insisten en las ventajas en cuanto a la seguridad del paciente y a la reducción de la ansiedad y del estrés, ayudando a la recuperación psicológica.

Con respecto a la importancia que dan a los cuidados considerados como invisibles, casi el 90% consideran que estos son muy importantes o bastante importantes (figura 3).

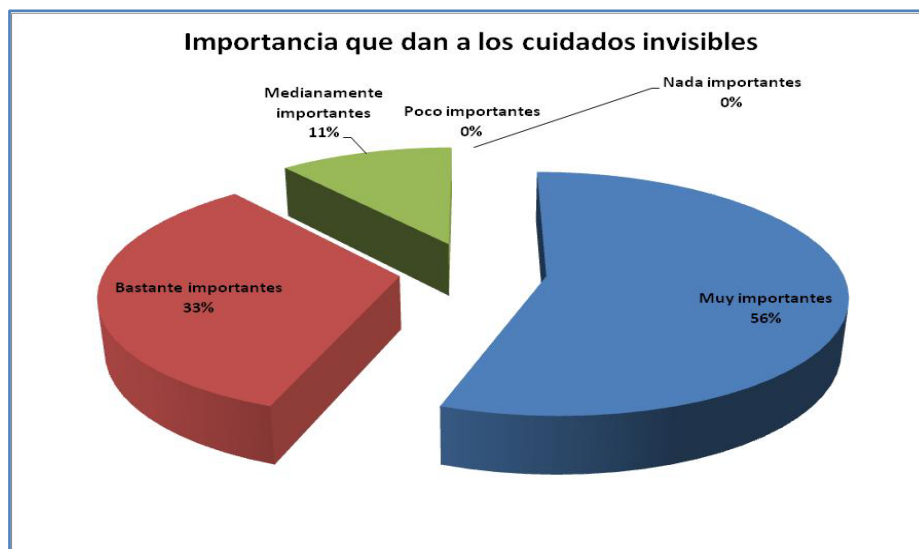


Figura 3: Importancia que se otorga a los cuidados invisibles

Sobre si se están perdiendo los cuidados identificados como invisibles en la práctica diaria hay diversidad de opiniones, dominando el criterio de que parcialmente se están perdiendo (55%), quizás interpretando causas ya contempladas en la revisión del estado actual de la cuestión, dada la influencia que está teniendo la reducción presupuestaria en la inversión en recursos humanos, lo que incide en que las enfermeras deban priorizar su acción en las actividades programadas con dominio de tareas de registro obligatorio derivadas principalmente del diagnóstico y tratamiento médico y en aquellas otras actividades propias protocolizadas que dan respuesta fundamentalmente a necesidades físicas del paciente.

En cuanto a la pregunta: ¿Qué manera habría que registrar las actividades que se encuadran como cuidados invisibles?, prácticamente hay una coincidencia mayoritaria en que los actuales sistemas existentes para el registro de la actividad diaria de la enfermera no ayudan a integrar esta práctica para visibilizarla y darle un reconocimiento oficial en la carga de actividad. Varias enfermeras sugieren inscribirlas dentro de los planes de cuidados o en notas de seguimiento de enfermería, pero aprecian la dificultad al dejar abierto este apartado a la capacidad y predisposición de cada enfermera lo que originará un seguimiento desigual por parte de los distintos componentes del equipo de enfermería. Un 33% de las enfermeras de nuestro estudio proponen crear un registro específico para este tipo de actividades pero el

22% de las enfermeras se muestran reacias a crear un registro específico ya que entienden que existe ya un gran número de registros a cumplimentar.

En cuanto a si se tiene tiempo suficiente en la jornada laboral para realizar cuidados invisibles (psicosociales) las respuestas están divididas más o menos al 50%. Entre las que responden tener el tiempo suficiente refieren entre otros aspectos que el hecho de ser amables, humanas, escuchar al paciente y actuar en su beneficio no aumenta excesivamente el tiempo de dedicación a los cuidados puesto que está implícito en la relación. Otras afirman no tener todo el tiempo que les gustaría para atender bien a las necesidades del paciente y expresan su frustración por la falta de tiempo, les gustaría hacer más en cuanto al apoyo psicológico de los pacientes.

A la última pregunta del cuestionario sobre si la situación personal fuera del trabajo puede condicionar la forma en que se proporcionan los cuidados, las enfermeras de nuestra muestra mayoritariamente respondieron afirmativamente (figura 4), considerando que el estado de ánimo personal condiciona la interrelación con el paciente, aunque el 22% refieren que su situación personal no interfiere en el trabajo que desarrollan. Una de ellas en concreto afirma: “*Mi vida personal no viene conmigo al trabajo*”.

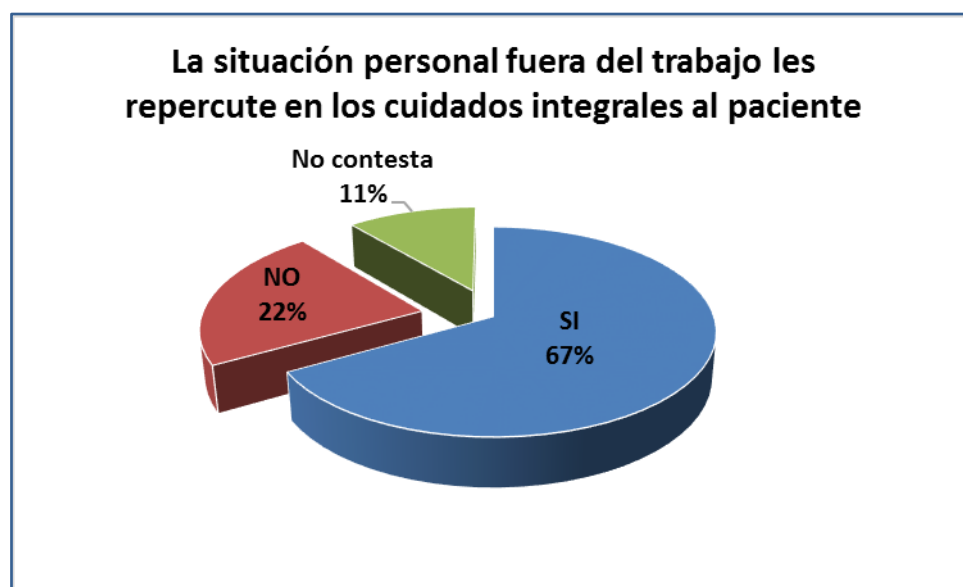


Figura 4: Afectación de la situación personal de la enfermera en la prestación de los cuidados

El análisis y discusión de estos resultados y su contrastación con los referidos el curso pasado (2016/2017) por Sandra Bermejo en su trabajo de Fin de Grado con una muestra de 40

enfermeras de varias unidades de cuidados del hospital Clínico Universitario de Valladolid, al margen de las diferencias existentes en cuanto a los instrumentos utilizados, la muestra, la unidad de trabajo, el sistema de salud y el país, nos permite establecer características coincidentes en cuanto a la definición de los cuidados definidos como “invisibles”, así como en la ineficacia de los actuales sistemas de registro para dar constancia de los mismos, lo que incide en su “no reconocimiento” dentro del entorno institucional.

Igualmente se establece un paralelismo entre las dos muestras en cuanto a la incidencia y repercusión que sobre los cuidados invisibles, tiene la reducción de recursos humanos de enfermería y en consecuencia la disminución del nivel de satisfacción de los pacientes. En ambos estudios se pone de manifiesto la falta de tiempo para prestar esos cuidados de apoyo psicológico que son la base de una prestación de cuidados integrales de calidad.

Limitaciones del estudio

Quiero destacar como primera limitación la inexperiencia en la investigación, lo que ha podido limitar la identificación de todos los aspectos a considerar en este apasionante tema de los “cuidados invisibles” en la práctica enfermera.

Otra limitación es la escasa muestra utilizada en el estudio, dadas las dificultades de poder contactar con otras profesionales en un entorno hospitalario y en un país desconocido, lo que impide extrapolar los resultados del estudio a la población de enfermería, pero que sí aporta un mayor refuerzo en todos los aspectos coincidentes con otros estudios más amplios.

Por último, comentar la escasez de literatura científica específica encontrada para podernos apoyar en herramientas e instrumentos ya validados, y para poder contrastar de una forma más objetiva nuestros hallazgos e interpretaciones.

6. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones de este trabajo son:

1. Existe una coincidencia general, tanto en las fuentes consultadas como en el análisis de los datos obtenidos en nuestro trabajo de campo en la confirmación de la existencia de un importante número de actividades que desarrolla la enfermera y de las que no hay constancia documental, definiéndose como cuidados invisibles, y que estos son muy importantes para conseguir mayores niveles de satisfacción y de calidad asistencial.
2. Los cuidados invisibles más habituales en la práctica diaria de los profesionales de enfermería están relacionados con las estrategias comunicativas (verbales y no verbales) que propician una buena relación terapéutica paciente-enfermera, la atención y cuidado emocional de pacientes y familiares, la potenciación y enseñanza de acciones de autocuidado, los cuidados de confort, intimidad y alivio del dolor.
3. El modelo actual de asistencia sanitaria potencia en la asistencia a los pacientes una línea predominantemente biomédica y centrada en los problemas físicos de los pacientes que enmarca en los sistemas de registro habituales de la actividad de los distintos profesionales, lo que dificulta dejar constancia o visibilizar muchas de las actividades relacionadas fundamentalmente con los cuidados y atención de la esfera psicosocial del paciente.
4. Es importante desarrollar líneas de trabajo e investigación que ayuden a establecer mecanismos que faciliten el registro y visibilización de esta práctica tan importante para el cuidado integral del paciente, objetivo principal de la enfermería.

Finalizamos con una reflexión de una paciente que referencia Huércanos (2013) y que debe animar a la enfermería a mantener y hacer visible este cuidado tan importante que nos identifica y diferencia del resto: "*La humanidad, la amabilidad, el cariño, la delicadeza, la empatía, llegan donde no llegan los medicamentos*".

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso LM, Escorcía I. El ser humano como una totalidad. *Revista Científica Salud Uninorte*. [Online]. 2003;17:3-8. [Consultado 8 marzo 2018]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4163/5617>
- Anguas A, Martínez F, Huércanos I. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Paraninfo digital*. 2012;6(15):6.
- Argimon JM, Jiménez J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Barrio IM, Molina A, Sánchez CM, Ayudarte M L. Ética de enfermería y nuevos retos. *Anales Sis San Navarra* [Online]. 2006; 29(3):41-7. [Consultado 8 marzo 2018] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600005&lng=es
- Bermejo S. *Los cuidados invisibles en la práctica de la enfermería*. [Trabajo Fin de Grado]. Facultad de Enfermería de la Universidad de Valladolid. Valladolid; 2017.
- Blanca J, Muñoz R, Caraballo MA, Expósito MC, Sáez R, Fernández ME. La intimidad en el Hospital: La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras. *Index Enferm* [Online]. 2008;17(2):106-10. [Consultado 28 diciembre 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es.
- Burijovich J, Pautassi L. *Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud en Córdoba, Argentina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Unidad Mujer y Desarrollo. [Online]. 2005; 60:1-86 [Consultado 8 marzo 2018]. Disponible en: <https://eco.mdpu.edu.ar/cendocu/repositorio/00945.pdf>.
- Cardona LM, García ML. La Empatía, un Sentimiento Necesario en la Relación Enfermera-Paciente. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 2010;18(3).
- Cid M, Cid B. El registro informático: un arma para revertir la invisibilidad histórica de la Enfermería. *Fundación Index*, 2016;10(25):4.
- Enfermeriaendesarrollo.es. *La enfermería en España y en Europa*. [Online] 2018. [Consultado 10 enero 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriaendesarrollo.es/index.php/trabajo/86-la-enfermeria-en-espana-y-en-europa>.
- Fernández S, Ramos AJ. Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería. *ENE. Revista de enfermería*. [Online]. 2013; 7(1):1-10. [Consultado 14 enero 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/ene/7pdf/7108.pdf>
- García L, Pellicer B, Arrazola O. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Revista Latinoamericana de Bioética*. [Online]. 2015;16(30-1):72-9. [Consultado 10 marzo 2018]. Disponible

en:<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a05.pdf>

- Germán C, Orkaizagirre A, Huércanos I, Hueso F. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. *Index de Enfermería*. [Online]. 2015;24(3):139-43. [Consultado 29 diciembre 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200005
- Germán C. Género y Enfermería. *Index de Enfermería*. [Online]. 2004;13(46) [Consultado 7 febrero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Granero A, Blanch, Roldán J, Torralbas J, Escayola A. Crisis en el sector sanitario: impacto percibido en las condiciones de trabajo de las enfermeras. *Enfermería Clínica*. [Online]. 2017; 27(3):163-71. [Consultado 13 enero 2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-crisis-el-sector-sanitario-impacto-S1130862117300360>
- Huércanos I. El cuidado invisible de la enfermera. Aproximación a un caso hospitalario. *Arch Memoria* [Online]. 2012; 9(4). [Consultado 28 diciembre 2017]. Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/9/9415.php>
- Huercanos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas* [Online]. 2010; 6(1):1-51. [Consultado 28 diciembre 2017]. Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Huercanos I. El cuidado invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm*. 2013; 22(1):5-6.
- Maqueda MA, Martín L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española Comunitaria de Salud*. 2012; 3(2):158-66.
- Medina JL. La pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes Psicopedagogía; [Online] 1999. [Consultado 6 febrero 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5481563>
- Modrego M. Los registros enfermeros facilitan la investigación y visibilizan el cuidado. *Paraninfo Digital*. 2016;10(24):7.
- Morse JM. Los métodos cualitativos: El estado del arte. *Revista de la Universidad de Guadalajara*. 2000;17: 31-40.
- Orkaizagirre A. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*. 2013;22(3):124-6. [Consultado 22 febrero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200002
- Pueyo M. Enfermería en el manejo de los cuidados invisibles: El campo de energía humano. *Medicina Naturista*. 2014;8(2):12-8.
- Real Academia Española. (RAE). [página web]. Revisión de 2017. [Consultado 12 diciembre

2017]. Disponible en: www.rae.es

Ruiz MD, Pañart D, Mercadal A, Madrideo R. “Salut al Cor”: iniciativa de educación para el autocuidado en pacientes con riesgo cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*. 2014; 28(5):431-2. [Consultado 27 febrero 2018]. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/salut-al-cor-iniciativa-educacion/articulo/S0213911114000168/>

Subiela JA, Abellón J, Celdrán AI, Manzanares JA, Satorres B. Active Listening importance in Nurse intervention. *Enferm. glob.* [Online]. 2014; 13(34):276-92. [Consultado 3 febrero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013&lng=es.

Uribe A, Torrado I. Confort de los pacientes hospitalizados en el servicio de neurocirugía. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2012; 9(2):8.

8. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario para la entrevista

1. What do you think invisible care is? /¿Qué piensas que son los cuidados invisibles?
2. Can you mention 3 actions you consider invisible care? / ¿Puedes nombrar 3 actividades de enfermería que considerarías cuidados invisibles?
3. In which way they can help the patient? / ¿De qué manera consideras que pueden ayudar al paciente?
4. From 0 (least important) to 5 (most important) how important do you think they are? / Siendo 0 lo menos importante y 5 lo más importante, ¿cómo de importante los consideras?
5. From 0 (totally disagree) to 5 (totally agree) what do you think about: we are losing invisible care / Siendo 0 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo que opinas sobre: estamos perdiendo los cuidados invisibles en la práctica diaria.
6. Do you think there is any way of register them? How? / ¿Consideras que hay alguna manera de registrarlos? ¿Cómo?
7. Do you think that you have enough time in your work day to do invisible care? / ¿Crees que tienes suficiente tiempo en tu jornada laboral para realizar cuidados invisibles?
8. Do you think that your personal situation can influence the way you give them? How? / ¿Crees que tu situación personal fuera del trabajo puede condicionar la forma en la que proporcionas cuidados? ¿Cómo?