



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CURSO TALLER DE PRODUCCION DE TRABAJO FINAL

CUIDADOS INVISIBLES EN EL SERVICIO DE CLINICA MÉDICA

(Estudio cuali-cuantitativo realizado con enfermeras de
clínica medica de un hospital privado, Mendoza 2022)

Autores:

Micaela Grisel Jurjevic

Macarena Magali Fernandez

Mendoza, Marzo 2023

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Trabajo aprobado el: / /

AGRADECIMIENTOS

Este agradecimiento va dedicado a todas las personas que atravesaron y acompañaron este camino de distintas maneras. El aporte realizado por ellas nos trajo hasta el lugar donde estamos.

Particularmente destacamos el apoyo de nuestras familias, amigos y amigas que siempre alentaron nuestro crecimiento personal y profesional.

A todos los profesores que formaron parte de este trayecto brindándonos conocimientos y experiencias que supimos absorber para crearnos en nuestra identidad como enfermeras.

Por último, pero igual de valioso, agradecemos a quienes colaboraron con sus experiencias para poder realizar nuestro trabajo de investigación.

Además, quisiéramos utilizar este espacio para el recuerdo de nuestros compañeros Mabel Matías Quispe y Jorge Padilla, quienes partieron antes de tiempo en este camino que recorrimos juntos. En su eterna memoria.

INDICE GENERAL

Contenido

ADVERTENCIA.....	ii
ACTA DE APROBACIÓN.....	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	vii
CAPÍTULO I	1
PLANTEO DEL PROBLEMA	1
INTRODUCCIÓN	2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO	8
APARTADO I.....	8
“EL CUIDADO”	8
ORIGEN DEL CUIDADO	9
Modelos conceptuales. F. Nightingale; H. Peplau; D. Orem	11
APARTADO II.....	18
“EL CUIDADO HUMANIZADO”	18
TEORÍA DEL CUIDADO HUMANIZADO	19
Enfermería y valores.....	23
La ética y el cuidado.....	25
Cuidado y percepción del paciente	26
Cuidados y demandas hospitalarias.....	27
APARTADO III.....	28
“Cuidados invisibles”	28
CUIDADOS INVISIBLES	29
Marie Colliere: Iniciando en los cuidados invisibles.....	30
Mantener la intimidad	32
Escucha activa.....	34
Educación	37
NANDA: impulso para los cuidados invisibles.....	41
CAPÍTULO 2.....	45

DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
Tipo de estudio	46
Técnicas e instrumentos	46
Análisis de datos	46
Aspecto ético-legal	46
CAPÍTULO III.....	53
Resultados, discusión y propuestas.....	53
PROPUESTA DE ACCIÓN DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS	65
BIBLIOGRAFÍA GENERAL	66
APÉNDICES Y ANEXOS	69
Anexo de encuesta	70

RESUMEN

Las autoras del siguiente trabajo de investigación son: Macarena Magali Fernández y Micaela Grisel Jurjevic.

El tema está basado en : “Nivel de conocimientos y aplicación de cuidados invisibles de los profesionales de enfermería en clínica médica en una clínica privada de la ciudad de Mendoza dentro del periodo de Septiembre- Diciembre 2022”.

Los objetivos son: Determinar el nivel de conocimientos y aplicación de las enfermas acerca de los cuidados invisibles en una clínica privada de la ciudad de Mendoza. Identificar si las enfermeras son capaces de reconocer los cuidados invisibles. Analizar la importancia que le adjudican a estos tipos de cuidados. Evaluar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre la aplicación y reconocimiento de los cuidados invisibles tanto de ellos como de sus colegas

Este estudio presenta un enfoque cualitativo descriptivo. Mediante la recopilación de datos no numéricos. El método elegido para este estudio fue la entrevista abierta personal a 4 enfermeras profesionales que trabajan en la institución, se entregó previamente un precontrato y contrato firmado por las autoras y cerrando con la firma de las participantes del muestreo. Luego a 6 enfermeras profesionales del mismo nosocomio a través de una encuesta anónima y voluntaria a través de preguntas abiertas y cerradas. Para las entrevistas personales se realizó la grabación de voz con su posterior desgravación realizando la transcripción del audio a texto; el resto de las entrevistas se realizaron mediante formularios de google, el cual consta de 14 preguntas. Los resultados fueron volcados y analizados por separado. La muestra en total se llevó a cabo con 10 enfermeras profesionales del área de clínica médica de la clínica privada.

Los resultados analizados nos indican que la mayoría de las enfermeras realizan cuidados invisibles pero no logran identificarlos de manera específica.

Diferencian con facilidad los cuidados técnicos y cuidados no técnicos pero la aplicación fuera de la teoría resulta dificultosa. Se logró observar una relación al 100% con respecto a calidad de cuidado y demanda de pacientes, evidenciando que el personal entrevistado identifica a ese factor como el principal inconveniente a la hora de profundizar sus cuidados.

Con los resultados obtenidos se puede llegar a la conclusión de que el reconocimiento y aplicación de los cuidados invisibles por parte de los profesionales lograrían mejorar la calidad de cuidado brindada en la atención de enfermería.

CAPÍTULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El presente Estudio de Investigación, fue realizado por estudiantes de 5° año de la Escuela de Enfermería, perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. El mismo fue realizado en el último periodo del 2022 y principios de 2023 conforme a las reglas y condiciones que impone y aplica la facultad de ciencias médicas Universidad Nacional de Cuyo con los alumnos de la Licenciatura en Enfermería.

Con la siguiente investigación se buscará reconocer los cuidados brindados por los profesionales de la salud, en este caso el equipo de enfermería de una clínica privada de la ciudad de Mendoza, los beneficios de los cuidados brindados, su compromiso en las intervenciones con el paciente y cómo ejecutan esas actividades.

Los cuidados otorgados por los profesionales de enfermería son los que se encuentran mayormente implicados en la recuperación del paciente. Dichas intervenciones no solo abarcan el gran componente fisiológico de la persona; implican cuidados espirituales, emocionales, familiares, que influyen directamente en la mejoría buscada.

A lo largo de la historia de la enfermería los cuidados fueron transformándose junto con la mirada social de lo que se espera de esta profesión. Los cuidados con mayor reconocimiento se volvieron aquellos que derivan de técnicas médicas sin tener en cuenta que existen detrás de ellos una dimensión cuidadora otorgada por los profesionales que es desconocida, pero sin la cual la profesión carecería de sentido. (Ruiz, 2016/2017)

Es por esto que resulta pertinente realizar una observación directa en la importancia que le adjudican las profesionales a estas acciones ya que humanizan el cuidado y si bien para el profesional que los ejerce suelen ser invisibles, para el paciente y la familia acompañante no lo son.

El presente trabajo consta de 3 apartados en los que se incluyen temas como: un breve pero importante recorrido por la historia de la enfermería, una descripción de los modelos de enfermería que mayor impacto han tenido en la búsqueda de la profesionalización de esta, la importancia de la aplicación y reconocimiento de cuidados invisibles en la práctica diaria, entre otros temas.

Por último, con nuestra investigación buscamos que los profesionales sepan interpretar los cuidados invisibles, darle la importancia que requiere y que los apliquen y tengan en cuenta a la hora de trabajar.

También se espera que este trabajo sea el puntapié para interiorizar en este tema tan valioso para la profesión de enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los cuidados invisibles conforman un gran porcentaje de las intervenciones llevadas a cabo por el profesional de enfermería. El reconocimiento de estos aumenta el valor de la profesión, evidenciando que las actividades realizadas por el personal van más allá de la aplicación de técnicas profesionales y que existe una amplia gama de intervenciones y procesos humanos que se realizan junto al paciente para su recuperación.

Entiéndase como cuidado invisible a toda aquella actividad que realiza el profesional de enfermería que resulta irregistrable y no se encuentra expresada en ningún lugar de la historia clínica del paciente. (Rosanna De la Rosa & Zamora Monge, 2012) Estos cuidados, muchas veces intangibles para el profesional, aportan calidad, valor y confort para la recuperación del paciente y resultan igual o más importantes que la intervención técnica que realiza el profesional. Ejemplos de estos cuidados son: escucha activa, cuidado de la intimidad, atención al dolor, atención a la preferencia del paciente cuando sea posible, educación, entre otros.

A lo largo de los años de formación en la carrera de enfermería el concepto de cuidado se fue transformando hasta llegar a un enfoque puesto en la importancia de la calidad de cuidado y de atención, teniendo en cuenta al paciente como un ser íntegro y biopsicosocial.

Contradictoriamente a la teoría, el actuar actual de la enfermería junto con incorporación de nuevas responsabilidades como profesionales aleja cada vez más al personal del reconocimiento y registro de los cuidados más básicos.

Los cuidados invisibles son aplicados diariamente por el personal de enfermería, pero no siempre reciben el mismo nivel de valor, ni el mismo nivel de prioridad. La diferencia dentro de la formación de los profesionales, el valor y la mirada propia acerca de lo que es el cuidado, la importancia otorgada a la actividad realizada, el perfil profesional, entre otros, son factores que influyen a la hora de brindar atención.

En este ímpetu de querer seguir formando, capacitando, y avanzado en la profesión, esta se torna más a un modelo biologicista con la intención de sanar que de cuidar. Se corre el riesgo, entonces, de que otras áreas de la salud ocupen un espacio conquistado por la enfermería desde sus comienzos.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos y aplicación de cuidados invisibles de los profesionales de enfermería en clínica médica en una clínica privada de la ciudad de Mendoza dentro del periodo de Septiembre 2022 a Diciembre 2022?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimientos y aplicación de las enfermeras acerca de los cuidados invisibles en una clínica privada de la ciudad de Mendoza dentro del periodo de septiembre 2022 a enero de 2023

- **Objetivos específicos:**

- 1- Identificar si las enfermeras son capaces de reconocer los cuidados invisibles
- 2- Analizar la importancia que le adjudican a estos tipos de cuidados
- 3- Evaluar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre la aplicación y reconocimiento de los cuidados invisibles tanto de ellos como de sus colegas

JUSTIFICACIÓN

La siguiente investigación apunta a realizar un aporte a la profesión de enfermería demostrando la importancia de reconocer los cuidados invisibles y cómo benefician y acompañan a la calidad de atención.

Los motivos para realizar este análisis tienen que ver con la complejidad y la problemática que representa para el profesional la identificación, reconocimiento y registro de ciertos tipos de cuidados que son obviados y olvidados en el asiento de enfermería disminuyendo la visualización de la cantidad y calidad de la atención enfermera por cada paciente.

Mediante un estudio cualitativo realizado con enfermeras de una clínica privada ubicada en la ciudad de Mendoza durante el segundo semestre del año 2022, se buscará cumplir con los objetivos anteriormente descritos.

Uno de los principales conflictos que se encuentran a la hora de identificar el porqué del olvido de estos cuidados parece ser la falta de capacidad para registrarlos en las carpetas de enfermería. Un estudio realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Southmead de Bristol del Reino Unido logra evidenciar este inconveniente *“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 visibilizar y darle un reconocimiento oficial en la carga de actividad.”* (Manrique, 2017/1018) A su vez un estudio realizado en el servicio de Terapia Intensiva, del Hospital Alfredo Ítalo Perrupato, del departamento de San Martín, Mendoza reflejó en sus conclusiones que si bien los enfermeros de esa área podían describir e identificar los cuidados que realizaban no lograban crear un buen registros de estos ya que resultaba difícil al momento de hacerlo. (Gimenez, 2019)

Si bien los cuidados invisibles no son registrados y muchas veces pasan desapercibidos , lo que se intentará lograr es que los profesionales sean conscientes de la importancia de estos en la recuperación de los pacientes y poder hacer una evaluación fidedigna de su aplicación en la práctica.

Un artículo llamado “Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la relación de cuidado” refleja la importancia que estos cuidados tienen para el paciente y para la familia que los reciben: *las personas cuidadas valoran los*

cuidados integrales y aprecian las mejoras en su salud, comprenden en qué momentos pueden dirigirse a la enfermera y requerir su atención. (Gómara, 2013)

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

“EL CUIDADO”

ORIGEN DEL CUIDADO

“Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él.” (Báez-Hernández, Nava-Navarro, Cedeño, & Medina-López, 2008)

El concepto de cuidado se ha ido transformando a lo largo de la historia de la humanidad. Una actividad que surge con los orígenes del ser humano en sí, relacionada a la permanencia de la especie en la Tierra.

El cuidado forma parte de muchas áreas de la vida de las personas, pero principalmente de la vida de las mujeres. Cuidado y mujer son dos lados de la misma moneda. Esta actividad que fue apropiada por las mujeres por ser aquellas que daban a luz, con los años resultó incluso impuesta para este género más allá del espacio que quisieran ocupar en la sociedad.

Mujeres que cumplían con el rol de cuidadoras dentro de sus comunidades y familias pronto empezaron a ocupar otros espacios, pero muchas veces cumpliendo el mismo rol. (Bañón, Oter, & Rodríguez, 2004)

La asociación del cuidado al género femenino existe casi desde los orígenes de las comunidades y es, muchas veces, una acción transmitida generacionalmente al resto de las mujeres del árbol genealógico. El “saber cuidar” era una facultad casi propia de las mujeres, una actividad que resultaba tan innata que casi no era visible para los hombres. Otorgar cuidados “maternales” entonces, es algo “natural”, que acompaña a la mujer en su personalidad y que es difícil separar de esta.

Con el paso del tiempo las instituciones religiosas se encargaron de formar mujeres específicamente para el cuidado, las enfermeras. Aquellas que recibían estas enseñanzas eran instruidas en cuidados básicos orientados a asistir a personas enfermas, respondían al mandato de los médicos y cumplían con funciones y actividades mayoritariamente dependientes; las enfermeras solo ocupaban un espacio más en hogares de acogidas y hospitales, no contaban con reconocimiento por parte del resto de las profesiones existentes y eran consideradas adecuadas para este trabajo ya que al ser mujeres “sabían cuidar”, de esta manera, actividades cuidadosamente planeadas por las

profesionales eran obviadas por los demás y hasta por ellas mismas. “Tradicionalmente, la relación médico-enfermera ha respetado la misma asignación de roles de género que la prescrita socialmente para las relaciones hombre-mujer). Y el papel enfermero sigue considerándose una continuación profesionalizada del cuidado doméstico eminentemente femenino, de ahí la falta de valor de gran parte del trabajo enfermero (Esparza, 2008)

Si avanzamos en la historia podemos observar que las enfermeras comenzaron a ocupar otros espacios fuera de esas instituciones.

En 1854 Florence Nightingale dirigió el primer cuerpo de enfermeras a participar en la guerra de Crimea. Utilizando estratégicamente su posición social logró reunir y crear el primer equipo de enfermeras que se encargarían de cuidar soldados heridos. Esta participación de las enfermeras en ámbitos gobernados mayoritariamente por hombres fue un antes y un después en el concepto, debido a que muchas enfermeras lucharon por el reconocimiento y la importancia de “cuidar”, demostrando la importancia de los cuidados que ellas brindaban en la recuperación de los pacientes que antes solo estaban destinados a morir.

Con el curso de la historia las nuevas visiones e investigaciones fueron llevando a que las personas se cuestionen el concepto de cuidado.

La enfermería del cuidado se fue trabajando, formando y moldeando a lo largo del tiempo, es por eso que desde enfoques centrados en la recuperación de la salud física se ha avanzado a una forma de cuidar que abarca, no sólo la vivencia de la enfermedad, sino un concepto holístico, basado en un aspecto biopsicosocial. Definimos al “aspecto biopsicosocial” como una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo. (Juarez, 2011). Este modelo permite contar con un panorama más amplio de la enfermedad, quitando la vista del modelo binomio que estudiamos en los principios de epidemiología “agente infeccioso-paciente/enfermedad”. Se abre la brecha y se tiene en cuenta ambiente, salud, edad, situación económica, situación social, etc.

La profesión enfermera siempre estuvo a cargo de esta actividad. Cuidar es la base principal de la enfermería y a lo largo del tiempo este sector profesional se ha visto encargado de modificar y evolucionar, junto con este concepto, de acuerdo a los conocimientos y tecnologías que van surgiendo.

Modelos conceptuales. F. Nightingale; H. Peplau; D. Orem

Como se dijo anteriormente el concepto de cuidado dentro de la profesión enfermera ha ido transmutando con el tiempo y el entorno. Grandes teóricas hicieron sus aportes a la profesión, logrando generar marcos teóricos de los cuales podemos observar no solo la definición de cuidado, sino también de otros componentes que hacen a la enfermería.

Lo interesante de estas teorías es que nunca realizan hincapié únicamente en el aspecto físico de la persona para identificar el cuidado, supieron y pusieron en palabras la importancia de los cuidados de lo emocional, del “alma”.

Los cuidados básicos nos dieron el puntapié para pensar las distintas formas de cuidar. Es por eso que podemos basarnos y tomar de ejemplos varias autoras con sus teorías del cuidado y sus corrientes de pensamientos, esto nos permitirá evaluar los diferentes aspectos por los que se ha ido atravesando a lo largo del tiempo el término de cuidado, salud, entorno y persona.

Virginia Henderson (1897-1996), Enfermera y teorizadora de enfermería, tenía un criterio forjado en lo humanístico para la práctica del cuidado. Henderson consideraba que el paciente era un individuo que precisaba ayuda para recuperar su salud y su independencia. La mente y el cuerpo son inseparables. De igual forma, el paciente y su familia son una unidad. (Martín, 2015/2016)

Esta enfermera incorporó el concepto de “independencia” en la atención de la salud. El paciente requería de la asistencia de la enfermera para alcanzar ese objetivo, de tal modo que la atención debía estar orientada a sustituir la necesidad que se encontraba alterada. Henderson propone una lista de 14 necesidades básicas con las que cuenta cada individuo, que en caso de encontrarse sano son satisfechas por sí mismo. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.

3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal. (Martín, 2015/2016)

Dentro de las necesidades propuestas por la profesional podemos observar que existe un equilibrio entre necesidades fisiológicas y emocionales, además de realizar un hincapié igual de importante en el ambiente.

Todos estos conceptos encuadran un cuidado integral, humanístico y global del paciente y nos permiten realizar un acercamiento a la importancia del cuidado no solo físico que se debe realizar desde la enfermería.

V. Henderson propone una lista de necesidades a las cuales la enfermera puede acudir para identificar los cuidados que requiere el paciente. Esta clasificación por necesidad no solo abarca el área fisiológica de la persona, sino que también incorpora aspectos psicológicos, sociales, recreativos y de educación.

Durante los años de formación, la carrera de enfermería cuenta con la enseñanza de esta teoría, la cual suele acompañar la realización del PAE (Proceso atención enfermería) que es el método científico aplicado al cuidado. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PAE, aspecto fundamental para que tenga aplicación en la práctica. Además, es muy importante poder integrar junto con el modelo de cuidados y el proceso enfermero (PAE), los lenguajes estandarizados NANDA, NOC Y NIC. (Martín, 2015/2016)

Sin embargo, durante el ejercicio de la profesión, muchos cuidados relacionados con estas necesidades se ven olvidados. Los cuidados orientados a la fisiología humana son los atendidos en los establecimientos hospitalarios

mientras que las áreas ajenas a lo fisiológico son renegadas y dejadas en mano del propio paciente y su familia.

Dorothea Orem (1914-2007)

Influenciada por varias enfermeras con las cuales compartió educación, Orem creó una teoría que se compone de 3 teorías: teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

Los conceptos que presenta como generales son los siguientes:

Persona: Ser humano como un organismo biológico, racional y pensante.

Cuidado: Define al cuidado como la ayuda al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

Entorno: Entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona,

Salud: Orem define a la salud como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona. (Hernández, Naranjo, Pacheco, Concepción, & Larreynaga, 2017)

Orem llevó el cuidado a lo personal, a lo que las personas pueden hacer para satisfacer sus necesidades básicas, a identificar cuando es necesario pedir ayuda, a ser ímpetu en la educación de la salud, coloca al paciente como participante activo en su salud.

Las teorías definidas por Orem son:

Autocuidado: Orem define el autocuidado como una conducta que es aprendida, llevada por las personas hacia sí mismo o su entorno con el fin de cumplir con un objetivo. Estas acciones se ven orientadas a regular o modificar los factores que afectan su propio desarrollo.

Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado.

La enfermera sule al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". (Peña & Castro Salas, 2010)

El concepto que brinda Orem nos propone un aspecto de cuidado individual, enfocado en las demandas propuestas por el paciente, interviniendo en la facilitación para que esté pueda suplirlas por sí mismo.

Tanto Orem como Henderson realizan un enfoque en la educación al paciente y su entorno, incorporando un aspecto fundamental de la enfermería actual.

Hildegard E. Peplau (Pensilvania 1909 – California 1999)

En 1931 se graduó en Enfermería en el Hospital de Pottstown Pensilvania. Obtuvo una Licenciatura en Psicología Interpersonal en el Bennington College, un Máster de Enfermería Psiquiátrica y posteriormente un Doctorado, ambos en la Universidad de Columbia. (Madrona, 2017)

Hildegard Peplau desarrolló la teoría de las «*Relaciones Interpersonales*». La base principal de esta teoría se sustenta en la idea de que cuando los seres humanos no pueden identificar y satisfacer sus necesidades humanas, el profesional de Enfermería interviene ayudándoles a identificar sus problemas de salud y a movilizar los recursos para resolver y a reconocer lo que esperan

de la atención sanitaria. Por tanto, la satisfacción en el cuidado de la salud sólo es posible cuando profesional de Enfermería y paciente se comunican en la relación interpersonal terapéutica.

Peplau describe 6 funciones de Enfermería: persona con recursos, desconocida, líder, enseñante, consejera y sustituta. En cada una de ellas el papel del profesional se torna diferente en función de la necesidad del paciente en ese momento. (Madrona, 2017)

En su modelo conceptual podemos observar que Peplau define los conceptos de la siguiente manera:

Enfermería: Se define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades”. “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Persona: Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Salud: Peplau define la salud como “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Entorno: Peplau define el entorno de manera implícita como “las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas”, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias. “Sin embargo, las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal”. Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda (Gálvis, 2015).

Peplau define 4 fases de la relación enfermera-paciente que son las que se llevan a cabo durante la atención. Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución; en cada una de ellas la persona y la enfermería

actúan de manera coordinada.

Fase de orientación. El paciente identifica que tiene una necesidad, y reconoce la necesidad de ayuda. La enfermera valora la situación de la persona.

Fase de identificación. El paciente clarifica su situación, identifica la necesidad de ayuda, se identifica con el personal que le brinda la ayuda. La enfermera hace el diagnóstico de la situación y formula el plan de cuidados.

Fase de aprovechamiento. El paciente hace uso de los servicios de enfermería y obtiene el máximo provecho de ellos. La enfermera aplica el plan de cuidados, con lo que la ayuda a la persona y a sí misma a crecer hacia la madurez.

Fase de resolución. El paciente reasume su independencia. La enfermera evalúa el crecimiento que se ha producido entre ambos. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

La teoría de Peplau se basa directamente en una relación dinámica entre paciente- enfermera. Es un modelo psicodinámico que hace su enfoque en el conocimiento de la propia conducta de la enfermera para así poder brindar atención y orientación a los pacientes para poder identificar sus propios problemas y resolverlos. Durante esta interacción compuesta por 4 fases la enfermera va rotando por los distintos roles anteriormente descritos hasta lograr la resolución del problema y la satisfacción de las necesidades del paciente.

Basándonos en estos modelos de pensamientos de cuidados fundamentales podemos tener un enfoque actitudinal desde lo profesional relación enfermera-paciente y otro enfoque desde las intervenciones, relación enfermera-técnicas. Si bien las técnicas e intervenciones fueron desarrollándose con el tiempo, existen cientos de cuidados que acompañan a la enfermería desde el principio. Este tipo de cuidados, que tienen que ver más con el acompañamiento del paciente que con la búsqueda de su recuperación física son los que actualmente se encuentran relegados y los consideramos como invisibles.

Los cuidados invisibles salen de la propia identidad del profesional, es por eso que se busca que lo reconozcan y lo apliquen en la práctica profesional diaria. Como cada profesional es diferente, diferente también va a ser su prioridad en cuanto a las intervenciones y a los cuidados que brindan, la importancia recae en no solo conocerlos, saber identificarlos y aplicarlos, sino en el valor integral que involucra la recuperación del paciente.

APARTADO II

“EL CUIDADO HUMANIZADO”

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANIZADO

Una de las grandes impulsoras sobre la teoría del cuidado humanizado es Margaret Jean Watson que realizó interesantes aportes y trató de aplicar sus creencias para mejorar la calidad de atención desde su perspectiva y percepción, desde lo ético, lo moral y filosófico como profesional de la salud. Watson, buscó en su teoría exponer la necesidad de otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes. (Machin, 2015)

Jean Watson fundamenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica, pretende que los comportamientos sean distribuidos lo que significa que estudiar lo humanístico sumado a lo técnico ayuda a ampliar nuevos horizontes y nuevas cualidades al profesional, lo que permite que la relación enfermero paciente sea un proceso de cuidado transpersonal ósea ver más allá que solo los cuidados tradicionales, esto nos ayuda al crecimiento continuo tanto como persona como enfermero.

Los conceptos de enfermería según Watson son:

Enfermería: Para Watson la enfermería es actuar y ser. No solo se trata de curar sino de cuidar.

Ser humano: Considera a la persona como un ser global de cuerpo, mente y espíritu con el cual tenemos que conectar para poder cuidar.

Salud: Salud como “unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma”

Entorno: Cuidar no solo involucra al ser humano sino al ambiente, todo en conjunto.

Dentro de los principios básicos que establece Watson podemos encontrar:

- 1 - Formación humanista-altruista en un sistema de valores
- 2 - Incorporación de la fe — esperanza
- 3 - El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros
- 4 - El desarrollo de una relación de ayuda y confianza
- 5 - La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos
- 6 - El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso

asistencial

7 - La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal

8 - La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural

9 -La asistencia con la gratificación de necesidades humanas

10 - El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales

(Urra M, Jana A, & García V, 2011)

En su teoría Watson presenta una Escala en la medición del Cuidado Humano Transpersonal el cual presentan 6 dimensiones.

Satisfacer las necesidades. Las necesidades humanas están estratificadas. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

Habilidades, técnicas de la enfermera. Se sustenta por la sistematización de la asistencia o proceso de enfermería bajo la responsabilidad de la enfermera.

Relación enfermera-paciente. La comunicación representa una necesidad del paciente y de la familia, al mismo tiempo permite al paciente conocer su estado de salud y estar actualizado respecto a su enfermedad. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Autocuidado de la profesional. El cuidado profesional es la esencia de la Enfermería, y comprende acciones desarrolladas de acuerdo común entre dos personas, la que cuida y la que es cuidada. Cuidado profesional es el cuidado desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud.

Aspectos espirituales del cuidado enfermero. En esencia la espiritualidad es un fenómeno íntimo y trascendente que es vital para el desarrollo de la recuperación de calidad en el paciente. Además, una fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto por lo que el cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería debe ser uno con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, sobre todo si el paciente está

en el proceso de muerte.

Aspectos éticos del cuidado. La ética de enfermería estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión, los principios que regulan dichas

conductas, las motivaciones, y los valores. Ante lo sustentado anteriormente podemos concluir que el cuidado humanizado se debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud. (Ramírez, Meneses-Mónica, & De La Cruz-Ruiz, 2015)

Las necesidades humanas son mucho más profundas y van más allá de un cuidado técnico específico que podemos brindar en un servicio. Cada persona transita un proceso personal y significativo cuando se encuentra dentro de un hospital recibiendo los cuidados y tratamientos que necesita para su recuperación. Durante el transcurso y evolución de su situación en el nosocomio, el paciente tiene sentimientos de miedo, incertidumbre, ansiedad, dudas, etc.; por eso es fundamental el acompañamiento, la educación, la empatía y la actitud que se tiene frente a una persona dentro de una institución.

Los cuidados de enfermería, por tanto, deben estar en concordancia con el quehacer cotidiano, donde se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y al continuo salud-enfermedad; (Monje V, Miranda C, Seguel P, & Flores G, 2017) . Los cuidados deben abarcar y tratar con respeto los sentimientos de dudas y temores que tienen las personas internadas.

Nuestras acciones deben brindar seguridad al paciente, aclarar las dudas es un acto de confianza, explicar los procedimientos que se le va a realizar nos permite que el paciente colabore con el tratamiento y sea más tolerable su estadía por el nosocomio.

Nuestro criterio personal y profesional, inculcado durante los años de estudio, debe ser primordial para que podamos establecer una relación enfermera-paciente óptima; saber escuchar, saber comprender y saber educar para que el paciente colabore, es una impronta específica de los enfermeros. Cada profesional toma una actitud en la relación enfermero- paciente particular, no todos son iguales y no todos utilizan las mismas herramientas y métodos para

tratar al paciente. Se pueden utilizar técnicas similares pero el acompañamiento, la actitud de empatía y respeto es lo que le da la personalidad al profesional.

La Teoría del "Cuidado Humano", fundada en la filosofía y la ética, propone una entrega, una forma de combinar el ambiente sanitario de hoy, altamente técnico y consciente de los costos, con las prácticas más humanas del cuidado. Además, incorpora conceptos de humanización de cuidados, altruismo, toma de valores, cultivo de la sensibilidad y establecimiento de relación de ayuda entre los individuos, que avalan el carácter sociopsicobiológico de la disciplina, mencionando que el cuidado humano está basado en valores como la bondad, preocupación y amor a sí mismo y a los

demás (Urra M, Jana A, & García V, 2011) .Tener en cuenta los valores, la sensibilidad, el respeto a sí mismo y a los demás , nos llevan a ser profesionales con la calidad humana para establecer un ambiente sanitario más consciente en calidad de atención y más cooperativo con el paciente.

Uno de los valores fundamentales en el código de bioética enfermera es el respeto, no solamente a la persona o paciente al que debemos otorgarle nuestro cuidado, sino con su entorno, sus creencias, valores y su familia.

(CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE) PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA, 2005))

La palabra respeto proviene del latín respectus y significa "atención" o "consideración". El respeto es un valor que permite que el hombre pueda reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. (Lopez, 2009)

Tomar conciencia de que nuestras acciones tienen una repercusión en la vida de los pacientes nos ayuda y obliga a ser responsable en nuestra forma de brindar los cuidados. Mantener respeto, confianza y empatía no solamente beneficia a los profesionales sino también al paciente. Un gesto mínimo y recíproco que ayuda a que el cuidado se pueda desempeñar mejor.

Humanizar los cuidados es un término que se está utilizando mucho actualmente. La Enfermería se encuentra en constante observación, investigación y cambios, lo que suma la aplicación de nuevos modelos del cuidado y pone a prueba paradigmas que antes no se reflejaban en las

prácticas hospitalarias que van de la mano con todas las necesidades del ser humano. Es importante que se tengan en cuenta estas nuevas transiciones para avanzar y darle importancia a situaciones que interpelan a los pacientes y a la sociedad. Es un compromiso de los profesionales de Enfermería responder a esta demanda incorporando teorías humanísticas desde lo moral y ético al cuidado, romper con la estructura de brindar solo lo técnico en cada intervención y lograr un equilibrio entre el conocimiento científico y la observación holística del paciente.

Al “humanizar un cuidado” lo que se está realizando es la incorporación total de la experiencia de vida del paciente en el momento de ser receptor de los cuidados; sus emociones, aprendizajes, sabiduría, todo forma parte y se tiene en cuenta para los cuidados que vamos a brindar. En otros términos, hay que considerar al paciente como un ser humano, una persona íntegra que merece respeto y no como un “cliente hospitalario” que solamente necesita medicación y una cama.

Incorporando una mirada global al atender a los pacientes no solo logramos una mejora en la recuperación de este, sino que su estadía durante la internación se vuelve una experiencia más amena, invitándolo a formar parte de su proceso de recuperación.

Enfermería y valores

La palabra valor proviene del latín valor-valoris, cuyo significado, según la Real Academia Española, viene definido como el grado de utilidad o aptitud que poseen las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar. Es un concepto abstracto que, según Diego Gracia ha ido sufriendo un deslizamiento semántico que conviene tener en cuenta, especialmente, en el discurso sanitario (Ferrerres, 2017)

Como afirma Ferreres en su estudio realizado, los valores entro de una profesión se enmarcan como “valores profesionales” y se definen como estándares de acción que son representativos de un grupo profesional, los cuales marcan un determinado comportamiento y le confieren un valor a la profesión. (Ferrerres, 2017)

Ya los valores son una construcción propia llevada a cabo mediante el

aprendizaje que comienza en la niñez, es pertinente destacar que la aplicación de estos en la profesión depende de cada individuo, sus experiencias, vivencias e intereses.

Trasladando este concepto de valores profesionales al ámbito de la enfermería, se debe tener en cuenta que estos determinan el desarrollo moral de los profesionales que la practican y marcan las bases para un cuidado orientado desde la ética por lo que se podría afirmar que constituyen la identidad profesional debido a que son un referente en el comportamiento dentro del ámbito de la práctica del cuidado. (Ferrerres, 2017) De esta manera podemos destacar la importancia de la aplicación de un modelo basado en la humanización de los cuidados, con una orientación al estudio e identificación de los valores aplicados en la práctica diaria de la enfermería.

El cuidado humanizado representa una guía iluminadora y el apoyo a la práctica por su beneficio en cultivar una conciencia de cuidados, y el establecimiento de una relación terapéutica fuerte y sostenible; por lo que el cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida (Ramírez, Meneses-Mónica, & De La Cruz-Ruiz, 2015)

Según la organización Panamericana de la salud (OPS) La enfermería abarca el cuidado autónomo y colaborativo de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. (Salud)Lo que conlleva a que el enfermero o la enfermera sea un nexo importante entre el cuidado general y el cuidado personal de cada individuo (autocuidado).

El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. (Ramírez, Meneses-Mónica, & De La Cruz-Ruiz, 2015)

La ética y el cuidado

Definimos que la ética es el carácter, modo de ser que rige y construye lo moral de la conducta humana en base a la razón, orientando a las actitudes y los comportamientos como persona para la consecución de los objetivos profesionales, todo esto depende desde la doble vertiente del reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales. Si todos los profesionales durante su desempeño profesional desarrollaran y pusieran en práctica la ética todas las personas serían beneficiadas porque se sentirán bien al ser tratadas con dignidad y respeto (Ramírez Reynoso & Ydrogo Delgado, 2013)

Watson enfoca cómo la enfermera brinda un cuidado basado en un compromiso moral mostrando preocupación por los sentimientos que presenten las personas, creando así una atmósfera de bienestar y confort en la persona. (Ramírez Reynoso & Ydrogo Delgado, 2013)

Una aplicación de los principios éticos en los cuidados de enfermería nos lleva a entender al cuidado como un proceso de conexión con el paciente y su familia. Un enfoque ético en la práctica diaria nos permite tomar al sujeto como un todo compuesto no solo por su diagnóstico, sino que trae consigo sus valores, emociones, expectativas y experiencias que deben ser respetadas y valoradas durante la atención.

La dignidad de las personas es el principio rector de la bioética; la persona tiene derecho a recibir un trato digno, de calidad y con un énfasis integral acorde a las demandas sanitarias de la población; cada integrante del equipo debe proveer las condiciones idóneas para la salud; enfermería debe retomar la mirada en la cual el "otro" es el centro del cuidado, gestionar los recursos, mejorar la infraestructura, respetar la intimidad y tomar conciencia de la vulnerabilidad de los usuarios, es decir, crear instancias de humanización y controlar aquellos aspectos que influyen negativamente. (Monje V, Miranda C, Seguel P, & Flores G, 2017). El paciente tiene la necesidad de ser valorado no solo por su enfermedad, necesita que se reconozcan sus derechos y se respete su dignidad, necesita estar seguro de que el profesional que tiene en frente lo va a justipreciar.

La utilización de la otra persona como mero instrumento del cuidado, la

desposee de su propia esencia y la convierte en objeto. (Quiala, 2013)

La calidad en la formación del profesional de enfermería depende no solo de los conocimientos y habilidades que desarrolla en el currículo universitario, sino también de los intereses y valores que regulan su actuación profesional. (Quiala, 2013)

Se trata de ser consciente que lo que realizamos automática y sistemáticamente no opaque nuestra calidad de atención, tomarse el tiempo de escuchar y brindar apoyo emocional puede hacer la diferencias.

Cuidado y percepción del paciente

La transición por el hospital lleva su tiempo, cada persona es diferente y por ende su tratamiento será diferente y la relación/ actitud que cada paciente tenga con los enfermeros será distinta.

En un estudio realizado en el 2010: el 36% de los pacientes califican como negativa la relación que la enfermera establece con el paciente, ya que al brindar la atención no se identifica o se no se presentan con nombre, por lo que se recomienda crear conciencia de la necesidad de presentarse antes de realizar un procedimiento, pues esto ayuda a establecer una relación de confianza y seguridad. El 40% refiere que no existe empatía entre enfermera y paciente, por lo que se recomienda a la enfermera mostrar verdadero interés por el estado emocional y físico del paciente a fin de que este sienta que el personal de enfermería comprende lo que le está pasando. Resulta evidente que, para la enfermería, la práctica de un cuidado humanizado es imprescindible durante el proceso de hospitalización necesario para la atención de una enfermedad. (Espinoza Medalla, Huerta Barrenechea, Pantoja Quiche, Velasquez Carmona, Cubas Cubas, & Ramos Valencia, 2010)

Una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente. De igual manera, en la calidad de la atención al paciente son determinantes el verdadero interés que el profesional de enfermería demuestra por ayudarlo a él

y a su familia a encontrar sentido a la experiencia que está viviendo; el apoyo emocional y espiritual; el respeto por sus creencias y valores; el fomento de su autodeterminación para tomar decisiones informadas y libres frente a su condición de salud y de asumir la responsabilidad del cuidado de la misma. (Moreno-Fergusson, 2013)

El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud (García Hernández, Lucia, Beatriz, Monroy, Hernández Ortega, & Salvador Martínez, 2011)

Cuidados y demandas hospitalarias.

Hay una realidad que nos compete a cada profesional de enfermería y es la demanda institucional. Actualmente la cantidad de profesionales no es el óptimo para la cantidad y tipo de pacientes que se presentan en el área de internación de los hospitales y clínicas. La demanda de pacientes exige una reducción del tiempo brindado a cada uno, lo cual disminuye el rango de atención y aplicación de todos los cuidados que se pueden brindar.

Un estudio realizado en el 2015 en el Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión se ha podido observar que el personal de enfermería refiere: “tengo mucho trabajo, no es un solo paciente, “tenemos alta demanda de pacientes y el factor tiempo es un problema”, “falta personal, somos muy pocos”. Esto genera que los pacientes no se sientan conforme con la atención que se brinda en las instituciones de salud. Por esto resulta pertinente que los profesionales de enfermería valoren e identifiquen el cuidado humanizado que se brindan a los pacientes hospitalizados, teniendo como base la teoría de Jean Watson (Ramírez, Meneses-Mónica, & De La Cruz-Ruiz, 2015)

Por todas estas situaciones el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida aplicada en la práctica profesional de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente . (Ramírez, Meneses-Mónica, & De La Cruz-Ruiz, 2015)

APARTADO III

“Cuidados invisibles”

CUIDADOS INVISIBLES

Los cuidados invisibles son un conjunto de intervenciones propias de la enfermera. Son intangibles y surgen con la propia identidad de quien lo brinda. (Fernández Rubio, Pagola Pascual, & Izco García, 2019) . Estos cuidados tienen que ver con actividades no plasmables en los registros de enfermería por lo que pierden valor a la hora de analizar el trabajo del colectivo enfermero. Los cuidados invisibles son una base fundamental para la práctica de enfermería, muchos de estos cuidados se pudieron observar con la puesta en práctica de la teoría de **Florence Nightingale** quien implementó la higiene y confort y el cuidado del medio ambiente, cuidando su entorno y previniendo nuevas enfermedades o contagios. Un cuidado que antes no se tenía en cuenta, era imperceptible, pero a la vez tan necesario para la calidad de atención. (Amaro Cano, 2004)

En la teoría de **Virginia Henderson** el cuidado se refleja en el objetivo de tratar de que el paciente sea independiente tan pronto como sea posible, eso requirió que se lo tomara al paciente como persona holística con necesidades alteradas que requieren de la ayuda del profesional de enfermería para lograr su independencia, de esta manera se ve reflejado que la atención enfermera no era sólo técnica sino también de programación, educación y organización de la salud. (Hernandez Marin, 2015/16)

Orem implementa los cuidados invisibles con la educación, poder ayudar al paciente a que logre un autocuidado es fundamental para este modelo, la prevención y la promoción de la salud no son tangibles en un documento de enfermería, pero sin embargo como enfermeros todo el tiempo implementamos la enseñanza y orientamos a nuestros pacientes. (Peña & Castro Salas, 2010)

Hildegard E. Peplau enfoca su teoría específicamente en la interacción paciente-enfermera. Su enfoque en el reconocimiento de las necesidades y la colaboración al paciente mediante la comunicación principalmente es un claro

ejemplo de la aplicación de cuidados invisibles, intangibles al registro cotidiano de enfermería.

Si bien podemos identificar en las distintas teorías desarrolladas hasta ahora la importancia de estos cuidados es real que en la actualidad no existen muchos estudios que reflejen la importancia de los mismos en el ejercicio la enfermería. Un estudio realizado por Fajardo y expone que los cuidados se dividen en técnicos, aquellos relacionados con la tecnología médica y que tienen reconocimiento social y profesional e invisibles que acompañan al acto médico y son infravalorados. (Huércanos Esparza, 2010)

Marie Colliere: Iniciando en los cuidados invisibles

A la hora de identificar teorías que se basen específicamente en los cuidados invisibles es fundamental nombrar a **Marie Colliere**. Marie Colliere fue una de las primeras en ocuparse y visibilizar los cuidados invisibles. Señalaba que las tareas más significativas que realizaba el profesional de enfermería eran invisibles, el hecho de acompañar, apoyar conocer a la persona y a su entorno era algo que no se podía describir en una hoja de enfermería, lo que lleva a considerar que ningún tratamiento reemplaza a los cuidados que realiza el personal de enfermería. (Lorenzo Rodríguez, 2022)

En su teoría Colliere clasifica los cuidados en 11 tipos:

- Actitud de escucha: es un arte que se aprende y es fundamental y prioritario para una
- Orientar/educar: brindar información adecuada e individualizada según cada situación, tanto del paciente como de la familia.
- Contacto visual: relación cara a cara durante la comunicación verbal o no verbal que supone sinceridad y honestidad entre los interlocutores.
- Reforzar capacidades: brindar orientación para fomentar el autocuidado.
- Acompañar: asistir con presencia física y actitud empática en situaciones de vulnerabilidad explícita o implícita, tanto del

paciente como del familiar.

-Cuidados/tratamientos alternativos: brindar intervenciones para potenciar el control de los procesos del pensamiento de modo que las creencias negativas sean sustituidas por actitudes positivas.

-Empatía: capacidad de comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, expresadas en forma verbal y no verbal comunicación eficaz, conocer dudas y necesidades del paciente.

-Contención emocional: actitud de presencia física que implica voluntad de escuchar y explicar.

-Contacto corporal: mensaje no verbal de comunicación de contacto físico que expresa sentimientos de comprensión, interés, confianza y significado de presencia activa

-Espacio/distancia entre enfermero-paciente: una distancia adecuada y relación cara a cara expresa brindar confianza e intimidad para que el paciente se exprese pudiendo así sincerarse. (Lorenzo Rodríguez, 2022)

Los cuidados invisibles aportan y enriquecen la estadía en un hospital, pueden brindar un confort distinto a lo que brindan los cuidados tradicionales, el hecho de un solo gesto y/o una acción mínima puede hacer sentir “más confortable” al paciente, lo que ayuda a que colabore con el profesional, tenerlo en cuenta e involucrarlo en su tratamiento y rehabilitación, nos permite favorecer el vínculo enfermero - paciente.

Dentro de estos cuidados existen algunos que se destacan por el bienestar y confort que generan al paciente y que hacen de su internación un proceso más tolerable y rentable, favoreciendo su recuperación.

En este escrito se abarcarán 3 cuidados específicos y se analizará la importancia que las enfermeras les otorgan.

Mantener la intimidad

La intimidad es un concepto único para cada persona, es subjetivo y ha sido creado por cada individuo dependiendo de varios factores externos como la educación, el entorno, entre otros. La palabra intimidad viene del superlativo “intimus” que significa lo más interior que uno tiene o posee.

El trabajo en un área de salud implica la interacción más personal con los individuos que vienen a recibir atención sanitaria. Toda relación con un receptor del servicio de salud requiere una exposición de su intimidad. Podemos entender a la intimidad “ *parte reservada o más particular de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad*” (López Espuela, Moreno Monforte, Pulido Maestre, Rodríguez Ramos, Belen, & Julián, 2010)

Por eso es importante que durante todo el proceso de atención se incorpore al cuidado el aspecto de intimidad psicológica, física, familiar y social.

Durante el proceso de internación o de asistencia sanitaria la persona receptora de cuidados se encuentra vulnerable y en un estado de observación continua, por eso es indispensable considerar en cada caso en particular la necesidad que existe de generar un espacio seguro y de mayor privacidad para el paciente siempre que sea posible.

Mantener su intimidad conserva la integridad de la persona, darle su espacio y respetarlo permite al profesional de enfermería generar la confianza necesaria para el tratamiento.

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias (Calero Romero & Ramos Pareja, 2017)

El derecho a la intimidad se puede fundamentar desde ángulos diferentes, pero desde nuestra tradición filosófica occidental se ha optado, sobre todo, por una fundamentación basada en la dignidad. Se entiende que la intimidad, en todos

sus aspectos, es una de las dimensiones que da contenido a la dignidad, por eso se considera que respetar la intimidad de la persona es una manera de respetar su dignidad. (Busquets, Busquets Surribas, Nuria, & Gasull, 2008)

En determinadas circunstancias cotidianas hospitalarias vemos reflejado como se rompe esa intimidad y es importante la formación de profesionales con éticas de cuidado, con formación e implementación de la ética profesional en todos los sentidos técnicos y humanos. Con conciencia de humanidad. (Blanca Gutiérrez, Muñoz Segura, Caraballo Núñez, Expósito Casado, Sáez Naranjo, & Fernández Díaz, 2008)

Un estudio realizado refleja que la dificultad se encuentra no en el reconocimiento de los derechos, si no en su propia aplicación. Los profesionales reconocen la importancia de los derechos y difícilmente negarían a nivel teórico el derecho a la intimidad, pero a la hora de llevarlos a la práctica se nota que muchas enfermeras olvidan que hace una serie de actitudes para respetar este derecho. (Busquets, Busquets Surribas, Nuria, & Gasull, 2008)

El entorno físico donde se realizan los cuidados de enfermería, condiciona enormemente el resultado, pero el uso adecuado de las barreras (biombos, cortinas, puertas, etc.) junto con la empatía y la no mecanización de algunas conductas, llevarían a reducir drásticamente las situaciones en las que se vulnera la intimidad del paciente, lo que provocaría también un aumento de la satisfacción así como de la calidad de los cuidados. (López Espuela, Moreno Monforte, Pulido Maestre, Rodríguez Ramos, Belen, & Julián, 2010)

Existen varios estudios realizados enfocados en la aplicación del cuidado a la intimidad en pacientes internados que buscan reflejarla percepción que tienen los profesionales acerca de este.

Un estudio publicado por Durán enumera las actitudes profesionales para el cuidado de la intimidad: como la actitud de escucha, la empatía y la autonomía del paciente. Por su parte Williams estudia el concepto de intimidad desde el punto de vista de las relaciones enfermera-paciente, y concluye que la

percepción de la enfermera y el paciente sobre una misma realidad varía, por lo que se obtienen resultados distintos. (López Espuela, Moreno Monforte, Pulido Maestre, Rodríguez Ramos, Belen, & Julián, 2010)

Para S.M. Amorós Cerdá, y tras los estudios realizados; la percepción de la intimidad se puede reflejar en tres categorías: El espacio físico, la intimidad familiar y la privacidad de autonomía. (Massanet, 2014)

El respeto a la intimidad no es únicamente una práctica moral que debemos cumplir como profesionales de la salud. Nacionalmente la intimidad del paciente se ve considerada dentro de los derechos del paciente en la Ley 26.529 , donde no solamente se tiene en cuenta la intimidad y la integridad de las personas sino que engloba la atención que puede recibir, el trato digno, derecho a la intimidad y confidencialidad, el consentimiento informado de su estado de salud y el acceso a la historia clínica. (Ley 26.529, 2009)

El cuidado a la intimidad indudablemente mejoraría en el ámbito sanitario mediante la incorporación de pautas de comportamiento de los profesionales, en donde se tenga presente al paciente, no como objeto de cuidado, sino como persona en el amplio sentido del término. (Calero Romero & Ramos Pareja, 2017)

Como podemos observar el cuidado de la intimidad no se encuentra dirigido a un solo área; es un derecho fundamental del paciente abarca distintos factores que debemos tener en cuenta a la hora de la atención. Debemos plantearnos, entonces, la importancia que tiene para el individuo atendido el cuidado de su intimidad. Una intimidad compuesta, como se dijo anteriormente, por varios factores que en su conjunto hacen un aspecto a cuidar diariamente en la atención.

Escucha activa

“La escucha activa es una habilidad del ser humano centrada en escuchar con atención a la persona con la que se mantiene una conversación”

Una escucha activa consiste en prestar atención no solo a la comunicación

verbal que podemos obtener del emisor sino también a la comunicación no verbal que este posee, entendiendo así, la totalidad del mensaje. Atender al “cómo se dice”, y no solo “lo que dice” dedicándole tiempo a otros aspectos fundamentales de la comunicación que nos permitirán, además de recaudar más información, brindarle un sentimiento de confort al paciente al sentir que está siendo verdaderamente escuchado. (Subiela García, Abellón Ruiz, Celdrán Baños, Manzanares Lázaro, & Satorres Ramis, 2014)

La enfermería se destaca por ser un intermediario entre el médico y el paciente o entre el equipo de salud y el paciente. Mantener una escucha activa durante la atención del paciente nos permite descubrir y conseguir datos que pueden ser beneficiosos para él mismo, desde una anamnesis más completa a la valoración de la comunicación no verbal que se lleva a cabo durante una comunicación. Estar atento a las necesidades, a la interpretación del tratamiento, a identificar ansiedades, estrés y posibles controversias nos genera una mirada más detallista y holística del paciente y de los cuidados específicos que este requiere. Saber escuchar y aclarar dudas nos ayudará a que el paciente se adapte o acceda a los tratamientos que se le proponen. (Cabrion Elera, 2010)

La comunicación es fundamental para poder relacionarnos entre los seres humanos. En el ámbito hospitalario es una herramienta clave para poder dirigirnos al paciente y a su familia respecto a su situación actual de salud y para poder explicarle y hacerle entender los tratamientos o procesos por los que tiene que pasar para su recuperación. (Subiela García, Abellón Ruiz, Celdrán Baños, Manzanares Lázaro, & Satorres Ramis, 2014). Una buena comunicación con el paciente y su familia genera confianza para brindar información importante desde ambas partes, logra aumentar la colaboración del paciente y su familia durante la instancia de hospitalización y mejora la calidad de atención percibida por estos.

Actualmente el énfasis en la calidad de la atención sanitaria ha puesto de manifiesto que además del aspecto científico-técnico es preciso atender al aspecto relacional y las habilidades de comunicación ya que influye de forma

directa en la satisfacción de los pacientes (Subiela García, Abellón Ruiz, Celdrán Baños, Manzanares Lázaro, & Satorres Ramis, 2014)

Resulta entonces responsabilidad del profesional de enfermería hacer hincapié en fomentar una buena comunicación con el paciente y su entorno. La comunicación es una herramienta fundamental para el ejercicio diario ya que permite al enfermero tomar decisiones más acertadas, conocer en profundidad las necesidades del paciente y su familia lo que le permite desarrollar un plan de cuidados adecuado para estos, fomentar la colaboración del paciente y generar un ambiente de confianza y comodidad durante la internación.

Uno de los mayores problemas que tienen los profesionales de enfermería a la hora de llevar a cabo una comunicación eficaz, es el poco ejercicio de la escucha, de allí que las personas hospitalizadas se sienten incomprendidas, ya que, muchas veces no tienen la posibilidad de poder expresar abiertamente sus dudas y temores (Cabrion Elera, 2010)

Cuando los profesionales logran establecer una comunicación eficaz con el paciente estos muestran grandes beneficios en la recuperación. Un estudio realizado refleja que el paciente capta mensajes implícitos cuando se realiza la escucha activa, algunos de ellos son:

“Te escucho, me intereso por ti”, “Permito tus emociones, por negativas que sean” “Intento hacerme cargo de la situación”, entre otros. (Subiela García, Abellón Ruiz, Celdrán Baños, Manzanares Lázaro, & Satorres Ramis, 2014) Estos mensajes permiten que el paciente pueda expresarse en su totalidad facilitando el ejercicio de la enfermería a la hora de atender sus necesidades.

Los ejemplos acerca de los beneficios que genera una escucha activa son claros. La confianza generada en el paciente y familiar favorecen la relación terapéutica y facilita la aplicación de cuidados por parte del profesional de enfermería.

Por eso resulta de gran importancia la aplicación y reconocimiento de este cuidado a la hora de ejercer los cuidados de enfermería.

Educación

“Un elemento clave de la EpS es el empoderamiento como proceso educativo con la finalidad de ayudar a los pacientes a desarrollar los conocimientos, habilidades, actitudes y grado de autoconciencia necesaria para asumir efectivamente la responsabilidad de las decisiones relacionadas con la salud” (García & Gallegos-Torres, 2019)

La Educación para la Salud, como proceso educativo e instrumento de salud pública, se sustenta sobre dos derechos fundamentales: el derecho a la educación y el derecho a la salud, ampliamente reconocidos en nuestro marco constitucional.

En la actualidad existen diversos significados otorgados a la educación en la salud. Un concepto que tiene su fundamento en la apropiación del individuo en su propio cuidado.

-OMS (1969): «La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan.»

—C. E. Turner: «Educación sanitaria supone el conjunto de experiencias que contribuye a inculcar en la persona hábitos, actitudes y conocimientos útiles relacionados con la salud individual, familiar y colectiva.»

—M. Antonia Modolo: «La educación sanitaria es uno de los instrumentos de promoción de la salud y de la acción preventiva. Es un instrumento que ayuda a los individuos a adquirir un conocimiento científico de los problemas y comportamientos útiles para conseguir el objetivo salud.»

(Montserrat & Gallego)

Saber educar es fundamental tanto para los cuidados dentro del hospital como para lograr un correcto cuidado post hospitalario. (teoría del autocuidado) Que el paciente pueda implementar esa información en su vida cotidiana fomenta

los buenos hábitos y, con los recursos adecuados, el paciente puede lograr una pronta recuperación y evitar una posible reinternación.

En ocasiones la educación se da como entendida como “algo que ya se debe saber por el solo hecho de ser humanos” y no es así en todos los casos. Si bien hay pacientes que saben de su diagnóstico, que lo investigan con solo clicar páginas de internet no es lo mismo la educación cara a cara, paso por paso, con un profesional de la salud.

Enfermería tiene un rol importante en cuanto a educar, cualquier intervención, por más mínima que sea es una oportunidad de educar al paciente para que cuando sea dado de alta lo implemente en su vida cotidiana o sepa prevenir situaciones para no “enfermarse” o volver a la internación. Obviamente educar no nos “salva” la vida, solo nos ayuda a razonar, pensar y sobrellevar una vida más sana o saludable.

Un estudio realizado pone en evidencia que “desde la formación, la educación para la salud es desarrollada en un nivel menos importante, lo que constituye una amenaza porque se podría perder una herramienta básica para el cuidado,” (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

La Enfermera(o) que se desempeña en servicios clínicos en los diferentes niveles de atención de salud tiene como principal responsabilidad brindar cuidados de enfermería, sin embargo, éstos están estrechamente ligados a la educación para la salud, la cual favorece el desarrollo de capacidades de autocuidado tanto en los pacientes como en las familias para aumentar la autoeficacia en su cuidado. (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

Enfermería no solo cumple funciones técnicas, por el simple hecho de establecer una relación enfermera-paciente se activa un rol de docencia y educación, brindar consejos y enseñanzas que repercuten en la vida del paciente, puede lograr hacer que el paciente se replantee ciertas situaciones y logre mejor o tomar una buena decisión para no perjudicar su salud y evitar una nueva internación.

La educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud y cada vez es más reconocido como una función esencial en la práctica de enfermería. Se considera como un proceso dinámico y continuo que incluye comportamientos de autocuidado, cumplimiento con la asistencia sanitaria,

recomendaciones, satisfacción en el cuidado de la salud, ajustes en la calidad de su vida y reducción de los niveles de angustia de los pacientes (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

Educar y enseñar, explicarle al paciente los procedimientos que se le van a realizar y para qué se les realiza, cumple con la función de apaciguar situaciones estresantes para los pacientes, ayuda a reducir las emociones feas y confiar un poco más en la implementación de los tratamientos. Para que se logre toda esta función de educador o educadora la enfermera tiene que tener una enseñanza basada en la evidencia científica para poder justificar específicamente ciertos tratamientos, técnicas o recomendaciones que se le realizan al paciente.

La enfermería es uno de los colectivos más amplios que componen el sistema de salud. Las diversas oportunidades de contacto con los pacientes, en los distintos ámbitos de atención sanitaria convierten a la enfermera en el factor perfecto para aplicar este cuidado al paciente y a la familia. La educación puede y debe ser aplicada en cada oportunidad presentada para generar una atención de calidad. (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

El desarrollo de programas educativos en salud que incluyan conocimientos, destrezas, habilidades y motivación para promover y mantener la salud. Asimismo, evaluar la eficacia de los programas educativos y la investigación en educación es lo que justifica la atingencia, efectividad y eficiencia para responder a las necesidades educativas de los pacientes en el contexto de su propia realidad. (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

Una opción real como política sanitaria es la creación de proyectos dentro del hospital que apunten a poblaciones específicas para promover el cuidado de la salud, la educación debe permitir llegar a más cantidad de personas que atraviesan el nosocomio y que puedan empaparse de recomendaciones y opiniones con fundamento científico para que en alguna situación específica que atravesasen lo pueden poner en práctica y logren mantener un equilibrio en su salud.

La falta de educación para la salud provoca grandes demandas hospitalarias. Las políticas sanitarias tendrían que tener una base en la APS para evitar los desbordes en clínicas y/o hospitales. Y así mismo formar enfermeras que sigan

educando en esas áreas de clínica médica para lograr un mayor alcance educacional.

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la EpS deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados. (Quesada, 2001)

La educación para la salud no solo es preventiva y su finalidad no es solo evadir las enfermedades, sino que busca que las personas participen del cuidado de su propia salud y puedan tener hábitos saludables para desarrollarse positivamente.

Para poder lograr una buena educación y calidad de atención es fundamental contar con publicaciones y experiencias con suficiente bibliografía y reconocimiento metodológico que permitan guiar la toma de decisiones y las acciones respecto a la pertinencia en el desarrollo de programas educativos en salud a pacientes familias y comunidad (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

La enfermería necesita una base de apoyo como la enfermería basada en la evidencia para lograr una buena toma de decisiones y calidad de atención

El cuidar va más allá de los tratamientos que se brindan, cuidar abarca una plenitud de la persona para que puedan sobrellevar situaciones límites con más imperturbabilidad.

La enfermería es uno de los colectivos más amplios que componen el sistema de salud. Las diversas oportunidades de contacto con los pacientes, en los distintos ámbitos de atención sanitaria convierten a la enfermera en el factor perfecto para aplicar este cuidado al paciente y a la familia. La educación puede y debe ser aplicada en cada oportunidad presentada para generar una atención de calidad. (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

Evaluando la magnitud que tiene enfermería en la aplicación de este cuidado, tan beneficioso para el paciente y su entorno cabe preguntarse ¿ por qué la

educación es un área tan relegada dentro de la enfermería? La existencia de barreras en la aplicación de la educación es un factor importante a la hora de analizar esta variante. Un estudio realizado refleja “Se describen barreras en la educación a pacientes, siendo la más frecuente la relacionada con factores de la gestión de los recursos para la implementación de los programas educativos, lo que tiene implicancias en la motivación para que las enfermeras en su práctica realicen educación, se debe crear un ambiente de apoyo y utilizar estrategias eficaces con el fin de garantizar resultados óptimos en los pacientes” (Paz Soto, Masalan, & Barrios, 2018)

En la educación, los contenidos son los factores relacionados con los comportamientos humanos. Estos factores pueden ser ambientales (grupos sociales, condiciones de vida, recursos y modelos culturales) y personales (creencias, actitudes, valores y habilidades). Todos ellos influyen en las capacidades y comportamientos de las personas. Para que la persona aprenda se considera esencial un aprendizaje significativo, la persona aprende desde sus experiencias, sus vivencias, sus conocimientos reorganizándolos y modificándolos según sus nuevas informaciones y experiencias que se dan en el proceso educativo

Para que la situación de enseñanza-aprendizaje sea eficaz, las personas deberán: a) ser más conscientes de su situación (conocer y expresar su situación); b) profundizar en ella (aumentar los conocimientos, analizar causas y reflexionar), y c) actuar (desarrollar recursos y habilidades, tomar decisiones, experimentar la realidad, evaluarla y reajustarla). En resumen, se trata de facilitar que las personas conozcan la situación en la que se encuentran y hablen de ella. Y para eso, hay que ayudar a pensar, más que decirles lo que tienen que hacer el rol del educador es de ayuda y apoyo.

(Perez Riquelme, 2012)

NANDA: impulso para los cuidados invisibles.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se transformó en un organismo internacional en 2002, cambiando su nombre por el de NANDA International (NANDA-I).

La NANDA-I es una red mundial de enfermeras, cuyo propósito es definir,

promover y seguir trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras, también conocidos como diagnósticos de enfermería.

La NANDA-I refleja en sus principios que la utilización de un lenguaje enfermero estándar reconocido internacionalmente deja plasmado el compendio de los conocimientos generados tras el cuidado de los pacientes, generando numerosas ventajas en la gestión y administración de los cuidados de la salud. (La NANDA-I)

La misión principal es avanzar en el desarrollo de las terminologías y clasificaciones enfermeras y proporcionar a estas profesionales en todas las áreas de la práctica un lenguaje estandarizado para:

- Valorar las respuestas del paciente a los problemas de salud reales o potenciales o crisis vitales.
- Documentar los cuidados para reembolsar el coste de los servicios enfermeros por parte de las compañías aseguradoras.
- Crear y usar bases de datos que faciliten la documentación y el estudio de los fenómenos de interés de las enfermeras para mejorar los cuidados de los pacientes (Aparicio, 2013)

La North American Nursing Diagnosis Association desarrolla una terminología concreta para describir los diagnósticos enfermeros. Éstos, son la base para la selección de resultados e intervenciones enfermeras. Esta relación refleja la necesidad de una estructura común. La taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC) para la práctica enfermera se ha creado y refinado en los últimos años para unir los diagnósticos, los resultados y las intervenciones enfermeras. Estas nomenclaturas son instrumentos para mejorar la fiabilidad, la validez y la utilidad de la enfermería documentación.

En 1987, con el propósito de ordenar las actuaciones enfermeras en grupos y asignarles un nombre (intervención) se creó la NIC, que ofrecía un lenguaje consensuado y codificado de intervenciones de enfermería. Las intervenciones incluyen tanto los niveles fisiológicos como psicosociales, se utilizan para tratamiento de enfermedades y el fomento de la salud, y se utilizan para cuidados individuales y de la comunidad .

La N.O.C fue elaborada como continuación de la N.I.C. A través de escalas de

medición pone números, cifras y nombre a los objetivos de enfermería en función de diagnósticos NANDA. Por tanto pone nombre a los resultados de las intervenciones enfermeras. (Aparicio, 2013)

Los diagnósticos NANDA con sus NIC y NOC nos permite planificar, accionar evaluar y reevaluar, seguir el tratamiento, pero así también cuestiones emocionales y experimentales de los pacientes, cuestiones con su entorno y con todo lo que transita el paciente hospitalizado. La taxonomía permite hacer hincapié en aspecto que se pasan de largo por la propia rutina técnica. Nos ayuda a poder visibilizar los cuidados y no limitarlos a que sean meramente intervenciones técnicas, sino salirnos de la caja y poder ser más humanos, empáticos y mejores profesionales, ofreciendo una mejor calidad de atención.

Como se nombró al principio de este apartado Colliere es una de las autoras que más ha trabajado con el reconocimiento de los cuidados invisibles. La misma refiere que a menudo “las tareas de cuidado más importantes que hacen las enfermeras son "invisibles", en el sentido de que conocer a la persona y su entorno, apoyarla hacia el logro de sus objetivos y promocionar sus posibilidades internas son actos que, en muchas ocasiones, no se realizan de forma visible” . Además expone que el ejercicio enfermero sigue estando muy poco reconocido y que el estatus de la enfermería sigue subordinado al de la medicina. (Huércanos Esparza, 2010)

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 al plano físico de la persona. 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. 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

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, son invisibilizadas.
(Ruiz, 2016/2017)

Los cuidados invisibles van de la mano con los cuidados humanizados, como profesionales podemos ser capaces de brindar una calidad de atención que favorezca al paciente, valorando los brindándoles seguridad y ayudando con su autonomía. Es difícil poner en evidencia todos los cuidados no técnicos que se utilizan para la mejora del paciente, el simple hecho de no poder volcarlos a una hoja de enfermería los invisibiliza pero no quiere decir que no existan y que no se hagan. Otra realidad es que con la alta demanda hospitalaria y los profesionales que quieren “sacarse las tareas de encima” que realizan bien sus tareas técnicas pero no se toman el tiempo para ser más empáticos y humanos obstaculizan la apreciación de brindar estos cuidados tan necesarios y por lo tanto más ocultos están.

CAPÍTULO 2

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Este estudio presenta un enfoque cualitativo descriptivo. Mediante la recopilación de datos no numéricos se buscó comparar vivencias, experiencias, emociones y comportamientos que tienen los profesionales de enfermería en el área de clínica médica.

Dentro del estudio descriptivo, este escrito se clasifica como fenomenológico ya que se realiza desde la perspectiva de los actores sociales que involucra.

La población estudiada estaba compuesta por enfermeras del área de clínica médica de un hospital privado de la provincia de Mendoza durante el periodo de septiembre a diciembre de 2022.

Las herramientas empleadas en esta investigación fueron las entrevistas directas personales y encuestas anónimas mediante formularios de Google. Con un total de

10 personas entrevistadas (4 personalmente, 6 mediante formulario) con un rango etario de 23 a 37 años las cuales ejercen en clínica médica.

Técnicas e instrumentos

El método elegido para este estudio fue la entrevista abierta personal. Las mismas se realizaron fuera de horario laboral en la Universidad Nacional de Cuyo, en la facultad de Ciencias Médicas. Los datos fueron recopilados de dos maneras: por un lado se realizó la grabación de voz con su posterior desgravación realizando la transcripción del audio a texto; el resto de las entrevistas se realizaron mediante formularios de Google de manera anónima, el cual consta de 14 preguntas. Los resultados fueron volcados y analizados por separado.

Análisis de datos

Un análisis objetivo orientado a identificar la importancia otorgada por los profesionales a los siguientes cuidados invisibles: respeto a la intimidad, escucha activa, educación para la salud.

Aspecto ético-legal

Las entrevistadas recibieron un contrato escrito donde debieron firmar el consentimiento informado que explicaba la metodología de trabajo en las

entrevistas abiertas, dejando en claro el respeto al anonimato de este trabajo.

Entrevista y Encuesta

OPERACIONALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Planificación de la entrevista

-Pre relevamiento

Somos Macarena Fernandez y Micaela Jurjevic estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo que como parte de las obligaciones estamos realizando un estudio sobre Cuidados Invisibles en el servicio de Clínica Médica.

Nuestro propósito es realizar unas preguntas a las enfermeras del servicio de clínica médica de una clínica privada tal como ellas experimentan los cuidados . Para eso estamos realizando un serie de entrevistas con diferentes opiniones según la educación que han recibido, las prácticas realizadas como estudiantes, los años de antigüedad, conocimientos , técnicas, los problemas y necesidades que les demanda los pacientes a la hora de realizar los cuidados.

Haremos un listado con el nombre de las enfermeras que están dispuestas a colaborar con este estudio.

A eso venimos a verlas , para invitarlas a participar como entrevistadas. El trabajo se va a hacer la semana (día) próximo.

Por supuesto el material es confidencial y no identificamos la información u opiniones vertidas dando nombre y apellido . Somos absolutamente severas en el respeto por este compromiso.

Por supuesto que todo lo que ustedes facilite figurara como aportes suyos a la investigación y así figurara en la publicación que comprometemos a realizar.

Les agradecemos mucho y nos va a ser importante comentar la disposición con la que usted ha aceptado participar.

-Pre concertadas

Somos Macarena Fernandez y Micaela Jurjevic estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo que como parte de las obligaciones estamos realizando un estudio sobre Cuidados Invisibles en el servicio de Clínica Médica.

Venimos porque usted aceptó ser entrevistada para este estudio.

Como usted recordará nuestro propósito es realizar un serie de entrevistas con diferentes opiniones según la educación que han recibido, las prácticas realizadas como estudiantes, los años de antigüedad, conocimientos , técnicas, los problemas y necesidades que les demanda los pacientes a la hora de realizar los cuidados.

Por supuesto el material es confidencial y no identificamos la información u opiniones vertidas dando nombre y apellido . Somos absolutamente severas en el respeto por este compromiso.

En términos de 15 días le haremos llegar la desgravación de su entrevista para que usted tenga y para que nos diga si quiere modificar o agregar alguna cuestión en especial. Recuerde que (tal día) haremos una reunión con todos los entrevistados para comentarles los resultados del trabajo . Luego el día (tal) traeríamos un informe completo. Es muy importante que usted asista a esta reunión para escuchar nuestros primeros análisis de los cuidados invisibles realizados en el servicio de clínica médica.

- Diseño y secuencia de la entrevista.

Vamos a realizar siempre entrevistas previamente contratadas por nosotras mismas . Aun cuando se haga inmediatamente al contrato, el tiempo del contrato es un tiempo de relación indispensable.

Por consiguiente estaremos con una persona que ha sido informada previamente sobre el tema de estudio, el carácter del trabajo y el tipo de colaboración que se solicita.

-Secuencia de trabajo

TIEMPO I: PRIMERA INDAGACIÓN ABIERTA

A) APERTURA

Esta entrevista tiene como objetivo conocer sus opiniones sobre cuidados invisibles aplicados a la enfermería en clínica médica y todo lo que crean de interés que quieran compartir sobre este tema .

Para comenzar leeremos una serie de preguntas que pueden ir respondiendo en el orden que deseen.

La entrevista será grabada y luego se les enviará la desgravación para que ustedes tengan la oportunidad de corregir y agregar lo que consideren necesario.

B) DESARROLLO

En el desarrollo de la entrevista nos abstendremos de dar un juicio propio. en caso de que se requiera explicación o explayarse en un tema se harán preguntas específicas para intentar profundizar en los aspectos de interés pidiendo ejemplos o ampliación del tema

siempre que se desee ampliar o introducir un tema se lo hará con consignas abiertas enunciando varios aspectos y puntos suspensivos

Preguntas de este tiempo:

Años de antigüedad
Especialidad
Edad
Institución

¿Qué es la salud?
¿Qué es el cuidado?
¿Qué tipos de cuidados brindan?

¿Ha hecho capacitaciones sobre el cuidado?
¿Qué entiende por calidad de atención?
¿ La demanda de pacientes se relaciona a la hora de brindar cuidados?

¿ Cómo prioriza las intervenciones en sus pacientes?
¿ Qué entiende por cuidados invisibles?
¿Cuál es la importancia de la intimidad? ¿Cuál es la importancia de la educación? ¿Cuál es la importancia de la escucha activa?
¿Cómo cree que favorece al paciente los cuidados invisibles?

TIEMPO 2: DESCANSO

TIEMPO 3: Indagación orientada.

(Entrevista grupal)

Durante este momento de la entrevista se plantearan temas específicos orientados a los objetivos del trabajo en estudio y se escuchara atentamente a todos lo que tengan algo para agregar .

¿ Trabajo en otra área de salud que no sea Médica Clínica? ¿ Cómo cree que se aplican los cuidados ahí?
¿ Brinda educación para la salud al paciente y a los familiares?¿ Cómo lo realiza?
¿ Que tanto han cambiado los cuidados desde que usted empezó a trabajar profesionalmente , cuando vivimos la pandemia y ahora? ¿ Mejoró? ¿ Qué cambió?
¿ Cómo tomó lo que aprendió en la carrera y lo aplica al trabajo cotidiano?¿

Contribuye con algún cambio?
¿ Qué aporte o consejo les daría a los profesionales que no saben de cuidados invisibles?
¿ Cómo le gustaría que le cuiden si usted fuera paciente?

TIEMPO 4: Imágenes

Para concluir le pediremos colaboración con alguna experiencia personal que haya atravesado con respecto a los cuidados invisibles.

TIEMPO 5: Despedida

Para terminar daremos las gracias por colaboración y les recordaremos el día que será enviada la desgrabación de la entrevista para que puedan revisarla.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA ENCUESTA

El desarrollo de la encuesta es virtual, cada enfermero que participe será de forma anónima y confidencial para recabar información que nos permita realizar nuestro trabajo.

La encuesta comienza con la información sobre el informe que se pretende llevar a cabo , siguiendo de las preguntas más relevantes para el desarrollo del trabajo y finaliza con las respuestas reservadas de cada encuestado.

Preguntas:

Se comenzará con preguntas generales.

- Antigüedad de trabajo - Años trabajados.
- Área de desempeño
- Edad del encuestado/a
- ¿Qué es la salud?
- ¿ Qué es el cuidado?

Objetivos	Categoría	Pregunta
1- Identificar si las enfermeras son capaces de reconocer los cuidados invisibles	Cuidados Invisibles	<p>-¿ Qué entiende por calidad de atención?</p> <p>- ¿Qué entiende por cuidados invisibles?</p>
2- Analizar la importancia que le adjudican a estos tipos de cuidados	Importancia	<p>-¿ Qué tipo de cuidados brinda?</p> <p>-¿Qué intervenciones prioriza?</p> <p>-¿Cuál es la validez que le da a las acciones de : cuidado de la intimidad, escucha activa, educación permanente?</p> <p>-¿ Realizan capacitaciones sobre el cuidado?</p>
Evaluar la percepción que tiene el profesional de enfermería sobre la aplicación y reconocimiento de los cuidados invisibles tanto de ellos como de sus colegas	Percepción	<p>-¿La demanda de pacientes se relaciona con la calidad de cuidado?</p> <p>-¿ Cómo cree que influye?</p> <p>-¿ Cómo favorecen los cuidados invisibles en los pacientes?</p>

CAPÍTULO III

Resultados, discusión y propuestas

RESULTADOS

La obtención de datos para este trabajo de investigación se realizó de la siguiente manera:

- 1- Lectura y análisis individual
- 2- Puesta en común de análisis individual
- 3- Lectura grupal y reanálisis
- 4- Se establece un primer esbozo de categorías de análisis

Salud / Necesidad
Cuidados / Cuidados invisibles
Profesión
Paciente
Calidad
Familia

5- Profundizando en el análisis se identificaron subcategorías quedando organizadas la empiria como sigue:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	TESTIMONIO
SALUD/ NECESIDAD	Bienestar	“El completo bienestar físico y mental de un individuo”
	Independencia	“No es lo mismo un paciente que se moviliza, a una persona que está postrada en la cama” (Encuestada P.R)
	Necesidades satisfechas	“La salud para mi es que el paciente este con sus necesidades completamente bien” (Encuestada C.A)
	Vida	“Sin salud vos no podes vivir” (Encuestada P.R)
	Derecho	“La salud es un derecho que toda persona debe tener que sea de calidad”

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	TESTIMONIO
CUIDADOS/CUIDADOS INVISIBLES	Necesidades del paciente	“No solamente ayudas a la parte emocional, sino que lo acompañas, tenes que ver sus necesidades básicas, sus acciones básicas que son comer, bañarse, vestirse, saber manejar un celular, todo eso vos lo tenes que abarcar” (Entrevistada P.O)
	Cuidados técnicos	“Lo que hice yo antes de entrar a trabajar fue un curso de medicación, vías, pero no de cuidados del paciente, sino más técnicos” (Entrevistada P. R) “No es lo mismo hacer una vía en un muñeco a una persona” (Entrevistada P.O) “Los cuidados que se hacen básicamente son los controles, medicación, curaciones sobre todo de escaras” (Entrevistada P.R)
	Cuidados individuales	“La clínica era más pequeña entonces se enfocaba más en los cuidados individuales” (Entrevistada E.F)
	Cuidados emocionales	“El solo preguntarle al paciente el ¿cómo te sentís hoy? es un cuidado emocional que hace que el paciente se sienta en su plenitud” (Entrevistada E.F)
	Institución	“En una clínica vos seguís ciertas reglas que es control, medicación, atención” (Entrevistadas P.O) “En los cuidados domiciliarios son menos pacientes entonces puedes dedicar todo tu tiempo, yo los medicaba, pero tenía más libertad, vos te podías sentar con ellos en un grupo donde podrás tomar mates, podías cocinar con

		<p>ciertos pacientes y con el otro paciente vos hacías jardinería, entonces son diferentes los cuidados en cada sector y en cada ámbito es distinto”</p> <p>“En distintos establecimientos tienen distintos protocolos para todos” (Entrevistada C.A)</p>
	Patología	<p>“El cuidado depende de la patología del paciente, hay pacientes que por más que vos quieras tienen sonda, no se movilizan, y están en mal estado general” (Entrevistada P.R)</p>
	Demanda/tiempo	<p>“No sé si brindamos total calidad, porque son varios pacientes y cada uno tiene una demanda de tiempo” (Entrevistada C.A)</p> <p>“.. no le podés brindar mucha atención porque tenés muchos pacientes a cargo y otra es que el tiempo no te da” (Entrevistada E.F)</p>
	Sentimiento de valor	<p>“”.. pero cuando vos le decís: bájate que te arreglo la cama, la felicidad de ellos, porque se sienten importantes” (Entrevistada P. O)</p> <p>“ .. no solamente es técnica, sino que hay que ver al paciente de otra mirada, de qué con pocas cositas puedes hacer que su día sea diferente” (Entrevistada E.F)</p>
	Reconocimiento	<p>“.. hay otros pacientes que ven que vos tenes mucha predisposición, que sos muy empática, que no solamente realizamos tareas de enfermería, sino que también sos humana con ellos, no los ves como un número sino como un ser humano” (Entrevistada P.O)</p>
	Deber/ obligación	<p>“Ellos ya se creen que es una</p>

	de enfermería	obligación tuya de arreglarles la cama, arreglarles la almohada de la forma que quieren, el familiar exige por esos cuidados invisibles que también ellos podrían realizarlos y no los realizan” (Entrevistada P.O) “.. Y empiezan con que ustedes no quieren hacer su trabajo” (Entrevistada E.F) “...En cambio acá el paciente sabe porque se cree que tenes la obligación con él, de que todo lo que te pida lo tenes que hacer, sea lo mínimo, es tu trabajo” (Entrevistada P.O)
	Registro	“Tener esos cuidados que no se plasman en ningún lado y que hacen sentir bien al paciente” (Entrevistada E.F)
	Educación	“Con la educación podés lograr que el paciente y el familiar aprendan a cuidarse fuera de la clínica. “ “Enseñarle al paciente lo que van perdiendo” (Entrevistada P.O)
	Cuidado de la intimidad	“...Tenes que cuidar esa parte porque si no hace que el paciente decaiga porque pierden lo más apreciado que es el pudor. “(Entrevistada E.F) “...Los camilleros nos dicen que no les pongamos nada, pero la intimidad del paciente, el pudor que siente el paciente, para mi es algo importante para cuidar” (Entrevistada E.F) “La intimidad es algo muy importante de cuidar, el paciente reacciona distinto cuando se siente cuidado” (Encuestada por formulario)
	Escucha activa	“La escucha es fundamental para conocer al paciente y su historia” (Encuestada por formulario)

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	TESTIMONIO
PROFESIÓN	Recursos	<p>“No en todos los lugares trabajan de la misma forma, vos quizás en las clínicas tenes gasas, tenes esto, tienes lo otro, pero vas al Central y no tenes nada. Tener que inventarte las cosas” (Entrevistada P. R)</p> <p>“Es como si vas a otro país, la tecnología que hay y las cosas que hay para trabajar, no es lo mismo que acá” (Entrevistada P. R)</p>
	Equipo	<p>“A veces necesitas el apoyo de tu compañera, con el hecho de que este, ya te sentís más segura” (Entrevistada P.O)</p> <p>“ El compañerismo te ayuda mucho tanto en los cuidados del paciente como en tu trabajo, si no hay compañerismo tu trabajo no es lo mismo, porque sola no puedes trabajar jamás” (Entrevistada P.O)</p>
	Relación enfermera-paciente	<p>“Preguntarle cómo se siente, cómo ha dormido, si se siente bien, se siente mal, a veces están preocupados no por salud en sí de ellos sino por algún familiar o amigo” (Entrevistada E. F)</p> <p>“...La parte sentimental, a lo mejor el poder hablar con el paciente que está solo es casi nada, pero ellos necesitan hablar con la enfermera” (Entrevistada E.F)</p> <p>“...Así se sienten cuidados por nosotras porque es como muchas veces ellos dicen ustedes están con nosotros” (Entrevistada P.O)</p>
	Formación	<p>“Yo creo que debería cada institución o cada facultad que uno estudia enfocarse en esos cuidados invisibles, porque van y enseñan lo técnico y los chicos salen como ¡woow! vamos a hacer vías, vamos a pinchar, vamos a poner sondas, más que esto y lo otro y después se encuentran con una realidad totalmente diferente (Entrevistada E.F)</p> <p>“La facultad te da herramientas, pero cuando uno entra a trabajar aprende a tratar a las personas” (Entrevistada C.A)</p>

		<p>“Aparte también en la facultad te explican todos los elementos que se pueden utilizar para hacer una vía, campo estéril, limpiar la zona, pero cuando entras a trabajar por ahí te encontras con cosas que no están” (Entrevistada C.A)</p>
--	--	--

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	TESTIMONIO
PACIENTE	Ciclo vital	<p>“Los cuidados en la parte geriátrica, domiciliaria y clínica son completamente diferentes, porque en el geriátrico o casa hogar encontramos pacientes edades con diferentes necesidades “ (Entrevistada P.O) “Hay mucho PAMI, donde tenes que ir rotando a los abuelos cuando están solos” (Entrevistada C.A)</p>
	Respuesta al tratamiento	<p>“También depende del tratamiento médico que tenga cada persona, porque vos podés hacer todo, el familiar, el paciente, todo, pero si no tiene un buen tratamiento de cómo seguir la situación, no funciona” (Entrevistada P.R)</p>
	Colaboración	<p>“.. es depende de cómo ingreso el paciente, con qué patología ingreso” (Entrevistada E.F) “... fuera de eso, la actitud del paciente” (Entrevistada C.A)</p>

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	TESTIMONIOS
CALIDAD	Tiempo	<p>“No sé si brindamos total calidad, porque son varios pacientes y cada uno tiene una demanda de tiempo” (Entrevistada C. A)</p>
	Atención	<p>“Dar lo mejor sería que al tener menos pacientes a tu cargo, vos podés darle la calidad de atención no solamente física sino emocional” (Entrevistada P.O) “La calidad es cuando vos lo podés completar y llenar todas sus necesidades, la atención que ellos necesitan y cuando una persona está en una clínica o en un hospital el paciente requiere mucha atención</p>

		(Entrevistada P.O)
	N° de pacientes	<p>“Al tener tantos pacientes a cargo terminamos teniendo ciertas falencias” (P. O)</p> <p>“Yo creo que si hubiera menos pacientes para cada enfermera le brindaremos mucha mejor atención” (Entrevistada E.F)</p> <p>“A veces no se les puede brindar la atención que uno desea debido a que tiene muchos pacientes por atender, por ende, tratamos de realizar las acciones de la manera más rápida posible, lo cual conlleva muchos errores técnicos que pueden poner en riesgo la salud del paciente”</p>

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	TESTIMONIO
FAMILIA	Entorno	“Viste la paciente X estaba con el familiar, con la hija y lloraba y gritaba, se iba el familiar y cambiaba completamente” (Entrevistada E.F)
	Recuperación	“Influye en el caso de la recuperación el familiar, el familiar creo que es una parte muy esencial en la recuperación, porque nosotros podemos dar todo lo mejor, lo acompañamos, los escuchamos, terminamos siendo sus psicólogas, pero si el familiar viene y le dice: no te vas a mejorar, el paciente decae” (Entrevistada P.O)
	Participación	“El familiar no puede hacer fuerza, no te cooperan, no puedes tampoco obligarlos” (Entrevistada C.A)
	Exigencias	<p>“.. A la hora de que el paciente estuvo muy mal y se le dijo a la familia que fuera, era como que el familiar exige cosas que nunca le dieron a él, era como que la culpa de que el paciente estuviera así era de la clínica” (Entrevistada E.F)</p> <p>“El familiar te exige por esos cuidados invisibles que también ellos podrían realizarlos y no lo realizan” (Entrevistada P.O)</p>

En general las profesionales de enfermería entrevistadas relacionan la salud con una completa satisfacción de las necesidades, refiriéndose a esto como un estado total de bienestar para la persona que le permite realizar sus actividades con plenitud. Una relación entre salud e independencia parece reaparecer cuando las entrevistadas contestaron esta pregunta, enlazando estos conceptos e incorporando a la enfermera en un rol de ayuda cuando el paciente no puede satisfacer sus necesidades.

La salud es entendida entonces, como un espectro holístico que abarca todas las áreas de la persona.

No podemos observar específicamente que el personal entrevistado relacione particularmente o mencione algunas de las necesidades nombradas, pero se puede asumir que se encuentran relacionadas a las 14 necesidades que componen la teoría de Virginia Henderson.

CUIDADO

El cuidado es descrito como una secuencia de acciones que realiza el profesional de enfermería para lograr satisfacer las necesidades del paciente. En esta definición podemos detectar un amplio abanico de posibilidades que integran esta actividad.

Por un lado, podemos destacar la relación que realiza el profesional sobre el cuidado y la institución donde es brindado. La existencia de reglas y protocolos parece limitar la individualidad del ejercicio delimitando la posibilidad de desarrollar planes de cuidados personalizados para los pacientes. La diferencia con instituciones con “menos reglas” donde se pueden elegir o establecer qué tipo de cuidados pueden acompañar el proceso terapéutico del paciente resultó en un amplio debate durante la redacción de este tema.

Por otro lado, se observa la fuerte prioridad que existe en el área fisiológica del cuidado. Una atención medicocentrista del paciente que limita y casi elimina el accionar de enfermería dejando al margen y olvidando el origen de la palabra cuidar.

Cuando se realiza enfoque en lo emocional se destaca la importancia de generar espacios de confianza con el paciente. Una relación enfermera-paciente donde estos pueden identificarse y comunicar sus necesidades con el profesional. Este punto destacado en las entrevistas se puede relacionar con la teoría de Peplau, quien explica los beneficios de una relación exitosa entre ambas partes (enfermera-paciente) para lograr la recuperación del individuo. El ejercicio de la enfermería se ve fuertemente influenciado por el tiempo con el cuentan las profesionales. La gran demanda de pacientes limita el tiempo que pueden brindarle a cada uno lo cual, refieren, disminuye la posibilidad de aplicar todos los cuidados que ellas quisieran, principalmente los emocionales, los cuales requieren de más tiempo de aplicación.

Un resultado interesante que surgió cuando se les consultó a las entrevistadas sobre los cuidados invisibles fue la influencia que tiene el reconocimiento de estos por parte de los pacientes y familiares a la hora de realizarlos. Existe una marcada repetición acerca de la exigencia que se percibe por parte de los profesionales. Manifiestan en reiteradas veces que una vez que ellas aplican

cuidados que van “más allá de la enfermería” propiamente dicha, estos son exigidos y solicitados sin dar opción al personal. Esta exigencia parece disminuir el incentivo que se puede tener para realizarlos lo cual paralelamente disminuye la calidad de atención que puede percibir la persona internada. Si bien este estudio de investigación se encuentra orientado a 3 cuidados específicos: escucha activa, cuidado de la intimidad y educación, durante la entrevista y en las respuestas de la encuesta no se encontraron resultados relevantes sobre los mismos.

PROFESIÓN

Las subcategorías que surgen a raíz de la profesión de enfermería parecen reflejar los puntos más importantes para las profesionales entrevistadas. Un énfasis realizado a la formación de las profesionales quienes recomiendan y destacan lo importante que sería una incorporación de espacios donde se pueda aprender acerca de los cuidados invisibles durante el tiempo de estudio de la carrera. El enfoque de la carrera de enfermería es un reflejo claro de los cambios que está teniendo esta profesión, que cada vez se ve más influenciada por las tecnologías y técnicas nuevas que absorben casi por completo la esencia que trae desde sus inicios limitando los cuidados cada vez más a esta área.

Los recursos que se tienen disponibles también es un elemento tenido en cuenta por las enfermeras entrevistadas, quienes refieren que contar con los materiales necesarios facilita la aplicación de cuidados para el paciente. Este resultado no es nuevo para el área de enfermería quien socialmente es una profesión conocida por contar con la habilidad de crear y trabajar “con lo que se tiene”.

Una valoración al trabajo en equipo destacó durante la entrevista reflejando el gran impacto que tiene para el ejercicio de la profesión contar con un equipo de trabajo que brinde seguridad y acompañamiento durante las jornadas laborales. El cuidado se vuelve una tarea de a pares, más sencilla y fácil de ejecutar, característica que también destaca en el colectivo profesional de la enfermería.

PACIENTE

Los testimonios de las enfermeras remiten que los cuidados según el ciclo vital del paciente son diversos, hacen hincapié en los ámbitos de trabajo sobre todo el cuidado de adultos mayores, en estos casos suelen realizarse cuidados muchos más técnicos por la complejidad de la situación y las patologías. Cuando se trata el área emocional destacan el acompañamiento y la seguridad que brinda el personal de enfermería.

Las profesionales entrevistadas manifiestan que tienen presente el hecho de que el paciente es un ser psicosocial, por lo tanto se debe examinar su entorno, su ciclo vital y respetar en conjunto todo lo que está atravesando en el ámbito de internación.

En nuestro análisis también se reconocen los cuidados humanizados como parte del acompañamiento. Gran parte de la respuesta que tiene al paciente con respecto a su tratamiento se manifiesta en la forma en la que los profesionales de enfermería trasladamos esos cuidados hacia ellos. Manifiestan la importancia de la comunicación y escucha activa, no solo en la

relación enfermero- paciente sino también entre el equipo de salud. Esto, para las enfermeras, parece ser lo primordial para una buena terapia continua, para poder acompañar al paciente en su estadía por el hospital, saber ser nexo entre las necesidades y demandas que requieren y poder comunicarlas al equipo de salud que en conjunto pueden buscar soluciones favorables por el bienestar del paciente y lograr un buen tratamiento.

Lo que influye en la recuperación es la colaboración del paciente. La predisposición y la voluntad de reponerse. Pero esa recuperación también va de la mano de un buen tratamiento y criterio médico y enfermero para poder realizar las intervenciones que corresponda y brindarles seguridad.

La colaboración también se da entre el equipo de salud y el paciente porque de eso depende la adherencia al tratamiento.

Esto demuestra que brindar seguridad y confianza junto con evidencia científica puede lograr el objetivo de participación. Una pieza clave en el tratamiento es hacer que el paciente sea el protagonista de la toma de decisiones y brindarle esa autonomía para que en conjunto lograr un beneficio.

CALIDAD

La Calidad de la Atención de Enfermería se puede definir como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud. Lo que se debe tener en cuenta para poder obtener una buena calidad de atención es una buena gestión de la institución, tener ordenados los recursos tanto humanos, los insumos, protocolos y brindar un trato digno. para con todos los pacientes porque son ellos al fin y al cabo los que determinan esa valoración en la calidad de atención que le proporcionamos.

Las enfermeras entrevistadas exponen que cada paciente es diferente y percibe diferente los cuidados. Una realidad percibida por éstas en la cotidianidad de su ámbito laboral es la alta demanda de pacientes y el poco personal contratado, lo que genera una sobrecarga al personal y una baja calidad de atención, lo cual no permite lograr una buena relación entre ambas partes pasando por alto necesidades de los pacientes que no se curan solo son medicación sino con atención, consideración, valoración.

Las profesionales distinguen que el conocimiento de las necesidades de cada uno de los pacientes les permite como profesionales complementarlos de forma que éste alcance el máximo de plenitud y satisfacción posible, evitar molestias, complacer deseos, anticiparse a los fallos, dar una sensación de bienestar que sitúa la calidad de vida en el hospital en unos niveles altos que deben perdurar después del alta del paciente.

Para garantizar la calidad de los cuidados, un objetivo importante para las profesionales es atender las necesidades de los pacientes, pero también las de las personas que los cuidan como la familia o acompañante.

FAMILIA

La familia influye de manera importante en nuestra persona, ya que las relaciones entre los miembros determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser que se van asimilando desde el nacimiento. Son patrones que influyen

en la conducta y que muchas veces se transmiten al ámbito hospitalario cuando hay situaciones donde está en riesgo la salud.

Las enfermeras manifiestan que la familia tiene cierta influencia en cada uno de los pacientes, la forma en la que la familia se involucra en la recuperación es esencial y puede ser beneficiosa como no.

Desde esta perspectiva, implicar a la familia en el cuidado del paciente conlleva verla como un recurso para la atención y el cuidado. Sin embargo, entender a la familia como objeto de cuidado significa cuidar de todo el entorno familiar, incluido el paciente, asumiendo un enfoque integrador y sistémico en la atención.

Exponen que el mal funcionamiento familiar también se ve representado cuando cuidan al paciente, existen familias muy poco cómodas con la situación y dejan entrever conflictos que lo traspasan a la recuperación y no logran el objetivo deseado. Todo esto repercute e influye en el paciente hospitalizado.

Se trata de involucrar a las familias y brindarles un espacio donde puedan acompañar y participar de la recuperación pero la realidad también es que hay conflictos entre familiares en los cuales el profesional está exento y generan una inestabilidad en el proceso lo cual puede llegar a distorsionar el fundamento de involucrar a la familia en el proceso de cuidado.

Un resultado sugerente que pudimos percibir es que las profesionales resaltan que existen familiares que exigen al profesional de enfermería que haga el trabajo ya que para eso "se les paga". Esto es un reflejo de la representación social con la cual carga la enfermería dentro de las instituciones de salud la cual actualmente sigue sin contar con el reconocimiento merecido por su trabajo.

PROPUESTA DE ACCIÓN DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS

Para finalizar este trabajo de investigación y con intención de abrir puertas a nuevos estudios referidos a este tema que resulta de gran importancia para la profesión de enfermería se plantean las siguientes propuestas:

- Afianzar institucionalmente el uso de la nomenclatura NANDA ya que es una herramienta eficaz para la identificación de cuidados técnicos y emocionales.
- Incorporar capacitaciones dirigidas a la identificación de los cuidados invisibles y al desarrollo particular de los 3 cuidados nombrados: protección de la intimidad; escucha activa; educación.
- Incorporar un control de gestión de calidad basada en la percepción del paciente a los cuidados brindados.

Son pocos los estudios relacionados al tema que abarca este trabajo de investigación, sin embargo, los cuidados invisibles deben considerarse una parte fundamental del cuidado de enfermería.

Luego del trabajo realizado nos parece importante destacar la relevancia de incorporar este término al estudio de la profesión desde los primeros años de formación.

Las enfermeras entrevistadas lograban evidenciar la magnitud de estos cuidados, pero difícilmente podían identificarlos en su totalidad en el ejercicio diario de su actividad.

La aplicación de estos cuidados debe ser considerada primordial en el ejercicio de nuestra profesión. Las altas demandas de pacientes parecen alejarnos de la humanización de nuestra labor, pero no se debe olvidar cual es el origen mismo de la enfermería: saber cuidar.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE) PARA LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA. (2005). Argentina. Ley 26.529. (20 de 11 de 2009). Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432/texto>
- Amaro Cano, M. d. (2004). *Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería*. *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de Scielo. Scientific Electronic Library Online: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es&tlng=es
- Aparicio, S. M. (2013). *La influencia de la NANDA en enfermería*. Almería.
- Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Cedeño, L. R., & Medina-López, O. M. (2008). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. Chía.
- Bañón, A. M., Oter, A. S., & Rodríguez, M. B. (Octubre de 2004). *La enfermería vista desde el género*. Obtenido de Scielo. Scientific Electronic Library Online: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009
- Blanca Gutiérrez, J. J., Muñoz Segura, R., Caraballo Núñez, M. A., Expósito Casado, M. d., Sáez Naranjo, R., & Fernández Díaz, M. E. (Junio de 2008). *La intimidad en el Hospital. La experiencia de los pacientes, sus familias y las enfermeras*. Obtenido de Scielo Scientific Electronic Library Online: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200006&lng=es&tlng=en.
- Busquets, A. I., Busquets Surribas, M., Nuria, A., & Gasull, M. (2008). *La ética de la intimidad: un reto para las enfermeras*. Barcelona.
- Cabrion Elera, P. G. (2010). *ESCUCHA ACTIVA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL*. JAEN.
- Calero Romero, M. d., & Ramos Pareja, E. (2017). *La intimidad del paciente, un reto para los cuidados enfermeros*. Recuperado el 7 de febrero de 2023, de Evidentia: <http://www.index-f.com/evidentia/v14/e11042.php>
- Esparza, I. H. (2008). *EL CUIDADO INVISIBLE, UNA DIMENSIÓN DE LA PROFESIÓN*. España: Biblioteca Lascasas .
- Espinoza Medalla, L., Huerta Barrenechea, K., Pantoja Quiche, J., Velasquez Carmona, W., Cubas Cubas, D., & Ramos Valencia, A. (2010). *El cuidado humanizado y la percepción del paciente*. Huacho.
- Fernández Rubio, M., Pagola Pascual, M., & Izco García, M. (2019). Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. *Revista científica del CODEM*, 55-57.
- Ferreres, L. M. (2017). *LA PRESENCIA DE LOS VALORES EN LA PRÁCTICA ENFERMERA*. Cataluña.
- Gálvis, M. A. (2015). *TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA USADOS EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA*. Santander: Revista cuidarte.

- García Hernández, M. d., Lucia, C. B., Beatriz, A. G., Monroy, A., Hernández Ortega, Y., & Salvador Martínez, C. (2011). *CONSTRUCCIÓN EMERGENTE DEL CONCEPTO: CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA*. Florianópolis.
- García, C. P., & Gallegos-Torres, R. M. (2019). *EL PAPEL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD*. Santiago de Querétaro.
- Gimenez, N. (2019). *El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería*. Córdoba.
- Gómara, A. O. (2013). *Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado*. Recuperado el 2022, de Scielo Scientific Electronic Library Online: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200002
- Hernandez Marin, C. (2015/16). *EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRACTICA DE ENFERMERÍA*. Valladolid.
- Hernández, C., Naranjo, Y., Pacheco, C., Concepción, J. A., & Larreynaga, M. R. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*.
- Huércanos Esparza, I. (2010). *EL CUIDADO INVISIBLE, UNA DIMENSIÓN DE LA PROFESIÓN ENFERMERA*. Obtenido de Biblioteca Lascasas: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>
- Juarez, F. (2011). *El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud*. Obtenido de Scielo Scientific Electronic Library Online: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- La NANDA-I. (s.f.). Obtenido de Salus play.
- López Espuela, F., Moreno Monforte, M. E., Pulido Maestre, M. L., Rodríguez Ramos, M., Belen, B. S., & Julián, G. G. (Mayo-Junio de 2010). *LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA*. Obtenido de Nure: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf
- Lopez, M. E. (Noviembre de 2009). Temas para la educación. El respeto. *Andalucía*, 5.
- Lorenzo Rodríguez, P. (2022). *LOS CUIDADOS INVISIBLES. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA*. La Palma.
- Machin, E. I. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*.
- Madrona, E. I. (2017). Bibliografía y aportaciones de Hildegard Peplau a la Enfermería Psiquiátrica. *Publicación de artículos, casos clínicos, etc. de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*.
- Manrique, S. V. (2017/1018). *Los Cuidados Invisibles*. Valladolid.
- Martín, C. H. (2015/2016). *EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON EN LA PRACTICA ENFERMERA*. Valladolid.
- Massanet, L. O. (2014). *El Respeto de la Intimidad de los Pacientes en la Práctica*. ISLAS BALEARES: UNIVERSIDAD DE LES ISLAS BALEARES.
- Mastrapa, Y. E., & Lamadrid, M. d. (2016). *Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales*. Habana: Revista Cubana Enfermera.
- Monje V, P., Miranda C, P., Seguel P, F., & Flores G, E. (21 de 12 de 2017). *PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS*. Obtenido de Ciencia y enfermería: <https://www.redalyc.org/journal/3704/370457444005/html/>

- Montserrat, F., & Gallego, J. (s.f.). *EDUCACION PARA LA SALUD*.
- Moreno-Fergusson, M. E. (2 de Mayo-Agosto de 2013). *Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería*. Obtenido de Redalyc.org: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74128688006.pdf>
- Paz Soto, M., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). *LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA*. Santiago de Chile.
- Peña, N., & Castro Salas, M. (2010). *MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO COMUNITARIO A TRAVÉS DEL PROCESO DE ENFERMERIA. ENFERMERIA GLOBAL : revista electronica cuatrimestral de enfermeria*, 3-5.
- Perez Riquelme, M. (2012). *Metodología de educación para la salud*. Madrid.
- Quesada, R. P. (2001). *LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, RETO DE NUESTRO TIEMPO*. Educación XXI.
- Quiala, M. (2013). *Enfermería, formación en valores*. 23.
- Ramírez Reynoso, J., & Ydrogo Delgado, Y. (2013). *ÉTICA DEL CUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO HRDLM*. Chiclayo.
- Ramírez, R. G., Meneses-Mónica, E., & De La Cruz-Ruiz, M. (2015). *Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*. Lima.
- Rosanna De la Rosa, E., & Zamora Monge, G. (octubre/diciembre de 2012). *Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?* Obtenido de Scielo. Scientific Electronic Library Online: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009#:~:text=Enti%C3%A9ndase%20cuidados%20invisibles%20como%20aquellas,tacto%2C%20proximidad%2C%20etc
- Ruiz, S. B. (2016/2017). *LOS CUIDADOS INVISIBLES EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA*. Valladolid.
- Salud, O. P. (s.f.). *Enfermería*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
- Subiela García, J. A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A. I., Manzanares Lázaro, J., & Satorres Ramis, B. (abril de 2014). *Administracion-Gestion- Calidad*. Obtenido de Enfermería Global: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.2.178261/160601>
- Urra M, E., Jana A, A., & García V, M. (22 de 11 de 2011). *ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES*. Obtenido de Scielo- Scientific Electronic Library Online: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002
- virtual, E. (07 de Mayo de 2009). *Ética y derecho: intimidad*. Obtenido de Infermera virtual: www.infermeravirtual.com

APÉNDICES Y ANEXOS

Anexo de encuesta

La siguiente encuesta está realizada por alumnas de la carrera de la Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo con el fin de recaudar información para la tesis de título de grado , dichas respuestas son anónimas y confidenciales.

- Área de desempeño
.....
- Edad
#20-30
#30-40
#40-50
- Para usted, ¿qué es la salud?
.....
- ¿Qué es el cuidado?
.....
- ¿Qué entiende por calidad de atención?
.....
- ¿Qué entiende por cuidados invisibles?
.....
- ¿Qué tipos de cuidados brindas en tu atención al paciente?
.....
- ¿Cómo prioriza las intervenciones en sus pacientes? (qué realiza primero)
.....
- ¿Para usted, qué importancia tienen las siguientes acciones con los pacientes: ¿cuidado de la intimidad, escucha activa, educación permanente?
.....
- ¿Has realizado capacitaciones sobre el cuidado?
#Si
#No

- ¿Cree que la demanda de pacientes (cantidad de pacientes) se relaciona con la CALIDAD DEL CUIDADO que brinda?

“Si

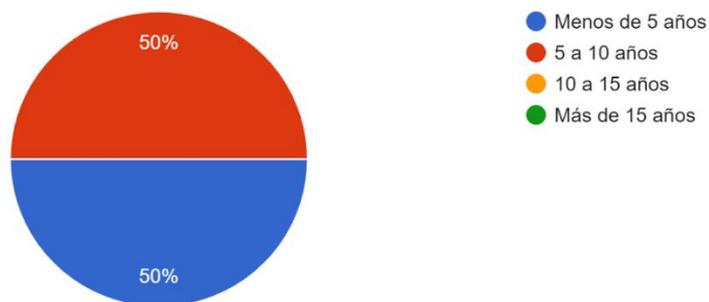
#No

- Si ha respondido que SI en la respuesta anterior, ¿Cómo cree que se relaciona?

- ¿Cómo cree que favorecen los cuidados invisibles al paciente?

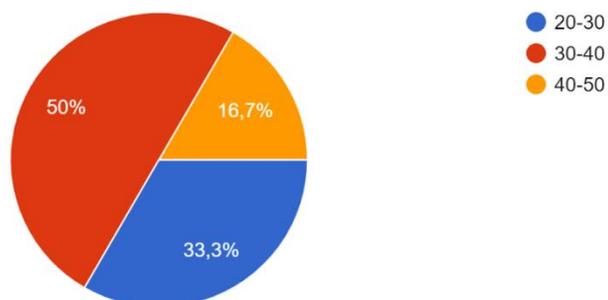
Años de trabajo

6 respuestas



Edad

6 respuestas



¿Cree que la demanda de pacientes (cantidad de pacientes) se relaciona con la CALIDAD DEL CUIDADO que brinda?

6 respuestas

