



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 24 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n24/057.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN en "¿REGISTRAMOS O CUIDAMOS?" **Forandalus 2016 - VIII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería – III Reunión del Grupo Aurora Mas**, reunión celebrada del 15 al 16 de abril de 2016 en Zaragoza, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Autocuidados y Cuidados Invisibles como Activos de Salud en Atención Primaria**
Autores **Ángel Gasch Gallén, Ana Anguas Gracia, Concha Germán Bes**
Centro/institución Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza
Ciudad/país Zaragoza, España
Dirección e-mail angelgasch@unizar.es

RESUMEN

Justificación/Objetivos: Los nuevos enfoques en Salud Comunitaria incorporan el concepto de activos en salud: recursos que los individuos y comunidades tienen a su disposición para protegerles ante problemas de salud y/o promover estados saludables. Existen escasos trabajos que ofrezcan una reflexión sobre cómo la Enfermería incorpora dichos enfoques en sus intervenciones en el ámbito de la Atención Primaria (AP). Las aportaciones recientes sobre los Cuidados Invisibles (CI) pueden dar respuesta a esta necesidad. El uso de la teoría del "Triángulo de los Cuidados" con sus tres componentes: Bienestar, Seguridad Clínica y Autocuidado y, el registro de sus intervenciones colocaría a los cuidados enfermeros en el mapeado de activos de salud. El objetivo de este trabajo es identificar espacios de unión entre las intervenciones enfermeras relacionadas con los CI y las actuaciones que éstas pueden realizar desde el enfoque de activos en salud en AP.

Diseño: Trabajo de reflexión y propuesta metodológica.

Metodología: Revisión bibliográfica y estudio de las áreas de intervención de Enfermería de AP, desde la relación entre el enfoque de activos en salud y las intervenciones enfermeras de CI.

Resultados principales: En las etapas del Proceso Enfermero (PE) se plantean diferentes herramientas: escala del Sentido de Coherencia, identificación de recursos generales de resistencia y activos en salud en niveles individual, comunitario e institucional; integradas en las intervenciones de cuidados invisibles. Las estrategias utilizadas para la mejora del bienestar (CI) que realiza Enfermería, orientan el diseño de los planes de cuidados. Se propone el registro de dichos activos como de los CI y sus cambios en todas las fases del Proceso Enfermero.

Conclusión: La identificación y mejora de los activos en salud de los que disponen las personas, familias y comunidades forman parte de los cuidados invisibles que aplican las enfermeras en Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: Identify common spaces between nursing interventions related to Invisible Cares (IC) and the actions they can perform from the health assets approach in Primary Care (PC).

Methods: Methodological proposal through a literature review and study of the intervention areas in PC Nursing.

Results: In the stages of the Nursing Process (NP) tools arise from the asset approach which are integrated in the Nursing interventions focusing welfare improvement (IC) and which also guide the design of care plans. The registration of such assets as of the IC and their changes in all phases of NP is proposed.

Conclusions: Identification and improvement of health assets available to individuals, families and communities is part of the IC applied by nurses in AP.

Key-words: Invisible care/ Health assets approach/ Nursing process/ Primary care.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

En las últimas décadas se ha desarrollado el concepto de “activos en salud”, llegando a definirlos como aquellos factores o recursos que los individuos y las comunidades tienen a su disposición para protegerles ante problemas de salud y/o promover estados saludables¹. La creación de una metodología en la que se desarrollan las fortalezas de las comunidades^{2,3} se conoce como mapeado de activos⁴ y se centra en descubrir las capacidades individuales, colectivas y ambientales existentes en su contexto antes de cualquier intervención. Es un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad personal y comunitaria, distinguiéndolo de los inventarios de problemas o necesidades en los que se sustenta la asignación de recursos del modelo experto o profesional⁵. El enfoque de activos en salud permite un aumento del control de la propia salud por parte de las familias y comunidades favoreciendo su accesibilidad a opciones orientadas al logro del bienestar, crecimiento personal y envejecimiento saludable, lo que se traduce en una mejor calidad de vida⁵.

Por su parte, los cuidados invisibles son garantes de una atención de calidad, estando muy presentes en el ámbito profesional de la Enfermería. Son intervenciones derivadas de una observación atenta, de una relación de empatía, del conocimiento y la experiencia, que llevan a la elaboración, por parte del personal de enfermería, de juicios profesionales y éticos deliberados, centrados en las necesidades de cada paciente, siendo, estas intervenciones, aprendidas y desarrolladas con la práctica⁶.

Aunque existen estudios que destacan la utilidad del modelo basado en activos para la promoción de la salud⁷⁻¹², pocos son los que determinan las implicaciones de enfermería como activos que contribuyen a la mejora de la comunidad, a la promoción de la salud y a la erradicación de desigualdades¹³⁻¹⁵. Esto sucede a pesar de que desde Atención Primaria son numerosas las intervenciones enfermeras que están directamente relacionadas con estos aspectos por lo que, poniendo de nuevo a la disciplina de Enfermería en el lugar que le corresponde, estamos en situación de confirmar la existencia de dichas potencialidades en nuestra labor, lo que nos convierte en activos de salud. El motivo de esta invisibilidad podría derivar de la falta de registro de gran parte de nuestras acciones, al pertenecer a la esfera de los Cuidados Invisibles. La observación de las personas, familias y comunidades, el conocimiento de sus

necesidades sentidas y expresadas, el trabajo de mejora de la autoestima, el empoderamiento, la autoeficacia y autonomía y la anticipación a problemas reconocidos a distancia, gracias a la experiencia, son ejemplo de ello.

Existen lagunas metodológicas y bibliográficas en el modo en que se deben incorporar los Cuidados Invisibles como activos en salud en el trabajo de la Enfermería Comunitaria de Atención Primaria, lo que nos lleva a proponer actuaciones en el Proceso Enfermero y en el diseño de Programas de Salud para su solución.

Dichas actuaciones podrían derivarse del uso de la teoría del “*Triángulo de los Cuidados*”, desarrollada por el Grupo de Investigación Aurora Mas, que potencia el bienestar, la seguridad y la autonomía como fortalezas en el individuo y en la comunidad, trabajando la búsqueda de confort, el logro de confianza en la relación de ayuda paciente/enfermera y la capacidad para autocuidado^{16,17}. El registro de estas intervenciones colocaría a los cuidados enfermeros en el mapeado de activos de salud.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica basada en el enfoque de activos en salud desde Enfermería y los Cuidados Invisibles en las bases de datos de PUBMED, CUIDEN PLUS y BEDENF. Las palabras clave utilizadas fueron descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y en aquellos casos en los que no se encontraron las palabras en este lenguaje se utilizó la terminología Medical Subject Headings (MeSH). El DeCS encontrado para esta revisión fue “*health promotion*” y los MeSH “*community nursing*”, “*asset*”, “*invisible care*”. Los criterios de selección de los trabajos fueron: aquellos publicados en los últimos 10 años, que incluían en título, abstract y/o palabras clave el tema de estudio y cuyo idioma era español, inglés o portugués.

Tras la revisión bibliográfica y partiendo del trabajo que la Enfermería Comunitaria lleva a cabo en Atención Primaria¹⁸, se describieron intervenciones propuestas en el marco del Proceso Enfermero y el diseño de Programas de Salud, proponiendo herramientas que detallan intervenciones enfermeras de cuidados invisibles como mejora de la salud de las personas, familias y comunidades desde un enfoque positivo de la salud.

Resultados

La revisión bibliográfica muestra la escasa existencia de estudios que pongan de manifiesto actuaciones concretas de Enfermería como activos de salud, no encontrando ninguno que identifique los Cuidados Invisibles como intervenciones que puedan formar parte del enfoque positivo de la salud. Lo que se deriva de la perspectiva emergente del concepto en el terreno de la Salud Pública.

Las actuaciones enfermeras como enfoque de activos descritas a continuación, son observadas en cada acto asistencial cotidiano que busca la mejora del bienestar y la promoción de la salud de personas, familiares y comunidad. Sin embargo, es su falta de registro lo que las convierte en unos cuidados que, aun siendo sinónimo de calidad asistencial, son invisibilizados.

Para la descripción de estas intervenciones enfermeras de cuidados invisibles seguiremos el método de trabajo de la disciplina: Proceso Enfermero (PE) desde un enfoque de activos en salud.

La etapa de Valoración del PE se centra en la recogida de información con el fin de conocer la situación actual de la persona a la que se cuida, identificando los problemas, capacidades y recursos¹⁹. Desde el enfoque de activos trataremos de identificar los recursos de los que dispone la persona para hacer frente a los problemas y mejorar su salud y bienestar.

Consideraremos los Recursos Generales de Resistencia (RGR) como los ingredientes para la mejora de la salud y el Sentido de Coherencia (SOC) como la capacidad para utilizarlos²⁰, debiendo aclarar que este último, el SOC, es una disposición personal que tiende a valorar las experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado²¹.

La recogida de toda esta información en la consulta o mediante la observación de los diferentes procesos que tienen lugar en la comunidad, son la base de las intervenciones de Enfermería y, aunque no se registran, obviamente sí que cuentan, contribuyendo a mejorar las capacidades de afrontamiento del individuo ante los cambios relacionados con el ciclo vital o con diferentes problemas de salud. Un ejemplo lo encontraríamos en las personas mayores: En nuestro trabajo diario somos capaces de identificar herramientas personales capaces de favorecer el desarrollo de su resiliencia²², afrontando de forma más sana las adversidades que pueden existir en su vida y durante el proceso de envejecimiento, como enfermedades crónicas, pérdidas de personas queridas, riesgo de soledad y/o aislamiento social, pérdida de funcionalidad, falta de apoyos o recursos económicos entre otros. El hecho de controlar las situaciones adversas, permite hacer frente a imprevistos de forma más adaptada y así tener mayor disposición para involucrarse en actividades preventivas como ejercicio físico, alimentación saludable, contactos adecuados con el sistema de salud, incorporación en la vida cotidiana de cambios necesarios tras diagnósticos de enfermedades crónicas o pérdida de funcionalidad y participación activa en la comunidad, entre otros.

A falta de otras escalas aplicables al trabajo específico de Enfermería y relacionadas con el enfoque positivo de la salud, podemos describir algunas utilidades de la escala del Sentido de Coherencia antes mencionada para identificar cómo, estas intervenciones generalmente invisibles, se integran en la mejora de la salud de las personas cuidadas. Los tres componentes del SOC son comprensibilidad, manejabilidad y significatividad, pudiendo ser tomados como subescalas de mejora de aquellos aspectos en los que las personas obtengan menor puntuación. Permite identificar individuos que manifiestan una disposición positiva ante la salud y la vida, es decir los activos existentes a nivel individual, pero también identifica a aquellos con riesgo de desarrollar un nivel bajo de SOC, pudiendo priorizar nuestras intervenciones hacia su mejora: incentivando su autoestima, buscando herramientas para que la persona valore su autoeficacia, potenciando su empoderamiento y aumentando su seguridad ante las diferentes situaciones vitales y/o problemas de salud. Es importante considerar por otro lado, las situaciones de vulnerabilidad en las que estos activos se degradan (pobreza energética y económica en general, una falta de apoyo social y de habilidades de afrontamiento ante nuevas situaciones, la presencia de baja autoestima y autoeficacia o experiencias negativas a lo largo de la vida). Se trata de dificultades o limitaciones en los RGR, que pueden y deben ser mejoradas, minimizándolas o incluso eliminándolas y sobre las que la enfermera actúa a diferentes niveles. Cuando estos factores de riesgo tienen un origen social o estructural, nuestras intervenciones deben centrarse a nivel de comunidad, desde la participación y el empoderamiento de dicha comunidad y el trabajo interdisciplinar.

Toda esta información, puede y debe ser registrada en la Historia Clínica de Atención Primaria: la escala SOC y sus puntuaciones, el inventario de los activos identificados a

nivel personal, comunitario e institucional y las estrategias de cuidados invisibles que hayamos decidido aplicar en función de cada caso.

En la etapa diagnóstica, podemos contar con la existencia de etiquetas que priorizan los recursos existentes en las personas o familias y que, aunque éstas las desconozcan, nuestra experiencia profesional y humana hace que sepamos anticipar su utilidad. La NANDA-I²³ ofrece diagnósticos de "disposición para mejorar" que pueden ser aplicados desde un enfoque de salud positiva. Las características definitorias de cada uno de los diagnósticos se manifiestan por los registros de la escala SOC, por las situaciones clínicas de las personas y por los activos en salud identificados en la etapa de valoración, que estarán relacionados con la situación y manejo de los RGR identificados y evaluados para cada usuaria/o. Hay que destacar, desde un enfoque positivo, que en muchas ocasiones la situación clínica, educativa, funcional y afectiva de la persona a la que cuidamos, está controlada por ella misma y por la existencia y uso que hace de los RGR. Nuestra labor aquí y durante el diseño, planificación y ejecución del plan de cuidados, además de identificar esta situación, es potenciar dichos recursos y ayudar a la persona a encontrar y seleccionar aquellos que le sean más útiles para afrontar los cambios que se sucedan.

Debemos ser capaces de localizar, entre los factores de riesgo citados anteriormente, aquellos potencialmente peligrosos para los recursos de las personas, siendo incluidos y tenidos en consideración para poder reaccionar ante los cambios, mejoras o dificultades sobrevenidas. Esto incluye, en las estrategias de acción, la observación continua y la aplicación de diferentes técnicas como la escucha activa, empatía, comunicación eficaz, flexibilidad y adaptación a las necesidades de las personas cuidadas, acciones que forman parte de los cuidados invisibles y que es necesario ponerlas de manifiesto.

Durante la planificación y ejecución del PE diseñamos estrategias para controlar las situaciones, prevenir, eliminar o reducir los problemas identificados¹⁹, incorporando a las personas y haciéndolas responsables de la movilización de activos. Priorizamos intervenciones para fomentar los activos identificados, mejorarlos o poner en marcha el aprendizaje de aquellos no reconocidos, fomentando el desarrollo y uso de los activos existentes en cada persona. No se trata de aplicar exclusivamente intervenciones de enseñanza o tareas propuestas en los lenguajes estandarizados (NIC), lo que se pretende es partir de la idea de un aprendizaje, desde la reciprocidad de un diálogo en salud²⁴ establecido entre la enfermera y la persona cuidada.

Los trabajos que indican el papel específico de Enfermería en el desarrollo de activos en salud, destacan la importancia de ofrecer a las personas un mayor control, contacto y confianza, haciendo sus vidas más comprensibles, manejables y con sentido y reduciendo el estrés crónico de las comunidades^{14,15}. El trabajo de Heather propone cinco pasos que la Enfermería puede poner en marcha para potenciar el bienestar de las personas en la comunidad desde un enfoque positivo: "conectar con las personas de alrededor, ser activas y activos, tomar nota de lo que pasa a nuestro alrededor, qué pasa y cómo respondemos, continuar aprendiendo y dar, pertenecer a grupos e implicarse en la comunidad¹⁵".

La etapa de evaluación del PE puede ser el momento en el que se evalúe la aplicación de los cuidados invisibles para mejorar la salud de las personas y comunidades y medir la efectividad y utilidad de los activos identificados. En este sentido podemos utilizar escalas de satisfacción de los cuidados, como la Care-Q de Larsson²⁵ y revisar los registros elaborados durante la aplicación del plan de cuidados relacionados con los

cambios en la escala SOC que a nivel individual se han ido trabajando con cada persona cuidada.

Además, esta etapa puede sentar las bases para las actuaciones de Enfermería desde el enfoque de activos en salud en el resto de áreas de intervención en las que la disciplina trabaja en Atención Primaria: el diseño de Programas de Salud Específicos, donde iniciar el mapeado de activos en salud de una comunidad^{1,5,26} y las intervenciones en los programas dependientes de las Administraciones, ampliando las estrategias de cuidados individuales a líneas estratégicas de actuación en dichos programas: fomentar actividades que potencien la autoestima, la autoresponsabilización, la comunicación interpersonal, el autoconimiento, independientemente del tipo de programa.

Conclusión

La investigación-acción en la práctica clínica de AP desde los CI como intervenciones que mejoran el bienestar, la autonomía y la seguridad de usuarias/os, familias y comunidades puede ser aplicada y registrada en las tareas propias de la Enfermería de AP.

Estas intervenciones fomentan la autoestima y autoeficacia como recursos positivos que poseen las personas y que en definitiva, con la ayuda del trabajo enfermero, mejoran la gestión de sus autocuidados.

Es necesaria una mayor investigación de la aplicación de los enfoques positivos de la salud, para que, aquellos profesionales cuyas intervenciones destacan por favorecer la movilización de recursos en los individuos y las comunidades, tanto en escalas de valoración y registro, como en metodologías de actuación, sean visibilizadas.

La identificación y mejora de los activos en salud de los que disponen las personas, familias y comunidades forman parte de los cuidados invisibles que aplican las enfermeras en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*. 2007; 2:17-22.
2. McKnight J. (co-director). A Basic guide to ABCD community organizing. Asset Based Community Development Institute [Internet]. School of Education and Social Policy. Northwestern University, Evanston, Illinois; 2010 [citado 10 febrero abr 2016]. Disponible en: <http://www.abcdinstitute.org/docs/A%20Basic%20Guide%20to%20ABCD%20Community%20Organizing-1.pdf>
3. Foot J, Hopkins T. A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being. [Internet]. London: Improvement and Development Agency's (IDeA); 2010 [citado 2 Febr 2016]. Disponible en: <http://www.idea.gov.uk/idk/aio/18410498>.
4. Kretzman JP, Mcknight JL. Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets. ACTA Publications. 1993: 1-11).

5. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010 [citado 21 Enero 2016]. Disponible en: www.easp.es
6. Orkaizagirre Gómara, A. (2013). Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 22(3), 124-126.
7. Rhodes SD, Kelley C, Simán F, Cashman R, Alonzo J, McGuire J, et al. Using community-based participatory research (CBPR) to develop a community-level HIV prevention intervention for Latinas: a local response to a global challenge. *Women's Health Issues*. 2012; 22(3): 293-301.
8. Tobias CR, Downes A, Eddens S, Ruiz J. Building blocks for peer success: lessons learned from a train-the-trainer program. *AIDS Patient Care STDS*. 2012; 26(1): 53-9.
9. Kegler MC, Painter JE, Twiss JM, Aronson R, Norton BL. Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program. *Health Promot Int*. 2009; 24(4): 300-10.
10. Rütten A, Abu-Omar K, Frahsa A, Morgan A. Assets for policy making in health promotion: overcoming political barriers inhibiting women in difficult life situations to access sport facilities. *Soc Sci Med*. 2009; 69(11): 1667-73.
11. Williams KJ, Gail Bray P, Shapiro-Mendoza CK, Reisz I, Peranteau J. Modeling the principles of community-based participatory research in a community health assessment conducted by a health foundation. *Health Promot Pract*. 2009; 10(1): 67-75.
12. Learmonth A, Pedler M. Auto Action Learning: a tool for policy change. Building capacity across the developing regional system to improve health in the North East of England. *Health Policy*. 2004 May; 68(2): 169-81. Erratum in: *HealthPolicy*. 2005; 71(2): 265.
13. Postma J. Environmental justice: implications for occupational health nurses. *AAOHN J*. 2006; 54(11): 489-96
14. Henry H. Exploring an asset-based approach to nursing. *Nurs Times*. 2013; 109(3): 15-7.
15. Heather H. An asset-based approach to creating health. *Nurs Times*. 2013; 109(4): 19-21.
16. Colliere, Marie Françoise. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
17. Huércanos Esparza, Isabel; Anguas Gracia, Ana; Martínez Lozano, Francisca. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Tesela [revista en Internet]* 2012 [Consultado el 16 de febrero de 2016]; Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106.php>
18. Frías A, Palomino PA, Del Pino R, Pulido A. Modalidades de atención y organización de enfermería en la atención primaria de salud. En: Mazarrasa L, Sánchez A, Germán C, Sánchez AM, Merelles A, Aparicio V. *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p.1345-1368.
19. Almansa, P. *Metodología de los cuidados enfermeros*. Murcia: DM Serie tresmiles; 2002.
20. Billings J, Hashem F. Salutogenesis and the promotion of positive mental health in older people. *Actas de la European Thematic conference "Mental health and well-being in older people-making it happen"*; 2010 Abr 19-20; European Commission Directorate-General for Health and Consumers and the Spanish Ministry of Health and Social Affairs with support of the Spanish Presidency of the European Union.

21. Virués-Ortega J, Martínez-Martín P, del Barrio JI, Lozano ML. Validación transcultural de la Escala de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Med Clin*. 2007; 128: 486-92.
22. Butler J, Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual Life Res*. 2007; 16(4): 607-15.
23. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2008.
24. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:129-139.
25. Patricia J. Larson, Sandra L. Ferketich, Rita Reis Wleczorek, Anita E. Molzahn. Patients' Satisfaction with Nurses' Caring during Hospitalization. *West J Nurs Res*, December 1993; vol. 15, 6: pp. 690-707.
26. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*, 2013; 27 (2): 180-3.