

**Cómo citar este documento**

Huercanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>

**EL CUIDADO INVISIBLE, UNA DIMENSIÓN DE LA PROFESIÓN  
ENFERMERA**

**Autora:** Isabel Huércanos Esparza

**Formación de la autora:**

- Diplomada en Enfermería por la Universidad Pública de Navarra
- Licenciada en Enfermería Europea por la Universidad de Brighton
- Estudiante de 2º curso del Máster Interuniversitario de Enfermería de la Universidad de Zaragoza

**Tutoras:** Elena De Lorenzo Urien y Ángela Vaquero Barba

**Fecha:** 04 de Febrero de 2008

**Observaciones:** Este estudio se enmarca dentro del trabajo final de la Licenciatura Europea de Enfermería.

**Resumen:** Se trata de un estudio de investigación cualitativo, en el que se ha empleado un método etnográfico para tratar de acercarnos al objeto fundamental de la profesión enfermera, el cuidado. Concretamente, pretendemos una aproximación a esa dimensión del cuidado que resulta invisible, que no se mide, ni aparece registrado, un cuidado que tiene que ver con la dimensión más humana de la enfermería.

Las participantes han sido cuatro enfermeras y dos auxiliares que desempeñan su trabajo en el contexto concreto de la unidad de cardiología y neurología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante observación participante, entrevistas informales, revisión de registros de enfermería y documentos de la unidad (protocolos, criterios de evaluación de calidad de registros enfermeros), entrevistas en profundidad y notas de campo.

Los resultados obtenidos muestran que los principales cuidados invisibles que desarrollan los profesionales de enfermería, se dirigen al uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, para el cuidado emocional de pacientes y familiares, a la elaboración de instrumentos terapéuticos y estrategias creativas para atender a las necesidades de cuidado que se presentan, así como, los cuidados en relación al confort, la intimidad y el alivio del dolor. El hecho de que permanezcan invisibles tienen que ver con diversos motivos, entre otros el rol que el sistema espera de las enfermeras, la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados profesionales, haciéndolos invisibles; así como, diversos elementos macrosociales refuerzan esa invisibilidad.

***“Lo esencial es invisible a los ojos”***

*Antoine de Saint-Exupery*  
*El principito*

## **Agradecimientos**

---

Gracias a mis compañeras y a Carlos por acompañarme en este camino de aprendizaje continuo, por la presencia, el apoyo y la ayuda en este y tantos otros trabajos.

Gracias a la Dirección de Enfermería del hospital, a Carmen Gistau y a Idoia por su interés en este estudio y por proporcionarme el medio para su realización.

Gracias a los profesionales que han colaborado en la elaboración de esta tesina, sin los cuales no habría sido posible, gracias por vuestra disponibilidad y por lo que me habéis enseñado.

Gracias a Elena y Ángela por las enseñanzas, la dedicación y el apoyo en el proceso de investigación.

## Índice

---

Introducción.....	5
Justificación.....	7
Marco conceptual.....	10
Propósito y objetivos.....	14
Metodología.....	15
Perspectiva teórico-metodológica.....	15
Método.....	16
Fases del diseño.....	17
Descripción del contexto.....	18
Descripción de la población y selección de informantes.....	20
Estrategias de acceso al campo e informantes y abandono del campo.....	21
Estrategia de generación de datos.....	23
Proceso de análisis de los datos.....	26
Resultados y discusión.....	28
Conclusiones e implicaciones.....	50
Bibliografía.....	52

## Introducción

---

El trabajo que se presenta a continuación, es un estudio de corte cualitativo en el que se ha empleado un método etnográfico con el propósito de acercarnos al elemento fundamental de la profesión enfermera, el cuidado. Más concretamente, pretende una aproximación a esa dimensión que conforma el cuidado que resulta invisible, un cuidado que no se mide, ni aparece en los registros, un cuidado que tiene que ver con la dimensión más humana de la enfermería.

Este documento consta de una justificación en la que se manifiesta el motivo de elegir este tema de investigación, así como, las aportaciones que puede realizar a la profesión, sociedad, sistema y formación.

A continuación se presenta el marco conceptual, donde se exponen brevemente los conceptos fundamentales para situar al lector y se hace referencia a la bibliografía publicada en torno al fenómeno de estudio.

A partir de los apartados anteriores, se ha desarrollado el propósito de este estudio, con un objetivo general que es conocer y desvelar las acciones de cuidado “invisibles” de la profesión enfermera, tanto por no ser registradas como por no ser reconocidas como acciones de cuidado profesionales.

Este trabajo se ha llevado a cabo en un contexto concreto, la unidad de cardiología y neurología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. En esta se han recogido los datos a través de observación participante a cuatro enfermeras y dos auxiliares de enfermería. Además se han empleado otras estrategias de generación de información como son las entrevistas informales, la revisión de registros de enfermería y de documentos de la unidad (protocolos, criterios de evaluación de calidad de los registros enfermeros), entrevistas en profundidad y notas de campo.

El análisis de los datos se ha realizado a través de un análisis de contenido, a partir del cual se ha elaborado el apartado de resultados y discusión en el que se integran la descripción e interpretación de los hallazgos encontrados confrontándolos con la bibliografía publicada al respecto.

Los resultados obtenidos muestran que los principales cuidados invisibles que desarrollan las enfermeras, se dirigen al uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, para el cuidado emocional de pacientes y familiares, a la elaboración de instrumentos terapéuticos y estrategias creativas para atender a las necesidades de cuidado que se presentan, así como, los cuidados en relación al confort, la intimidad y el alivio del dolor. El motivo de que estos cuidados permanezcan invisibles tienen que ver con diversos motivos, entre otros el rol que el sistema espera de las enfermeras y la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados profesionales, haciéndolos invisibles. Así mismo, diversos elementos macrosociales refuerzan esa invisibilidad.

## Justificación

---

La idea de realizar este proyecto surgió mientras leía el libro *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* (Medina, 1999). En él, el autor realiza una lectura de la disciplina enfermera, y explica como la enfermería, a pesar de tener un cuerpo desarrollado de conocimientos propios, estos han quedado históricamente marginados e invisibles frente a los saberes de otras disciplinas como la médica, cuyo poder y legitimidad ha resultado predominante.

La lectura de este documento me hizo reflexionar y me ayudó a poner palabras a algo que siempre me había inquietado y es ¿por qué la gente no sabe lo que las enfermeras hacemos a pesar de ser el colectivo más numeroso en el sistema sanitario?

Me hizo plantearme cuestiones como por ejemplo, ¿por qué lo que resulta visible de nuestra profesión se limita casi únicamente a cuestiones físicas que tienen que ver más con tareas delegadas de la medicina (control de signos y síntomas, pruebas o tratamientos)? ¿Acaso las enfermeras no hacemos más cosas? Entonces leí un texto acerca de la Medida del Cuidado (Guirao, 2004) en el que se citaba a la profesora Germán (1997), esta reivindicaba el reconocimiento del cuidado como parte fundamental de la enfermería y explicaba que éste se puede realizar de muchas formas, citaba este ejemplo:

“¿Cuidar es dar un vaso de agua/leche o infusión y las buenas noches? ¿Es cuidar dar un hipnótico y las buenas noches?” Ambas respuestas son afirmativas, para una enfermera dar las buenas noches resulta algo más que una expresión de buena educación, supone un acto compuesto de observación, conversación, una valoración de la situación del individuo (generalmente no aislada del resto del proceso), exploración si es necesario y la elaboración de un juicio profesional que lleva a la enfermera a realizar esa acción de cuidado.

Comencé a pensar entonces en llevar a cabo mi tesina en relación con el cuidado que realizamos las enfermeras, ese cuidado “intangibles” que no es reflejado en registros, que no es reconocido profesionalmente pero que está presente en nuestro trabajo.

Considero que este estudio puede ser una forma de reivindicar que la profesión enfermera tiene una labor muy importante en la atención a las personas y una forma de sacar a la luz una parte de ese gran trabajo que se lleva a cabo a diario en todos los hospitales y centros sanitarios y que pasa desapercibida o queda a la sombra muchas veces (Collière, 1991).

La realización de esta investigación puede contribuir al desarrollo del conocimiento científico disciplinar de la enfermería en torno al tema de estudio que vamos a trabajar, pues como comenta Domínguez-Alcón (1998) la noción de cuidar resulta básica y esencial en la profesión y mediante la investigación tratamos de profundizar en lo que constituyen los aspectos específicos y

esenciales desde esta perspectiva profesional, de manera que nos permita ir validando los elementos de la práctica y proporcione legitimidad al papel profesional. En la bibliografía se encuentran numerosas referencias a la falta de definición del trabajo enfermero (Cano-Caballero, 2004; Torres y Sanhueza, 2006), lo que impide el desarrollo de la disciplina, esto implica que la profesión enfermera siga subordinada a otras y carezca de reconocimiento profesional y social.

En cuanto a los motivos que llevan a que gran parte de los cuidados sean invisibles sobretodo, se han trabajado aspectos como la influencia del género en la profesión pero existen otros factores que tienen que ver con esa intangibilidad, como pueden ser las relaciones de poder en las que está inmersa la enfermería, los criterios de calidad de las organizaciones sanitarias, la concepción de los propios profesionales de lo que su labor conlleva, la historia de la profesión, la formación de los profesionales, etc.

La producción bibliográfica que hasta ahora existe en nuestro medio en relación con los "cuidados invisibles" que lleva a cabo la enfermería es escasa y fundamentalmente está centrada en determinados cuidados como confortar (Morse, 2000), el tacto (De la Torre et al. 2001; Carbelo, 2000), etc. Si bien, el cuidado dirigido a la persona es el centro de la actividad del profesional de la enfermería, no queda del todo explicitado ese quehacer si no demostramos "qué cuida" (Asociación de bioética fundamental y clínica, 2005). Por ello, este estudio pretende un acercamiento al trabajo diario de enfermería, poniendo de manifiesto los cuidados desarrollados que resultan invisibles para contribuir a la toma de conciencia de los profesionales y estimulación en la continuidad del desarrollo de producción científica en esta línea.

Esta investigación nos permite indagar en los actos del cuidado que no tienen reconocimiento como acciones profesionales con un fin terapéutico. Reflexionar sobre ellas y sobre los elementos que influyen en que esa intangibilidad se esté produciendo, puede proporcionar claves a los profesionales que se dedican a la formación. Claves para analizar la manera en la que se está educando a los futuros profesionales, ayudándoles a reflexionar acerca de cómo la formación recibida por los enfermeros/as está mediando en la manera de cuidar de éstos.

Por último, comentar que esta investigación aporta una información que puede permitir a la sociedad acercarse al trabajo profesional de enfermería más humano y desconocido, pues socialmente se identifica la dimensión técnica de la profesión, pero desconoce la dimensión cuidadora, por lo que este estudio contribuye a ampliar la visión que existe de la enfermera, más allá de las técnicas y tareas delegadas de la medicina.



## Marco conceptual

---

Resulta complicado realizar un marco conceptual de la identidad de la profesión enfermera y el cuidado como objeto de conocimiento de la enfermería (Medina, 1999).

Sin embargo, numerosos autores reconocen el cuidado como la seña de identidad del colectivo enfermero (Leininger, 1980; citado por Medina, 1999; Egorza y Notivol, 1999; Germán, 2004; Domínguez-Alcón, 1998) y han intentado definir lo que conlleva el cuidar. Parece evidente que la perspectiva enfermera de la que se parta determinará en gran manera la concepción que cada profesional tenga del cuidado, pues “no existe un consenso en relación a la definición del cuidado, los componentes del cuidar o el proceso del cuidado” (Morse, Solberg, Neander, Bottorff y Johnson, 1990).

Para comprender las diferentes maneras de entender el cuidado emplearemos la clasificación paradigmática descrita por Parse (1987) que diferencia varios paradigmas, entre ellos:

- Paradigma mecanicista: caracterizado principalmente por considerar los fenómenos como entidades aislables y reductibles con propiedades que pueden ser medidas. La actividad enfermera está orientada hacia la valoración, detección de signos y síntomas, aplicación de técnicas y tratamiento delegados del facultativo. La enfermera tiene una autonomía muy limitada carece de identidad profesionalmente y existe un claro sentimiento de no reconocimiento.
- Paradigma de la totalidad: Se empieza a considerar a la persona compuesta por aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales con influencia del entorno. El cuidado enfermero empieza a definirse y a delimitarse un campo autónomo de acción enfermera (Egorza y Notivol, 1999). Aunque la práctica cuidadora está muy influida por las estandarizaciones.

Actualmente en nuestro medio, la mayoría de los profesionales se encuentran trabajando bajo la perspectiva de estos dos paradigmas. Cabe destacar, que la todavía costosa transición del paradigma biomecanicista hacia perspectivas más humanistas del cuidado está influida por la evolución que ha sufrido en nuestro medio la profesión enfermera. Cuando en otras sociedades en los años 50, se intentaban definir la enfermería y su fundamento como disciplina con conocimientos propios, en nuestro país la figura de la enfermera desaparecía, al suprimirse los estudios de éstas, las matronas y los practicantes y creando la carrera de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) que se mantuvo hasta hace no mucho, con la creación de diplomatura en enfermería en 1977 (Arcas, 1993). La función del ATS era ayudar al médico, en las tareas relativas al diagnóstico y tratamiento que éste le delegaba.

Podemos decir que el paradigma biomecanicista sigue vigente en nuestro

medio en numerosas acciones, existiendo todavía una subordinación del trabajo de enfermería a la profesión médica (Medina, 1999) y una priorización de las tareas delegadas o dependientes sobre las independientes (Cano-Caballero, 2004). Quizás uno de los motivos de que se mantenga esta perspectiva de la atención de enfermería, es que lo que nos proporciona reconocimiento profesional son “los aspectos técnicos y las actividades físicas que pueden ser claramente identificadas, definidas, protocolizadas” (Domínguez-Alcón, 1998).

Lo que se pretende con este estudio es acercarnos a los cuidados enfermeros que resultan menos visibles, aquellos que carecen de reconocimiento y valor social y sanitario; aquellos cuidados que pueden parecer acciones cotidianas sin significado, pero que sin embargo, para el profesional son actos intencionados que conllevan un juicio terapéutico. Entendiendo por juicio terapéutico el “proceso complejo de pensamiento a través del cual bien de manera consciente y/o inconsciente (intuitiva) se llega a la emisión de una opinión razonada y argumentada, basada en unos conocimientos enfermeros específicos que permite establecer la intervención / cuidado más adecuado en relación con el juicio clínico (prevenir, desarrollo de potencialidades, educar, acompañar, rehabilitar,..) para lograr el mayor grado de bienestar global en la persona” (Lefebvre y Dupuis, 1995).

Resulta necesaria una definición que sitúe al lector en el fundamento de éste trabajo, así pues entendemos que el cuidado invisible comprende tanto acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables” (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, etc).

Partiendo de esta concepción de los cuidados invisibles, apenas se han encontrado investigaciones que hayan profundizado en éste área del trabajo enfermero o que definan concretamente, cuales de los cuidados desempeñados por la enfermería resultan intangibles. Uno de los estudios que más se aproxima a nuestro tema de estudio es el realizado por Fajardo y Germán (2004) que 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. Consideramos que los cuidados trascienden la técnica, pues engloban otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, las relaciones interpersonales, el afecto, la escucha (Barbosa y Azevedo, 2006), el tacto (Tutton, 1992) el alivio, confort y en definitiva todas las acciones que buscan proporcionar bienestar (Asociación de bioética, 2005) y son los cuidados dirigidos a estos ámbitos los que se pretenden abordar en este estudio.

Existen numerosas teorizaciones acerca de la falta de reconocimiento del cuidado y los motivos por los que se produce. Una de las autoras que más ha trabajado el tema del cuidado de enfermería como cuidado invisible es Collière (1986), 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” (citado por Alberdi, 2000). Además expone que el ejercicio enfermero sigue estando muy poco reconocido y que el estatus de la enfermería sigue subordinado al de la medicina. Así mismo, refiere que hay un error mantenido al denominar abusivamente a los tratamientos como cuidados, esto hace pensar que sólo los tratamientos representan la acción terapéutica. Sin embargo, ningún tratamiento podría reemplazar a los cuidados (Collière, 1991).

Además, la hegemonía del discurso médico (significados, procesos y prácticas) frente al enfermero (Bordieu, 1985; citado por Medina, 1999) ha contribuido que los cuidados permanezcan “marginados e invisibles”. Para comprender esto, es necesario hablar de los “marcos de representación”, que son modos de explicar la realidad. Evidentemente, no existe un único modo de interpretar el mundo, entonces se produce una lucha por imponer esas representaciones como la realidad objetiva (Medina, 1999), la verdad y asignar valores distintos a una u otra acción y distribuir el poder (Fajardo y Germán, 2004). Hasta ahora la Enfermería ha sido perdedor histórico frente a la medicina en la lucha por la imposición y legitimación de los marcos de representación. Esto nos permite comprender porqué el modelo biomédico de actuación sanitaria, la racionalidad tecnológica y el conocimiento científico gozan de un valor y consideración mayor que el saber enfermero, los cuidados (Medina, 1999). Para Galvin “cuidar es un área de conocimiento experto, pero incluye incertidumbre, inexactitud y flexibilidad, lo cual es incómodo en su relación con el conocimiento científico” (citado por Cano-Caballero, 2004).

Otros autores que han trabajado sobre los elementos que influyen en la falta de reconocimiento hablan del influjo de las consideraciones de género en la enfermería (Urbina, Pérez, Delgado, Martín, 2003; García et al. 2004; Carrasco, Márquez y Arenas, 2005; Blázquez-Rodríguez, 2005). El género es una “construcción cultural que hace referencia a las características psicosociales, rasgos, roles, motivaciones y conductas asignadas a hombres y mujeres dentro de una conducta” (Carrasco et al. 2005). Este constructo se construye dentro de un proceso histórico, social, económico, político y cultural y supone la conformación de una determinada forma de relaciones entre hombres y mujeres (Blázquez-Rodríguez, 2005) y que implican desigualdades y jerarquías entre ambos (Chamizo, 2004).

Nuestra sociedad, es androcéntrica y por tanto, el modelo social se construye a partir de los varones (Roca, 1996; Carrasco et al. 2005). El rol asignado a la mujer está caracterizado por la sensibilidad, complacencia, pasividad, obediencia, dependencia, etc. En cambio, el rol del hombre viene determinado por el control, la fuerza, la actividad y el dominio (Fajardo y Germán, 2004; OMS, 1988). Tradicionalmente, la relación médico-enfermera ha respetado la misma asignación de roles de género que la prescrita socialmente para las relaciones hombre-mujer (Fajardo y Germán, 2004). 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 (Germán, 2004).

Tomando en cuenta lo explicado anteriormente, se ha planteado el propósito de este estudio que se presenta a continuación.

➤ Propósito y Objetivos:

El objetivo principal de este estudio es conocer las acciones de cuidado que las enfermeras llevan a cabo y que generalmente resultan “invisibles” o “intangibles” por ser acciones no registradas o no reconocidas como acciones cuidativas.

Los objetivos específicos que se llevarán a cabo para la consecución del objetivo principal son:

- Observar aquellas acciones de cuidado que realizan las enfermeras y auxiliares de enfermería de la unidad y que a pesar de ser habituales en su trabajo, no suelen ser reconocidas como un cuidado profesional sustentado en una base teórica y realizadas con la finalidad de aportar un cuidado profesional que se cree necesario para el paciente en ese momento.
- Conocer la percepción de los profesionales acerca del cuidado invisible, su trascendencia, el valor que se le reconoce socialmente, interprofesionalmente y desde el sistema.
- Conocer de ese cuidado invisible qué se refleja en los registros de enfermería y qué no.
- Reflexionar sobre los motivos que llevan a que gran parte del trabajo de enfermería sea intangible y no se reconozca como parte de la profesión.

## Metodología

---

### ➤ Paradigma/perspectiva de la investigación:

El enfoque escogido para esta investigación ha sido cualitativo y por ello, intensivo, emergente y subjetivo (Pla, 2007) incorporando las percepciones y creencias tanto del investigador como de los participantes (Eisner, 1981; Leininger, 1985; citado por Burns y Grove, 2004). Se escoge esta metodología pues pretendiendo descubrir cual es la naturaleza del trabajo de enfermería (Iñiguez, 2004) a través de la comprensión de las actuaciones de los profesionales, dando sentido y acercándonos al significado de las mismas (Alonso, 2003; citado por Pla, 2007), buscando hacer comprensible lo familiar de una manera contextual (Janesick, 2000).

Escoger este tipo de metodología de investigación tiene que ver con mi interés personal y profesional de comprender la globalidad del fenómeno, desde una perspectiva holista y sumergirme en la complejidad, profundidad y riqueza de los fenómenos humanos (Burns y Grove, 2004). Así pues, éste estudio se sitúa en un paradigma humanista interpretativo, orientado desde un interés práctico y desde una perspectiva comprensivista, aceptando que los enunciados científicos se basan en vivencias subjetivas (Gómez et al. 2006). Este trabajo además aporta una orientación socio-crítica, pues entiendo que los sujetos están en constante interrelación activa con la dimensión macrosocial (Mejía, 2004) y por tanto, los comportamientos tienen sentido dependiendo del contexto que los rodee y la conformación social, cultural, histórica, etc. (Gómez et al., 2006)

Los principios metodológicos que han guiado y caracterizado el proceso de investigación han sido (De Lorenzo, Pla y Vaquero, 2007):

- Partir de la vivencia del participante, para comprenderla y explicarla, creando un clima de confianza, escucha activa y profundo respeto.
- Estudiar a los sujetos en su contexto, aceptando la realidad como subjetiva, diversa, múltiple, por lo que el conocimiento generado es multivocal.
- Mantener una mirada holista orientada a la comprensión global del fenómeno y del contexto social, histórico,... en el que éste se da, desde una orientación transformadora y de mejora de la praxis profesional y de la sociedad.
- Asegurar el cumplimiento de los principios éticos como la confidencialidad, no maleficencia, respeto, no realizar juicios de valor...
- Garantizar que los participantes dispongan de suficiente información acerca de la investigación, así como, permitir libremente la

retirada de la misma si lo desean (Davis, 1980; citado por Lipson, 2005).

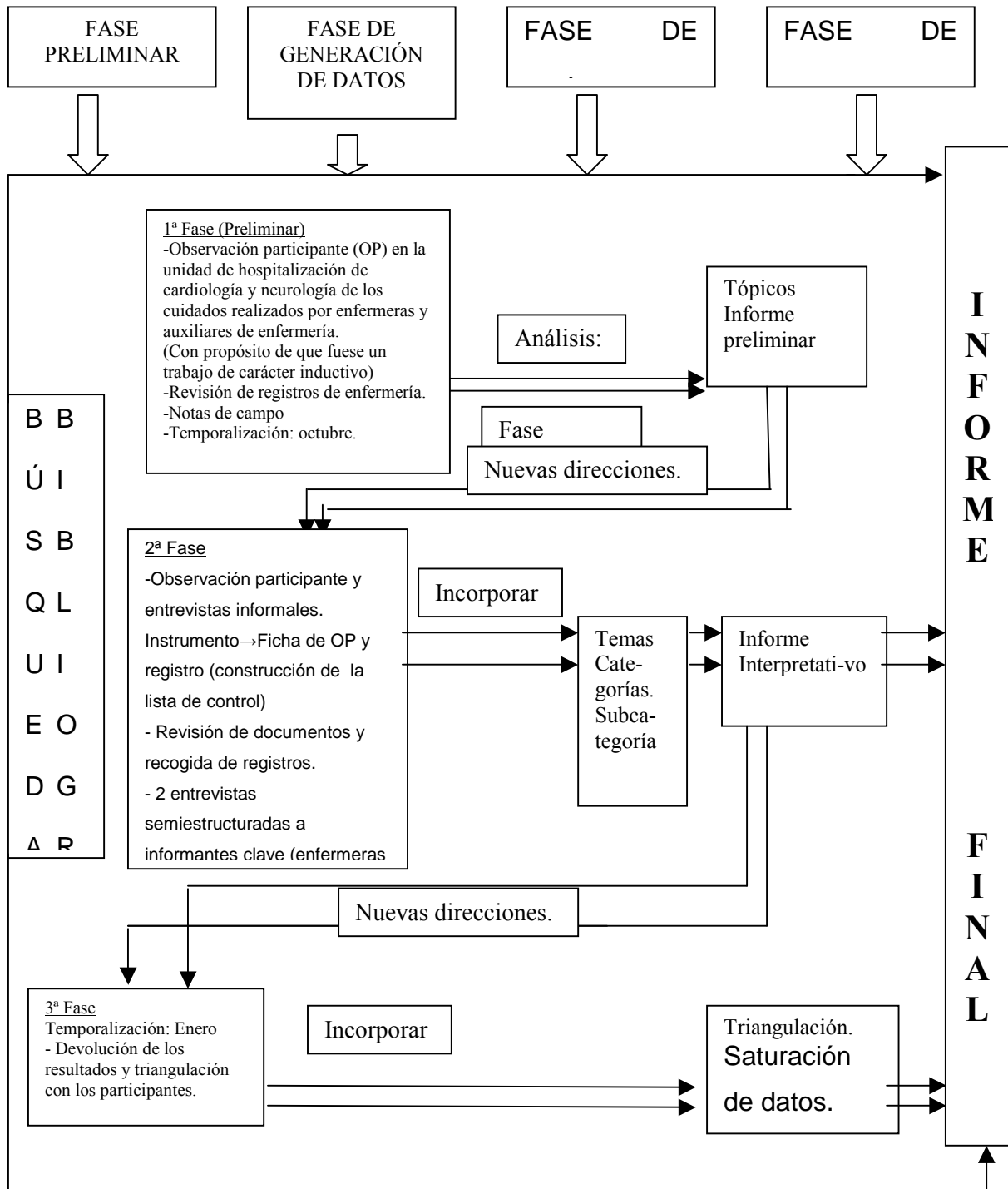
- Considerar en todo momento los riesgos y beneficios de las decisiones que se tomadas en el proceso (Davis, 1980; citado por Lipson, 2005).
- Generar un proceso emergente, recursivo, flexible y dinámico.
- Asegurar el cumplimiento de los criterios de rigor y calidad, como la reflexividad, adecuación metodológica, relevancia y validez (Calderón, 2002) y analizar en qué manera puede estar influyendo en la investigación mi rol como investigadora.
- Mantener un compromiso con los participantes devolviendo los resultados de la investigación, como medio de empoderamiento de los sujetos.

➤ Método:

Dentro de las diferentes aproximaciones que existen en la investigación cualitativa, se consideró que la “etnografía”, que significa “retrato de un pueblo” (Burns y Grove, 2004), era la que mejor nos permitía acercarnos a la comprensión del fenómeno, pues es un “excelente método para capturar y comprender los modos de vida humanos en un contexto o ambiente cultural específico” (Leininger, 1985). En esta línea de investigación, nos interesa la etnoenfermería, pues se centra en la observación y documentación de las condiciones, patrones de vida o trabajo e interacción de las personas en el día a día y cómo éstos aspectos influyen en sus prácticas de cuidado como enfermeras (Wenger, 1985).

➤ Fases del diseño:

A continuación, se presenta un esquema que refleja el proceso recursivo y emergente que ha constituido esta investigación, un proceso que ha contado con tres fases que se explicarán con mayor amplitud en los apartados posteriores.



➤ Descripción del contexto:

Tomando la definición de contexto de Rodríguez et al. (1996), éste abarca el conjunto de condiciones naturales, estructurales, sociales, históricas y culturales en las que se sitúa el proceso de investigación. La investigación etnográfica “se refiere a escenarios concretos pero se enmarca en conceptos teóricos más amplios que es conveniente identificar, como el problema de la identidad, la socialización del grupo, las relaciones de poder y liderazgo, etc.” (Amezcuca, 2000), éstos nos ayudarán a definir los comportamientos individuales y colectivos en la actividad profesional (Dennerstein, 1994; citado por Cano-Caballero).

El contexto en el que se realizó la investigación fue la unidad de Cardiología y Neurología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria.

Contexto a nivel macro

Nuestro medio sanitario es hospitalocentrista, cuya orientación resulta principalmente curativa (Ruiz de Alegría, 2006-2007), por ello, el cuidado queda relegado y la actividad enfermera se centra sobretudo en la realización de tareas delegadas de la medicina, predominando así en el colectivo disciplinar el paradigma biomecanicista (Parse, 1987).

Teniendo en cuenta esto, parece evidente que existe un problema de identidad en el colectivo de enfermería, lo cual impide la visualización de su trabajo basado en unos conocimientos disciplinares propios y la enfermera sigue siendo vista muchas veces como ayudante del médico (Collière, 1991).

La práctica asistencial de enfermería se desempeña bajo el modelo de Henderson. Basándose en éste y el método científico del Proceso de Atención de Enfermería, se han desarrollado planes de cuidados estandarizados adaptables a las circunstancias cambiantes de la evolución de la persona, recogidos de forma informatizada en el programa Zaineri (Gistau, 2005). Este programa se complementa con una gráfica para el registro de constantes, dieta, patrón de eliminación...

En cambio, los auxiliares de enfermería no poseen ningún tipo de registro en el que reflejar su trabajo, con lo que se convierte en invisible si la enfermera no lo refleja.

Contexto a nivel meso

En esta unidad, se atienden hasta 38 pacientes con patologías principalmente cardíacas y neurológicas, aunque habitualmente se reciben pacientes de otras especialidades médicas.

Es destacable que las personas con patologías neurológicas, mayoritariamente accidentes cerebrovasculares (ACV) e isquemias cerebrales transitorias (AIT), frecuentemente presentan cierto nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria y un bajo nivel de conciencia, según el alcance del daño. Esto resulta determinante en el tipo de cuidados que van a necesitar (aseo, alimentación, confort, vestirse...).

Con respecto al personal, en la literatura, se refleja la influencia que tiene en la falta de reconocimiento de los cuidados enfermeros, el hecho de que la



profesión sea eminentemente femenina (Fajardo y Germán, 2004; Chamizo, 2004), las participantes que finalmente formaron parte del estudio fueron todas mujeres.

En el caso de las enfermeras, la formación de todas ellas ha sido universitaria, esto resulta relevante teniendo en cuenta que el contenido formativo y las competencias en enfermería se unificaron considerablemente con la creación de la diplomatura (García, Sainz y Botella, 2004).

En el caso de las auxiliares, varias llevan entre 20-30 años trabajando en el hospital y la formación teórica fue impartida por religiosas, otras cuya experiencia laboral es menos extensa han recibido formación profesional en centros públicos.

La distribución del trabajo es por pacientes según especialidades médicas. Cada enfermera forma una unidad de trabajo con un auxiliar responsabilizándose de un número de pacientes. El ratio enfermera/auxiliar-paciente es de 10-13 pacientes por enfermera/auxiliar en turnos de mañana o de tarde y 38 pacientes por enfermera/auxiliar en turno de noche. Esto tiene importancia en el desarrollo de este estudio pues la carga de trabajo de los profesionales es uno de los aspectos más determinantes en el cuidado que se da a los pacientes (García, López y Vicente, 2004).

Así mismo, la distribución de las enfermeras por especialidades (durante un mes en la misma especialidad) facilita en la medida de lo posible procurar un seguimiento en la evolución de cada paciente.

En cuanto a la disposición estructural de la unidad, resulta destacable la existencia de tres despachos médicos dispuestos en los pasillos y salas de descanso que confieren visibilidad y prestigio al colectivo médico, en cambio, en el colectivo de enfermería únicamente la supervisora dispone de despacho y está situado en un lugar poco visible. Esto supone un reflejo de la falta de prestigio y reconocimiento social que posee el colectivo enfermero. El resto de profesionales de enfermería, dispone de la sala de ordenadores, la sala de medicación y la sala de estar del personal.

➤ Descripción de la población y selección de participantes:

En un principio se trató de que los participantes de este estudio fueran tanto enfermeras como auxiliares con una situación laboral fija; valorando por un lado, que tienen conocimiento previo de la unidad en cuanto a organización, protocolos de funcionamiento, estructura física y distribución de materiales y recursos. Se pensó que éste hecho, permitiría que pudiesen trabajar con menos presión y así dedicar más tiempo al cuidado, que personal eventual, que debe adaptarse a una unidad que desconoce. Por otro lado, consideramos que tuviesen varios años de experiencia, pues ésta conlleva el desarrollo de un saber estético más amplio que el que pueden tener las enfermeras noveles (Carper, 1978; citado por McKenna, 1997) y una intuición que les permite centrarse en el núcleo correcto de los problemas y trabajar en ello, evitando valoraciones y soluciones improcedentes (Benner, 1987).

Sin embargo, dos participantes en el trabajo no se ajustaban al perfil indicado anteriormente, ambas llevaban un mes en la unidad pero pronto se interesaron por la investigación y por las circunstancias que se dieron, con su

aprobación decidimos que participasen en la investigación, teniendo en cuenta que su experiencia laboral era amplia e iban a trabajar en la unidad varios meses, con lo que podríamos acudir a ellas en caso de querer comentar algo acerca de los cuidados observados.

Tras el primer mes de observaciones que duró la fase preliminar, por circunstancias detalladas en el apartado “Estrategias de generación de información”, se pusieron en marcha cambios que afectaron a la selección de participantes. Se tuvo en cuenta que había profesionales con diferentes formas de cuidar, concretamente orientadas en mayor medida al cuidado técnico, esto podía ser algo que limitase la recogida de datos en torno al tema de estudio. Es por esto que se decidió centrar la observación en aquellos profesionales cuya labor observada hasta entonces comportaba mayor cantidad de cuidado intangible. Por este motivo, finalmente se tomaron en consideración los datos obtenidos del trabajo de cuatro enfermeras y dos auxiliares frente a los 10 profesionales que se consideraron en un principio, sus perfiles se presentan a continuación.

	Experiencia laboral	En unidad de referencia	En otras
Enfermera 1 (E1)	22 años	5 años	Cirugía: 7 años
Enfermera 2 (E2)	21 años	1 año	Quirófano 8 años / Plantas quirúrgicas 10 años
Enfermera 3 (E3)	28 años	Varios años	--
Enfermera 4 (E4)	21 años	1 mes	Urgencias
Auxiliar 5 (A5)	12 años	1 mes	Consultas externas
Auxiliar 6 (A6)	30 años	28 años	--

➤ Estrategias de acceso al campo y a los informantes y abandono del campo:

En un primer momento la solicitud de permiso se realizó de manera informal, presentando la idea a la responsable de docencia del hospital y a la supervisora de la unidad, las cuales, dieron su aprobación verbalmente. Posteriormente, la supervisora, como portera, informó a los profesionales de enfermería de la unidad del estudio que se quería llevar a cabo, éstos expresaron su disponibilidad, con lo que se comenzó la elaboración del proyecto en los meses de julio y agosto de 2007.

El hecho de que fuese la supervisora quien les presentase el tema de estudio pudo influir en la decisión de los profesionales, sin embargo, ella no ha tomado parte después de ese momento en el proceso de investigación por lo que pienso que este hecho no representa ningún sesgo.

Una vez terminado el proyecto de investigación, se presentó formalmente

por escrito a la responsable de docencia y a la supervisora de la unidad, acompañando con una explicación verbal de los principales elementos que guiarían la investigación, aclarando siempre que ésta era susceptible de cambios.

La responsable de docencia transmitió el propósito de este trabajo y solicitó en mi nombre a la dirección de enfermería el permiso para realizarlo en este hospital.

La petición de participación en el estudio, se hizo de forma verbal e individual, explicándoles que este trabajo pertenecía al último módulo teórico de la licenciatura y consistía una aproximación a un trabajo de investigación cuyo tema iba a ser el cuidado invisible. A continuación, les comentaba brevemente mi concepción del cuidado invisible sirviéndome de la definición descrita en el marco conceptual y mi interés por aprender de su experiencia y sacar a la luz parte de ese trabajo que realizan diariamente y que a menudo quedaba oculto. Se recalcaron las técnicas que se iban a emplear para la recolección de datos, y se garantizaba la confidencialidad. Así mismo, traté de dejar claro que mi posición allí iba a ser de observadora pero que colaboraría con ellas en la medida de lo posible. En casos de aceptar, se les entregaba un consentimiento informado por escrito.

Como contrapartida, me comprometí a entregarles los resultados de la investigación y comentarlos con ellos para conocer su visión de los mismos.

Considero que el conocimiento previo de los participantes y escenario, me facilitaron el acceso e integración en la unidad, así como el conocimiento del campo.

En cuanto al trabajo de campo, como investigadora he estado inmersa en el contexto a lo largo de los meses que duró el trabajo de campo. Mi posición en la unidad fue de “observadora como participante” es decir, “el investigador participa en las actividades grupales...si bien el rol principal del investigador es recoger datos, y el grupo estudiado es consciente de las actividades de observación del investigador” (Kawulich, 2005).

El trabajo de campo se inicia el día 4 de octubre de 2007. Las dos primeras semanas se centran en explicar a los participantes mi rol en la unidad y pedir su colaboración en este trabajo, aunque desde el principio se inicia la recogida de información a través de la OP.

El proceso tuvo una fase preliminar de un mes de duración en la que se realizaron 36 horas de trabajo de campo, dedicado a la OP y recogida de registros. Las observaciones realizadas durante esta fase no se han tenido en cuenta en el análisis de los datos, pues el día 08 de noviembre se decide un cambio en el diseño y estrategias de recogida de información que dan un giro sustancial al estudio y que se explicarán en el apartado de “estrategias de generación de información”.

Entonces se inicia la segunda fase del proceso, en la que se dedican 45 horas al trabajo de campo en la unidad. Ésta fase durará hasta el 20 de diciembre cuando se produce el abandono del campo al terminar de recoger 20 escenas con lista de control y sus respectivos registros de enfermería, así como, los documentos que recogen los “Criterios de evaluación de los registros de enfermería” y una vez se hubieron realizado dos entrevistas en profundidad

y algunas informales y puntuales tras las observaciones.

➤ Estrategia de generación de información:

Las técnicas empleadas para la generación de información han sido varias y se ha precisado una combinación de ellas acorde a las circunstancias emergentes del proceso. En un principio se planteó como técnica de recogida de información, la Observación Participante (OP) que consiste en captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo social determinado, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de su estudio (Maestre, 1990; citado por Amezcua, 2000) como un actor más en la escena (Olabeuena, 1999). Esta técnica se acompañó de la recogida de registros (evolutivos) cumplimentados por los profesionales de enfermería, con el fin de analizar cuales de las acciones de la enfermera son registradas y por tanto, gozan de un mayor valor; y en ocasiones la realización de entrevistas informales a los participantes (Denzin, 1970; citado por Vallés, 1998). Esta combinación de estrategias aporta mayor validez a la OP (Kawulich, 2005).

Más adelante se planteó la pertinencia de las entrevistas en profundidad (Anexo 6) buscando un acercamiento profundo a las vivencias y percepciones de la persona entrevistada a través de su discurso en torno al tema de estudio (Rodríguez, Gil y García, 1996).

. Éstas fueron grabadas en formato audio, para facilitar su transcripción, garantizando así ser fieles al discurso de los participantes. Se ha mantenido la confidencialidad al no identificar con nombres reales las grabaciones.

Se decidió escoger la OP frente a otras posibles técnicas como los relatos biográficos o los grupos porque consideramos que es el método que mejor nos permite comprender la organización y priorización del trabajo enfermero, así como las relaciones interdisciplinarias que se establecen, elementos de la cultura del grupo y aquellos aspectos que sus miembros estiman importantes como comportamientos, costumbres, jerarquías, modos de trabajo, interacciones, tabúes, etc. (Kawulich, 2005) y es la única manera de valorar la toma de decisiones realizada por las enfermeras en el área clínica (Tanner et al. 1987; citado por Watson, 1994).

A lo largo del proceso de investigación se ha desarrollado un diario de campo, donde se han registrado las observaciones de manera precisa, detallada (Amezcua, 2000) en lo que hemos llamado notas observacionales, es decir, reconstrucciones minuciosas y concretas de las observaciones (De la Cuesta, 2007). Además incluye, notas analíticas sobre el significado que nos sugerían en un momento dado los datos y sobre la influencia de mi rol como observadora para asegurar así la reflexividad (Calderón, 2002), notas personales de lo que suponía para mí como investigadora el proceso de realización de este trabajo y metodológicas acerca del método a llevar a cabo a lo largo del proceso (De la Cuesta, 2007).

A continuación, se explica con más detalle las circunstancias que se dieron durante el proceso y las modificaciones estratégicas que se produjeron en consecuencia.

En un primer momento se recopilaron 21 escenas mediante la técnica de OP, tratando de que la mirada fuese abierta y de que los tópicos surgiesen de

manera inductiva en la observación de acciones cotidianas de las participantes. Igualmente se tuvieron en cuenta las notas de campo tomadas en ese periodo.

Con esto en una primera aproximación analítica, los tópicos emergentes fueron principalmente el cuidado del confort físico como el más observado, así mismo, la comunicación no verbal también adquiere un papel importante dentro del cuidado, pudiendo observarse acciones como mostrar cercanía, contacto visual, tacto y tono de la voz. Además del uso de la comunicación verbal para transmitir mensajes informativos, educativos, para usar del humor o como medio para adentrarse en las emociones de las personas. En menor medida, aparecían acciones de cuidado de la intimidad, o hacer la ronda sin ser llamada, así como acciones en las que la enfermera actuaba como gestora entre diferentes servicios y escenas en las que se observaban las relaciones en el equipo multidisciplinar dirigidas al cuidado.

Resultaba sorprendente que las participantes fuesen capaces de reconocer que había una parte de cuidado intangible y que contasen ejemplos de su propia experiencia cuando se les planteaba la investigación y que una vez en el campo apenas se pudiesen observar acciones de este tipo. Esto nos hizo replantearnos qué elementos del diseño inicial podían estar entorpeciendo la visualización de ese cuidado intangible y poner en marcha estrategias para evitarlo:

- La estrategia planteada en un primer momento era la recogida de datos en los diferentes turnos aunque durante el periodo mencionado el 70% de las observaciones se realizaron en turno de mañana y el 30% restante en turno de tarde. Se comprobó que en el turno de mañana, las enfermeras dedican gran parte de su tiempo al trabajo delegado y a las tareas de carácter más técnico y se optó por centrar la OP en turnos de tarde.

- En relación a los participantes, al principio se tomaron como referencia todos aquellos que firmaron el consentimiento, tanto enfermeros como auxiliares. Sin embargo, reflexionamos acerca de la idoneidad de intentar abarcar a todos los profesionales y pensamos que la socialización profesional, la experiencia, la sensibilidad para el cuidado y la disposición para entrar en el mundo del paciente, era diferente en los profesionales y que de estos factores y otros dependía el hecho de desarrollar en mayor o menor medida el cuidado invisible en su trabajo, por lo que la OP se centró en aquellos en los que se había observado mayor actividad en torno al cuidado intangible.

- En esta misma línea de reflexión en torno a los elementos que dificultaban la observación del cuidado invisible y a la luz de los datos recogidos, otro aspecto que emergió de los datos es que los pacientes que se encontraban en una situación más crítica a nivel físico, emocional o social, eran objeto de mayor cantidad de cuidados a estos niveles y de mayor cuidado invisible, que aquellos cuya situación era más aguda y que tenían una pronta recuperación y alta. Por ello, planeamos estar al tanto antes de comenzar el turno del historial de los pacientes, del motivo de ingreso y de su estado actual y que los profesionales valorasen qué personas estaban en peor estado y requerirían más cuidados de todo tipo.

Pasado un mes de trabajo en el campo y con el análisis extraído hasta entonces, nos planteamos realizar ciertos cambios en las técnicas y fuentes de la investigación.

Se optó por una observación más focalizada hacia ciertos aspectos del cuidado, para evitar un trabajo excesivo de observación, transcripción y análisis de acciones que no eran consideradas de cuidado invisible. Para ello, elaboramos una lista de control, es un método sencillo de registro de observaciones, una lista de conducta. Su objetivo básico es recordarnos que se debe detectar la presencia o ausencia de comportamientos que nos parecen importantes (Pérez, 1994)

Ésta se compuso con diferentes ítems relativos al cuidado intangible, entre ellos se encuentran los extraídos de las observaciones realizadas en el campo hasta el momento, otros fueron considerados a la luz de la experiencia del equipo y la bibliografía, asimismo, se tuvieron en cuenta acciones de cuidado que enfermeras y auxiliares consideraban invisibles y se destinó un apartado para el registro de cuidados que pudiesen surgir y que no habían sido contemplados en la lista de control. El empleo de esta herramienta de observación supuso un giro importante en el diseño de investigación convirtiéndose en un trabajo de carácter predominantemente deductivo. No obstante, se ha procurado no perder el propósito inductivo que caracteriza la perspectiva cualitativa utilizando la lista de control como herramienta para centrar la observación y recordar lo observado, pero respetando al transcribir el transcurso de los hechos en cada una de las escenas, manteniendo un sistema narrativo que trataba de evitar extraer las conductas, acontecimientos, acciones de su contexto natural (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Además se planificó un aumento de las técnicas pensando que quizás la recogida de información a través de la OP no iba a ser suficiente para la consecución de los objetivos. Se introdujeron las entrevistas en profundidad semiestructuradas, buscando contrastar los datos obtenidos a través de observaciones y registros, así como su percepción acerca del cuidado invisible. Se entrevistó a dos enfermeras de las seis participantes.

Todas estas modificaciones con respecto al diseño inicial se han realizado para tratar de centrar la observación, economizando el tiempo de observación durante el turno y evitar emplear más del necesario en escenas que no contenían cuidado invisible y poder invertirlo a su vez, en la observación de nuevas escenas.

#### ➤ Estrategia para el análisis e interpretación de la información:

El análisis es una herramienta para descubrir el significado de un mensaje (Gómez, 2000). Como refiere Janesick (2000) el diseño cualitativo requiere un análisis continuo de los datos, por ello, tuvo lugar en diferentes momentos del proceso.

El proceso de análisis de los datos se ha realizado de forma manual y comienza en el mismo momento en el que se realizan las primeras observaciones. En la fase preliminar se realiza un análisis superficial para delimitar las áreas de interés a explorar y posteriormente elaborar la lista de control.

En la segunda fase del proceso, a pesar de haber empleado una lista de control para la recolección de datos, se trató de que el análisis fuese lo más inductivo posible. Para ello, se hizo un preanálisis (Vaquero, 2002; Pla, 2007)

examinando sistemáticamente las notas observacionales (trascritas respetando el discurso natural de los acontecimientos), como toma de contacto con el objeto de estudio.

Posteriormente, se seleccionaron las unidades de registro y contexto mediante la fragmentación de las escenas observadas y sus correspondientes notas de registro (codificación) (Pla, 2007)

Finalmente, se agruparon según la similitud de su significado o su propósito elaborando el sistema categorial que permitiese ubicar los cuidados en torno a diferentes tópicos (Boronat, 2005), procurando respetar los requisitos de congruencia, generatividad, nivelación semántica y asignación exclusiva (Vázquez, 2002-2003).

El análisis de los registros se ha realizado simultáneamente al de las notas observacionales, elaborando una tabla en la que se pudiese apreciar de manera paralela los cuidados que los participantes realizaban con lo que registraban sobre ellos.

Reconstrucción de escenas observadas	Notas de registro de enfermería
--------------------------------------	---------------------------------

Para analizar las entrevistas en profundidad se ha empleado el análisis de contenido categorial, respetando el carácter inductivo caracterizado por la emergencia de temas y patrones de los datos (Janesick, 2000).

Para asegurar la validez de los resultados, a lo largo del proceso las interpretaciones de los datos se han consultado con otros investigadores, para certificar el rigor y la transparencia en el desarrollo de cada fase (Calderón, C. 2007)

A continuación se muestra el sistema categorial que obtuvimos tras el análisis concienzudo y recursivo que se ha realizado a lo largo de todo el proceso de investigación:

**1. Intervenciones comunicativas realizadas desde el conocimiento profesional al ámbito emocional del usuario y/o familia:** esta categoría aglutina observaciones relacionadas con la comunicación terapéutica desarrollada por los profesionales de enfermería para el cuidado del área psicoemocional de los pacientes y sus familiares.

**1.1. Comunicación Verbal con el paciente:** Esta subcategoría recoge todas las observaciones relacionadas con elementos de comunicación verbal que emplean los profesionales de enfermería como el uso de la empatía, confortar, explorar emociones o informar para reducir sentimientos negativos.

**1.2. Comunicación No Verbal con el paciente:** Esta subcategoría aglutina observaciones relativas a la comunicación no verbal que los profesionales de enfermería emplean como la escucha activa, el tacto y la disponibilidad actitudinal.

**2. Intervenciones realizadas desde el conocimiento profesional al cuidado del confort, la intimidad, el dolor:** Esta categoría aglutina las observaciones relacionadas con los cuidados realizados por los profesionales de enfermería dirigidos a proporcionar confort, aliviar el dolor y respetar la intimidad física de los pacientes.

**3. Intervenciones creativas del profesional dirigidas al cuidado:** Esta categoría aglutina las observaciones relativas a la creación de instrumentos terapéuticos por parte de las enfermeras para el cuidado.

**4. Intervenciones con el equipo para el cuidado del paciente y la familia:** Esta categoría aglutina las observaciones relacionadas con el trabajo en equipo que realizan los profesionales de enfermería para proporcionar cuidados.

**4.1. La enfermera en la gestión de los servicios:** Esta subcategoría recoge las observaciones relacionadas con acciones de coordinación que realizan las enfermeras para asegurar el cuidado de los pacientes.

**4.2. Comunicación en el equipo:** Esta subcategoría recoge las observaciones y notas de campo relacionadas con las relaciones que la enfermera establece con el resto de miembros del equipo multidisciplinar.



➤ Resultados y discusión:

Con este informe se pretende dar respuesta a las preguntas que nos planteamos al inicio de la investigación, a través de la interpretación de los datos obtenidos durante el trabajo de campo. Las cuestiones a las que queremos responder son ¿qué acciones de cuidado que realiza la enfermería en su trabajo habitual resultan “invisibles” o “intangibles”? ¿Qué de lo relativo a estos cuidados es reflejado por los profesionales en los registros y que no? ¿Qué motivos les llevan a realizar determinados cuidados? ¿Qué elementos llevan a que gran parte del cuidado de enfermería sea intangible?

Durante el trabajo de campo, se han generado datos a través de diferentes técnicas, como son la observación participante dirigida, la revisión de registros de enfermería y documentos y entrevistas. Con todos ellos, pretendemos construir este informe descriptivo-interpretativo, para tratar de acercarnos a la comprensión del fenómeno de los cuidados invisibles.

Antes de comenzar a desarrollar lo relativo a los cuidados que se han observado, comentaremos ciertas consideraciones generales sobre los registros de enfermería.

A pesar de que la introducción de la información clínica informatizada comporta ventajas en la gestión de la información y el conocimiento y buscan una mejora del potencial de los entornos de práctica clínica (Snyder-Halpem, Corcovan-Perry y Narayan, 2001), aún quedan aspectos que mejorar para que el ejercicio de registrar facilite el trabajo de las enfermeras en lugar de suponer una carga.

Las entrevistadas hablan ampliamente de las dificultades que les plantean los registros, por un lado reconocen que son importantes y necesarios, pero por otro refieren que registrar les lleva mucho tiempo. En relación a esto, en una de las observaciones se midió el tiempo que la enfermera dedicaba en un turno a registrar, concretamente destinó 50 minutos de su jornada de 7 horas. Las participantes son conscientes de que registrar les resta tiempo para desarrollar su labor fundamental, el cuidado, además comentan que esto les suscita sentimientos negativos.

*“Y a mí eso me crea a veces malestar, porque dices ¿qué estoy haciendo? (...) Estoy haciendo lo que me piden vale, pero ¿esto es lo que hay que hacer? ¿No es más importante en vez de tanto registrar (...), estar con esa persona y a ver qué le pasa o a ver qué te cuenta...? (E1-7)”*

Otro aspecto destacable en el discurso de estas enfermeras, es que lo que el sistema valora de su labor no está enfocado realmente al fondo del trabajo que realizan, se evalúa lo que han registrado, sin tener en cuenta si las valoraciones y los cuidados aportados eran apropiados para cada paciente en sus circunstancias personales. En relación a la evaluación que el sistema realiza de la calidad del registro de evolución de enfermería, los criterios que se emplean para puntuar la labor de las enfermeras evalúan si se ha registrado o no: la valoración del paciente y que cada paciente tenga un plan de cuidados bien sea estandarizado o elaborado por la enfermera, nuevas situaciones del paciente, la razón de omitir tratamientos/cuidados y si se ha reflejado en la

evolución algún cambio que afecta al plan de cuidados estandarizado se modifique el plan. Viendo esto, no es de extrañar que las enfermeras sientan que no se tiene en cuenta su capacidad como cuidadoras y más cuando únicamente se toma como realizado lo que queda registrado.

Así mismo, comentan que uno de los motivos de no dedicar más tiempo al cuidado invisible, refiriéndose a este como el cuidado no técnico, es que no hay tiempos destinados para ello en la distribución diaria de las tareas y la elevada estructuración del trabajo apenas la permite, no se contempla en los protocolos (Anexo 5) ni desde el sistema se les demanda. Interpreto entonces que su realización queda en función de la voluntad del profesional, su capacidad y la disponibilidad de tiempo que tenga. Esto es respaldado por Collière (1991) que refiere que las decisiones que comprenden acompañamiento, ayuda y colaboración para satisfacer las necesidades, estímulo para el desarrollo y autonomía respecto de la enfermedad, todos ellos cuidados vitales, han sido abandonados a la “entrega” y “conciencia profesional”, convirtiéndose en acciones de segunda categoría que no requieren ninguna pericia especial, o bien cuando una enfermera los prodiga no los considera parte de su trabajo con lo que los efectos terapéuticos no son tomados en consideración (citado por García, López y Vicente, 2004).

Quizás por esto, lo que principalmente es registrado por parte de las enfermeras, tiene que ver en su mayoría con la valoración al ingreso, datos significativos de la evolución médica, cambios de tratamientos, pruebas, pero en lo que se refiere a los cuidados de enfermería, los datos que se reflejan se centran en los resultados omitiendo el proceso de pensamiento que ha llevado a la persona a decidir qué cuidados son los apropiados entre las diferentes opciones y los pasos que se han tenido que dar para llegar al resultado. A continuación se expone un ejemplo que ilustra lo que hemos comentado, una paciente no era capaz de comunicarse pues era portadora de una traqueotomía, su deseo por expresarnos algo resultaba visible, la enfermera pone en marcha varias acciones para tratar de comunicarse con ella (tapar cánula, dar pizarra...) pero finalmente no lo consiguen y la paciente muestra expresiones de rabia, esto es captado y contrastado por la enfermera la cual trata de consolarla mediante la comunicación verbal, el tacto, la presencia, la disponibilidad, etc. Lo que la enfermera registró de este momento fue:

*“(…), intenta comunicarse pero no logramos entenderla, se intenta que escriba pero no es capaz. Al final parece enfadarse por no podernos entender, algún rato llora”.ESCENA 37*

El hecho de no reflejar realmente los cuidados que desarrollan puede deberse a que las profesionales cuya experiencia laboral es extensa desarrollan un saber intuitivo, tácito, automático (Polanyi, 1958; citado por McKenna, 1997; Benner, 1996), esto contrasta con el pensamiento analítico y la sistematicidad que se requiere para elaborar los registros, que exige de las enfermeras explicitar lo que en ellas es implícito. Esto unido a otras dificultades que expresan como los cambios que se han ido dando en el forma de registro que se les pide desde la dirección, la falta de experiencia y formación en el manejo de ordenadores, dificulta que las enfermeras acepten y se adapten a esta forma de registro informatizado.

Considerando todas las dificultades anteriores podemos decir que el sistema está fomentando un rol laboral en los profesionales que contribuye a hacer invisible el cuidado, pues son los intereses de la empresa los que marcan la conducta de los empleados, no se les pide que desempeñen todas sus habilidades sino que deben cumplir unos requisitos mínimos en el ejercicio laboral (López, C. 1999); por lo que la delimitación del campo profesional se basa más en criterios corporativos que en las necesidades de los pacientes (Jovell, 1999). Por tanto, los registros se elaboran en función de lo que el sistema les demanda, sin profundizar en los juicios profesionales que realizan y que pueden contribuir a mostrar toda la labor intrínseca que conlleva la atención y cuidado a los pacientes.

Si la evaluación del trabajo de enfermería estuviese orientada a la labor que realizan y no tanto a lo que registran su trabajo se vería más reconocido, esto proporciona motivación a los profesionales, lo cual sería beneficioso tanto para los propios trabajadores, como para los pacientes a los que cuidan y en consecuencia para el sistema, pues aumenta el compromiso y sentido de responsabilidad de los profesionales (Maracara, 2002).

Siendo que el servicio de salud apuesta por un modelo de gestión, basado en la excelencia con el que se persigue un servicio sanitario eficaz y de calidad para la atención a los pacientes (Plan Estratégico Osakidetza, 2003-2007), creemos necesario que desde el sistema se trabaje para adaptar los recursos a las necesidades de los profesionales y procurar que éstos faciliten lo mejor posible el trabajo administrativo, permitiendo que los profesionales de enfermería puedan dedicar más tiempo al desarrollo de su labor en el área del cuidado y a partir de ahí se pueda formar a los trabajadores en diversos aspectos que contribuyan a hacer visible la enfermería.

En relación con la primera cuestión que nos planteábamos, brevemente y para situar al lector en lo que a continuación se irá desarrollando, comentar que las acciones observadas en el trabajo de enfermería se centran fundamentalmente en cuatro grandes líneas de cuidado invisible. Estas son, el cuidado emocional de pacientes y sus familiares a través de la comunicación verbal y no verbal, así como el cuidado dirigido al bienestar fundamentalmente físico como puede ser el confort, la intimidad física o el cuidado del dolor, así mismo, hemos visto como las enfermeras desarrollan sus habilidades, capacidades e ingenio para cuidar y cuidar mejor, elaborando estrategias creativas. Por último, se ha observado la labor de la enfermera como coordinadora de servicios y recursos para la búsqueda del bienestar de los pacientes y sus relaciones comunicativas con el resto del equipo.

Frecuentemente, en conversaciones informales con los profesionales de la unidad e incluso en las entrevistas en profundidad, al hablar del cuidado invisible, éste era por parte de las enfermeras y auxiliares rápidamente asociado a la comunicación terapéutica y el trabajo emocional con los pacientes, esto resulta sorprendente cuando se han observado muchas otras acciones de cuidado invisible dirigidas a otros ámbitos. Esto nos hace plantearnos, si los propios profesionales de enfermería tienen una conciencia real de la cantidad de trabajo que realizan y que resulta ser intangible.

Esto último puede estar influido por varios elementos, entre otros, la

subordinación implícita que existe aún hoy de la enfermería a la medicina (Melosh, 1992; citado por Medina, 1999; Fajardo y Germán, 2004) que ha llevado a la primera a priorizar la realización de actividades profesionales dependientes frente a las independientes (Cano-Caballero, 2004). Esto junto con falta de definición del trabajo enfermero (Benítez, 2004) como disciplina con funciones independientes (Torres y Sanhueza, 2006), la elevada estructuración del trabajo hospitalario en un sistema en el que impera la tecnología, la aplicación de servicios con el mínimo coste posible y las plantillas reducidas (García, López y Vicente, 2004) y en el que lo que se valora del trabajo de enfermería fundamentalmente es cómo se registra, contribuye a que los cuidados, principalmente los no técnicos queden diluidos en la práctica diaria.

Comenzaremos comentando una de las áreas que queremos desvelar del trabajo de la enfermería que ha resultado totalmente emergente en este estudio, es el desarrollo de estrategias creativas para elaborar utensilios que les permitan proporcionar cuidados, movilizándolo los recursos materiales y humanos a su alcance. Como refiere De la Cuesta (2007) el cuidado es un trabajo que requiere inventiva, en el siglo XIX la capacidad de transformar los objetos cotidianos en instrumentos terapéuticos distinguía a las enfermeras profesionales. Hoy en día las enfermeras siguen inventando artilugios que marcan la diferencia en el cuidado. En una de las situaciones observadas, un paciente intervenido de una fractura cubital presenta un dolor insoportable, la enfermera trata de aliviar por todos los medios el dolor que los analgésicos no consiguen calmar. La enfermera recorre la unidad buscando los materiales que necesita, con una venda, una almohada, un palo de gotero que cuelga del techo y esparadrapo fabrica un sistema que permite al paciente tener el brazo lo suficientemente elevado para que el edema disminuya y con ello la presión del miembro afectado, además de facilitarle la movilización de los dedos y la circulación sanguínea.

No hay fórmulas ni protocolos que enseñen esto, es un arte que está en el conocimiento tácito (Polanyi, 1958; Slevin, 1995; citado por McKenna, 1997) de las enfermeras.

*“(...) somos imaginativas, mucho, tremendamente imaginativas... Yo he visto en cirugía (se ríe) hacer unos artilugios para recoger por ejemplo, fístulas o exudados, cosas que salen de, de... hacer conexiones con esta sonda, con la otra para ponerle, para... ¡hacer unos inventos! (E1-34a) (...) y eso encima, nadie te lo explica como... porque cada caso es diferente y tienes que buscarte la vida... (E1-35a)”*

Este tipo de estrategias conllevan casi siempre una inversión de tiempo importante, pues requiere la búsqueda del material necesario que en ocasiones no se encuentra en la unidad y el ensayo-error hasta dar con el “invento” apropiado para cada caso. Cuando la enfermera dispone de escaso tiempo, prioriza lo más fácil y lo más rápido que casi siempre son las actividades delegadas y el rol de empleada, renunciando a la parte más importante de su trabajo: al cuidado que exige reflexión; el que apoya y refuerza a la persona (Alberdi, 2000). Sobre los registros de este tipo de cuidados, hemos visto que no siempre quedan reflejados y que si se reflejan no recogen completamente ni

los pasos realizados por la enfermera ni todos los propósitos que se pretendían con las estrategias desarrolladas, por lo que podemos decir, que no se aprecia en los registros esa capacidad de reflexión e inventiva, a pesar de que son cuidados profesionales pues requieren conocimientos de anatomía, fisiología, física...y sobre todo querer y saber cuidar.

Otro tipo de cuidados que los profesionales llevan a cabo y que están más directamente relacionados con el área física de la persona pero consideramos cuidados intangibles, son los referentes al cuidado de la intimidad.

Numerosos documentos legales garantizan el derecho a la intimidad de las personas como la Constitución Española (1978), la Ley de Autonomía del paciente (BOE, 2002) y el Código Deontológico de Enfermería (CIE, 2000). Somos conscientes de que el término intimidad puede referirse a diversas áreas como la intimidad emocional o la protección de los datos, sin embargo en este informe nos referiremos al cuidado de la intimidad física. Durán (1999) considera que la intimidad es un valor oculto, que no es tangible para los demás. Sin embargo, las enfermeras tienen la obligación legal y moral de cuidar la intimidad de sus pacientes.

Cuando una persona entra en el hospital, puede sufrir situaciones en las que experimente desposesión de su intimidad (Asociación de bioética fundamental y clínica, 2005), por lo que cualquier intervención con el paciente por parte de los profesionales de enfermería debe evitar esto y respetar escrupulosamente el derecho a la intimidad (Comisión Deontológica, 2006). La dependencia temporal o permanente que puede provocar la enfermedad para las tareas más elementales e íntimas puede incomodar a los pacientes (Iraburu, 2006). El cuidado de la intimidad se ha observado en todas las participantes y aunque es un aspecto del que no se registra nada, ellas son conscientes del deber que tienen con los pacientes de preservar su intimidad. Las acciones realizadas en este ámbito las dirigen a diversos elementos, como asegurarse de que la cortina que separa a los pacientes que comparten habitación esté adecuadamente dispuesta para proporcionar intimidad en curas, exploraciones o higienes. Igualmente, destapar únicamente las partes necesarias del cuerpo de los pacientes, solicitar a los familiares de los pacientes que salgan de la habitación cuando se va a realizar cualquier intervención que requiera que la persona se desvista o tener la delicadeza de pedir el consentimiento a los usuarios cuando se pretende invadir su espacio íntimo.

En esta misma área de cuidados físicos, la atención del dolor debe ser un objetivo terapéutico preferente en el cuidado, contribuyendo al bienestar físico y emocional del paciente (McCaffery y Beebe, 1992). El cuidado del dolor, como una de las participantes expresa, a veces queda relegado a la administración del tratamiento farmacológico por ser más cómodo, sin embargo, se han observado cuidados en los que el manejo del dolor por parte de las participantes no se centraba en la administración de medicación sino en la valoración del dolor que el paciente presenta, búsqueda de soluciones y explicación a los pacientes sobre cómo lo que ellas hacen puede disminuir o paliar su dolor. Según la IASP (Internacional Association for the Study of Pain) el dolor no afecta únicamente a la dimensión somática de la persona, siempre supone una experiencia desagradable que afecta al individuo a nivel emocional. Debemos tener en cuenta que la incapacidad para expresar

verbalmente dolor no niega que se esté experimentando. En este sentido una de las participantes en un caso en que la paciente no es capaz de comunicarse verbalmente pero comprende y busca expresarse por gestos, la enfermera aprovecha esta posibilidad para valorar si la paciente tiene dolor.

*E2: MJ, contéstame con la cabeza ¿tienes dolor? La paciente asiente y E2 se lo vuelve a preguntar, la paciente vuelve a asentir (37-21) (...) Entramos otra vez en la habitación y E2 le explica a la paciente que le trae el calmante “esto te calmará el dolor y te encontraras mejor porque te bajará esa fiebre que tienes (...)” (37-26a)*

Resulta destacable que la enfermera tras valorar que la paciente presenta dolor y actuar en consecuencia, no registra en el evolutivo que la persona ha expresado dolor ni que ella ha tratado de tranquilizarla explicándole que trataba de aliviar su malestar, sino que se limita a registrar aquello que tiene que ver con la vigilancia de síntomas y los tratamientos médicos administrados.

*“A primera hora unas décimas de fiebre (...) 18h, pongo Nolotil®.”*

Esto puede deberse a que tradicionalmente la enfermería como oficio se ha orientado más hacia el “hacer” (Collière, 1991) que hacia el pensar, donde se desvalorizaba el ejercicio de sentarse a reflexionar sobre la propia práctica.

Otro tipo de cuidados que desatacaremos es el del confort, reconocido por Abdellah y Levine (1986; citado por Basurto, 2006) como una necesidad humana que la enfermería debe cubrir si la persona no es capaz de satisfacer por si mismo a causa de la enfermedad o dependencia, evitando así una situación de estrés provocada por el disconfort. Los cuidados de confort que los profesionales de enfermería elaboran van dirigidos a proporcionar el mayor bienestar y calidad de vida posible a las personas (Asociación de bioética fundamental y clínica, 2005) y son fundamentales para el mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pacientes hospitalizados (Maracara, 2002), por ello, se han tenido en cuenta en este trabajo. Las enfermeras y auxiliares pueden aliviar el sufrimiento de los pacientes promoviendo su experiencia de confort, por medio de actividades habituales que proporcionen a los pacientes un sentimiento de confort físico (Taylor, 1992, Morse, Bottorff y Hutchinson, 1995, Moore y Gilbert, 1995; citado por Fagerstrom, Erikson y Engberg, 1998).

Los cuidados observados en este sentido iban dirigidos a la atención de diferentes necesidades de la persona, así la higiene, vestir, la alimentación, el descanso, la alineación corporal son necesidades que las profesionales cubren entre otras cosas proporcionando confort. Hemos observado como alimentar a un paciente no se centra únicamente en la ingesta, sino que las profesionales tratan de adaptar la dieta a los gustos del paciente, así como la temperatura y la condimentación. En cuanto al descanso, se han observado acciones de las enfermeras dirigidas a proporcionar una temperatura, una posición corporal o una intensidad de luz adecuada para el reposo.

Hay que añadir que el trabajo de las auxiliares, está muy orientado a este cuidado del bienestar, así el momento del aseo de los pacientes podríamos decir que se constituye como todo un proceso de dar confort. Así, la higiene, el

cambio de ropa y ropa de cama, la hidratación de la piel, peinar y perfumar a la persona, son actividades que las auxiliares realizan a diario y que generalmente no quedan reflejadas pero que ocupan un importante periodo de tiempo en el trabajo de estos profesionales.

*OP: Le empieza a peinar mientras me dice a mí, “ves, esto es cuidado invisible (...)” (31-23)*

En nuestro medio una parte importante del cuidado lo proporcionan los acompañantes (De la Cuesta, 2007), los profesionales son conscientes de este hecho y en ocasiones cuidan también el confort de los cuidadores en la medida de sus posibilidades.

*OP: (...) échate a dormir en esta cama que ya está preparada-dice señalando a la cama contigua (41-9b) (...) no se va a ocupar (...) así que puedes estar tranquila, a ver si así puedes descansar un poco mejor porque toda la semana haciendo noches... (41-9c)*

A menudo los cuidados de confort se dan por hecho en la labor enfermera, así las propias enfermeras omiten casi la totalidad de los cuidados que realizan en este sentido en los registros y se limitan a registrar lo que tiene que ver con las técnicas, a pesar de que para realizar una técnica hayan asegurado el confort del paciente.

*OP: (...) se dispone a ponerle una vía en el brazo, comenta que se la va a poner en un lado de la muñeca porque “tienes buenas venas y ahí no te molestará para doblar el brazo” (37-27).*

*Registro: Pongo vía periférica en ESD (extremidad superior derecha).*

Otro aspecto tenido en cuenta en este estudio es la comunicación como área importante del cuidado de enfermería para una asistencia de calidad y que contribuye a promover el cuidado emocional. “Es por medio de la comunicación como la enfermera puede cumplir con el objetivo de su profesión, ayudando a los individuos y a las familias a prevenir y afrontar la experiencia de enfermedad y el sufrimiento y, es caso necesario, ayudarles a dar sentido a estas experiencias” (De la Cuesta, 2004; citado por Naranjo y Ricaurte, 2006).

Bien es cierto que el cuidado emocional esta ampliamente desarrollado en la bibliografía y se incluye en la filosofía de la unidad en la que se menciona una labor de enfermería dirigida al cuidado integral de la persona, no obstante, existe una incoherencia entre la filosofía que se proclama y las actividades que se demandan del personal de enfermería, las cuales están completamente organizadas y dirigidas a la realización de tareas delegadas, vigilancia de signos y síntomas, técnicas y tareas administrativas (Anexo 7). Esto mismo lo refiere Medina (1999) en relación con la educación enfermera basada en la racionalidad técnica, que aunque poco a poco ha ido dirigiéndose a posiciones más humanistas, sin embargo, no hay una coherencia entre la filosofía que se asume y los contenidos que se imparten (Medina, 1999). Por tanto, si esto es inculcado en los profesionales desde que son estudiantes de enfermería, el cambio de perspectiva del determinismo biológico hacia complejidad de una atención basada una visión biopsicosocial y espiritual de la persona es

complicada, por lo que parece necesario que el cambio se produzca desde la formación de futuros profesionales.

En este sentido, no sólo se han observado cuidados dirigidos al área psicoemocional de los pacientes, sino también de sus familias. Aunque los profesionales estamos más en contacto con los pacientes, debemos considerar que la familia es una unidad, que sufre también la experiencia de ingreso de su familiar, y que debemos tener en cuenta en el plan terapéutico desde una perspectiva humanizadora de la atención a la salud (González et al. 2005; Barbosa y Azevedo, 2006).

Creo importante destacar que aunque en este informe se desarrollaran las áreas de comunicación verbal separadas de las de comunicación no verbal, éstas en todo momento son simultáneas, pues cuando expresamos algo no sólo lo hacemos con palabras, todo nuestro cuerpo habla también, sin embargo, se ha decidido realizarlo de este modo para facilitar el discurso de este documento.

Con respecto a la comunicación verbal observada, las áreas más destacables son la empatía, la confortación, la expresión de disponibilidad, la exploración de emociones y la aportación de información con el fin de tranquilizar y reducir la ansiedad que el proceso de enfermedad y el ingreso provocan.

Comenzaremos hablando de la empatía que según Pike (1990) es la clave para la comunicación del interés y apoyo al paciente; se puede establecer una relación de empatía mirando al mundo desde el punto de vista del paciente y sintiendo el mundo del paciente (Daza, Torres, Prieto, 2005). Estudios de observación clínica ilustran que aunque las respuestas empáticas no forman parte de la educación formal de las enfermeras, estas las emplean diariamente en su trabajo (Morse et al., 2006).

Encontramos que en 1/3 de las escenas observadas los profesionales han empleado la empatía. En todas aquellas en las que los familiares estaban presentes, la actitud empática se ha desarrollado con ellos.

Tanto enfermeras como auxiliares conviven diariamente con el sufrimiento de las personas que tienen a su cargo y de sus familiares y son responsables de aliviarlo en la medida de lo posible, mediante acciones delegadas como la administración de tratamientos farmacológicos o acciones propias como el uso del tacto, la comunicación, etc. Sin embargo, en ocasiones la enfermería no puede actuar para paliar ese sufrimiento y lo único que queda es acompañar al paciente en esa experiencia que inevitablemente lleva a los profesionales a una actitud empática (Morse, et al. 2006).

En relación con la escala para medir empatía desarrollada por Carkhuff (citado por Cibanal, Arce y Carballal, 2003) se han analizado las respuestas empáticas dadas por las participantes que corresponden a niveles del 3 al 5. El primero de los mencionados se basa en el reflejo de lo que la persona dice, tanto el sentimiento como la expresión; para alcanzar el nivel 4 la respuesta dada por el profesional tiene que recoger lo anterior y ayudar a profundizar en los sentimientos y por último, el nivel 5 incluye además de todas las acciones previas, llegar con las respuestas que damos a sentimientos más profundos de los que ha expresado la persona.



Así, hemos observado que las participantes comunicaban a los pacientes y familiares, expresiones de comprensión hacia lo que están viviendo valorando su esfuerzo, dedicación, comprendiendo su preocupación, enfado o frustración y tratando de poner las soluciones que están en sus manos para disminuir ese sufrimiento como proporcionar descanso a los familiares, dar información que tranquilice o simplemente ayudando a expresar con palabras los sentimientos que afloran ante una situación traumática, como es la invalidez producida por el daño cerebral y comprometiéndose a acompañar a la persona en ese proceso.

En esta misma línea, hemos observado escenas en las que tres enfermeras han explorado emociones con pacientes y familiares, en estos casos el propósito que al parecer a guiado esta acción ha sido buscar el drenaje emocional, desmitificar creencias erróneas, animar al paciente y valorar la situación familiar al ingreso.

Otro tipo de acciones que se han observado en el trabajo de campo con respecto al cuidado emocional, son las relativas a la confortación, ésta según la RAE (2001) es sinónimo de animar, alentar, consolar al afligido. En este sentido hemos podido descubrir como las participantes utilizan mecanismos para confortar a pacientes y familiares, como reforzar los aspectos positivos de su estado, expresando compromiso en el acompañamiento del paciente en su proceso hacia la recuperación, consolando en el duelo.

*OP: A5: Pero T ¿por qué lloras?- le pone la mano en el hombro (23-40).*

*T: Porque estoy muy mal... (23-41) (...)*

*A5: Mira, yo te puedo decir que aquí hay mucha gente que está muy mal, mucho peor...y tú aunque estás en un momento que estás peor, te vas recuperando bien, y lo que es más importante esto lo tienes muy bien- le dice señalándole la cabeza tocándola suavemente con el índice, le habla al oído muy cerca, le frota el hombro (23-44).*

Algunos autores incluyen el uso del humor como elemento confortador (Morse, 2000), por ser una forma de comunicación y un canal útil para liberar ansiedad, tensión e inseguridad (Sanz, 2002). La utilización del humor como acto terapéutico fue contemplada en un principio en la lista de control por ser uno de los tópicos que surgieron en la fase preliminar, sin embargo, debemos destacar la ausencia de observaciones en este sentido tras la primera fase. Este hecho puede deberse a que el uso del humor no es una práctica muy extendida en nuestro medio, apenas existe formación sobre ello para enfermeras y auxiliares, lo que conlleva a que esta habilidad solo esté en manos de unos pocos profesionales y que posiblemente tenga que ver más con el humor como rasgo que con el humor terapéutico.

Hay que añadir que otro de los comportamientos cuya ausencia es destacable es la falta de presentación por parte de las participantes ante las personas a las que van a cuidar y sus familiares, dando a conocer su cargo y nombre. Lo consideramos relevante pues es una forma de mostrar proximidad y da confianza al paciente, además permite a los trabajadores reafirmarse como personas y profesionales. Bien es cierto que hay estudios que afirman

que los profesionales de enfermería habitualmente no se presentan (Heluy et al. 2004)

Un tema que aparece con fuerza en el cuidado que las enfermeras dirigen al área emocional, es aportar información adaptada a las necesidades de cada paciente y/o familiar, buscando reducir sentimientos de preocupación, enfado, rabia, inquietud o miedo. En ocasiones, la intención de informar iba dirigida no solo a tranquilizar, se buscaba transmitir a la persona un sentimiento de seguridad, mostrando presencia para cubrir las necesidades que fuesen surgiendo. Este hecho resulta relevante, pues cuando el profesional interacciona con su cliente atendiendo a sus intereses y ofreciéndole la información que necesita, le está ofreciendo también seguridad, contribuyendo a consolidar la relación profesional-usuario (Heluy et al. 2004).

En relación con esto, muchas veces la información que las enfermeras proporcionan tiene que ver con el proceso físico de la enfermedad del paciente, es decir, esta basada en la explicación de signos y síntomas, tratamientos y sus efectos, pruebas y sus beneficios. Este hecho posiblemente tiene que ver con que las enfermeras se sientan más seguras en la conversación sobre temas que dominan ampliamente. Además que las enfermeras manifiesten estas conductas cuando cuidan conlleva que los clientes esperen y demanden esto de sus cuidadores formales (Swanson,1991; citado por Anca y Alvarado,2006).

En ocasiones, nos encontramos con que los pacientes atendidos por las participantes eran personas con un daño cerebral severo que les impedía comunicarse, tenían una mirada perdida, un rostro inexpresivo, sin embargo, la actitud observada en las participantes era humanizadora. En estas situaciones trabajaban procurando siempre evitar el aislamiento emotivo y social que produce la incomunicación (Bermejo, 1996), orientando a la persona espacialmente, confirmándoles la presencia cuidadora de sus familias.

*OP: “Hola M, ¿cómo estás?”- la paciente no dice nada, tiene la mirada puesta en el suelo- “¿has visto quién ha venido a estar contigo? Es tu hija L...te está cuidando mucho aquí en el hospital...”- mientras le habla tiene su mano puesta en el hombro de la paciente (41-12).*

Además de los cuidados anteriormente comentados, las participantes expresan disponibilidad verbal hacia los pacientes ofreciéndose para consultar dudas u otro tipo de necesidades que puedan surgir, comprometiéndose en su cuidado y mostrando cercanía.

En este mismo sentido de mostrar disponibilidad, hemos observado como las participantes en numerosas ocasiones realizan una ronda sin ser llamadas por los pacientes, se realiza al inicio del turno y pretende principalmente conocer el estado anímico y físico del paciente, resolver dudas o atender necesidades si se plantean, además permite a las enfermeras conocer a los pacientes a su cargo. La importancia de demostrar disponibilidad esta reforzada por el estudio de Rivera y Triana (2007) que además refiere que esto se consigue a través de comportamientos como dedicar más tiempo, hacer un seguimiento o interesarse por el estado de ánimo de la persona. Esto resulta relevante en el cuidado, pues que la enfermera conozca y comprenda al

paciente le permite obtener información para planificar los cuidados y satisfacer necesidades (Anca y Alvarado, 2006).

A continuación, se desarrolla el discurso en relación a la comunicación no verbal que acompaña dentro del proceso comunicativo a los cuidados anteriormente mencionados, relativos a la comunicación verbal.

Continuaremos comentando la disponibilidad, en este caso actitudinal que surge con potencia en el cuidado diario que realizan las participantes. Así, hemos podido observar como en numerosas escenas se sentaban junto al paciente cuando éste les hablaba, se inclinaban o agachaban hacia él, haciendo que la distancia entre ellos fuese cercana. Además, esto se acompañaba de otro tipo de acciones como los brazos no cruzados, sonrisas, asentimientos y contacto visual, todo constituye según Carkhuff (citado por Bermejo y Carabias, 1998) una forma de manifestar al otro escucha activa, demostrándoles interés; además, refuerza el sentido de igualdad entre el profesional y el usuario, proporciona un feedback a la persona mostrando atención, comprensión, aceptación e invitándole a continuar la comunicación (Cibanal, Arce y Carballal, 2003).

Podemos destacar que la actitud de disponibilidad también se percibe a través de acciones que las participantes realizan en interacción con el contexto.

*OP: A6 busca con la mirada mientras dice “vamos a dejarle el timbre cerca, porque si vas a estar sola...”, lo encuentra y se lo deja sobre la cama lo más próximo posible a ella (31-24).*

Así mismo, uno de los componentes reconocidos como esenciales en el cuidado por Carbelo (2000) es empleado por las participantes en la comunicación con los pacientes, el tacto. Este es el sentido más humanizante y contribuye al bienestar del paciente porque se ve apoyado.

El tacto observado se transmite mediante caricias, en los hombros, las manos o la cara; en menor medida se han observado abrazos. Se ha observado que frotar el hombro se realiza sobre todo en adultos mayores, y el resto de formas de contacto se emplean en ancianos. Como comenta Carbelo (2000) la comunicación táctil va desapareciendo conforme la persona crece y se vuelve a recuperar en la tercera edad, las participantes por tanto, tocan sobre todo a los ancianos y a los pacientes con dificultades para hablar, como forma de comunicación y de demostrar presencia.

A menudo el contacto es más prolongado o repetido cuando la persona muestra una evidente tristeza e incluso llora, entonces el tacto y el silencio cobran especial importancia, pues expresan estoy contigo y te escucho, aún cuando el otro no pueda decir nada (Bermejo, 1996), además es una manera de aportar seguridad y manifestar al otro que no está solo en esa lucha contra la enfermedad (Lora, 2003). Según Carbelo (2000) cuanto más prolongado sea el contacto más significativo resulta el mensaje.

Para terminar con la comunicación, destacar que tanto la verbal como la no verbal apenas es reflejada en los registros. En cuanto a la primera, reconocemos que se suele registrar lo que han percibido en el estado del paciente o acciones técnicas o delegadas o explicaciones sobre efectos de la medicación, sin embargo, no registran la intencionalidad empática, ni las

acciones que han desarrollado para confortar o la información que se dirige a calmar la intranquilidad u otros sentimientos, con esto las enfermeras sólo hacen visible su labor dependiente.

Con respecto la comunicación no verbal, aunque evidentemente no es un elemento que se registra por ser demasiado concreto y automático, podemos decir que forma parte de la labor de enfermería, que tener habilidades para utilizar todos estos aspectos de la comunicación no verbal en el cuidado, requiere una serie de conocimientos adaptados a las necesidades de cada individuo que las profesionales han ido incorporando a su saber con la experiencia y la formación al respecto. Por tanto, no deja de ser una parte del cuidado invisible y profesional que realiza la enfermería, pues son conscientes de los efectos beneficiosos que este tipo de acciones que humanizan el cuidado tienen entre otras cosas en la reducción del estrés de las personas (Heluy et al. 2004).

A continuación, comentaremos el trabajo en equipo que realizan las enfermeras, hemos comprobado que las enfermeras desarrollan un papel importante como gestoras coordinando los diferentes servicios y recursos que están a su alcance para proporcionar los cuidados necesarios a los pacientes. Kozier et al. (1999) reconocen que uno de los roles de la enfermera es ser defensora del cliente, esto supone fomentar aquello que es mejor para el paciente y asegurar que se satisfagan sus necesidades.

Las observaciones realizadas muestran que las enfermeras en su trabajo diario deben buscar recursos para cuidar que requieren de la colaboración de otros profesionales. Así, hemos identificado como las enfermeras contactan con médicos, celadores, personal de admisión, personal de cocina o enfermeras de otros servicios para mejorar la atención al paciente, unas veces la comunicación entre profesionales es en relación con tratamientos y pruebas y otras para dar un mejor cuidado buscando el confort, evitar complicaciones o atender necesidades concretas. En ocasiones, esto requiere de la enfermera disponibilidad para ocupar parte de su tiempo en hacer numerosas llamadas telefónicas o desplazarse a otros servicios del hospital en beneficio de los pacientes.

*E2 les pregunta si le han dado cena a R, ellos le responden que no, que no había bandeja para ella...E2: "...Con el hambre que tenía y no le han subido la dieta....Voy a llamar a cocina (...) para que le suban una cena antes de que se vayan (29-30). (...)Llama por teléfono le explica la situación a la empleada de cocina (...) "¿hasta las 9 no sube?"... "pues si la tienes preparada bajo a por ella..." "¿En 10 minutos?...vale."(29-32a)*

En cuanto al registro de este tipo de acciones coordinadoras, es destacable que sólo se reflejan acciones poco habituales realizadas para responder a necesidades puntuales, dejando sin registrar aquellas que forman parte del trabajo diario como la coordinación con el servicio de farmacia, cocina, celadores o auxiliares, excepto cuando se ha contactado con médicos que siempre se refleja. Esto pone de manifiesto, por un lado, que las enfermeras tienen muy interiorizado y automatizado su trabajo diario y posiblemente tengan la concepción de que todas estas actividades no son

destacables por ser muy habituales. Por otro lado, resulta curioso que lo referente a la colaboración con los médicos se registre siempre, esto pone de relieve que las enfermeras dan mayor importancia a su labor como ayudantes que a las áreas independientes de su trabajo, menos recogidas en los registros. Esto mismo refiere Cano-Caballero (2004) cuando comenta que los médicos son el referente de actuación de las enfermeras.

Igualmente, se ha profundizado en las relaciones comunicativas que las enfermeras mantienen con otros los profesionales con los que interacciona habitualmente para la atención al paciente, como auxiliares, la trabajadora social y médicos.

Comenzaremos hablando de la relación entre enfermeras y auxiliares, las observaciones muestran que la comunicación entre ambos profesionales es continua para el cuidado de los pacientes. Las auxiliares ponen en conocimiento de las enfermeras aspectos importantes del estado de los pacientes pues gran parte de su turno de trabajo están en contacto con los usuarios, incluso más que las enfermeras. Por su parte las enfermeras comunican a las auxiliares decisiones terapéuticas que influyen en el cuidado de los pacientes y delegan tareas en ellas.

*OP:(la auxiliar) me dice que ya le ha dicho a la enfermera que también tiene un apósito en la espalda que habría que cambiar (22-32).*

*OP:E2: "Sí, la levantaremos (...) si se cansa que nos avise y la acostaremos. Pienso que es mejor que la levantemos lo que aguante para que pueda ir sacando las flemas, le será más fácil toser levantada que en la cama y también podrá respirar mejor. Explícaselo a ella"- le dice a la auxiliar (28-3).*

Sin embargo, la delegación de tareas no siempre es posible, en ocasiones las auxiliares no tienen experiencia en la unidad o no hay una falta de definición del trabajo que deben realizar y como comenta una de las enfermeras esto le supone una gran carga psicológica pues debe estar pendiente de sus responsabilidades y de las de la auxiliar. Así mismo, la escasa diferenciación de la labor de enfermeras y auxiliares fomenta esta desorganización en el trabajo, lo que conlleva el aumento de niveles de estrés (Camponovo y Morín, 1999) que a su vez repercuten en el ambiente de trabajo.

En cuanto a la relación con la trabajadora social, se han recogido en notas de campo apreciaciones importantes que muestran que el trabajo colaborativo entre esta y las enfermeras es escaso. Fundamentalmente la trabajadora social colabora en las gestiones para el alta con la familia y el médico, quedando las enfermeras fuera de ese tipo de deliberaciones y en ocasiones, tienen conocimiento de ellas una vez se han tomado las decisiones pertinentes e incluso a veces a través de las familias y no del resto del equipo.

Una de las participantes destaca que las enfermeras deben implicarse en mayor medida en las valoraciones de la situación social de los pacientes y en la colaboración con los asistentes sociales, pues son el colectivo que está 24 horas con los pacientes, sin embargo, reconoce que muchas veces se centran en realizar las tareas técnicas que les corresponden y evitan implicarse más en el cuidado integral de los usuarios.

*“entonces les dicen mañana te doy de alta y entonces ¡cómo!...pero si yo no puedo, si yo vivo sola, si yo...esas cosas nosotras nos tenemos que adelantar un poquito. Si tuviésemos más tiempo, más momentos para hablar...con los pacientes...(E1-25)(...)Luego que busque ayuda quien tenga que buscarla, la trabajadora social o quien sea ¿no? Pero nosotros igual...(E1-26)*

Por último, hablaremos de las relaciones que se establecen con el colectivo médico. Los discursos de las participantes en este sentido no son en absoluto positivos, las relaciones desiguales y la falta de reconocimiento de su labor de cuidado impiden que se pueda llevar a cabo un verdadero trabajo en equipo como el que propone la dirección del hospital. Otros estudios realizados al respecto muestran como principales dificultades asociadas al trabajo multidisciplinar los problemas de definición de los roles y la comunicación entre los miembros (Benson y Ducanis,1995, Birchall,1997,Burke et al,2000, Dalley, 2001;citado por Atwal y Caldwell, 2006).

Es frecuente ver todavía relaciones de poder de los facultativos sobre las enfermeras. Este tipo de relaciones, como expresan los profesionales de enfermería les hacen sentir “inferiores”, “maltratadas”, se puede apreciar un evidente resentimiento hacia los médicos que en ningún caso favorece el trabajo en equipo.

*“Es la sensación esa de que somos sus secretarias, que estamos a su servicio y eso no es así, no pueden marcharse en mitad de la visita porque me retrasan a mí todo el trabajo(...) No tienen ningún respeto.” (Diario de campo: 29 de Octubre-notas analíticas)*

Las enfermeras, también refieren que no hay un conocimiento y comprensión real por parte de los médicos del trabajo que ellas desarrollan.

*“...desconfían mucho de nosotras (...) y yo creo que los médicos no se enteran de todo lo que hacemos(...)se enteran de lo que ellos nos mandan hacer, las tareas delegadas de ellos pero, pero no se enteran de todo lo que hacemos”(...)(E1-44)*

Con todo esto, podemos decir que existe un déficit de colaboración mutua entre las enfermeras, la trabajadora social y los médicos. Este hecho dificulta que se alcance un trabajo multidisciplinar deseable y necesario, en el que predomine el respeto y la interdependencia para alcanzar un objetivo común a todos los miembros, la atención a los pacientes.

Para finalizar queremos desatacar varios aspectos que la bibliografía recoge y que a nuestro parecer tienen que ver con que los cuidados de enfermería permanezcan invisibles e infravalorados.

Por un lado, el sistema de género establecido en nuestra sociedad, que mantiene una ideología de jerarquización en las relaciones laborales confiriendo mayor importancia al trabajo desarrollado por hombres (relacionado con los facultativos) que por mujeres (relacionado con la enfermería). Este sistema se mantiene a través de componentes como la división sexual del trabajo, las definiciones sociales que se otorgan al género femenino frente al masculino y las atribuciones que esto conlleva (derechos, responsabilidades,

entorno social asignado, actitudes y comportamientos esperados) (Blázquez-Rodríguez, 2005; Chamizo, 2004; Cano-Caballero, 2004).

Por otro lado, la hegemonía del discurso médico (significados, procesos y prácticas) frente al enfermero (Bordieu, 1985) ha provocado que los cuidados vengán permaneciendo “marginados e invisibles” (citado por Medina, 1999). Cada profesión tiene un “marco de representación” para explicar la realidad diferente. Hasta ahora la enfermería ha sido perdedor histórico frente a la medicina en la lucha por la imposición y legitimación de dichos marcos. Esto nos permite comprender porqué el modelo biomédico de actuación sanitaria, la racionalidad tecnológica y el conocimiento científico gozan socialmente de un valor y consideración mayor que el saber enfermero, los cuidados (Medina, 1999).

Quizás por esto entre otras cosas las enfermeras prioricen el trabajo técnico y delegado a otro tipo de cuidados que son más intangibles, no sólo porque desde el sistema se les demande, sino porque es mediante estos como consiguen el reconocimiento en su trabajo diario (Fajardo y Germán, 2004).

Otro de los aspectos que tiene que ver con la intangibilidad del cuidado, es el pasado religioso de la profesión enfermera que aún hoy se encuentra en la memoria colectiva de la disciplina, del cual se constituyó la figura de la enfermera como mujer cuidadora y consagrada (Collière, 1991), de la que se valoraba la abnegación, el sacrificio y la obediencia (Chamizo, 2004).

Aún hoy, se perciben comportamientos de este tipo más que de colaboración mutua entre enfermeras y médicos, a pesar de que las participantes no han recibido formación de ATS, sus modelos en la práctica asistencial sí lo fueron.

Además, la falta de definición del trabajo de enfermería, impide en cierta manera que la enfermería avance hacia posiciones en el trabajo más igualitarias. A pesar de que la práctica asistencial se rige por el modelo de enfermería de Henderson, hemos comprobado que las enfermeras no tienen una verdadera conciencia de la importancia de un modelo que rija la práctica, ni siquiera de que actualmente estén trabajando con uno concreto.

*“Es muy complicado, de todas maneras, eh...el modelo de cuidados que llevan en el hospital no sé cual es, sí que debe pertenecer a uno de los modelos y así pero...” (E2-43b)*

Un estudio reciente realizado en Osakidetza muestra resultados sorprendentes en este sentido, ante la pregunta de si los cuidados de las enfermeras se basan en un modelo enfermero concreto el 60% de las entrevistadas refiere estar en completo desacuerdo o ligeramente en desacuerdo, menos del 12% se muestran totalmente de acuerdo. Con respecto a la definición de la filosofía de enfermería casi un 50% no está de acuerdo en que lo esté claramente (Morales y Terol, 2007).

Las teorías enfermeras contribuyen a guiar la práctica y desarrollar conocimientos y ayuda en el proceso de profesionalización de los cuidados (López, 2003). Con todo esto, parece necesario que por parte del sistema se dirijan esfuerzos a la concienciación y formación de las enfermeras en este ámbito y tratar de que los cambios en el sistema surjan de la práctica para que

la incorporación de los mismos al conocimiento de las enfermeras sean significativos y útiles (McFarlane, 1996).

Otro de los aspectos que tiene que ver con la invisibilidad del cuidado es lo que Lunardi, Peter y Gastaldo (2006) han llamado la anorexia de poder de las enfermeras. Como hemos comentado anteriormente, las enfermeras son abogadas del paciente y trabajan para la satisfacción de sus necesidades, pero también para defender los derechos de estos. Sin embargo, tienen una obligación con ellas mismas de hacerse respetar y defender sus argumentos aunque esto suponga cuestionar la autoridad de otros profesionales como los médicos.

Estos mismos autores, refieren que si las enfermeras quieren desempeñar su rol de profesionales del cuidado, es necesario que demanden la asunción de sus propias responsabilidades, pero para ello se requiere convencimiento de que los cuidados que ellas aportan son imprescindibles para los pacientes y que desarrollen un sentimiento de identidad y orgullo profesional potente. De otra manera, la autoestima de las enfermeras peligra y puede desembocar en un síndrome muy habitual entre los sanitarios, el síndrome de Burnout (Grau y Chacón, 1998), además de repercutir en la calidad de los cuidados que proporcionan.

Por esto, creemos necesario que la enfermería, a pesar de las dificultades, haga uso de su poder y demande un lugar igualitario en los equipos de salud y un lugar en la gestión de las instituciones para la toma de decisiones.

Así mismo, por parte del sistema se requiere una mayor comunicación con las enfermeras asistenciales, para que la incoherencia referida por parte de las participantes anteriormente entre lo que se demanda por parte del sistema y lo que ellas conciben que es su labor, se reduzca. Esta demanda no solo la expresan las participantes de este estudio, el trabajo de Morales y Terol (2007) también deja claro que más del 80% de las enfermeras sienten que los problemas y formas de trabajar cotidianas no son consideradas desde la gestión.

Si la práctica asistencial tiene unos intereses y dificultades que el sistema no contempla, esto repercute en la satisfacción laboral y la calidad de los cuidados (Pérez, 2007). Sin embargo, si el sistema aborda esta problemática y trata de dirigir su gestión hacia un reconocimiento real de la labor de enfermería y hacia la puesta en marcha de acciones que faciliten a las enfermeras desarrollar al máximo sus capacidades y habilidades para el cuidado, contribuirá a la mejora del trabajo y las relaciones interpersonales; así como, a la satisfacción de los pacientes y de la enfermería, ayudando a hacer visible poco a poco todo el trabajo que se realiza y que se puede llegar a realizar.

Por último, destacar el papel de las escuelas universitarias de enfermería, muchas de ellas de forma directa o indirecta siguen fomentando que se mantengan perspectivas biomecanicistas del cuidado. Como hemos comentado existe una incoherencia entre la filosofía que se asume y las prácticas de aprendizaje basadas, frecuentemente, en una fragmentación analítica del contenido en unidades independientes, impidiendo un tránsito real de las enseñanzas técnicas a otras más reflexivas (Medina,1999). Así mismo, los



programas formativos de muchas escuelas de enfermería no incluyen en sus enseñanzas una perspectiva sociocrítica, que abra a los futuros enfermeros un campo de visión más amplio, en el que se consideren los elementos macrosociales que repercuten en su trabajo, para que esa concienciación les lleve a tomar sus responsabilidades y trabajar por la transformación hacia la mejora continua de la profesión.

## Conclusiones

---

A continuación destacaremos los principales resultados extraídos en este estudio.

En relación con los cuidados invisibles elaborados por los profesionales de enfermería, podemos decir que los más destacables han sido, el desarrollo de la inventiva para la elaboración de estrategias que contribuyen a cuidar cuando los métodos habituales no surten efecto, el cuidado dirigido a proporcionar bienestar al paciente como es la búsqueda del alivio del sufrimiento a través del cuidado del dolor y el confort. Así mismo, se han revelado cuidados al área emocional para los que enfermeras y auxiliares ponen en marcha habilidades comunicativas, tanto verbales como no verbales. Además, se han puesto de manifiesto las relaciones que establecen las enfermeras con el resto de miembros del equipo para el cuidado de los pacientes, en las que se resalta un déficit de colaboración con la trabajadora social y los médicos. Este hecho dificulta que se alcance un trabajo multidisciplinar deseable y necesario, en el que predomine el respeto y la interdependencia para alcanzar un objetivo común a todos los miembros, la atención a los pacientes.

Con respecto a los motivos que favorecen que parte de los cuidados permanezcan invisibles, uno de ellos es la forma en que se registra la actividad profesional. Las propias enfermeras no reflejan gran parte de su trabajo, limitándose a registrar los aspectos que tienen que ver con las tareas técnicas y delegadas de la medicina. Este hecho es fomentado, por una parte, por el sistema que valora de las enfermeras que los registros estén correctamente cumplimentados de acuerdo con unos criterios predeterminados que no se ajustan con lo que es la esencia del trabajo de enfermería, así hay cuidados que no contemplan porque no son cuantificables, tangibles. Por otra parte, la dificultad de las enfermeras para plasmar todo el saber intuitivo y automático que en ellas es implícito dificulta en gran medida que los cuidados se hagan visibles.

Otros elementos que se han considerado como factores influyentes en la invisibilidad del cuidado son las relaciones de poder que aún hoy predominan en los equipos de trabajo, el escaso uso que las enfermeras hacen de su poder, la falta de definición del trabajo enfermero y las consideraciones de género que repercuten en el escaso reconocimiento de los cuidados, así como, la formación universitaria que indirecta o directamente contribuye a que la perspectiva biomecanicista del cuidado siga presente.

En cuanto a las dificultades encontradas para realizar este trabajo, quisiera destacar mi inexperiencia en el campo de la investigación y más concretamente como observadora, así como, las dificultades para adecuar el diseño de investigación a las circunstancias que se han ido presentando a lo largo del proceso. Todo esto ha podido limitar la captación de todos los elementos significativos en el cuidado invisible, así como, el significado que

todos los actos humanos conllevan, teniendo en cuenta el contexto en el que se producen las acciones.

Podemos decir que este estudio ha supuesto una aproximación a un campo que todavía ha sido poco investigado en enfermería por lo que puede servir de punto de partida para futuros estudios. Además, puede contribuir a la concienciación del colectivo enfermero del conocimiento implícito del que son portadores y alentar a los profesionales, para que hagan visibles todos esos cuidados que quedan diluidos en su práctica diaria, trabajando así en el avance y reconocimiento de la enfermería como profesión.

Así mismo, esta investigación puede servir para que otros profesionales y gestores del sistema sean conscientes de las dificultades que la enfermería encuentra en el desarrollo de su trabajo y se puedan poner en marcha estrategias, que favorezcan un mejor desempeño del mismo, en favor de la atención a los pacientes y mejores relaciones laborales.

## Bibliografía

---

1. Alberdi, Rosa María. 2000. Nosotros cuidamos. La prestación del cuidado en el ámbito comunitario. *Libro de ponencias del III Congreso Estatal de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. [Online] Disponible en: [http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros\\_ponencias/congreso\\_3/IIIcongreso.html](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_3/IIIcongreso.html) [08 de Agosto de 2007]
2. Amezcua, Manuel. 2000. El trabajo de campo en salud: una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería* (Granada). 30: 30-35.
3. Anca, Marisela; Alvarado, Maryani. 2006. Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería. [Online] Disponible en: [www.monografias.com](http://www.monografias.com) [02 de Febrero de 2008]
4. Arcas, Pilar. 1993. Reflexionar e investigar en la práctica cotidiana. *Enfermería Clínica*. 4(6): 40-46.
5. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2005. Los cuidados de confort en el final de la vida: responsabilidad enfermera. *2º Encuentro de enfermería: "reflexiones éticas sobre enfermería"*. Documento 1. Madrid. [Online] Disponible en: [http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Cuidados\\_final\\_vida.pdf?PHPSESSID=3f7238fd027c497f470c25ce9c19715a](http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Cuidados_final_vida.pdf?PHPSESSID=3f7238fd027c497f470c25ce9c19715a) [24 de Enero de 2008]
6. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. 2005. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. *2º Encuentro de enfermería: "reflexiones éticas sobre enfermería"*. Documento 3. Madrid. [Online] Disponible en: [http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Intimidad\\_cuidado.pdf](http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Intimidad_cuidado.pdf) [15 Septiembre de 2007]
7. Barbosa, Leandro; Azevedo, Silvia María. 2006. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Index de Enfermería*. 15(54): 20-24. [Online] Disponible en: [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es&nrm=iso) [16-Agosto-2007]
8. Benítez, Antonio. 2004. Crisis de las direcciones de enfermería. *Enfermería Global*. [Online] Disponible en:

9. Benner, Patricia. (1987) *Práctica progresiva en Enfermería. Manual de comportamiento profesional*. Barcelona: Grijalbo. (título original: From Novice to expert, ed 1984)
10. Bermejo, José Carlos. 1996. *Relación de Ayuda. En el misterio del dolor*. Madrid: San Pablo.
11. Bermejo, José Carlos y Rosa Carabias. 1998. *Relación de ayuda y enfermería. Material de trabajo*. Santander: Sal Térrea.
12. Blázquez-Rodríguez, María Isabel. 2005. Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*. 14(51): 50-54. [Online] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000300010&lng=es&nrm=&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300010&lng=es&nrm=&tlng=es) [22 de Julio de 2007]
13. BOE. 2002. *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información*. Nº 274. 15 de Noviembre. [Online] Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ey\\_autonomia\\_paciente.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ey_autonomia_paciente.pdf) [27 de enero de 2008]
14. Boronat, Julia. 2005. Análisis de contenido. Posibilidades de aplicación en la investigación educativa. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 19(2): 157-174. [Online] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/274/27419209.pdf> [19 de Enero de 2008]
15. Burns, Nancy; Grove, Susan K. 2004. *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier
16. Calderón, C. 2007. *La evaluación de la calidad de la investigación cualitativa hacia propuestas integradoras y dinámicas*. Documento inédito para el módulo de investigación cualitativa.
17. Calderón, Carlos. 2002. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*. 76: 473-482. [Online] Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n5/colabora8.pdf> [4 Julio 2007]
18. Camponovo, Olga; Morín, Patricia. 1999. Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario. *Investigación en Salud*. 3(1 y 2), [Online] Disponible en:

[www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista\\_Inv\\_Web/vol3n1y2\\_art5.htm](http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol3n1y2_art5.htm) [02 de Febrero]

19. Cano-Caballero, Dolores. 2004. Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*. 13 (46): 34-39.
20. Carbelo, Begoña. 2000. El tacto: una forma de comunicación con el paciente. *Enfermería Clínica*. 10(1): 29-32.
21. Carrasco, Maria del Carmen; Márquez, Manuel; Arenas, José. 2005. Antropología-Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*. Año IX, nº18: 52-59.
22. Chamizo, Carmen. 2004. La perspectiva de género en Enfermería. Comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*. 13(46): 40-44. [Online] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=pt&nrm=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=pt&nrm=) [10 de Julio de 2007]
23. Collière, Marie Françoise. 1991. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería*. 1: 53-66.
24. Comisión Deontológica del Colegio Oficial de enfermería de Barcelona. 2006. *Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales*. [Online] Disponible en: [http://www.arakis.es/~seegg/documentos/doc\\_int/contencion\\_colg\\_barcelona.pdf](http://www.arakis.es/~seegg/documentos/doc_int/contencion_colg_barcelona.pdf) [27 de Enero de 2008]
25. Consejo Internacional de Enfermeras. 2000. *Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería*. Ginebra. [Online] Disponible en: [http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/marco\\_normativo/ejercicio\\_profesional/icncodesp.pdf](http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/marco_normativo/ejercicio_profesional/icncodesp.pdf) [27 de Enero de 2008]
26. Constitución Española. 1978. [Online] Disponible en: [http://www.constitucion.es/constitucion/version\\_imprimible/constitucion\\_castellano.htm](http://www.constitucion.es/constitucion/version_imprimible/constitucion_castellano.htm) [27 de Enero de 2008]
27. Daza, Rosa; Torres, Ana M<sup>a</sup>; Prieto, Gloria Inés. 2005. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería*. 14(48-49): 18-22.
28. De la Cuesta, Carmen. 2007. *Apuntes para el módulo de Investigación cualitativa en Enfermería*. Documento inédito.
29. De la Cuesta, Carmen. 2007. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y educación en enfermería*. 25 (1): 106-112.

30. De la Torre, Julio; Arriaga, Esperanza; Gil, Rosario; Marchal, Miguel; Sebastián, M<sup>a</sup> Jesús; García, Ana. 2001. El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería. *Metas de Enfermería*. 33. 26-32.
31. Domínguez-Alcón, Carmen. 1998. Sociología del cuidado. *Enfermería Clínica*. 9(4):174-181.
32. Durán, Marta. 1999. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. *Revista Rol de Enfermería*. 22(4): 303-307.
33. Egurza, Irene; Notivol, Pilar. 1999. La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 22. Supl.1. [Online]. Disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple10.html> [22- Agosto-2007]
34. Fagerstrom, L., K. Erikson ; Engberg. I.B. 1998. The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advance Nursing*. 28(5):978-987.
35. Fajardo, M<sup>a</sup> Esther; Germán, Concha. 2004. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*. 13 (46): 9-12.
36. García, Ana María; Sainz, Ana; Botella, Manuel. 2004. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*. 13(46): 45-48.
37. García, M<sup>a</sup> Isabel; López, M<sup>a</sup> Nieves; Vicente, M<sup>a</sup> José. 2004. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿Falta de tiempo?. *Index de Enfermería*. 13(47): 44-48.
38. Germán, Concha. 2004. Género y Enfermería. *Index de Enfermería*. 13(46) [Online]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es) [10 de Julio de 2007]
39. Germán, Concha. 1997. ¿Por qué la enfermería debe investigar fundamentalmente sobre los cuidados? En: *De la teoría a la práctica del cuidado. II Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria*. Valencia: AEC.
40. Gistau, Carmen. 2005. *Programa Zaineri*. Hospital Santiago Apóstol. Documento inédito.
41. Gómez, Jesús; Latorre, Antonio; Sánchez, Montse; Flecha, Ramón. 2006. *Metodología comunicativa crítica*. Barcelona: El Roure.

42. Gómez, Miguel Ángel. 2000. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo. Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*. 20. [Online] Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm> [08 julio 2007]
43. González, José; Armengol, J; Cuixart, I; Manteca, H; Carbonell, M; Azcón, MA. 2005. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. *Enfermería Global*. 6. [Online] Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/6/pdf/06d07.pdf> [10 de Enero de 2008]
44. Grau, Jorge A; Chacón, Margarita. 1998. Burnout: una amenaza a los equipos de salud. *II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud*. La Habana, Cuba. [Online] Disponible en: <http://www.nemeton.com.br/nemeton/artigos/BURNOUTyTrabajoenSalud.doc> [01 de Febrero de 2008]
45. Guirao, Josep Adolf. 2004. *La medida del cuidado*. V Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Murcia. [Online] Disponible en: [http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89\\_files/medcuid.pdf](http://www.uv.es/joguigo/Sitio/5F45EC69-0045-4D2E-BA8F-1A9938FB3A89_files/medcuid.pdf)
46. Heluy, Carolina; Efigênia, Taís; Felipe, Rosa; Castelló, Miguel. 2004. Humanización de la Atención de Enfermería en el Quirófano. *Index Enfermería*. 13(44-45): 18-20. [Online]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100004&lng=es&nrm=iso) [30 de Enero de 2008]
47. Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. 1991. Observación. En: *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
48. Iraburu, M. 2006. Confidencialidad e intimidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29 Suplemento 3: La relación clínica en el siglo XXI: 49-60.
49. Iñiguez, L. 2004. *El debate sobre la metodología cualitativa versus cuantitativa*. Documento inédito para el curso de investigación cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos
50. Janesick, Valerie J. 2000. La danza del diseño de la investigación cualitativa: Metáfora, metodolatría y significado. En Denman, C.A y J.A. Haro (Eds.), *Por los rincones-Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 227-251). Sonora, México
51. Kawulich, Barbara B. 2005. La observación participante como método de recolección de datos. *Forum Qualitative Social Research*. 6(2). Art. 43. [Online] Disponible en <http://www.qualitative-research.net/fgs-texte/2-05/05-2-43-s.pdf>



52. Kozier, Barbara; Erb, Glenora; Blais, Kathleen; Johnson, JY; Temple, JS. 1999. *Técnicas en enfermería clínica*. 4ª edición. Vol. I. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
53. Lefebvre, Monique; Dupuis, Andrée. 1995. *Juicio clínico en cuidados de enfermería*. Barcelona: Masson.
54. Leininger, Madeleine. 1985. *Qualitative Research Methods in Nursing*. W.B. Saunders Company: Philadelphia.
55. Lipson, Julienne. 2005. Asuntos éticos en la etnografía. En: Morse, J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia
56. López, Consuelo. 2003. *La teoría enfermera: marcos conceptuales y modelos*. Documento inédito para el modelo Teorías enfermeras y juicio profesional.
57. Lora, Rafael. 2003. El diagnóstico espiritual o el diagnóstico de las necesidades espirituales. *La labor hospitalaria*. 271: 17-28.
58. Lunardi, Valeria; Peter, Elisabeth; Gastaldo, Denise. 2006. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*. 16(5): 268-274.
59. Maracara, F. 2002. *La enfermera*. Monográfico. [Online] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/enfermeras/enfermeras.shtml> [22 de Enero de 2008]
60. McFarlane, Jean. 1996. Importancia de los modelos para el cuidado. En Kershaw, B. y J. Salvage. *Modelos de Enfermería*. Barcelona: Doyma.
61. McKenna, Hugh. 1997. *Nursing Theories and Models*. London: Routledge
62. Medina, Jose Luis. 1999. *La pedagogía del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
63. Mejía, Julio. 2004. Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones sociales*. Año VIII n° 13: 277-299. [Online]. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/publicaciones/inv\\_sociales/N13\\_2004/a15.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/publicaciones/inv_sociales/N13_2004/a15.pdf) [08 de Agosto de 2007]

64. Morales, J.M; Terol, J. 2007. *Los cuidados en el servicio vasco de salud: retos y estrategias*. Informe final. Instituto vasco de innovación sanitaria y Escuela andaluza de Salud Pública.
65. Morse, Janice M. 2000. Los métodos cualitativos: El estado del arte. *Revista de la Universidad de Guadalajara*. Nº 17 : 31-40.
66. Morse, Janice M; Bottorff, Joan; Anderson, Gwen; O'Brien, Beverly; Solberg Shirley. 2006. Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advance Nursing*. 53(1): 75-90.
67. Morse, Janice M; Solberg, Shirley; Neander, Wendy; Bottorff, Joan; Jonson, Joy L. 1990. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in nursing Science*. 12 (1): 1-14.
68. Naranjo, Isabel Cristina; Ricaurte, Gloria Patricia. 2006. La comunicación con los pacientes. *Investigación y educación en enfermería*. 24(1): 94-98. [Online] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf> [24 de Enero de 2008]
69. Olabuenaga, Jose Ignacio. 1999. *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto: Bilbao
70. Parse, Rosemary Rizzo. 1987. *Nursing Science: Major Paradigms, theories and critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
71. Pérez, Gloria. 1994. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla
72. Pérez, P. 2007. *Análisis de las estructuras empresariales y modelos de gestión. Condicionantes a la organización de los cuidados*. Documento inédito para el módulo Gestión de los cuidados enfermeros.
73. Pla, Margarita. 2007. Investigación cualitativa. *Decisiones de diseño*. Documento inédito para el módulo de Investigación Cualitativa en Enfermería.
74. Pla, Margarita. 2007. *Introducción al análisis cualitativo de la información*. Documento inédito
75. Real Academia Española de la Lengua (RAE). 2001. *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª Ed. Calpe: Espasa.
76. Rivera, Luz Nelly; Triana, Álvaro. 2007. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Avances en enfermería*. XXV(1):56-68. [Online] Disponible en:

[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1\\_5.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf) [26 de Enero de 2008]

77. Rodríguez, Gregorio; Gil, Javier; García, Eduardo. 1996. *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
78. Ruiz de Alegría, Begoña. 2006-2007. *Contextos actuales*. Documento inédito para el módulo de Teorías Enfermeras y Juicio Profesional
79. Ruiz de Alegría, Begoña. 2003. *Socialización profesional*. Documento inédito para el módulo de Teorías Enfermeras y Juicio Profesional.
80. Sanz, Jaime. 2002. El humor como valor terapéutico. *Medicina clínica*. 119(19): 734-737.
81. Snyder-Halpem, R; Corcoran-Perry, SH; Narayan. S. 2001. Developing Clinical Practice Environments Supporting the Knowledge Work of Nurses. *Computers in Nursing*. 19(1): 17-26.
82. Torres, Alexandra; Sanhueza, Olivia. 2006. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Investigación y educación en enfermería*. 24(2): 112-119. [Online] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a12.pdf> [11 de Enero de 2008]
83. Urbina, O; Pérez, A; Delgado, JE; Martín, X.. 2003. El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 17(3): 0-0 [Online]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412003000300002&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412003000300002&script=sci_abstract) [23 Julio 2007]
84. Vallés, Miguel S. 1998. *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis: Madrid.
85. Vázquez, F. 2002-2003. *Análisis de contenido categorial: el análisis temático*. Documento inédito para el módulo Investigación cualitativa y participativa. UAB
86. Watson, Steve. 1994. An exploratory study into a methodology for the examination of decision making by nurses in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*. 20(2):351-60.
87. Wenger, Anna Frances. 1985. Learning To Do a Mini Ethnonursing Research Study: A Doctoral Student's Experience. En : Leininger, Madeleine. 1985. *Qualitative Research Methods in Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company