



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE (U.N.CO)

FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD (FACIAS)

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO INVISIBLE SEGÚN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “ÁREA PROGRAMA” CHOELE CHOEL 2024**

Informe final para optar al título de Licenciado en Enfermería

Tesista: Marcelo Ezequiel, Rodriguez

Directora: Mg. Natalia, Massaux

Codirector: Dr. Carlos, Pedrotti

Neuquén, Argentina

2024

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer a mis directores, Mg. Natalia Massaux y Dr. Carlos Pedrotti, por el continuo seguimiento, apoyo y motivación en el proceso de investigación.

Asimismo agradecer a los/as enfermeros/as del Hospital “Área Programa” Choele Choel, por participar de este trabajo y al director de la institución, por facilitar los medios para recolectar los datos.

Agradecer a mis amigos, familiares, colegas y a mi pareja, por el apoyo incondicional a lo largo de mi formación académica.

También, agradecer a docentes de Licenciatura en Enfermería sede Neuquén, sede Allen y Extensión Áulica Choele Choel, de la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud, que han guiado mi formación profesional de manera constructiva.

DEDICATORIA

A enfermeros y enfermeras que trabajan en los diferentes servicios de salud, los cuales son el motor de los cuidados.

A los estudiantes de Enfermería, quienes están en pleno desarrollo profesional.

A los docentes de la carrera de Enfermería, que guían la formación de cada uno de los profesionales del cuidado.

Por último, a cada una de las personas que reciben el cuidado, las cuales son la razón de ser de la Enfermería.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. ORIGEN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.2. PLANTEO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	12
1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
1.4. FUNDAMENTACIÓN	12
1.5. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	15
1.6. MARCO TEÓRICO.....	23
2. CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
2.1. ESTRATEGIA-TIPO DE ESTUDIO.....	34
2.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	34
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
2.3.1. POBLACIÓN.....	35
2.3.2. MUESTRA.....	36
2.3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
2.3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
2.4. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA CATEGORÍA.....	36
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DEL DATO.....	37
2.6. PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	38
2.7. VIABILIDAD.....	38

3.	CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	41
3.1.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	41
3.2.	DISCUSIÓN.....	67
3.3.	CONCLUSIONES.....	73
3.4.	SUGERENCIAS.....	75
	BIBLIOGRAFÍA.....	77
	ANEXOS.....	83

RESUMEN

Introducción: los cuidados invisibles son un conjunto de acciones intangibles, latentes, generadas por la observación directa y conocimientos prácticos con la persona, influenciados por los valores propios del profesional de Enfermería; que no son registrables, ni cuantificables. Existen pocas investigaciones sobre el tema, más aún que profundicen en sus respectivas características. **Objetivo:** identificar y caracterizar los cuidados invisibles según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” Choele Choel, durante 2024. **Metodología:** estrategia cualitativa, estudio de tipo exploratorio y descriptivo. La población está conformada por el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” Choele Choel y la muestra por 15 de ellos, los cuales desarrollan su labor en los servicios de clínica médica, maternidad y pediatría, guardia y emergencias, Unidad de Vigilancia Intermedia, vacunación y consultorio externo de Enfermería. Para recolectar los datos, se utilizó una lista de cotejo y un guión con tópicos. Como técnica se dio uso de la observación directa no participante y los grupos focales. **Conclusiones:** el personal de Enfermería realiza muchos cuidados, dotando a la mayoría la cualidad de invisibilidad. Asimismo, estos muestran ser significativos para los sujetos de cuidado, en relación al desarrollo de la confianza, bienestar, tranquilidad, seguridad y confort.

Palabras claves: Características del cuidado invisible, valores profesionales, persona.

ABSTRACT

Introduction: Invisible care refers to a set of intangible, latent actions generated through direct observation and practical knowledge of the person, influenced by the values of the nursing professional; these actions are neither recordable nor measurable. There is limited research on the subject, and even fewer studies explore its specific characteristics. **Objective:** To identify and characterize invisible care according to the nursing staff at the "Área Programa" Choele Choel Hospital during 2024. **Methodology:** Qualitative strategy, exploratory and descriptive study. The population consists of the nursing staff at the "Área Programa" Choele Choel Hospital, with a sample of 15 nurses who work in the medical clinic, maternity and pediatrics sectors, emergency and urgent care units, Intermediate Care Unit, vaccination, and the outpatient nursing clinic. Data collection was done using a checklist and a script with topics. The techniques included non-participant direct observation and focus groups. **Conclusions:** The nursing staff provides many forms of care, most of which have the quality of invisibility. Nevertheless, these forms of care prove to be significant for nursing care subjects, particularly in relation to the development of trust, well-being, tranquility, security, and comfort.

Keywords: Characteristics of invisible care, professional values, person.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería ha sufrido diversas transformaciones a lo largo de su historia, debido a las diferentes teorías y modelos establecidos. Sin embargo, en los profesionales de Enfermería nunca se llegó a un acuerdo entre partes de que es lo mejor para la disciplina. Por un lado, Enfermería manifiesta ser un arte y ciencia, pide reconocimiento por la labor que hace y se percibe como el último eslabón del sistema de salud. Pero por el otro, solo reduce el trabajo que realiza a una mera técnica/procedimiento.

Por lo expuesto anteriormente, el riesgo de deshumanización del cuidado de Enfermería en los diferentes servicios, ha generado cierta preocupación en los académicos e investigadores, en los últimos años. Un tema especial que ha tomado una particular relevancia en la Enfermería a partir del 2010, son los “cuidados invisibles”.

Según Huércanos Esparza (como se citó en Giménez, 2019), el cuidado invisible comprende acciones intencionadas, intangibles y latentes, que se generan mediante la observación directa, los conocimientos y experiencias prácticas, que a su vez están influenciadas por valores propios de los mismos profesionales de Enfermería; esto les permite elaborar juicios éticos y morales, centrados en la necesidades de cada persona. Tales cuidados ayudan a que la persona obtenga bienestar, autonomía, seguridad, libertad y dignidad humana (Huércanos Esparza, 2023).

Aunque se han realizado algunas investigaciones sobre este tipo de cuidado, ninguna de ellas ha profundizado en las respectivas cualidades que tiene el fenómeno en cuestión. Por consiguiente, esta investigación se realizó con la finalidad de identificar y caracterizar los cuidados invisibles según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de la ciudad de Choele Choel, Río Negro, durante 2024.

El diseño metodológico estuvo basado en un enfoque cualitativo, con una muestra de 15 enfermeros/as del personal de Enfermería que trabajaban en los diferentes servicios de la institución, como clínica médica, guardia y emergencias, maternidad y pediatría, Unidad de Vigilancia Intermedia, vacunación y consultorio externo de Enfermería. Para recolectar los datos se utilizaron como instrumentos, una lista de cotejo y un guión con tópicos relacionados al fenómeno. Asimismo, como técnicas se utilizaron la observación directa no participante y el grupo focal. También para efectuar el análisis de los datos, se utilizó la técnica de análisis del discurso.

Esta investigación consta de tres capítulos. En el primer capítulo, se encuentra el origen de la idea de investigación, el planteo del problema, los objetivos, la fundamentación, el estado de la cuestión y el marco teórico. En el segundo capítulo, se desarrolla el tipo de estrategia y estudio seleccionado, el área de estudio, la población y muestra con sus respectivos criterios de inclusión y exclusión, la matriz de operacionalización de la categoría, las técnicas e instrumentos de recolección del dato y el tratamiento de los datos. En el último capítulo se encuentra la presentación y análisis e interpretación de los datos, la discusión, las conclusiones y las sugerencias.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ORIGEN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN

El cuidado es el foco central de la disciplina de Enfermería. Transcurrido los años, con las nuevas teorías y enfoques, se tiende a pensar en formas diferentes de abordar el trabajo que realizan los profesionales de Enfermería, de una manera más humana, teniendo en cuenta la importancia de las experiencias de salud-enfermedad de las personas.

Consecuente a ello, en la experiencia práctica realizada en el marco del primer ciclo de la Licenciatura en Enfermería, se observó que ciertos tipos de cuidados brindados por el personal de Enfermería, no eran registrados en los informes de Enfermería.

Durante esta experiencia práctica, una de las actividades que se proponía era la redacción de los informes de Enfermería y una vez producidos en un borrador por los estudiantes, el docente encargado de la práctica, revisaba la articulación de la escritura, para que luego se pudiera pasar en limpio en el informe de Enfermería con el aval del mismo.

Esto se propuso para que los estudiantes aprendieran qué cuestiones sobre las intervenciones, se tenían que escribir en el informe y que cuestiones no; para ello, en una primera instancia se efectuaba una lectura comprensiva de los informes redactados anteriormente por el personal de Enfermería del servicio. Algo particular para remarcar, es que en la redacción de los informes, se observó que los cuidados que se registraban estaban relacionados a los procedimientos técnicos, farmacológicos, como así también a alteraciones fisiológicas de la persona a la que se le brindaba la atención y en escasa medida a las visitas de algún familiar durante el turno.

Esto ha llevado a pensar en que hay un amplio abanico de cuidados, los cuales menciona Hueso (2015) como la educación, el establecimiento de la relación de confianza, la relación con

el otro, el tacto, la escucha activa, el dar ánimo, el respeto por la intimidad, el permanecer, acompañar y la vigilancia clínica activa; que no son registrados frecuentemente, quedando así como “cuidados invisibles”. Otra cuestión, es que en la experiencia práctica, también se observó que muchos de los cuidados mencionados anteriormente, eran realizados, en cierta medida, por el personal de Enfermería al momento de brindar la atención.

Por esta experiencia, se dio origen a la idea de investigación sobre el fenómeno denominado como “cuidados invisibles”. En este tipo de cuidados intervienen acciones implementadas por el profesional de Enfermería, relacionadas con los aspectos de tipo técnicos/instrumentales y relacionales/afectivos, los cuales a su vez proporcionan, un cuidado ético, moral y humano a las personas que así lo necesitan (Huércanos Esparza, 2023).

Los intereses de la investigación están relacionados con la posibilidad de contribuir al cuerpo teórico desarrollado acerca de los cuidados invisibles, por consiguiente, a la aplicación en la práctica ejercida por los profesionales de Enfermería en los servicios de salud. Asimismo, que el conocimiento que se genere mediante el trabajo de investigación pueda servir de utilidad para identificar y registrar en los informes de Enfermería este tipo de cuidado; de tal forma que se produzca un reconocimiento a nivel profesional y social del trabajo que ejercen los/as enfermeros/as. Otro de los intereses, es que se logre visibilizar la importancia que tienen estas acciones en las experiencias de salud/enfermedad de las personas, desde una perspectiva holística, personalizada y humanizada de los cuidados brindados por los profesionales de Enfermería.

Ante estas situaciones detectadas, surgieron algunos interrogantes que contribuyeron a delimitar el problema de investigación, tales como: ¿Existen los cuidados invisibles en el espacio a observar? ¿Cómo percibe el personal de Enfermería los cuidados invisibles? ¿Cuáles cuidados

llegaría a considerar como invisibles? ¿Cómo influyen los cuidados invisibles en la práctica profesional de Enfermería?

1.2. PLANTEO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Por lo expuesto anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen los cuidados invisibles? De ser así, ¿cuáles serían sus características según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de Choele Choel, durante 2024?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar y caracterizar los cuidados invisibles según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de Choele Choel, durante 2024.

1.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Comprender y describir los cuidados invisibles según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de Choele Choel, durante 2024.

1.4. FUNDAMENTACIÓN

Enfermería es una disciplina que tiene un papel fundamental con las personas a quienes le brinda atención, ya sea en los servicios de salud, a nivel comunitario e inclusive, en domicilios particulares, en relación con acompañar a las personas en sus experiencias de salud y enfermedad. Enfermería como disciplina tiene como objeto de estudio el “cuidado”, pero muchas veces, las acciones más importantes relacionadas con la persona, las cuales realiza Enfermería; son invisibles. Huércanos Esparza (2010) expresa que no hay una definición específica de cuáles son los cuidados invisibles en Enfermería, ya que la temática ha sido poco tratada en el ambiente

disciplinar; lo que puede evidenciarse con las escasas investigaciones que hay al respecto.

Huércanos Esparza (2023) hizo referencia a que los cuidados invisibles están compuestos por dos esferas las cuales recupera de Gordon. Una de las esferas corresponde a aspectos técnicos/instrumentales que tienen bastante reconocimiento tanto social, como profesional. La otra a aspectos humanísticos/expresivos, que configuran los cuidados individualizados en base a las relaciones que se generen entre el profesional y la persona a la que cuida. Estas dos esferas deben estar en equilibrio para que con ello, se contribuya al proceso de recuperación y al bienestar de la persona, como también, para que se brinde un cuidado ético, moral y de alta calidad. Según la autora, a pesar de la contribución que estos tienen para la persona, no son reconocidos a nivel institucional, interpersonal, político, ni social.

Así mismo, en el año 2014, la concepción de “cuidado invisible”, fue ampliada por Hueso y Germán, en donde surgieron dos pilares, el “estar con” y el “estar pendiente” de la persona, haciendo referencia a que si los profesionales de Enfermería los implementan en el cuidado; consiguen que la persona obtenga bienestar, seguridad, autonomía, confianza, libertad y dignidad humana (Huércanos Esparza, 2023).

Según Huércanos Esparza (como se citó en Giménez, 2019), los cuidados invisibles, están generados tanto por el conocimiento, como así la influencia que tienen los valores de empatía, compasión, solidaridad, respeto y compromiso que disponen los profesionales de Enfermería. Se considera que estos elementos mejoran la calidad de salud de las personas aún más que los procedimientos tecnificados, pero que, aun así, pasan desapercibidos como cuidados, ya que no son registrados. En relación a los registros, otra cuestión para remarcar es que se comparte la idea de Huércanos Esparza (2010) cuando expresa que los profesionales de

Enfermería, muchas veces no consideran ciertos cuidados que realizan, por no reconocerlos como acciones “profesionales”; lo cual conlleva a que no sean registrados en los informes de Enfermería, quedando así como invisibles. Asimismo, lo que favorece a que sean invisibles estos cuidados, es que prevalezca el registro de las acciones técnicas, ya que pueden ser cuantificadas.

Por lo expuesto anteriormente, es que en esta investigación se pretendió indagar sobre la existencia de los cuidados denominados como invisibles y particularmente sobre sus características, según el personal de Enfermería que trabaja en el Hospital “Área Programa” de la ciudad de Choele Choel. Los resultados de la investigación podrían ser de valor teórico, debido a que este saber podría ampliar las dimensiones de su conceptualización, ya que se quiso indagar sobre sus respectivas características. Asimismo, los resultados pueden ampliar el conocimiento generado anteriormente por investigaciones como las de Isabel Huércanos Esparza, Nicolas Gimenez, como también al Marco Conceptual de Cuidados Visibles e Invisibles diseñado por Fabiola Hueso Navarro y Germán Concha, dado que siguen el mismo lineamiento respecto al tema indagado.

Siendo que la investigación se realizó en el Hospital “Área Programa” de la ciudad de Choele Choel, Río Negro; los resultados de la misma, podrían beneficiar tanto a la institución, como al personal de Enfermería que trabaja en los diferentes servicios, ya que repercute significativamente en el objeto de estudio de Enfermería y de tal forma, el conocimiento que se obtenga, puede llegar a producir diversas posturas y reflexiones ante tal planteamiento, para con ello, generar cuidados de mayor calidad; los cuales pueden ser incorporados a la teoría disciplinar, para luego ser llevados a la práctica profesional.

La investigación buscó recolectar datos que provienen directamente del personal de

Enfermería, quien es considerado como fuente principal de información sobre su disciplina y la influencia que ésta conlleva, es decir, que tal incumbe para su formación metodológica. Para ello se utilizó la estrategia cualitativa, ya que está proporcionó la viabilidad y confiabilidad en los datos a obtener, debido a que el objeto de la investigación son los “cuidados invisibles” y este enfoque metodológico, permitió comprender los fenómenos mediante el descubrimiento del significado, que aparece inmerso dentro de ellos, con la finalidad de caracterizarlos. También, en cuanto a la utilidad metodológica, la caracterización de los cuidados invisibles puede contribuir a la definición del mismo concepto.

1.5. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Por medio de la búsqueda bibliográfica se hallaron nueve artículos que se vinculan con el tema a investigar:

- **Artículo 1:** Huércanos Esparza, I. (2023). *Cuidado-Invisible desde la perspectiva de las personas con patología oncológica. Desarrollo y validación del instrumento de medida PCIE-H* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN.

Esta investigación se realizó con el objetivo de validar el cuestionario PCIE-H, para medir la percepción que tenían los enfermos con patología oncológicas acerca de los cuidados invisibles, proporcionados por las enfermeras del Hospital de día Onco-Hematológico. La autora, utilizó las teorías de Madeleine Leininger, Jean Watson, Marie Françoise Collière y Vera Regina Waldow, como así también el triángulo de los Cuidados y el Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles, para la conceptualización de los “cuidados invisibles”.

El estudio fue de tipo cuantitativo psicométrico, de tipo descriptivo correlacional y transversal, donde la población fueron personas diagnosticadas con enfermedad oncológica, con

una muestra de 360 individuos. El instrumento de recolección del dato fue un cuestionario adaptado por la autora.

En las conclusiones, se observa que el cuestionario sometido a prueba, es válido para la medición del concepto de “cuidado invisible”, como así también, que estos cuidados se perciben relevantes para mejorar el bienestar de los enfermos oncológicos. Asimismo, se identificaron tres factores para incluir al concepto; “cuidado de la persona”, “cuidado del entorno y la familia” y “presencia cuidadora”.

Los aportes que brinda este trabajo son de gran utilidad para la investigación, debido a que muestran información relevante respecto a la conceptualización de la categoría que se pretende indagar, como así también, la importancia que tienen los “cuidados invisibles” en el bienestar de las personas.

- **Artículo 2:** Castro, C., Roque Guerra, M., Conque Machaca, N., Mamani Contreras, R. y Chávez Sosa, J. (2022). Cuidado invisible e Imagen social de la enfermera comunitaria. *Ene*, 16(3) 1297.

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre el cuidado invisible y la imagen social de Enfermería comunitaria en las comunidades de Chiclayo, Cuzco y Puno de Perú. Se utilizó la definición de Isabel Huércanos Esparza realizada en el año 2010, para conceptualizar a los “cuidados invisibles”.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de corte transversal, con estudio de diseño no experimental. La población fueron las comunidades de Chiclayo, Cuzco y Puno de Perú, con una muestra de 514 personas. Los instrumentos de recolección de datos fueron el test de cuidado invisible y de imagen social del enfermero.

En las conclusiones se observa que las personas que percibieron alto a los cuidados

invisibles también calificaron a la imagen social del profesional de Enfermería alta, mostrando una relación significativa entre las dos.

Los aportes que brinda este trabajo, son de utilidad para la investigación, dado que muestran qué tan importante son los “cuidados invisibles” que brindan los profesionales de Enfermería y la contribución que estos realizan a la imagen social de la profesión. Asimismo, expone que es preciso indagar sobre los cuidados que están relacionados con los aspectos más humanos de las personas.

- **Artículo 3:** Gros Polo, S., Navas Ferrer, C., y Germán Bes, C. (2019). Percepción de los cuidados visibles e invisibles desde una doble perspectiva en una Unidad de Hemodiálisis. *Index de Enfermería*, 28(4), 174-178.

El objetivo de esta investigación fue comparar la percepción de los cuidados visibles e invisibles desde la perspectiva de los pacientes y enfermeras del Hospital Universitario Miguel Servet, así como analizar la influencia de las variables sociodemográficas sobre esta percepción. Para la conceptualización de los “cuidados invisibles”, se utilizó como referencia la definición propuesta por Isabel Huércanos Esparza en el año 2010.

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, con estudio descriptivo transversal y observacional. La población seleccionada fueron enfermeras y pacientes que utilizaban el servicio de hemodiálisis. Asimismo, se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas y una encuesta, como instrumentos de recolección del dato.

En las conclusiones se observa que el personal de Enfermería invisibiliza su accionar, dado que no lo puede medir, ni cuantificar, perdiéndose cuidados que realizan cotidianamente. De tal modo, las personas que reciben la atención, perciben gratificante las acciones de tipo afectiva; por lo que Enfermería necesita mostrar el lado humano de la profesión.

El aporte de este trabajo, es de utilidad para la investigación, ya que muestra la importancia de los “cuidados invisibles” en la práctica de Enfermería, como también así el registro de estas acciones.

- **Artículo 4:** Giménez, F. N. (2019). *El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería*. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional de Córdoba]. Archivo digital.

El objetivo de esta investigación fue comprender e interpretar los cuidados invisibles de Enfermería y su importancia en la evolución del paciente crítico en el servicio de Terapia Intensiva, del Hospital Alfredo Italo Perrupato, de Mendoza en el año 2019. El autor utilizó la Teoría de Jean Watson “Cuidado Humano” y el modelo teórico sobre cuidado emocional de Marie Françoise Collière, como así también, la definición de “cuidados invisibles” presentada en 2010 por Isabel Huércanos Esparza.

La investigación se basó en un enfoque cualitativo, con metodología fenomenológica, en donde la población seleccionada, fueron los enfermeros del servicio de Terapia Intensiva, con una muestra de diez de ellos. El instrumento de recolección del dato utilizado, fue una entrevista abierta en profundidad.

En las conclusiones se observa, que el personal de Enfermería realiza diversos tipos de cuidados, entre ellos los que no son registrados, por la dificultad para identificarlos como acciones que contribuyen a la recuperación del estado de salud de la persona.

El aporte de este trabajo es de utilidad para la investigación, ya que muestra que el profesional de Enfermería realiza “cuidados invisibles” y no los registra, por no ser identificados como significativos para la persona. Asimismo, para el reconocimiento de este cuidado, se hace evidente la necesidad de indagar sobre sus aspectos.

- **Artículo 5:** Arango, A. M. L. (2018). *Cuidar al paciente sin estar con él: invisibilidad de la atención de Enfermería en los servicios de hospitalización* [Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia.

El autor realizó la investigación con el objetivo de comprender el significado del cuidado invisible por parte de las enfermeras durante su práctica en los servicios de hospitalización, en Medellín, Colombia. Para conceptualizar la categoría, recupera la definición presentada en 2010 por Isabel Huércanos Esparza, en la cual refiere, que son acciones intencionadas, de interacción y bienestar, que benefician a la persona, pero que no son registradas.

La investigación se realizó bajo un enfoque cualitativo, utilizando herramientas de la etnografía, con una perspectiva del paradigma naturalista. La muestra fue de siete enfermeras, en donde se utilizó una entrevista abierta y una observación de treinta horas, como instrumento de recolección del dato.

En las conclusiones se observa que el cuidado es limitado por parte de la institución, ya que la misma le encomienda a los profesionales de Enfermería, realizar actividades de gestión y administración; esto es lo que es visible para la institución, por consiguiente los cuidados se vuelven invisibles.

El aporte de este trabajo, es de utilidad para la investigación, dado que muestra la influencia que tienen las políticas del hospital sobre el “cuidado invisible”; también el uso de la observación como instrumento de recolección del dato. Asimismo, amplía el panorama del vacío de conocimiento existente, sobre los aspectos relacionales y afectivos del cuidado.

- **Artículo 6:** Igartua, A. U., Barranco, I. B., Navarrete Villanueva, D., Ferrer López, E. y Sanchez Garcia, A. (2016). Percepción y registro de Cuidados Invisibles por Enfermería en centros de salud urbano y rural. *Revista Electrónica de Portales Médicos*.

El objetivo de este estudio fue analizar si existían diferencias entre el ámbito rural y urbano de Aragón, en relación con la importancia percibida por Enfermería acerca de los cuidados invisibles. Utilizaron la definición de “cuidados invisibles” presentada por Isabel Huércanos Esparza en 2010.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, donde la población fueron profesionales de Enfermería de los centros de salud urbanos y rurales. Para la recolección del dato, se utilizó una encuesta.

En las conclusiones se observa que los profesionales de Enfermería, tuvieron buena actitud hacia los “cuidados invisibles” en su práctica diaria, pero aun así, solo la minoría registra todos los cuidados que realiza, de tal modo, es necesaria una formación para los profesionales acerca de estos cuidados.

El aporte de este trabajo es de utilidad para la investigación, debido a que muestra la necesidad de profundizar sobre el conocimiento acerca de los “cuidados invisibles”, para implementarlo en la práctica de Enfermería, en relación a su registro.

- **Artículo 7:** Callén Galindo, M. (2012). *El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras* [Tesis de Maestría, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN.

El objetivo de esta investigación fue analizar el cuidado invisible de Enfermería desde dos perspectivas, la de las personas y familiares que recibieron ese tipo de cuidado y la del colectivo enfermero que lo brindó. Para definir a los “cuidados invisibles”, utilizó la conceptualización que presentó Isabel Huércanos Esparza en 2010.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, donde la población fueron enfermeras/os del servicio de hospitalización del centro “Sagrado Corazón de Jesús” de Huesca y personas dadas de alta en dicho Hospital entre marzo y abril de 2012. La muestra fue de 30 personas y 18

enfermeras/os. Se utilizaron dos cuestionarios como instrumentos de recolección del dato.

En las conclusiones se observa que las necesidades de cuidado que requieren las personas, están vinculadas a acciones más humanas, como lo son la presencia, el apoyo, la educación sobre los cuidados específicos para el individuo y la familia. Asimismo, desde la perspectiva de las/os enfermeras/os, se destacan los cuidados vinculados a aspectos científico-técnicos, aunque definen al cuidado haciendo referencia a las acciones de asistir, proporcionar bienestar y proteger; las cuales se apartan bastante de las acciones técnicas.

Los aportes de este trabajo son de utilidad para la investigación, dado que muestran el valor que tienen los aspectos humanísticos/expressivos en el cuidado, para las personas que lo perciben. Asimismo, que desde el punto de vista de Enfermería, tienen mayor relevancia, los aspectos técnicos/instrumentales del cuidado.

- **Artículo 8:** Huércanos Esparza, I. (2011). *Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible de Enfermería* [Tesis de maestría, Universidad de Zaragoza]. Biblioteca Las Casas.

El objetivo de este estudio fue elaborar y validar un cuestionario, para medir la percepción que las personas o familiares tenían sobre el cuidado invisible recibido por el colectivo de Enfermería, durante su estancia hospitalaria. Para conceptualizar a los “cuidados invisibles”, retoma la definición elaborada en su investigación “El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera”, como así también, la clasificación del cuidado invisible, elaborada por Concha Germán y Fabiola Hueso en 2010.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, donde la población fueron personas adultas de ambos sexos que ingresaron en los hospitales de Soria, San Sebastián, Zaragoza, Tudela,

Salamanca y Madrid, entre enero y julio de 2010. La muestra fue de 30 personas. Como instrumento de recolección del dato se utilizó un cuestionario.

En las conclusiones se observa que se debe modificar el tamaño muestral y la escala de Likert para validar el cuestionario. En los resultados se evidencia que para las personas lo más importante fue recibir un trato adecuado por parte de Enfermería, no obstante percibieron como falencia, la escasa información recibida e identificación de los profesionales, el deseo de haber obtenido más atención, la ausencia de un entorno confortable y por último, la falta de presencia cuidadora; “los profesionales solo acuden cuando hay que hacer alguna técnica”.

Los aportes de este trabajo, son de utilidad para la investigación, debido a que muestran la importancia que tienen los aspectos humanísticos/relacionales de las acciones de cuidado, en el bienestar y la atención de las personas.

- **Artículo 9:** Huercanos Esparza, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Las Casas*, 6(1), 1-51.

Se realizó esta investigación con el objetivo de conocer las acciones de cuidado que realizan las enfermeras y que resultan invisibles por no ser registradas, o no ser reconocidas como cuidados, en la unidad de cardiología y neurología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. En ella, para conceptualizar a los “cuidados invisibles”, los dividió en dos aspectos, uno relacionado con la tecnología médica y el otro asociado al acto médico; recuperando el trabajo realizado por Fajardo y Germán en 2004.

La investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo, utilizando el método etnográfico. La muestra fueron cuatro enfermeras y dos auxiliares de Enfermería. Los instrumentos de recolección del dato fueron, la observación participante, el análisis de los registros de Enfermería, entrevistas en profundidad semi estructuradas e informales y las notas de campo.

En las conclusiones se observa que lo que favorece a que los cuidados sean invisibles, es que predomine el registro de las acciones técnicas, ya que pueden ser cuantificadas, como también que Enfermería no los reconozca como acciones profesionales. Asimismo, es un campo que ha sido poco investigado en Enfermería.

El aporte de este trabajo es de utilidad para la investigación, ya que muestra el vacío de conocimiento que existe, en relación a los “cuidados invisibles”, como así también las cuestiones que incumben en la función asistencial que tienen los profesionales de Enfermería; los registros de Enfermería.

1.6. MARCO TEÓRICO

La Enfermería está enmarcada como una profesión que dispone de conocimientos científicos y tecnológicos, con el objetivo de ayudar a las personas sanas como enfermas, a las familias y comunidades, en la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades, luego de haber identificado las mismas y la manera en la cual lograr cubrirlas. Desde otro punto de vista, la Enfermería en la actualidad está siendo abordada desde otra perspectiva, tomando por consiguiente, la función de acompañar a las personas a transitar sus experiencias de salud y enfermedad.

La práctica que el personal de Enfermería realiza tiene carácter de manifestación evidente y objetiva de los procesos de formación; la disciplina puede apreciarse como un arte y ciencia que ha evolucionado a lo largo del tiempo por medio de sus diferentes enfoques teóricos, aplicación en la práctica e investigaciones que han favorecido a comprender, analizar e interpretar las circunstancias de salud para poder tomar decisiones satisfactorias respecto a la atención y el cuidado que brindan los mismos profesionales de Enfermería (Lachira Rimaycuna,

2022).

En las últimas décadas se ha escrito un gran abanico de conceptualizaciones de cuidado, aunque es preciso destacar que históricamente en la disciplina siempre hubo una falta de consenso sobre este concepto (Huércanos Esparza, 2023). Para comprender la definición de cuidado, es necesario recurrir a diferentes teorías que se han desarrollado siguiendo paradigmas establecidos en sus respectivas épocas. Según Suárez (2015) los paradigmas son una visión real de un fenómeno particular, que tiene cierta influencia en el accionar de los profesionales de Enfermería, ya que de tal forma infieren en la manera de pensar de los mismos. Estos ideales de pensamiento, se han originado a raíz de modelos conceptuales que especifican una relación entre conceptos denominados metaparadigmas, identificándose tales como, el cuidado, la persona, la salud, el entorno y la Enfermería; los mismos dan razón de ser a la práctica enfermera en los procesos del cuidado.

Kerouac identificó tres paradigmas predominantes en relación al accionar de Enfermería; en 1850 se desarrolló el paradigma de Categorización, este entendía que el ser humano era divisible en categorías, luego entre 1935 y 1955 surgió el paradigma de Integración suponiendo una prolongación del ideal anterior, el cual comprendía al ser humano como un todo integral y en relación con su entorno. Estas visiones tienen su orientación inicial en el paradigma Tecnocrático de salud y el modelo biomédico (Schoonbroodt y Coppé, 1992). Ellos centran el cuidado sólo en la enfermedad, separando el plano físico del mental, en donde las acciones están relacionadas con procesos científicos y técnicos que tratan las afecciones por medio de drogas, en donde predomina una relación despersonalizada, deshumanizada, procurando una incomunicación, con vínculos rápidos, aislados y condiciones pensada para las enfermedades y no para las personas (Lores Arnaiz, 1981).

De igual modo, con el traspaso de paradigma, este último se fue direccionando con una visión más global de la persona, tomándola como el centro de la práctica de Enfermería. En el siglo XX se empieza a desplegar el paradigma de Transformación, donde se concede al ser humano como único, indivisible, que interactúa en un mundo global. Esta corriente está orientada en el desarrollo de la salud, debido a los aportes de las ciencias humanas y sociales, centrando los cuidados en las costumbres, creencias y hábitos de vida que tienen las personas. Este ideal de pensamiento es innovador, ya que brinda una noción de cuidado creativa, dirigida al bienestar, pero como es percibido por la persona, siendo la intervención de Enfermería, una acción que busca dar respuestas a las necesidades de las personas desde una mirada holística, con respeto por su cultura, creencias y convicciones (Suárez, 2015). El mismo está vinculado en cierta medida al paradigma alternativo en salud (Lores Arnaiz, 1981) y al modelo global, holístico, social y comprensivo (Schoonbroodt y Coppé, 1992).

En esta investigación, para la definición del concepto del cuidado, se hará énfasis en la teoría propuesta por Jean Watson sobre “cuidado humanizado” y en conceptualizaciones sobre el “cuidado” arribadas en la década de los 70 por Madeleine Leininger, precursoras del paradigma de transformación en Enfermería; la referente norteamericana Jean Watson plantea la “Teoría de Cuidado Humano” en donde realiza un corte existencialista y humanista, influenciada en cierta medida por los estudios de Carl Rogers. Ella manifiesta que los cuidados son una pieza fundamental del ser, siendo un acto primitivo, el cual realiza el ser humano, para llegar a ser, pero teniendo en cuenta que este ser, está en relación con otros de los que forma parte. Esta necesidad del otro, es la que da la base primordial del cuidado que brinda el profesional de Enfermería. Asimismo, concibe al cuidado como una responsabilidad ética para la preservación de la humanidad, en donde se tiene un diálogo continuo y existe una experiencia compartida

entre la persona cuidada y el profesional de Enfermería; los cuales tienen características e historias de vida diferentes, en donde la interacción que realicen tendrá influencia en sus futuros, configurando el cuidado como un medio de crecimiento mutuo (Huércanos Esparza, 2023).

La Teoría de Cuidado Humano se basa en enfoques filosóficos existenciales-fenomenológicos, en donde se sustenta que el profesional de Enfermería, ante el riesgo de deshumanización en los cuidados de la persona, debe destacar lo humano, lo espiritual y lo transpersonal, percibiendo al cuidado enfermero como un ideal tanto moral, como ético, donde la relación terapéutica de persona a persona, debe ser relacional, transpersonal e intersubjetiva. Así pues, Watson articula lo que llama; Premisas teóricas con los Procesos Caritas del Cuidado (PCC), éstas son tres, la primera menciona que el cuidado y la Enfermería han atravesado todas las sociedades, lo cual, fue oportuno para que ésta alcance una formación superior. El analizar los problemas y asuntos propios de la profesión posibilita relacionar la orientación humanística con aspectos científicos. La segunda, plantea que un diálogo desde Enfermería tiene que ser con claridad, para con la persona; así aumentan los grados de comprensión debido al vínculo transpersonal que se ha alcanzado, es decir, el individuo conserva su calidad como persona y a la vez su rol. Y la tercera premisa, refiere que la Enfermería busca ser genuina y que para lograrlo, implica acoplar la sinceridad y la honestidad en el entorno durante la aplicación de los cuidados (Urta, 2011).

La interacción entre Enfermería y la persona, debe mantener un ideal moral, para proteger, mejorar y preservar la dignidad humana, en donde el cuidado humano implica la presencia de valores, de voluntad y de un compromiso para poder cuidar, así como poseer conocimientos sobre las acciones del cuidado, su fundamentación y sus consecuencias. Este cuidado intersubjetivo es el que replica a los procesos de salud-enfermedad, persona-medio,

conocimientos del cuidado enfermo y autoconocimiento del poder propio, de sí mismo. Y como fin, se alcanza una relación de cuidado transpersonal, entre humano-humano; que comprende a la persona, al tiempo, al espacio y a la historia de vida particular de cada uno (Urra, 2011).

La segunda precursora del ideal de pensamiento transformador, es Leininger, quien en busca de clarificar el concepto de cuidado en 1978, realizó un estudio que la llevó a diferenciar al fenómeno en tres niveles; el cuidado genérico, el cuidado profesional y el cuidado profesional enfermero. En este último, predominan los modos científicos y humanísticos aprendidos cognitivamente, en busca de favorecer o preparar a las personas, familias y comunidades para percibir servicios personalizados por medio de modalidades culturalmente establecidas, técnicas, orientadas al mantenimiento y desarrollo de condiciones adecuadas de vida y de muerte (Huércanos Esparza, 2023).

Las visiones de Watson (1979) y Leininger (1978) que predominan en sus teorías, tienen una complementariedad en particular, ya que manifiestan que el cuidado va más allá del plano bio-técnico y no se direcciona exclusivamente solo a los trastornos fisiológicos, sino que necesita disponer de conocimientos y habilidades que logren atender los componentes de la esfera social, espiritual y psíquica, en consonancia con la cultura que tiene la persona a la que se le brindan los cuidados. También Mayeroff en 1971, menciona que no es suficiente la intención y el anhelo de cuidar al otro, ya que el cuidado enfermero tiene su carácter profesional debido a que se necesita establecer un contacto con la persona y reconocer sus necesidades para saber la forma y el cómo responder acorde a ellas (Huércanos Esparza, 2023).

Siguiendo esta perspectiva, una cuestión que ha tomado relevancia en los últimos años, han sido los cuidados denominados como “invisibles” que brindan los profesionales de

Enfermería en los servicios de salud. El cuidado invisible ha sido poco tratado en el ambiente disciplinar, con el transcurso del tiempo, el objeto de estudio de Enfermería; el cuidado, está siendo abordado de una manera diferente, para que contribuya de manera significativa en la práctica de los profesionales y con ello darle mejor tratamiento a los problemas que se presenten en relación a la salud/enfermedad de las personas, según las necesidades alteradas de las mismas. Son escasas las investigaciones que han profundizado en el área del trabajo enfermero y que definan concretamente, cuáles son los cuidados invisibles en Enfermería (Huércanos Esparza, 2010).

Según Huércanos Esparza (2010), el cuidado invisible puede encuadrarse tanto en acciones intencionadas que no son registrables, así como brindar confort, establecer contacto con la persona, respetar la intimidad y en acciones susceptibles de ser registradas; como establecer una relación terapéutica, debido a que son consideradas como intervenciones más profesionales. Asimismo, en muchas ocasiones estas acciones no se reflejan en ningún lugar y esto contribuye a que los mismos profesionales las hagan invisibles.

Este tipo de cuidado muchas veces se extienden por encima de la técnica, hacia dimensiones, como las necesidades psico-emocionales, relaciones interpersonales, afecto, escucha, familia, tacto, alivio, confort, todas en general abarcan acciones para proporcionar bienestar. Según Collière (1982, en Huércanos Esparza, 2010) se consideran invisibles las tareas de cuidado más importantes que hace Enfermería, en relación al conocimiento de la persona, su entorno, el apoyo al logro de los objetivos de la misma y el intentar favorecer las posibilidades internas; estas acciones en varias ocasiones no son visibles. Asimismo, el cuidado es subestimado y por ello es invisible para la sociedad; una de las cuestiones relacionadas a ello es la perspectiva de género, debido a que culturalmente el cuidado de Enfermería, se encuentra

vinculado a cualidades innatas de las mujeres (Hueso, 2015), rasgos que son percibidos como habilidades naturales del “ser” de las enfermeras.

Germán y Hueso (2010), realizaron una revisión bibliográfica en correlación con el cuidado invisible y lo relacionaron con las siguientes dimensiones: 1) Enseñar, 2) Relación de confianza, 3) Relación con el otro, necesidad de ayuda, 4) Tacto, 5) Escucha activa, 6) Dar ánimo, 7) Brindar confort, 8) Respeto y preservación de la intimidad, 9) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, disponibilidad, 10) Vigilancia clínica activa (Hueso, 2015).

Isabel Huércanos Esparza (2011) haciendo referencia a Gordon y a Watson plantea que los cuidados invisibles están conformados por dos elementos, los aspectos de tipo técnico e instrumentales los cuales refiere a cuidados enfermeros que necesitan de la tecnología y una adecuada destreza práctica denominados “High Tech”, quienes tienen mayor reconocimiento tanto a nivel social, como a nivel profesional. Y los aspectos humanísticos/expresivos, los cuales engloban a cuidados individualizados de tipo relacional, denominadas “High Touch”; ambas dimensiones tanto instrumental como relacional, deben estar en equilibrio para facilitar el bienestar y contribuir al proceso de recuperación de la persona. Asimismo, estos elementos son primordiales para que el cuidado que se brinde sea ético y de alta calidad, pero de tal manera no son dimensiones que tienen un reconocimiento institucional, interpersonal, social y político (Huércanos Esparza, 2023).

El modelo sobre el concepto de “cuidado invisible”, mencionado por Isabel Huércanos Esparza (2011), fue ampliado en 2014 por Hueso y Germán por medio del Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles, en donde las diez dimensiones del cuidado invisible quedaron enmarcadas en dos pilares. El primer pilar es el “estar con la persona”, el cual refiere que el

profesional de Enfermería debe reconocer a la persona que cuida como un ser vulnerable y demostrarle que es un ser importante, donde se destacan acciones como disponibilidad, presencia, apoyo, acompañamiento y afecto. El segundo pilar es el “estar pendiente de la persona”, en este el profesional de Enfermería debe disponer de una serie de acciones, así como vigilar riesgos y tener precaución frente a ciertos tipos de situaciones, las cuales se operativizan por medio de las habilidades técnicas - científicas del profesional; estas están influenciadas por la formación, experiencia y recursos materiales del servicio. Por medio de la confluencia de actitudes y de acciones que tiene que generar el profesional para “estar con” y “estar pendiente”, es por lo cual la persona cuidada consigue bienestar, seguridad, autonomía, tranquilidad, confort, confianza, libertad y dignidad humana (Huércanos Esparza, 2023).

Según Huércanos Esparza (como se citó en Giménez, 2019) el cuidado invisible es un conjunto de acciones intencionadas, intocables, intangibles, latentes, generadas por la observación directa, conocimientos, experiencias prácticas e influenciado por valores propios del mismo profesional de Enfermería, como lo son; la empatía, la compasión, la solidaridad, la escucha activa, el respeto por su dignidad, la solidaridad, la confianza y el compromiso. Esto le permite elaborar juicios éticos y morales, centrados en las necesidades de cada persona.

Los valores que tienen los profesionales de Enfermería, son creencias personales que funcionan como una norma que guía la conducta, de manera ética y moral. Asimismo estos se vinculan con cuestiones culturales y vivencias personales (Jofre, 2005). La American Association of Colleges Of Nursing, menciona valores esenciales del profesional de Enfermería, que tienen gran impacto sobre el cuidado: 1) Valores Estéticos, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: apreciación, creatividad, imaginación y sensibilidad, 2) Valor Altruista, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: cuidado, compromiso,

compasión, generosidad y perseverancia, 3) Valor de Igualdad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: aceptación, asertividad, transparencia, autoestima y tolerancia, 4) Valor de Libertad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: confianza, esperanza, independencia, franqueza, auto dirección y autodisciplina, 5) Valor de la Dignidad Humana, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: consideración, empatía, humanidad, bondad, respeto y confianza, 6) Valor de la Justicia, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: coraje, integridad, moralidad y objetividad, 7) Valor de la Verdad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: responsabilidad, autenticidad, honestidad y nacionalidad (Jofre, 2005).

Desde otra arista, los cuidados invisibles también se consideran como intervenciones intocables, a veces realizadas por inercia, naturalizadas que mejoran la calidad de salud de la persona, aún más que los diferentes procedimientos tecnificados, como por ejemplo; cuidar la intimidad, brindar el confort, acompañamiento, contención, comunicación verbal y/o no verbal, entre otras. Estas acciones pasan desapercibidas y no se establecen como cuidados de Enfermería, al no poder ser registradas (Giménez, 2019).

La percepción es el conocimiento que se tiene de determinados objetos, la cual es mediada por el contacto directo y actual. También implica un proceso en donde la información sensorial se recibe, organiza e interpreta a partir del desarrollo cognitivo y las experiencias previas (Piaget en Roldan, 2013). Según Gros Polo, Navas Ferrer y Germán Bes (2019), los profesionales de Enfermería perciben al cuidado invisible, como acciones que suponen una sobrecarga de tiempo, trabajo e implicación emocional. Asimismo estas acciones no se registran frecuentemente, debido a la dificultad para medirlas y cuantificarlas. El registro inefectivo o ausencia de registro de acciones empleadas por Enfermería, está dado por el sistema informático

utilizado para registrar los cuidados, así como la dificultad del personal de Enfermería, para expresar con palabras, determinadas acciones (Sierra-Fraile, Tomey-Escolano, Abanto-Ferrando, Álvarez-Álvarez, Fandos-Vázquez y Gallego-Maestre, 2024).

CAPÍTULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. ESTRATEGIA-TIPO DE ESTUDIO

La estrategia seleccionada para dar respuesta a la pregunta de investigación fue de tipo cualitativa, en donde por medio de las observaciones directas no participantes y los grupos focales, se identificaron, caracterizaron, comprendieron y describieron los “cuidados invisibles” según los/as enfermeros/as del Hospital “Área Programa” de la ciudad de Choele Choel, Río Negro, durante 2024.

Para ello, se realizó un estudio descriptivo, de tal modo que permitió detallar las cualidades del objeto de investigación, como así también, un estudio exploratorio, con la finalidad de familiarizarse con la temática poco indagada.

2.2. ÁREA DE ESTUDIO

El sitio donde se realizó esta investigación, es el Hospital Área Programa Choele Choel. El mismo se encuentra ubicado en Choele Choel, una ciudad cabecera del departamento Avellaneda, de la provincia de Río Negro, República Argentina. La localidad está dentro de Valle Medio, situada en el margen izquierdo del Río Negro, frente a la isla grande de Choele Choel. Valle Medio, está conformado por un conjunto de localidades (Pomona, Lamarque, Luis Beltrán, Choele Choel, Darwin, Coronel Belisle y Chimpay). La ciudad de Choele Choel, es considerada como el núcleo proveedor de servicios para las otras localidades.

El Hospital Área Programa Choele Choel, cuenta con un espacio de 2900 m², siendo de complejidad IV, ya que dispone de las cuatro especialidades (clínica médica, clínica quirúrgica, clínica pediátrica y tocoginecológica), asimismo en la institución se encuentra una extensión para

las funciones administrativas, vacunación y consultorios externos; por consiguiente el radio de atención es de 42.886 habitantes. Además la institución dispone de 56 camas: 4 camas de Unidad de Vigilancia Intermedia, 26 camas de internación general, 14 camas de maternidad y 12 camas de pediatría.

En cuanto al recurso humano, el Hospital posee 10 médicos no especialistas, 2 médicos especialistas en cardiología, 1 médico especialista en cirugía, 5 médicos especialistas en clínica médica, 1 médico especialista en diagnóstico por imágenes, 1 médicos especialista en endocrinología, 2 médicos especialistas en ginecología, 2 médicos especialistas en medicina familiar, 1 médico especialista en oftalmología, 2 médicos especialistas en psiquiatría y 2 médicos especialistas en traumatología.

Asimismo, la institución cuenta con 17 licenciados en Enfermería, 41 enfermeros/as y 15 auxiliares de Enfermería. También se encuentran 26 administrativos, 1 contador, 4 agentes sanitarios, 4 licenciados en imágenes, 2 técnicos radiólogos, 1 técnico en estadística, 1 farmacéutico y 1 auxiliar en farmacia, 2 licenciados en hemoterapia, 3 licenciados en kinesiología, 5 bioquímicos, 1 técnico de laboratorio y 2 auxiliares, 6 licenciados en obstetricia, 4 licenciados en odontología, 2 instrumentadores quirúrgicos, 3 personas encargadas de la esterilización, 4 psicólogos, 2 operadores comunitarios, 10 choferes, 3 personas de lavadero, 14 personas de limpieza, 3 personas de mantenimiento, 3 trabajadores sociales, 2 médicos veterinarios y 1 técnico en seguridad e higiene.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1. POBLACIÓN

En este proyecto la población seleccionada fue el personal de Enfermería del Hospital

“Área Programa” de la ciudad de Choele Choel. Las personas que la conformaron (Licenciados en Enfermería, enfermeros/as y auxiliares de Enfermería), tuvieron caracteres diferentes que permitieron indagar sobre los cuidados invisibles brindados en la práctica profesional.

2.3.2. MUESTRA

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo constituida por 15 personas del personal de Enfermería del Hospital “Área Programa”, de la ciudad de Choele Choel, las cuales trabajan en los servicios de clínica médica, maternidad y pediatría, guardia y emergencias, Unidad de Vigilancia Intermedia, vacunación y consultorio externo de Enfermería. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

2.3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de Choele Choel.
- Personal de Enfermería sin discriminar sexo ni edad.
- Personal de Enfermería que se desempeñe en los servicios de clínica médica, maternidad y pediatría, guardia y emergencias, Unidad de Vigilancia Intermedia, vacunación y consultorio externo de Enfermería.
- Personal de Enfermería que desee participar voluntariamente de la recolección del dato.

2.3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesional no enfermero.
- Personal de Enfermería que no desee participar en la recolección del dato.

2.4. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA CATEGORÍA

Cuadro de Operacionalización de la categoría			
Categoría	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores

Cuidados Invisibles.	Conjunto de acciones intencionadas, intocables, intangibles y latentes, generadas por la observación directa, conocimientos y experiencias prácticas con la persona, e influenciado por valores propios del mismo profesional de Enfermería, que no son registrables.	<p><i>Relacionado a la percepción del Cuidado Invisible.</i></p> <p><i>Relacionado a los registros de Enfermería</i></p> <p><i>Relación terapéutica entre Enfermero y Persona</i></p> <p><i>Valores del profesional de Enfermería</i></p> <p><i>Relacionado al sujeto de cuidado</i></p>	<p>Percepción del personal de Enfermería.</p> <p>Significado del cuidado invisible.</p> <p>Cuidados enfermeros registrados.</p> <p>Relación terapéutica.</p> <p>Valores del personal de Enfermería.</p> <p>Percepción del ser que cuidan</p>
----------------------	---	---	--

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DEL DATO

Los instrumentos utilizados fueron una lista de cotejo para la observación directa no participante y una lista de tópicos relacionados a los cuidados invisibles, que fueron presentados en los grupos focales.

Como técnicas, se utilizó en la primera instancia, la observación directa no participante,

la cual fue efectuada en cada uno de los participantes de la muestra preestablecida, con duración de 2 a 3 horas.

En segunda instancia se utilizó la técnica de grupo focal. Realizadas las observaciones, se conformaron 5 grupos focales, con la totalidad de los participantes, los cuales fueron efectuados en tres tipos de modalidades diferentes: presencial en la institución, virtual vía Google meet y formato híbrido (presencial en la institución y virtual vía Google meet).

2.6. PROCESAMIENTO Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Mediante el uso de la estrategia cualitativa, se realizó una triangulación entre las técnicas de recolección del dato. Por consiguiente los datos recolectados mediante la observación directa no participante y los grupos focales, se organizaron y clasificaron, permitiendo el surgimiento de categorías específicas que se articularon con los referentes teóricos de la investigación.

En primera instancia, se dio uso de la técnica del análisis de discursos, en donde se fragmentaron los relatos de los participantes, quedando en unidades susceptibles de ser estudiadas, que permitieron construir una concepción completa del fenómeno en cuestión.

En segunda instancia, luego de analizados los datos, se interpretaron los mismos en relación a los datos expuestos por los referentes teóricos de la investigación.

2.7. VIABILIDAD

Esta investigación se llevó a cabo en la localidad de Choele Choel, ciudad en donde se ubicaba el investigador en el tiempo de la recolección de datos. Asimismo, en esta ciudad, también se encuentra el sitio de estudio, el Hospital “Área Programa”, donde se realizó la

recolección. En primer lugar, se solicitó el permiso al director de la institución y a la jefa de los servicios de Enfermería del Hospital, los cuales facilitaron los medios para realizar la recolección de los datos en el período de julio del 2024. Los recursos implementados para llevar el trabajo a cabo, fueron facilitados por el investigador, sin dificultades.

Por su parte la participación de la muestra del personal de Enfermería ha sido anónima, por lo cual no se revelarán sus datos personales, sólo las cuestiones observadas y sus relatos, según lo acordado previo consentimiento informado.

Se ha realizado en el tiempo establecido para tal investigación, ya que lo planificado fue culminar la misma, a los ocho meses de iniciado dicho proceso investigativo.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para la recolección de los datos, en primera instancia se le pidió autorización para captar a los participantes, al director del Hospital y a la jefa de Enfermería de la institución. Asimismo, la jefa de Enfermería, pudo encontrar a cinco participantes, por lo que no se llegaba a completar la muestra. Posterior a ello, se fue personalmente a consultar a cada servicios de los incluidos en la muestra y se logró identificar a los participantes restantes, por lo que la muestra quedó constituida de 15 personas del personal de Enfermería de los servicios de maternidad y pediatría, vacunación, guardia y emergencias, clínica médica, Unidad de Vigilancia Intermedia y consultorio externo de Enfermería.

Completada la muestra, se procedió a presentar el consentimiento informado a cada uno de los que accedió a participar. Luego de ello, se realizaron observaciones no participantes con duración de 2 a 3 horas, a cada uno de las personas que conformaban la muestra. Completada esta primera instancia, una vez observado a cada uno de los/las enfermeros/as de la muestra, se organizó con los mismos, las fechas, horarios y modalidad para la realización de los grupos focales.

La conformación de los grupos focales se dio de tres modalidades distintas, de manera presencial en la institución, de manera virtual vía Google meet y de manera híbrido (presencial en la institución y virtual vía Google meet). Cada uno de los encuentros tuvo de duración de 1 a 2 horas. Los encuentros fueron realizados en tres días seguidos en la última semana del mes de julio del 2024. Para ello, se conformaron 5 grupos focales en total. El primero fue de 2 participantes, el segundo fue de 5 participantes, el tercero fue de 3 participantes, el cuarto fue de 2 participantes y por último el quinto fue de 3 participantes. Lo que se hizo al momento del

encuentro, fue comentar de qué se trataba el grupo focal. Asimismo, se utilizó una presentación power point, con los tópicos seleccionados para el instrumento, en relación al cuidado invisible. También, para ayudar a los participantes con la elaboración de las respuestas, se fueron realizando preguntas guías a medida que encaraban la conversación, con la finalidad de desarrollar una recolección fructífera del conocimiento acerca del fenómeno en cuestión. Por ende los encuentros se vieron como una charla fluida, donde cada uno de los participantes pudo expresar libremente su percepción, saberes y conocimientos sin dificultad.

En cuanto a las complicaciones que se presentaron, una de ellas fue que no se pudo captar fácilmente a los participantes, por lo que se tuvo que recurrir a buscar personalmente a los mismos en cada servicio, para completar la muestra. Por otro lado, en un principio, se había planificado la conformación de dos grupos focales con la totalidad de los participantes, a realizarse presencialmente en la institución. Dado las dinámicas de trabajo del personal de Enfermería, se optó por organizar los encuentros de los grupos focales de acuerdo a la disponibilidad para participar de cada uno, por consiguiente, se dio la posibilidad de encuentros presenciales, virtuales y sincrónicos.

Los datos recolectados serán presentados a continuación, en consonancia con las categorías y sus respectivas dimensiones en relación al cuidado invisible según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de Choele Choel. Posterior a ello, se dará a conocer la interpretación de los datos a partir del marco teórico propuesto para esta investigación.

Percepción del Personal de Enfermería

El concepto de percepción hace referencia al conocimiento que se tiene de los objetos o sus movimientos, mediado por el contacto directo y actual, relacionado a las acciones o

actividades de los sujetos. Asimismo, comprende un proceso activo del individuo en donde la información sensorial se recibe, organiza e interpreta en función de las experiencias previas y el desarrollo cognitivo; por lo que es influenciada por las estructuras mentales que las personas han construido a lo largo de su vida (Piaget en Roldan, 2013). La percepción del profesional de Enfermería, puede variar dependiendo la formación académica que haya transitado durante su desarrollo profesional.

En relación a la dimensión de **“Percepción del cuidado invisible”** y **“Significado del cuidado invisible”**, se encontraron varias similitudes, por lo que se decidió tomarlas en conjunto para facilitar el análisis e interpretación de los datos. Para los/as enfermeros/as del Hospital “Área Programa” de Choele Choel, los cuidados invisibles son acciones que brindan a las personas y sus familiares, que no se registran en los registros e informes de Enfermería; invisibles para ellos, pero visibles para el sujeto que lo percibe. Asimismo, vinculan estas acciones a la esfera emocional y social, como a las tareas extras de las actividades exclusivas o directas de Enfermería. También conciben a este tipo de cuidado como acciones que no tienen relación con las indicaciones médicas. Por otro lado, perciben que los cuidados invisibles se vinculan con las cuestiones internas de cada uno, que nacen por medio de la interacción y que son personalizados de acuerdo a las necesidades de cada persona; tales cuidados los relacionan con aspectos humanos y actitudes que los acercan más a las personas y sus familiares en las experiencias de salud-enfermedad. Ellos lo expresan de la siguiente manera:

- *“el cuidado invisible es todo el cuidado que yo brindo tanto al paciente como al familiar que no lo registro ni en la hoja de registro de la cama, ni en el informe que hago como enfermera” GF3P9*

- *“son cuidados que no se registran y la otra persona lo ve, el paciente, pero yo como enfermera no lo veo” GF3P10*
- *“esto del cuidado invisible no está dentro de las indicaciones médicas, tiene que ver con como yo, enfermero, me paro frente a la persona que estoy atendiendo y brindo esos cuidados, ya sea para tratar su parte emocional, su parte social. Todo lo que tiene que ver con los cuidados invisibles sale de lo común, de las indicaciones que tenemos en la carpeta y es algo que muchas veces para otros no tiene importancia, es como algo que bueno, lo hizo y ya está, pero para Enfermería y para la persona que uno cuida es super importante. El que vos vayas a una habitación, la persona este triste, qué te sientes al lado, que le agarres la mano, que le preguntes como esta, eso es lo que tiene que ver con el cuidado invisible” GF2P5*
- *“también se trata de todas las acciones que nosotros hacemos más allá de las tareas exclusivas de Enfermería, porque muchas veces nosotros prestamos el oído, estamos haciendo una intervención, un cuidado y que no es una acción directa de Enfermería, acciones que hacemos más que como enfermeros, como personas” GF4P12*
- *“aquellos cuidados que damos y que nadie registra, lo hacemos porque nos nace, nadie nos enseña, en ninguna universidad te enseñan a tener esos cuidados, más allá de la práctica de Enfermería, son cosas, situaciones en las que uno interviene y que nace de uno mismo, de nuestro ser, de uno como persona” GF4P12*
- *“para mi refiere a todas las actividades que nosotros realizamos pero que no se observan a simple vista, sino que es personalizado para cada persona o para cada paciente o usuario, de acuerdo a su necesidad” GF5P15*

- *“me parece que es algo positivo para nuestra profesión sobre todo porque eso nos hace más humanísticos y empáticos con la persona, con la familia que están en un momento de enfermedad y que necesita que seamos empáticos y humanísticos” GF5P15*

Según Huércanos Esparza (2010), los cuidados invisibles no son percibidos por Enfermería, como acciones profesionales, ya que no pueden ser cuantificados, ni medidos. También no se perciben como acciones que contribuyan a la recuperación y la mejora en cuanto el estado de salud de la persona (Giménez, 2019). Según Gros Polo, Navas Ferrer y Germán Bes (2019), los cuidados invisibles no son reconocidos por parte de los profesionales, debido a que suponen una sobrecarga de tiempo, de trabajo e implicación emocional. Este hecho y el que no sean registrados, son factores que contribuyen a su invisibilización. Según Huércanos Esparza (como se citó en Giménez, 2019), el cuidado invisible es un conjunto de acciones intencionadas, intocables y latentes, las cuales se generan mediante la observación directa, los conocimientos y experiencias prácticas, que a su vez están influenciadas por los valores propios que tiene el profesional de Enfermería; esto le permite elaborar juicios éticos y morales, centrados en la necesidades de cada persona. Como se ha encontrado en diversas investigaciones, la percepción del personal de Enfermería coincide. Gran parte de ello, en relación a la cuantificación y medición de los cuidados, como el hecho de considerarlas como acciones extras de Enfermería. Por otro lado, algo significativo es que tienen que estar en las indicaciones médicas para ser percibidas como importantes, esto nos muestra una vez más, como el modelo biomédico tiene gran impacto sobre el accionar de los profesionales de Enfermería. Asimismo, las cualidades de invisibilidad aparecen bien marcadas para los/las enfermeros/as, al no poder reconocer este tipo de cuidado como acciones relevantes y profesionales. Cabe destacar, que se puede apreciar la vinculación de los cuidados invisibles con las actitudes, como la empatía y cualidades del ser de

los/las enfermeros/as, que llevan a la humanización. Desde esa arista se puede entender que para el personal de Enfermería existe una conexión entre el cuidado y los valores profesionales. Por otro lado, el significado que le otorgan al cuidado invisible se aleja bastante de lo que en realidad es, ya que sí bien es un aspecto que tiene el fenómeno de no ser registrado, el mismo no alcanza a describirlo en su totalidad. Asimismo, la cualidad de invisibilidad para ellos es imprescindible en cuanto a la importancia que le otorgan al cuidado, siendo este más valorado por las personas que lo perciben. Esto puede asociarse al mayor reconocimiento que tiene la técnica por encima de este tipo de intervención; por consecuencia, estas acciones relacionadas al “estar con” y “estar pendiente” de la persona, no tienen un alto reconocimiento por parte de los mismos profesionales. También, puede tener una relación particular el hecho de la correlación de estos cuidados a las cuestiones internas y la interacción, ya que podrían vincularse a los conocimientos y experiencias prácticas del personal de Enfermería, como a la influencia de sus valores. Lo significativo de los discursos, es cuando relacionan al cuidado invisible con acciones personalizadas; en primer lugar percibiendo la necesidad de la persona o el familiar y actuando en función de ella, adecuando la acción de acuerdo a las particularidades de la necesidad y del sujeto que la manifiesta. Sin embargo, el significado no concibe con lo expuesto en las investigaciones sobre el tema, esto puede indicar que existe una falta de conocimientos en el personal de Enfermería, sobre los cuidados invisibles.

La tercera dimensión correlacionada a la categoría se denomina **“acciones consideradas como cuidados invisibles”**. Los/as enfermeros/as mencionan y realizan varios cuidados invisibles relacionados a las dimensiones mencionadas en el marco teórico, respecto al fenómeno en cuestión. Ellos/as expresan las acciones de cuidado invisible de la siguiente manera:

- *“la comunicación fluida con el paciente y ayudar también, como ayudar en otro sentido como más global” GF2P6*
- *“preocuparse” GF2P6*
- *“acompañar no solo al paciente sino también a la familia, porque tenemos al enfermo, pero la familia también sufre y a veces nos abocamos al enfermo y la familia está súper angustiada, no saben qué hacer” GF2P5*
- *“a mí me pasa que yo a veces les canto, les cuento chistes, entonces vos le sacas una sonrisa y vos al sacarle una sonrisa haces que las defensas del cuerpo empiecen a trabajar para ayudarlos a recuperarse más rápido” GF2P5*
- *“a veces sentarse un ratito al lado de ellos, a veces la gente necesita hablar nomas, no necesitan que le digan más nada, que te quedes al lado y escuchar, es algo que nadie ve, que es súper importante” GF2P5*
- *“la enfermera también es educadora en lo que tiene ver con darle las herramientas a esa persona para que cuando se vaya a su casa pueda ella misma cuidarse, enseñarle mira porque es importante tomar agua, que hace el agua en nuestro organismo. La educación que tiene que hacer Enfermería, porque si una persona me pregunta -¿qué me está pasando enfermera?- te estoy pasando antibiótico -¿para qué es ese antibiótico?- yo le tengo que explicar por qué es importante ese antibiótico” GF2P5*
- *“generar la confianza entre el niño y vos” GF2P4*
- *“investigar también, poder dar una respuesta que muchas veces decimos - y le voy a preguntar al médico- ,buscar información” GF3P10*
- *“abrazar, tomar la mano, consolar, el comunicar y contener al paciente” GF4P12*

- *“evaluar que el familiar esté presente, que el familiar también participe del cuidado, ver si necesita un acompañante, ver si el familiar necesita una silla, hay muchas acciones que por ahí no se ven y que son importantes” GF5P14*

Las acciones de los participantes observadas en relación a esta dimensión son las siguientes:

- Explica e indica a la persona y a los familiares por medio de palabras sencillas, sin uso de vocabulario técnico y con demostraciones, cómo realizar cuidados en relación a la administración de medicación, curaciones de heridas quirúrgicas, higiene, movilización, amamantamiento
- Aconseja y recomienda acciones que puede realizar para promover su bienestar
- Se dirige a la persona, familiares y cuidadores por su nombre, tomándose el tiempo de aprenderlos
- Establece una conversación fluida y amable con la persona y sus familiares, donde comparten cuestiones personales acerca de sus vidas, el estado de salud, el tratamiento, la recuperación
- Ayuda a la persona a moverse, colocarse la faja, vestirse y desvestirse
- Acciona con rapidez ante la necesidad y/o malestar manifestado por la persona o identificada en la valoración, generando las condiciones para que se siente mejor y solucionando el problema percibido
- Comprende el malestar manifestado por la persona
- Contiene a la persona cuando manifiesta dolor intenso mientras espera la analgesia, dándole la mano y acariciándole el hombro, indicando que respire profundo y que ore si es creyente

- Escucha atentamente lo que dice la persona y los familiares
- Dice comentarios positivos, palabras de consuelo, incentivo y aliento a la persona y a sus familiares, animándolos a pensar en positivo para que contribuya a su recuperación
- Tapa a la persona
- Acondiciona la cama y el espacio de la persona con sus objetos personales
- Brinda seguridad cuando va a realizar un procedimiento, evitando generar dolor y hacer daño, actuando de forma precisa y hablando con la persona para darle tranquilidad
- Apaga la luz de la sala para que la persona pueda descansar luego de terminar de realizar los procedimientos/cuidados
- Responde a las preguntas de la persona y los familiares de forma clara, amable, con respeto y paciencia, explicando de nuevo con palabras sencillas cuando ellos no logran comprender su respuesta
- Informa a la persona y a los familiares los procedimientos/cuidados que va a realizar y el resultado de estos, por ejemplo del control de signos vitales, como así también los efectos adversos de los medicamentos que está administrando y el estado de salud actual
- Resguarda la privacidad y protege la intimidad de la persona al momento de realizar procedimientos/cuidados
- Pide permiso antes de realizar las intervenciones
- Se preocupa por la persona; por cómo se siente, si está cómoda, si siente dolor, por lo que necesita, por su bienestar y malestar, su estado de salud, si ha recibido visitas de sus familiares, si fue al baño, si tomó agua, si ha visto al médico, de su recuperación, si tiene algún familiar que lo ayude, su comodidad en la cama, el estado de la ropa de la cama y sus manifestaciones clínicas

- Inspecciona el estado de la piel, en búsqueda de alteraciones

Según Huércanos Esparza (2023), los cuidados invisibles son todas las acciones que implican “estar con la persona” y “estar pendiente de la persona”. Las dimensiones vinculadas a estos pilares son las siguientes: 1) Enseñar, 2) Relación de confianza, 3) Relación con el otro, necesidad de ayuda, 4) Tacto, 5) Escucha activa, 6) Dar ánimo, 7) Brindar confort, 8) Respeto y preservación de la intimidad, 9) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, disponibilidad, 10) Vigilancia clínica activa (Hueso, 2015). En los discursos de los participantes, se muestran varios cuidados invisibles en consonancia con las dimensiones establecidas. A continuación se dará a conocer cada una de ellas con sus respectivos cuidados. a) Enseñar: educar y explicar b) Relación de confianza: generar confianza, c) Relación con el otro, necesidad de ayuda: comunicar fluidamente y ayudar en un sentido más global, d) Tacto: abrazar, tomar la mano, consolar y contener a la persona, e) Escucha activa: escuchar, f) Dar ánimo: cantar y contar chistes, g) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación y disponibilidad: buscar información para poder dar una respuesta, acompañar y preocuparse por la persona y su familiar. Dado esto, puede reflejarse como los/as enfermeros/as, identifican a una amplia variedad de cuidados que le son invisibles, englobando a acciones encuadradas dentro de siete de las diez dimensiones del fenómeno en cuestión. Con respecto a las observaciones, nos encontramos con algo muy diferente; a continuación se presentarán las dimensiones del cuidado invisible con las acciones observadas en las cuales se encontró una profunda relación. 1) Enseñar: explicar e indicar cómo realizar cuidados a la persona y sus familiares, aconsejar y recomendar acciones para promover el bienestar, 2) Relación de confianza: tratar a las personas por su nombre y establecer una conversación fluida y amable con el sujeto de cuidado y sus familiares, 3) Relación con el otro, necesidad de ayuda: ayudar a realizar acciones y actuar con rapidez ante la necesidad expresada

por la persona, 4) Tacto: comprender y contener a la persona, 5) Escucha activa: escuchar atentamente a la persona y sus familiares, 6) Dar ánimo: animar, alentar e incentivar a la persona y sus familiares, 7) Brindar confort: tapar a la persona, acondicionar la cama y su espacio, brindar seguridad al realizar procedimientos, apagar la luz luego de realizada las intervenciones, responder de manera clara, amable y respetuosa e informar a la persona y sus familiares, 8) Respeto y preservación de la intimidad: resguardar la privacidad y proteger la intimidad al momento de realizar procedimientos/cuidados y pedir permiso antes de realizar las intervenciones, 9) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, disponibilidad: preocuparse por la persona, 10) Vigilancia clínica activa: inspeccionar el estado de la piel. Por lo expuesto anteriormente, se puede apreciar que el personal de Enfermería, percibe solo algunos cuidados invisibles de los que verdaderamente se realiza; esto sin duda tiene una relación con la percepción que tienen sobre los cuidados invisibles y el significado que le otorgan a estas acciones.

La cuarta dimensión se denomina **“acciones consideradas como cuidados no invisibles”**. Para los/as enfermeros/as los cuidados no invisibles comprenden acciones asociadas a técnicas y procedimientos, dando cuenta de que estos pueden ser registrados. Asimismo, hacen mención de una de las dimensiones del cuidado invisible, la cual es la enseñanza, pero la relacionan con procedimientos y técnicas. Ellos/as expresan las acciones consideradas como cuidados no invisibles de la siguiente manera:

- *“para mí todo lo que está relacionado con el paciente y lo que va registrado, como el control de signos vitales, higiene y confort, administración de medicamentos” GF1P1*

- *“el traslado del paciente hacia la sala de estudios, hacia el quirófano, acompañarlo al baño, las bombas de infusión, aspiración, cuidar las sondas que se tiene que lavar para que no se obstruya” GF2P5*
- *“recepcionar a un niño, estar en un trabajo de parto, estar en una urgencia, colocar una vía, alcanzar la palangana para que escupa, alcanzar un orinal, hacer el mantenimiento de las camas, colocarle el colchón antiescaras” GF2P5*
- *“evaluamos las deposiciones las diuresis, colocación de sonda nasogástrica, vesical y rectal, pesamos a los pacientes recién nacidos o embarazadas, asistimos a los médicos, evaluar loquios” GF3P9*
- *“higiene del material, ayudar a la madre a preparar la leche, en caso de que empiece con luminoterapia se educa a la madre sobre la importancia de los parches, que esté cubierto ocular y genial, se enseña como colocar la lámpara, rotarlo, en qué casos sacarlo y en qué casos no, también el tema de la lactancia materna” GF3P10*
- *“curación de heridas tanto complejas como simples, extracción de puntos, control de niño sano, control de adulto y anciano, control de embarazo de alto riesgo” GF3P8*
- *“llevar a cabo las indicaciones médicas, rotación, controlar una vía, poner suero, medidas anti escaras, movilización del paciente ya sea de forma activa o pasiva, hacerlo caminar o sacarlo con su familia afuera para que esté en contacto con su familia, balance hídrico, utilización del respirador, realizar electrocardiograma, colocación de vendas, de cremas” GF4P11*
- *“hablar con el paciente, por ejemplo antes de realizar un procedimiento se le explica lo que se le va a realiza y yo diría que es un cuidado visibles, o sea creo que todos los profesionales lo hacemos, se observa eso” GF5P15*

- *“lavado de manos, evaluar al paciente” GF5P14*

Según Huércanos Esparza (2010), los cuidados visibles, son acciones relacionadas a la técnica y el conocimiento científico, los cuales pueden ser medidos y cuantificados, por lo tanto susceptibles de ser registrados por los profesionales de Enfermería. Dado los discursos de los participantes, se puede apreciar cómo predomina el enfoque biomecanicista y biomédico, sobre la perspectiva de los/as enfermeros/as, debido a que solo perciben como acciones visibles, los cuidados en relación a las técnicas y procedimientos. Se puede entender cómo es que los cuidados invisibles pasan desapercibidos para los/as enfermeros/as, ya que perciben como cuidado, solo a las acciones que pueden cuantificarse y medirse, asociadas al conocimiento científico médico. Algo particularmente significativo de esta categoría, es que las cuestiones subjetivas que tienen que ver con el cuidado de Enfermería, no tienen un alto reconocimiento por parte de los profesionales que lo enmiendan, a diferencia de las cuestiones objetivas de los cuidados.

Cuidados Enfermeros Registrados

El cuidado enfermero profesional, se vincula con las formas científicas y humanísticas, que se aprenden en función de ayudar a las personas, familias y comunidades, a percibir servicios; por medio de modos culturalmente establecidos y técnicas, que buscan mantener y desarrollar las condiciones adecuadas de vida y de muerte (Huércanos Esparza, 2023).

Una de las dimensiones vinculada a esta categoría se denomina **“cuidados enfermeros que escriben en los registros de Enfermería”**. Los/as enfermeros/as tienden a escribir acciones asociadas a las técnicas y procedimientos. Ellos/as las expresan de la siguiente manera:

- *“rotación del paciente, electrocardiograma, ingreso y egreso” GF1P1*
- *“la recepción del bebé” GF1P2*
- *“ todos los cuidados del alta, si se les educó o se les explicó” GF2P3*
- *“ los cuidados post mortem” GF2P5*
- *“control de signos vitales, curación de herida” GF3P8*
- *“descartar la orina de sonda vesical, asistir al baño de los pacientes, baño en cama, cambio de pañal, controlar apósitos, tomar muestras” GF3P10*
- *“monitorización, medidas antiescaras, movilización, colocación o cambio de venoclisis, cambio de sonda vesical, cambio de sonda nasogástrica, colocación de colchón anti escaras, colación de vendas, de cremas” GF4P11*
- *“administración de medicamentos, colocación de sondas nasogástricas, vesicales y rectales, enemas “GF5P14*
- *“higiene y confort” GF5P13*

Según Huércanos Esparza (2010), los cuidados que se registran están relacionados a las acciones técnicas, debido al reconocimiento profesional que le otorgan los/as enfermeros/as y el hecho de poder medirlos y cuantificarlos. De acuerdo con los discursos del personal de Enfermería, se entiende que los cuidados que escriben están meramente asociados a técnicas y procedimientos, como lo expuesto en investigaciones sobre la temática en cuestión. Asimismo, existe una coincidencia entre los cuidados que registran y las acciones que consideran cuidados no invisibles. También, cabe destacar, que no se menciona el registro de ninguna acción vinculada al cuidado invisible.

La otra dimensión que se correlaciona con dicha categoría se denomina **“cuidados enfermeros que no escriben en los registros de Enfermería”**. Para los/as enfermeros/as,

existen varias acciones que no escriben en los registros, las cuales tienen una relación directa con las dimensiones del cuidado invisible. Ellos/as las expresan de la siguiente manera:

- *“la comunicación no se escribe, cuando le das consejos tampoco” GF2P6*
- *“por ahí cuando hay un ingreso de algún niño, se me ocurre si tuvo algún episodio antes, o si toma alguna medicación, si es alérgico a algo, eso tampoco lo escribimos, la investigación que uno hace” GF3P10*
- *“volviendo al tema de las heridas, muchas veces las puérperas en el postquirúrgico no saben cómo cuidarse, entonces vos le decís todo lo que tiene que hacer, cómo se tiene que bañar, qué se debe colocar, qué ropa interior no debe usar, qué deben hacer, qué no deben hacer, entonces cuando se va de alta, vos ponés puérpera dada de alta con condiciones normales y listo, no ponés, se le explicó” GF3P10*
- *“no solemos registrar se escuchó al paciente, se realizó contención al familiar, se realizó contención al paciente, se lo orientó. Esto de lo que tiene que ver con la contención del paciente, con la escucha activa, con informar al paciente, eso por lo menos no lo tengo incorporado yo, de que lo escribimos” GF4P11*
- *“el acompañar, el tomar la mano, por ahí es lo que necesita el paciente y se hacen pero no se escribe, no se pone me senté al lado del paciente, lo escuche, le tomé la mano o lo consolé, estas cosas no se escriben, como dice participante N°11, hay acciones que hacemos y no las escribimos” GF4P12*
- *“cuando tenemos pacientes en la guardia con una larga espera de algún especialista o de lo que sea, si esa usuaria necesita diez veces la asistencia, diez veces vamos a estar ahí, no se lo abandona digamos y eso no se registra” GF5P15*

Según Gros Polo, Navas Ferrer y Germán Bes (2019), se pierden muchos cuidados que

realizan cotidianamente los profesionales de Enfermería, debido a que no los puede medir ni cuantificar y por lo mismo no se registran. Sierra-Fraile, Tomey-Escolano, Abanto-Ferrando, Álvarez-Álvarez, Fandos-Vázquez y Gallego-Maestre (2024), mencionan que se encuentra un registro inefectivo o ausencia de registro de funciones y tareas que desempeña Enfermería, en relación a los cuidados. Esta deficiencia, depende del sistema informático utilizado para registrar las actividades, así como la dificultad de los profesionales de Enfermería para expresar con palabras, determinadas acciones. A continuación, se presentarán las dimensiones con las acciones vinculadas, mencionadas anteriormente por los/as enfermeros/as. a) Enseñar: aconsejar y explicar, b) Tacto: tomar la mano y contener a la persona o su familiar, c) Escucha activa: escuchar, d) Brindar confort: informar, e) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, disponibilidad: acompañar, buscar información para poder dar una respuesta y estar disponible para la persona. Como se puede observar, existe una relación entre las acciones que perciben como cuidados invisibles y las acciones que no registran. Comparando estas dimensiones con las relacionadas a la percepción del personal de Enfermería, se puede evidenciar que se pierden muchos cuidados que realizan los/as enfermeros/as, debido a que no se registran. Este hecho ocurre porque no los perciben como cuidados a consecuencia de que no están relacionados a acciones técnicas ni procedimentales, por ende no se pueden cuantificar, ni medir. Por otro lado se refleja, que ellos se dan cuenta de que no registran estos tipos de acciones; esto nos muestra la importancia que le otorgan a las mismas, aun mencionando que les produce bienestar a las personas que las perciben. Podría pensarse dado los discursos, que el bajo reconocimiento que le otorgan al cuidado invisible, está vinculado al modelo médico hegemónico, más aún cuando dependen de indicaciones médicas para realizar cuidados.

Relación Terapéutica entre Enfermero/a- Persona

Según Autalán (2020), la relación entre enfermero-persona, refiere a actitudes y acciones positivas que surgen de la interacción de cuidado. Según Urra (2011), la Teoría del cuidado humanizado, pone en manifiesto que dicha vinculación persona-persona, debe ser relacional, transpersonal e intersubjetiva. Ello refiere a que existe un diálogo continuo y una experiencia compartida entre el profesional de Enfermería y el sujeto de cuidado, aunque tengan características e historias de vida diferentes. Tal interacción, tendrá una influencia en el futuro de cada uno, por lo tanto, el cuidado es comprendido como un medio para promover el crecimiento mutuo (Huércanos Esparza, 2023).

Una de las dimensiones asociadas a esta categoría se denomina **“factores que influyen en el cuidado durante la relación terapéutica enfermero/a-persona”**. Para los/as enfermeros/as, los siguientes factores tienen una influencia en el cuidado durante la relación terapéutica enfermero/a- persona. a) Tipo de sujeto de cuidado, b) Interrupción del cuidado, c) Comunicación, d) Creencias de la persona, e) Cultura y religión de la persona, f) Vocabulario de la persona, g) Entorno de la persona, h) Estado de ánimo de la persona, i) Personalidad del sujeto de cuidado, j) Estado de ánimo de Enfermería, k) Cansancio de Enfermería, l) Sobreexigencia de Enfermería, m) Falta de tiempo para realizar cuidados, n) Tipo de trato con la persona. Los mismos son expresados por ellos/as de la siguiente manera:

- *“depende del paciente que atiendas, por ejemplo acá en materno infancia, la relación no es tan limitada, pero si vas a clínica médica o a guardia y emergencias quizás sí, con ese tipo de paciente” GF1P2*
- *“un factor puede ser que vos estás realizando un cuidado y te entran y te salen por la puerta, la interrupción, guardarle el respeto a la intimidad del paciente” GF2P6*

- *“la comunicación también es un factor que influye en el cuidado, no siempre tenemos personas que hablan en castellano, hemos tenido un chico, el chino, el israelí, los rusos, ese factor que influye para no podernos entender” GF2P5*
- *“la fe, decirle a la persona que tiene que creer; esto de que la persona crea que hay un Dios que puede actuar también a través de la medicación, de los médicos y de los cuidados que le brindes, es súper importante, la gente que se aferre a algo para curarse” GF2P5*
- *“lo cultural, los rusos por ejemplo que no te aceptan un almuerzo, una cena y así, entonces uno tiene que respetar esas cosas. Igual hemos tenido pacientes que necesitan por ejemplo una transfusión y porque son testigos de Jehová, no la aceptan, entonces uno quiere ayudar y decirles nuestro punto, pero hay que respetar la decisión, la cultura y la religión” GF2P3*
- *“esto de que las personas nos puedan entender; porque a veces hablamos con un lenguaje muy técnico que la gente no tiene por qué entendernos a nosotros, hay mucha gente que viene del campo o está acostumbrada a usar cierto vocabulario, nosotros necesitamos adecuar nuestro vocabulario a la persona, bajar al nivel de la persona para que nos puedan entender”GF2P5*
- *“la presentación del médico y de la enfermera” GF2P4*
- *“el entorno de la persona, si los familiares están ahí, cómo influyen ellos mismos en el paciente, si la ponen ansiosa, porque por ahí no interactúas con el paciente porque el familiar que está al lado te está observando o la intimida” GF3P9*
- *“el estado de ánimo de la persona, cómo está, si está adolorida, si está negativa, si está ansiosa. Hay personas que son muy retraídas, poco comunicativas, a veces cuesta mucho*

interactuar con el paciente, a veces están a la defensiva, a veces son muy amables y ahí estableces una comunicación. Hay algunos que son muy sumisos, hay algunas que son extrovertidas, hasta hacen chistes con lo que les está pasando y ahí es como que entrás un poco más” GF3P9

- *“en como estemos manejando el estrés es como nos vamos a relacionar con ellos, el estado anímico también puede ser positivo o negativo, si nosotros tenemos un buen día de trabajo o nos sentimos bien, es como vamos a tratar a nuestros pacientes y si el día no fue tan bueno, también. El cansancio, la sobreexigencia, puede afectar directamente sobre el cuidado de nuestros pacientes” GF4P11*
- *“la falta de tiempo, cuando tenés a muchos pacientes y tenés que requerir poco tiempo para los cuidados de él” GF5P14*
- *“el trato que tengas con el paciente, si lo tratás bien vos sabes que el paciente va a colaborar, ahora si vos sentís que no es lo mismo, no diría mal trato, pero el paciente ya como que no tiene la misma predisposición” GF5P14*

La interacción entre los profesionales de Enfermería y la persona, debe mantener un ideal moral para proteger, mejorar y preservar la dignidad humana. Ello implica la presencia de valores, de voluntad, compromiso y conocimientos sobre los cuidados y sus consecuencias. La relación de cuidado transpersonal de humano-humano, debe comprender a la persona, el tiempo, el espacio y la historia de vida particular de cada uno (Urra, 2011). Asimismo, el cuidado que proporcionan los profesionales de Enfermería, está inserto dentro de un sistema de valores y creencias, influenciados por una conjunto de factores culturales, sociales, económicos y políticos (Jofre, 2005). Expuesto los discursos del personal de Enfermería, se puede observar que los factores que identifican, comprenden tanto cualidades de los sujetos de cuidado, como las

creencias, la cultura y religión, el vocabulario, el estado de ánimo y la personalidad, como así también factores que influyen en la actitud de los/as enfermeros/as, como el estado de ánimo, el cansancio y la sobreexigencia. Por otro lado, el trato y la comunicación se identifican como factores que influyen directamente en la interacción enfermero/a-persona, tanto para entenderse, como para facilitar el cuidado. Asimismo, la falta de tiempo para efectuar cuidados y la interrupción de los mismos, son factores que dificultan la relación terapéutica. Por estas cuestiones se puede entender, que gran parte de los factores que influyen sobre los cuidados, tienen una relación directa con las creencias de los/as enfermeros/as y eso por ende, determina un sistema de valores incorporados en los mismos, que ejerce gran influencia sobre sus acciones. Lo particular de esta dimensión, es que la mayoría de los factores descritos, se relacionan directamente con cualidades propias de los/as enfermeros/as y de los sujetos de cuidado, como el conjunto de cuestiones relacionadas a la vida particular de cada uno; desde ese punto se puede reflejar, cómo el carácter de experiencia compartida entre humano-humano, está presente en la relación terapéutica expresada por el personal de Enfermería.

La segunda dimensión asociada a esta categoría es la **“influencia del cuidado invisible en la relación terapéutica enfermero/a-persona”**. Para los/as enfermeros/as, los cuidados invisibles ayudan a que la recuperación de la persona sea más rápida, como así también a realizar mejor el tratamiento, a razón de la influencia que tienen sobre las actitudes de las personas cuidadas. Asimismo, los sujetos que reciben este tipo de cuidado se sienten seguros y tranquilos, ante las experiencias de salud-enfermedad. Por otra parte, el cuidado invisible facilita el desarrollo de la confianza de la persona en el personal de Enfermería. Ellos/as expresan la influencia del cuidado invisible en la relación terapéutica enfermero/a- persona de la siguiente manera:

- *“el hecho de ser escuchados hace que sea una recuperación más rápida en el paciente, influye muchísimo, que sean escuchados o que vos los eduques, entonces ellos hacen bien el tratamiento, colaboran más” GF2P4*
- *“el contacto físico de darle la mano, en mi caso me ha tocado ir a un traslado con un paciente que te agarra la mano y hasta que vos no llegas allá no te la suelta y vos decís bueno, él seguramente se siente seguro o siente algo y yo creo que yo también lo pediría, también me gustaría que me sostuvieran de la mano en un momento o ante una práctica, solo con la presencia” GF2P4*
- *“la mayoría de los pacientes cuando el enfermero está al lado, se sienten más seguros ante todo, ante los médicos, ante la situación” GF2P6*
- *“hay muchas enfermedades que son de nuestra salud mental que dan sintomatología física y cuando la gente logra hablarlo, se fue todo, por eso es súper importante el poder escuchar, la escucha activa” GF2P5*
- *“a veces las personas llegan no sé si enojadas, tristes que se yo, una palabra, una sonrisa le cambia todo, le cambia el humor, otra predisposición, el brindar el tiempo a la persona puede afectar positivamente, el sonreír, el saludar. Vemos muchos compañeros o colegas que no saludan, que no sonríen, como que les falta la humanidad, la técnica a lo mejor es espectacular pero le falta la otra parte, la parte humana, el hablar, sonreír, tomar la mano, que a lo mejor es lo que más necesita la persona. A nosotros como enfermeros también nos gusta que venga una persona y nos sonría y nos trate bien, porque como persona lo necesitamos, más allá de ser enfermeros o ser paciente, necesitamos ese buen trato, esa muestra de afecto o de respeto” GF4P12*

- *“qué importante también esto de comunicar, porque le brinda una tranquilidad y seguridad al paciente, sea que el diagnóstico del paciente sea bueno o malo, el paciente sabe para dónde va, el tema es cuando no se comunica en este caso un diagnóstico, muchas veces el paciente queda mal porque no sabe ni lo que se va a hacer con él”*
GF4P11
- *“la relación que uno entabla con el paciente o con la persona es fundamental para que esa persona pueda confiar o pueda abrirse en diferentes sentidos, así como dice participante N°13, tal vez esa persona necesita decir algo, o necesita un abrazo y si él considera que sos confiable, te lo va a decir y sabe que vos vas a estar ahí para poder ayudarlo en ese momento, es algo positivo para el paciente”* GF5P15
- *“son personas que a veces te le aprendés el nombre, le conocés la familia, con los chicos por ahí pasa que uno se aprende la edad, el nombre, el nombre del gato, el nombre del hermanito, pero para empatizar más con él y llegarle de otra forma, entonces estableces como una confianza entre comillas en esos días, para poder brindarle el mejor cuidado”*
GF3P9

Según Huércanos Esparza (2023), por medio de las actitudes y acciones que realizan los profesionales de Enfermería para “estar con” y “estar pendiente” de la persona, es por lo cual el sujeto de cuidado consigue bienestar, seguridad, autonomía, tranquilidad, confort, confianza, libertad y dignidad humana. Con respecto a los discursos expuestos, la influencia del cuidado invisible, coincide con las investigaciones realizadas en relación a este tipo de acciones. Asimismo, se evidencia que los cuidados invisibles, influyen de manera positiva sobre la relación terapéutica entre Enfermería y los sujetos de cuidado, garantizando seguridad, confianza, bienestar, tranquilidad y confort a las personas que perciben este cuidado.

Valores del Personal de Enfermería

Según Jofre (2005), los valores son creencias personales que actúan como una norma para guiar la conducta; ellos funcionan como leyes juzgadas conforme a un ideal particular. Tales creencias se vinculan con aspectos culturales y vivencias personales. Los profesionales de Enfermería tienen un amplio abanico de valores, los cuales les permiten tomar decisiones de forma ética y moral, respecto a las intervenciones que realicen. Para los/as enfermeros/as, influyen una amplia variedad de valores al momento de brindar cuidados. Ellos/as los expresan de la siguiente manera:

- *“la responsabilidad, respeto, la comprensión” GF2P3*
- *“no juzgar, confianza” GF2P6*
- *“darle bienestar al paciente, la bondad, no querer hacerle mal al paciente” GF3P10*
- *“la empatía y la seguridad, la justicia” GF3P9*
- *“el compromiso, honestidad, conciencia, trabajo en equipo, la sensibilidad” GF4P11*
- *“la privacidad, la humildad” GF5P14*
- *“la solidaridad con ese paciente, la paciencia” GF5P13*
- *“el ser tolerante, la flexibilidad que uno tiene también para adaptarse a cada situación” GF5P15*

La American Association of Colleges Of Nursing, menciona valores esenciales del profesional de Enfermería, que tienen una influencia significativa en el cuidado: 1) Valores Estéticos, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: apreciación, creatividad, imaginación y sensibilidad, 2) Valor Altruista, las actitudes y cualidades personales relacionadas

son: cuidado, compromiso, compasión, generosidad y perseverancia, 3) Valor de Igualdad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: aceptación, asertividad, transparencia, autoestima y tolerancia, 4) Valor de Libertad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: confianza, esperanza, independencia, franqueza, auto dirección y autodisciplina, 5) Valor de la Dignidad Humana, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: consideración, empatía, humanidad, bondad, respeto y confianza, 6) Valor de la Justicia, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: coraje, integridad, moralidad y objetividad, 7) Valor de la Verdad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: responsabilidad, autenticidad, honestidad y nacionalidad (Jofre, 2005). A continuación se presentarán los valores del personal de Enfermería, correlacionados con las actitudes y cualidades mencionadas en los discursos. a) Valores Estéticos, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: sensibilidad y flexibilidad, b) Valor Altruista, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: solidaridad, humildad y compromiso, c) Valor de Igualdad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: paciencia y tolerancia, d) Valor de Libertad, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: seguridad, e) Valor de la Dignidad Humana, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: confianza, empatía, bondad, respeto y comprensión, f) Valor de la Justicia, las actitudes y cualidades personales relacionadas son: conciencia, g) Valor de la Verdad, las actitudes y cualidades relacionadas son: responsabilidad. Por lo presentado, se entiende que el personal de Enfermería comprende un amplio abanico de valores profesionales enfermeros, que guían su conducta de manera ética y moral. Es significativo cómo los valores mencionados, tienen relación con los cuidados invisibles de los discursos y observaciones de los mismos enfermeros/as. Dado esto, se podría decir que estos valores profesionales, tienen gran influencia sobre el personal de Enfermería, lo cual les facilita realizar cuidados invisibles.

Otra dimensión asociada a esta categoría es la **“influencia de los valores en el cuidado enfermero”**. Para los/as enfermeros/as la influencia de los valores en el cuidado, les facilita ofrecer cuidados de calidad y efectivos que sean aceptados y entendidos por la mayoría. Asimismo, tal influencia puede promover la adaptación del cuidado a distintas nacionalidades y culturas. También tiene una influencia positiva para la persona, ya que esta se siente bien cuidada, cómoda y con confianza. Ellos/as expresan la influencia de los valores en el cuidado enfermero de la siguiente manera:

- *“y la influencia que tiene es en tratar de realizar un cuidado de calidad que sea aceptado y entendido por el otro, por la persona a la que se la brindamos, que sea entendible entre todos, también en que sean mucho más efectivos” GF2P3*
- *“en adaptarse a una distinta nacionalidad o distinta cultura” GF2P7*
- *“yo creo que si vos tenés empatía por la persona que estás cuidando, vas a tener una influencia positiva, siempre la otra persona se va a sentir bien cuidada” GF3P10*
- *“básicamente en el trato que tiene el paciente, porque si uno lo trata sin respeto o lo trata mal o le dice algo que no corresponde, el paciente obvio que se va a sentir mal o va a presentar una queja y por el lado positivo, que el paciente se sienta bien con uno, que se sienta cómodo y que sienta confianza” GF5P13*
- *“el hecho de que uno ya va bien predispuesto a atenderlo, a brindarle los cuidados que necesita, genera esto de la confianza y de que el paciente se sienta bien y no tener ningún prejuicio ante esto también” GF5P15*

Los valores tienen un carácter positivo en los profesionales de Enfermería, ya que ayudan a lograr la humanización; humanizan todo lo relacionado a la interioridad propia y hacia los demás. Estos valores son de utilidad para que los/as enfermeros/as puedan tomar decisiones y

realizar cuidados, frente a una situación dada, guiándose por la moral y la ética como principios básicos de su accionar (Jofre, 2005). Dado los discursos del personal de Enfermería, se puede apreciar cómo las creencias, que gran parte se vio en la dimensión de los “factores que influyen en el cuidado durante la relación terapéutica enfermero/a-persona”, tienen un gran impacto sobre los valores que tiene el personal de Enfermería y ello, incide sobre el mismo cuidado, al guiar sus acciones de manera ética y moral.

Percepción del Ser que Cuidan

Una cuestión particular respecto al cuidado invisible, es la concepción que se tiene del sujeto de cuidado. Para los/as enfermeros/as, el ser que cuidan es una persona que tiene sentimientos, valores y derechos, la cual está inserta en una sociedad. También lo conciben como un ser integral, por ende no solo se debe tratar la patología, sino se debe tomar el ser íntegro en su totalidad. Por otro lado, afirman que el término “paciente” es dado por la institución, la cual marca cierta impronta en el personal. Ellos/as expresan la percepción del ser que cuidan de la siguiente manera:

- *“por ahí está muy institucionalizado el tema de paciente, que no te lo puedes terminar de sacar, pero bueno, son personas” GF3P9*
- *“es una persona, es un ser sintiente y tengo que tratarlo como tal, de una manera global, no solamente la patología que está cursando en ese momento, sino como un ser integral, como un individuo con sentimientos, con valores y con derechos al que yo tengo que cuidar o prestar cuidado” GF4P12*
- *“si bien es paciente, yo lo considero siempre como una persona, porque cuando vos vas a atender a un paciente estas atendiendo a una persona que está inserta en una sociedad y*

que tiene una familia y millones de problemas así como nosotros también y entonces como que te pones en su lugar y yo soy una persona” GF5P15

Desde esta perspectiva, según Huércanos Esparza (2023), se lo concibe como una persona. Esta concepción puede que tenga una relación directa con el paradigma de transformación, ya que las teorías que se utilizaron para llegar a los diferentes conceptos, se alejan bastante del paradigma tecnocrático de salud y el modelo biomédico. Por tal motivo sería imposible hablar de “cuidados invisibles”, considerando al ser como un paciente, usuario o cliente. Dado los discursos del personal de Enfermería en relación a esta categoría, se puede reflejar que los/as enfermeros/as, perciben como persona al ser que cuidan y esto tiene correlación con los cuidados invisibles mencionados en los discursos y observados en la práctica. Por otro lado, se puede entender que la institución y los modelos que configura la misma, predisponen y modulan la percepción de los/as enfermeros/as. Esto podría explicar cómo los cuidados invisibles pasan a segundo plano, quedando en el primero los “procedimientos y técnicas”, asociados a la patología y al cuerpo; sin duda tiene una relación directa con el modelo mecanicista y biomédico, como el paradigma tecnocrático de salud. A pesar de ello, el personal de Enfermería tiene un punto de vista particular y esto podría marcar la diferencia, pero sin duda, como mencionan los mismos/as enfermeros/as, implica tener ciertos valores, que cambien esa percepción y por ende, lograr la humanización de los cuidados enfermeros.

3.2. DISCUSIÓN

El interés en identificar y caracterizar a los cuidados invisibles según el personal de Enfermería, fue lo que motivó la realización de esta investigación. En la misma se dieron cuenta de varias cuestiones que marcan la cualidad de invisibilidad del fenómeno en cuestión. Para el personal de Enfermería, los cuidados invisibles son acciones que no se registran, invisibles para

ellos, pero visibles para el sujeto que las percibe, vinculados a cuestiones internas que nacen por medio de la interacción y que son personalizadas para cada sujeto según su necesidad. El significado que le otorgan al cuidado invisible difiere con las investigaciones realizadas con anterioridad. Por su parte, puede que la percepción acerca de que no son acciones registradas tenga relación con lo que expresan diversos autores, como Huércanos Esparza (2010), cuando menciona que los cuidados invisibles no se perciben como acciones profesionales por la dificultad para medirlos y cuantificarlos. Sin embargo, ello no es suficiente para definir el fenómeno. Asimismo, la asociación a actitudes, puede tener una vinculación con los valores profesionales. Como expresa Huércanos Esparza (como se citó en Giménez, 2019), los cuidados invisibles son un conjunto de acciones intencionadas, intocables y latentes, generadas por la observación directa, experiencias prácticas y conocimientos, influenciadas por los valores profesionales de los/as enfermeros/as. Desde ese punto se puede apreciar como el hecho de no ser registrados, no alcanza para definirlos en su totalidad.

Aunque el significado sobre estas acciones no esté bien definido para el personal de Enfermería, esto no implica que las puedan identificar y realizar. A partir de los discursos y observaciones realizadas se han identificado las siguientes acciones en relación a las dimensiones del cuidado invisible propuestas en el marco teórico, a continuación se presentarán las mismas.

1) Enseñar: educar, explicar, indicar cómo realizar cuidados a la persona y sus familiares, aconsejar y recomendar acciones para promover el bienestar, 2) Relación de confianza: generar confianza, tratar a las personas por su nombre, establecer una conversación fluida y amable con el sujeto de cuidado y sus familiares, 3) Relación con el otro, necesidad de ayuda: comunicar fluidamente, ayudar a realizar acciones y actuar con rapidez ante la necesidad expresada por la persona, 4) Tacto: abrazar, tomar la mano, consolar, contener y comprender a la persona, 5)

Escucha activa: escuchar atentamente a la persona y sus familiares, 6) Dar animo: cantar, contar chistes, animar, alentar e incentivar a la persona y sus familiares, 7) Brindar confort: tapar a la persona, acondicionar la cama y su espacio, brindar seguridad al realizar procedimientos, apagar la luz luego de realizada las intervenciones, responder de manera clara, amable y respetuosa e informar a la persona y sus familiares, 8) Respeto y preservación de la intimidad: resguardar la privacidad y proteger la intimidad al momento de realizar procedimientos/cuidados y pedir permiso antes de realizar las intervenciones, 9) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, disponibilidad: buscar información para poder dar una respuesta, acompañar y preocuparse por la persona y su familiar, 10) Vigilancia clínica activa: inspeccionar el estado de la piel. Respecto a ello, es notorio, que se ha evidenciado que el personal de Enfermería solo percibe algunos cuidados de los que verdaderamente realiza, esto tiene una relación directa con la percepción que tienen sobre estas acciones y el significado que le otorgan al cuidado invisible.

Desde otra arista, el personal de Enfermería considera como cuidados visibles a acciones como el control de signos vitales, administración de medicamentos, aspiración, colocación de sonda nasogástrica, vesical y rectal, curaciones simples como complejas, etc. Lo que tienen de particular estas intervenciones, es que todas se encuentran relacionadas a técnicas o procedimientos y ello concuerda con lo que expresa Huércanos Esparza (2010), acerca de estos cuidados, mencionando que los cuidados visibles son acciones vinculadas a las técnicas y el conocimiento científico, por ende pueden ser cuantificados y medidos; por consiguiente, susceptible de ser registrados por los/as enfermeros/as. Asimismo, se puede valorar, la influencia que tiene el enfoque biomédico sobre la perspectiva del personal de Enfermería. Por medio de ello, se puede comprender cómo es que pasan desapercibidos los cuidados invisibles para los/as enfermeros/as.

El personal de Enfermería, tiende a registrar acciones como el control de signos vitales, curaciones de heridas, monitorización, medidas antiescaras, administración de medicamentos, colocación de sondas nasogástricas, vesicales y rectales, etc. Lo particular de estas acciones es que todas están relacionadas a técnicas o procedimientos, como menciona Huércanos Esparza (2010), los cuidados que más se registran, tienen una relación directa con las acciones técnicas a consecuencia del reconocimiento profesional que tienen y el hecho de poder cuantificarlas y medirlas. Asimismo, comparando con los discursos de los/as enfermeros/as respecto a otras dimensiones del cuidado invisible, se puede apreciar que las acciones que registran coinciden con las acciones que consideran visibles.

En sentido opuesto, para el personal de Enfermería, existen un conjunto de acciones que no registran, entre ellas el aconsejar y explicar, tomar la mano y contener a la persona o su familia, escuchar, informar, acompañar, buscar información para poder dar una respuesta y estar disponible para la persona. Es significativo, como las acciones que no registran, están asociadas a cuestiones subjetivas de los cuidados, como mencionan Gros Polo, Navas Ferrer y Germán Bes (2019), se pierden muchos cuidados que realizan cotidianamente los profesionales de Enfermería, debido a que no los pueden medir ni cuantificar y por lo tanto, no se registran. Por otro lado, se puede valorar, la relación existente entre las acciones que perciben como cuidados invisibles y las acciones que no registran, asimismo si se compara con las dimensiones de la percepción del personal de Enfermería, se puede apreciar cómo se pierden muchas acciones de las que realiza el personal de Enfermería, por no registrarlas. Esto podría tener una relación directa con la predominancia del modelo médico hegemónico, ya que los/as enfermeros/as dependen de las indicaciones médicas para realizar cuidados.

En cuanto a los factores que influyen en el cuidado durante la relación terapéutica

enfermero/a- persona, para el personal de Enfermería existe una amplia variedad. Por su parte se encuentran factores asociados a las cualidades de los sujetos de cuidado, como las creencias, la cultura, la religión, el vocabulario, el estado de ánimo y la personalidad. Asimismo, se encuentran factores que tienen cierta influencia en la actitud de los/as enfermeros/as como el estado de ánimo, el cansancio y la sobreexigencia. También el trato y la comunicación influyen en la interacción, tanto para entenderse como para facilitar el cuidado. Por último, la falta de tiempo y la interrupción del cuidado, son factores que dificultan la relación terapéutica. Como menciona Urra (2011), la relación terapéutica de cuidado transpersonal de humano-humano, debe comprender a la persona, el tiempo, el espacio y la historia de vida particular de cada uno, asimismo, la interacción entre los profesionales de Enfermería y la persona debe mantener un ideal moral para proteger, mejorar y preservar la dignidad humana, en consecuencia necesita la presencia de valores. Según Jofre (2005), el cuidado de Enfermería, está dentro de un sistema de valores y creencias que es a su vez influenciado por un conjunto de factores tanto culturales, sociales, económicos, como políticos. Por lo expuesto se puede apreciar que los factores que menciona el personal de Enfermería, tienen una relación directa con sus creencias y por tanto eso ejerce cierta influencia sobre sus acciones. Asimismo, se observa que la mayoría de los factores se relacionan directamente con las cualidades propias de los/as enfermeros/as y los sujetos de cuidados, así como cuestiones relacionadas con la vida particular de cada uno. Ello muestra la característica de experiencia compartida entre humano-humano.

El cuidado invisible tienen una influencia positiva en la relación terapéutica enfermero/a- persona, ya que ayuda a que la recuperación de la persona sea más rápida, a que realicen mejor el tratamiento, asimismo a que los sujetos se sientan más seguros y tranquilos, como así a que puedan desarrollar confianza en el personal de Enfermería. Esto se vincula con investigaciones

realizadas sobre el fenómeno en cuestión; como menciona Huércanos Esparza (2023), por medio de los cuidados invisibles, las personas consiguen bienestar, seguridad, tranquilidad, confort y confianza.

Desde otra arista, los valores según Jofre (2005), son creencias personales que actúan como una norma para guiar la conducta. Estas creencias están vinculadas a aspectos culturales y vivenciales personales. El personal de Enfermería tiene un amplio abanico de valores que le permiten tomar decisiones, entre ellos se encuentra el valor estético, altruista, de igualdad, libertad, dignidad humana, justicia y verdad. Asimismo se encuentran varias actitudes vinculadas a esos valores, como lo son la sensibilidad, flexibilidad, solidaridad, humildad, compromiso, paciencia, tolerancia, confianza, empatía, bondad, respeto, comprensión, conciencia y responsabilidad. Estos valores tienen una relación directa con los cuidados invisibles mencionados en los discursos y observados en la práctica de los/as enfermeros/as. Dado ello, se puede apreciar como los valores profesionales tienen una influencia sobre el personal de Enfermería, facilitando el desarrollo de cuidados invisibles.

Asimismo, la influencia de los valores de los/as enfermeros/as, les permite ofrecer cuidados de calidad, efectivos, aceptados y entendidos por los profesionales de la salud y los sujetos de cuidado. Tal influencia les ayuda a adaptar el cuidado a distintas culturas y nacionalidades. También influye de manera positiva para la persona, ya que la misma se siente cuidada, cómoda y con confianza. Los valores facilitan la humanización, siendo de utilidad para tomar decisiones frente a situaciones dadas, teniendo en cuenta la ética y la moral (Jofre, 2005). Se puede observar que los factores que influyen en el cuidado, tienen gran impacto sobre los valores del personal de Enfermería y ello tiene un efecto sobre el cuidado que brindan, guiando su accionar de manera ética y moral.

Por último, es significativo la percepción que el personal de Enfermería tiene sobre el ser que cuida. Para ellos/as, el ser que cuidan es una persona que tiene valores, sentimientos y derechos, el cual pertenece a una determinada sociedad. Asimismo, lo entienden como un ser integral, afirmando que el término paciente es brindado por la institución. Como menciona Huércanos Esparza (2023), el sujeto de cuidado, es una persona. Esta concepción relacionada al paradigma de transformación, se aleja bastante de las propuestas en el paradigma tecnocrático de salud y el modelo biomédico. Desde ese punto se puede reflejar que lo que les permite brindar cuidados invisibles al personal de Enfermería, es salir de ese modelo médico hegemónico y centrarse en las necesidades de la persona. Por otra parte, se valora que ellos mismos reconocen la influencia que tiene la institución sobre su percepción, lo cual puede explicar cómo es que los cuidados invisibles pasan por desapercibidos. Aun así, el personal de Enfermería, tiene un punto de vista diferente que puede marcar cierta impronta en su accionar, pero sin dudas necesita reforzar en sus valores, para cambiar la percepción y lograr la humanización de los cuidados de Enfermería.

3.3. CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación, se logró identificar y caracterizar a los cuidados invisibles según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” Choele Choel, durante 2024.

Para los/as enfermeros/as los cuidados invisibles son acciones que no se registran, relacionadas a la esfera emocional y social, consideradas como tareas extras de Enfermería; invisible para ellos, pero visibles para el sujeto que las percibe. Asimismo, no las relacionan con las indicaciones médicas, ni con técnicas y procedimientos, por lo que carecen de importancia. Por otro lado, las vinculan con las cuestiones internas de cada uno y con los aspectos humanos y

actitudes que los acercan a los sujetos de cuidado en las experiencias de salud-enfermedad; siendo acciones personalizadas.

Por su parte, para el personal de Enfermería existe una gran variedad de cuidados invisibles. Los que se identificaron en relación a las dimensiones propuestas en el marco teórico, fueron los siguientes:

1. Enseñar: educar, explicar, indicar cómo realizar cuidados a la persona y sus familiares, aconsejar y recomendar acciones para promover el bienestar.
2. Relación de confianza: generar confianza, tratar a las personas por su nombre, establecer una conversación fluida y amable con el sujeto de cuidado y sus familiares.
3. Relación con el otro, necesidad de ayuda: comunicar fluidamente, ayudar a realizar acciones y actuar con rapidez ante la necesidad expresada por la persona.
4. Tacto: abrazar, tomar la mano, consolar, contener y comprender a la persona o su familiar.
5. Escucha activa: escuchar atentamente a la persona y sus familiares.
6. Dar ánimo: cantar, contar chistes, animar, alentar e incentivar a la persona y sus familiares.
7. Brindar confort: tapar a la persona, acondicionar la cama y su espacio, brindar seguridad al realizar procedimientos, apagar la luz luego de realizada las intervenciones, responder de manera clara, amable y respetuosa e informar a la persona y sus familiares.
8. Respeto y preservación de la intimidad: resguardar la privacidad y proteger la intimidad al momento de realizar procedimientos/cuidados y pedir permiso antes de realizar las intervenciones.
9. Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, disponibilidad: buscar información para

poder dar una respuesta, acompañar, estar disponible y preocuparse por la persona y su familia.

10. Vigilancia clínica activa: inspeccionar el estado de la piel.

Por otro lado, el cuidado invisible influye de manera positiva en la relación terapéutica entre Enfermería y la persona, ya que permite que la recuperación del sujeto de cuidado sea más rápida, facilitando la adaptación a los tratamientos, generando seguridad y tranquilidad en sus experiencias de salud-enfermedad. Asimismo, el cuidado invisible predispone el desarrollo de confianza por parte de la persona, en los/as enfermeros/as.

En el personal de Enfermería se detectaron actitudes relacionadas a los valores, las cuales permiten generar cuidados invisibles. Las mismas son: sensibilidad, flexibilidad, solidaridad, humildad, compromiso, paciencia, tolerancia, seguridad, confianza, empatía, bondad, respeto, comprensión, conciencia y responsabilidad. Asimismo, estas actitudes ayudan a los/as enfermeros/as a brindar cuidados de calidad y efectivos, aceptados y entendidos por el personal de salud y los sujetos de cuidado. También, permiten promover la adaptación del cuidado a distintas culturas y nacionalidades. Por consiguiente la persona se siente bien cuidada, cómoda y con confianza.

Finalizando con la indagación sobre el fenómeno, algo que llamó particularmente la atención, es la percepción que tiene el personal de Enfermería, sobre el ser que cuida. Para ellos/as, este ser, es una persona con sentimientos, derechos y valores, la cual pertenece a una determinada sociedad. Asimismo, entienden que el término de “paciente” es cedido por la institución, no por ellos/as mismos/as.

3.4. SUGERENCIAS

A consecuencia del aporte de conocimiento generado por esta investigación, se sugiere profundizar en el conocimiento sobre los cuidados invisibles en los profesionales de Enfermería, como en las experiencias de salud-enfermedad de las personas que reciben este tipo de cuidado.

Asimismo, se recomienda conocer y dar uso de otros enfoques en Enfermería, que faciliten en desarrollo de la humanización de los cuidados que brindan los profesionales de la salud, con la finalidad de otorgar un cuidado personalizado, humanizado y de calidad, aceptado y entendido por los profesionales y los sujetos que reciben el cuidado.

Por otro lado, se recomienda a los docentes de las asignaturas de la carrera en Enfermería, que profundicen en aspectos humanísticos del cuidado y no solo en técnicas y procedimientos, a fin de ampliar la formación de los futuros profesionales de Enfermería.

Con respecto a los/as enfermeros/as de las instituciones de salud, se sugiere promover el desarrollo de valores profesionales de la disciplina de Enfermería, los cuales les permitan brindar este tipo de cuidado y por tanto, facilitar a que las personas consigan bienestar, seguridad, confianza, confort, autonomía y dignidad humana.

BIBLIOGRAFÍA

- Arango, A. M. L. (2018). *Cuidar al paciente sin estar con él: invisibilidad de la atención de Enfermería en los servicios de hospitalización* [Tesis de Maestría, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional Universidad de Antioquia.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/11252/1/LoperaAlex_2018_CuidarPacienteEnfermeriaHospitalizaci%C3%B3n.pdf
- Autalan, N. (2020). *Representación social respecto del Cuidado Humanizado que tienen los enfermeros del Hospital Área Programa Choele Choel, provincia de Rio Negro* [Tesis de grado, Universidad Nacional del Comahue]. Repositorio Digital Institucional UNCO.
<https://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/15952>
- Borsotti, C. A. (2007). *Temas de metodología de la investigación en ciencias sociales empíricas*. Miño y Dávila Editores.
<https://dptocomunicacionunsj.files.wordpress.com/2013/02/carlos-borsotti-temas-de-metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n-en-las-ciencias-sociales-empe%C3%ADricas.pdf>
- Blasco Hernández, T. y Otero García, L. (2008). Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *NURE investigación* N° 34, 1-6.
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/379>
- Callén Galindo, M. (2012). *El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras* [Tesis de Maestría, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN.
<https://zaguan.unizar.es/record/8784/files/TAZ-TFM-2012-703.pdf>
- Centro de Escritura Javeriano. (2020). *Normas APA Séptima edición*. Pontificia Universidad Javeriana.
<https://www.javerianacali.edu.co/centro-escritura/recursos/manual-apa-7a-edicion>

- Castro, C., Roque Guerra, M., Conque Machaca, N., Mamani Contreras, R. y Chávez Sosa, J. (2022). Cuidado invisible e Imagen social de la enfermera comunitaria. *Ene*, 16(3), 1-1297. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X202200030009
- Fernández Rubio, M., Pagola Pascual, M. I. y Izco García, M. N. (2019). Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. *Conocimiento Enfermero*, 2(4), 55-57. <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/61/40>
- Gil González, T. y Cano Araña, A. (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y procesos de codificación II. *NURE investigación* N° 45, 1-9. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/485>
- Giménez, F. N. (2019). *El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería*. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional de Córdoba]. Archivo digital. <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/TFI%20Nicolaz%20Gimenez.pdf>
- Gros Polo, S., Navas Ferrer, C., y Germán Bes, C. (2019). Percepción de los cuidados visibles e invisibles desde una doble perspectiva en una Unidad de Hemodiálisis. *Index de Enfermería*, 28(4), 174-178. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300003
- Huercanos Esparza, I. (2010). El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Las Casas*, 6(1), 1-51. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- Huércanos Esparza, I. (2011). *Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado invisible de Enfermería* [Tesis de maestría, Universidad de Zaragoza]. Biblioteca Las Casas.

<https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.pdf>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a ed). McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S. A.

Hueso Navarro, F. (2015). *Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN.

<https://zaguan.unizar.es/record/30673/files/TESIS-2015-030.pdf>

Huércanos Esparza, I. (2023). *Cuidado-Invisible desde la perspectiva de las personas con patología oncológica. Desarrollo y validación del instrumento de medida PCIE-H* [Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza]. ZAGUAN.

<https://zaguan.unizar.es/record/126732/files/TESIS-2023-118.pdf>

Igartua, A. U., Barranco, I. B., Navarrete Villanueva, D., Ferrer López, E. y Sanchez Garcia, A. (2016). Percepción y registro de Cuidados Invisibles por Enfermería en centros de salud urbano y rural. *Revista Electrónica de Portales Médicos*.

<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-invisibles-enfermeria/>

Jofre, A. R. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya* [Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona]. Archivo digital.

https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43007/1/ARJ_TESIS.pdf

Lores Arnaiz, M. (1981). El concepto de salud: Concepciones y paradigmas. En M. Lores Arnaiz. *Hacia una Epistemología de las Ciencias Humanas* (pp. 35-40). Editorial Belgrano.

Londoño Palacio, O. L., Maldonado Granados, L. F. y Calderón Villafañez, L. C. (2014). *Guía para construir estados del arte*. International Corporation of Networks of Knowledge.

- Lachira Rimaycuna, S. Y. (2022). *Paradigmas de Enfermería en cuidado del paciente adulto mayor con diabetes tipo II en los establecimientos de salud, Veintiséis de octubre, Piura, 2022* [Tesis de Maestría, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. Uladech Católica. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/28886>
- Ministerio de salud-Río Negro. (2022). Sala de situación Hospital Choele Choel. 1-34. <https://salud.rionegro.gov.ar/sala/docs/39508b4a09b55a38f76f49aa1af63d10>
- Organización Mundial de la Salud. (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. <https://iris.who.int/handle/10665/162358>
- Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). Fundamentación teórica, hipótesis. En E. Pineda. y E. Alvarado. *Metodología de la investigación* (pp. 143-168). OPS/OMS Washington, D.C.
- Pineda, E. y Alvarado, E. (2008). Población y muestra. En E. Pineda. y E. Alvarado. *Metodología de la investigación* (pp. 119-141). OPS/OMS, Washington, D.C.
- Rosa Eduardo, R. y Zamora Monge, G. (2012). Cuidado invisible: ¿son suficientemente reconocidos?. *Index de Enfermería*, 21(4), 219-223. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en#bajo
- Roldan, L. A. (2015). Percepción vs. inteligencia, una dicotomía piagetiana vigente [congreso]. Congreso Internacional de Investigación, La Plata, Argentina. https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/45292/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Reyes, C. E. G. (2019). Estrategia metodológica para elaborar el estado del arte como un producto de investigación educativa. *Praxis educativa*, 23(3), 1-17. <https://www.redalyc.org/journal/1531/153161430007/html/>

- Schoonbroodt, C. y Coppé, M. (1992). Modelos implícitos de salud. En C. Schoonbroodt y M. Coppé. *Guía práctica de educación para la salud* (pp. 5-7)
- Sabino, C. (1992). Análisis y síntesis de los resultados. En C. Sabino. *El proceso de investigación* (pp. 142-150). Editorial Panapo., Panamericana. y Lumen - Humanitas.
- Sautu, R. (2005). *Manual de Metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (1a ed.). CLACSO.
- Souza Minayo, M. C. (2007). El análisis de los datos en la investigación cualitativa. En M. C. Souza Minayo (1a ed). *Investigación social: Teoría, método y creatividad* (pp. 53-64). Lugar Editorial S.A.
- Souza Minayo, M. C. (2009). Conceptos para la operacionalización de la investigación. En M. C. Souza Minayo. *La artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 145-150). Lugar Editorial S. A.
- Sancho Cantus, D. y Prieto Contreras, L. (2012). Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible?. *Enfermería Global*, 11(27), 292-298.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300015
- Suárez, M. A. (2015). *La influencia de los paradigmas a los adhieren los enfermeros en la práctica* [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Repositorio Digital Kimelü. <http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/164>
- Salud Vital. (2023). ¿Qué es un hospital según la OMS?.
<https://www.saludvital.cl/preguntas/que-es-un-hospital-segun-la-oms/>
- Sierra-Fraile, A.B., Tomey-Escolano, P., Abanto-Ferrando, L., Álvarez-Álvarez, I., Fandos-Vásquez, A. y Gallego-Maestre, R. (2024). La importancia de los cuidados invisibles en enfermería. Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación* 5(8).

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-importancia-de-los-cuidados-invisibles-en-enfermeria-revision-bibliografica/>

Troncoso, M. P. y Suazo, S. V. (2008). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Scielo Brasil*, 20(4), 499-503.

<https://www.scielo.br/j/ape/a/jBBKWkbnB97tbbKd5bLTVms/?lang=es>

Urra, E. M., Jana, A. A. y Garcia, M. V. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 11-22.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>

Vicencio Leyton, O. (2018). *La investigación en las ciencias sociales* (2a ed.). Trillas.

Yuni, J. A. y Urbano, C. A. (2015). El problema de investigación. En A. J. Yuni. y C. A. Urbano. (2da ed). *Técnica para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (pp. 59 -81). Editorial Brujas.

Yuni, J. A. y Urbano, C. A. (2015). La formulación de objetivos. En A. J. Yuni. y C. A. Urbano. (2da ed). *Técnica para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (pp. 93-102). Editorial Brujas.

ANEXOS

Guión de tópicos para el grupo focal

- Percepción del cuidado invisible.
- Significado del cuidado invisible.
- Acciones consideradas como cuidados invisibles.
- Acciones consideradas como cuidados no invisibles.
- Cuidados enfermeros que no escriben en los registros de Enfermería.
- Cuidados enfermeros que escriben en los registros de Enfermería.
- Factores que influyen en el cuidado durante la relación terapéutica enfermero/a-persona.
- Influencia del cuidado invisible en la relación terapéutica enfermero/a-persona.
- Valores que influyen al momento de brindar cuidados enfermeros.
- Influencia de los valores en el cuidado enfermero.

Lista de Cotejo

Fecha:

Lugar:

Observador:

Hora de inicio:

Hora de finalización:

Cuestiones a observar:

- Comunicación entre el personal de Enfermería sobre la persona.
- Diálogo que realiza el personal de Enfermería con la persona.
- Tono de voz que utiliza el personal de Enfermería al comunicarse con la persona.
- Vocabulario que utiliza el personal de Enfermería cuando se comunica con la persona.
- Acciones que realiza el personal de Enfermería para cubrir las necesidades de la persona.
- Actitud del personal de Enfermería al momento de brindar la atención a la persona.
- Tiempo dedicado del personal de Enfermería a la atención de la persona.
- Contacto visual que realiza el personal de Enfermería hacia la persona.
- Gestos y expresiones que realiza el personal de Enfermería al momento de brindarle la atención a la persona.
- Contacto físico del personal de Enfermería con la persona.
- Comportamiento del personal de Enfermería ante las necesidades expresadas por la persona.
- Comunicación que realiza el personal de Enfermería con la persona en la administración de medicamentos u otro tipo de procedimiento.
- Comunicación del personal de Enfermería con los familiares de la persona.
- Respuestas del personal de Enfermería ante las preguntas de la persona y la familia de la

misma.

- Manejo de procedimientos técnicos del personal de Enfermería al momento de brindar la atención a la persona.
- Acciones que realiza el personal de Enfermería para promover el bienestar físico, emocional, social y espiritual de la persona.
- Acciones que realiza el personal de Enfermería para promover la participación activa de la persona.
- Acciones que realiza el personal de Enfermería en el entorno de la persona.

Consentimiento Informado

Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio titulado: Características del cuidado invisible según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa”, Choele Choel 2024.

Confirmando que he sido informado/a acerca de la investigación en la que aceptó participar, la cual es un trabajo de tesis de Marcelo Ezequiel Rodríguez, alumno de la Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Facultad de ciencias del ambiente y la salud, dictada en la Universidad Nacional del Comahue (UNCo).

Comprendo que esta investigación tiene como objetivo general identificar y caracterizar los cuidados invisibles según el personal de Enfermería del Hospital “Área Programa” de Choele Choel, durante 2024. Asimismo, que la población seleccionada es el personal de Enfermería (Licenciados en Enfermería, enfermeros/as y auxiliares de Enfermería) que se desempeñen laboralmente en los servicios de clínica médica, maternidad y pediatría, guardia y emergencias, Unidad de Vigilancia Intermedia, vacunación y consultorio externo de Enfermería.

Entiendo que se recolectarán los datos durante el mes de julio del 2024, mediante una observación directa no participante, la cual será efectuada por el investigador del presente estudio, con duración de dos (2) a tres (3) horas por cada uno de los/las que deseen participar. Asimismo, que luego de dichas observaciones, se efectuarán grupos focales, con una duración de una (1) a dos (2) horas, mediante el encuentro presencial en la institución y/o virtual por plataforma meet o zoom, que se organizará de acuerdo a los tiempos de las personas pertenecientes a la muestra.

Asimismo, que al aceptar participar en esta investigación, colaboro de manera voluntaria, por lo cual puedo retirarme en el momento en que desee, sin necesidad de explicación alguna ni tampoco de daño o perjuicio. También, comprendo que mi participación es anónima, por lo que no se revelará mi identidad. De igual modo que no es remunerada y no tiene riesgo para mí como para terceros.

Doy permiso para que los datos obtenidos mediante los instrumentos de recolección mencionados anteriormente, sean utilizados para posterior publicación de la tesis del investigador y otras publicaciones científicas que pueda realizar. Asimismo he sido informado

que los datos recolectados serán confidenciales y anónimos, sólo el investigador responsable tendrá acceso a los mismos.

He leído y entendido este documento de consentimiento informado, no tengo ninguna duda sobre mi participación, he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión, por lo cual doy mi consentimiento para participar en esta investigación:

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

.....

.....

.....

Nombre del investigador

Firma del investigador

Fecha

.....

.....

.....

Cronograma de Trabajo

Plan de actividades:

- 1) Construcción del problema de investigación.
- 2) Fundamentación del problema.
- 3) Elaboración del estado de la cuestión.
- 4) Construcción del marco teórico.
- 5) Elección del diseño metodológico.
- 6) Elaboración de la bibliografía utilizada.
- 7) Presentación del plan de tesis.
- 8) Recolección de los datos.
- 9) Análisis e interpretación de los datos.
- 10) Discusión.
- 11) Conclusiones.
- 12) Sugerencias.

Actividades/ Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Marzo												
Abril												
Mayo												
Junio												
Julio												
Agosto												
Septiembre												
Octubre												
Noviembre												