



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VI – N. 15 – 2012

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/106o.php>

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

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "EL CUIDADO, UNA CUESTIÓN DE IDENTIDAD" FORANDALUS 2012 VI Reunión Internacional en Enfermería – I Reunión del Grupo de Investigación "Aurora Mas", reunión celebrada del 23 al 24 de marzo de 2012 en Zaragoza, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	El significado del cuidado: Percepción de los usuarios de dos Áreas de Salud de Navarra y Sevilla
<i>Autores</i>	Fabiola Hueso Navarro, ^{1,2,3} Carlos Cid, ⁴ M ^a José Hernández, ⁵ Isabel Huércanos Esparza, ^{2,3} Anuntxa Giral Guebbe ⁶
<i>Centro/institución</i>	(1) Enfermera, C.S. Buñuel. (2) Doctoranda, Universidad Zaragoza. (3) Miembro del Grupo de Investigación Aurora Mas, Universidad Zaragoza. (4) Enfermero, C.S. Guillena. (5) Estudiante de Enfermería, Universidad Sevilla. (6) Enfermera, C.S. Tafalla
<i>Ciudad/país</i>	(1) Buñuel (Navarra), España. (2,3) Zaragoza, España. (4) Guillena (Sevilla), España. (5) Sevilla, España. (6) Tafalla (Navarra), España
<i>Dirección e-mail</i>	fhuesona@cfnavarra.es

RESUMEN

Introducción: Pasados 25 años desde la reforma sanitaria que se realizó en 1986, y a pesar de los cambios que se han producido, aún hoy hay autores que hablan de una falta de definición de las funciones de enfermería. Este hecho posiblemente no radique en el desconocimiento de las tareas enfermeras sino en la dificultad de definir el cuidado.

Objetivo: Comprobar cuál es la visión de los usuarios de los centros de salud, sobre la labor de las enfermeras, y averiguar qué entienden ellos por cuidado.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo realizado a través de entrevistas semiestructuradas a los usuarios de dos áreas de salud, en Navarra y Sevilla. En ellas se preguntaba a los usuarios entre otras cuestiones por su experiencia con la enfermera de Atención Primaria, en qué momentos recurrían a ella y qué era para ellos el cuidado de enfermería.

Resultados: Las respuestas de los participantes corroboran la existencia de dos dimensiones del cuidado. Reconocen que la demanda más frecuente que hacen de los servicios de la enfermera es la realización de técnicas, o parte objetiva del cuidado. Pero lo que más valoran es el Cuidado Invisible. Para ellos el cuidado es fundamental. Se detectaron las siguientes dimensiones: El fomento del *auto cuidado*, el *buen trato*, *cercanía y la empatía*, *la confianza*, *tranquilidad y serenidad*, *dar ánimo y estímulo*, *la ayuda*, *a vigilancia*, *la disponibilidad*, *la continuidad y la escucha*, son un elemento esencial.

Conclusión: Partiendo de que el cuidado es la esencia del trabajo enfermero y los usuarios lo valoran como parte fundamental de la recuperación y mantenimiento de su salud, el trabajo de las enfermeras en la comunidad debería organizarse contemplando las dos dimensiones identificadas del cuidado, la técnica y el cuidado invisible.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La reforma de la atención primaria puesta en marcha en 1986 con la implantación de los Centros de Salud, supuso una gran oportunidad y un gran reto para el desarrollo profesional de las enfermeras.

Pasados 25 años, las enfermeras han sabido desarrollar su trabajo y han ido dando contenido a una labor que en un principio no estaba bien definida. Muchos han sido los escollos y las dificultades que han tenido que superar, todavía hoy, sigue habiendo gente que opina que las funciones de las enfermeras en atención primaria siguen sin estar bien definidas.

Según algunas teóricas,¹ el cuidado es el foco central de la enfermería. Es una vertiente expresiva y profesionalizada del cuidado humano, hecho por humanos y destinado a los humanos, conteniendo entonces, raíces que confirman su modo de ser y de existir.² El cuidado requiere valores y elementos esenciales para ejercerse plenamente, como son: el respeto al otro, a la naturaleza, a la vida, la compasión y solidaridad, entre otros; según Boff cuidar es más que un acto es un actitud,³ una actitud ética.

El cuidado profesional consiste en asistir en la enfermedad, guardar y conservar la salud o cuidar en la muerte, sobre la base de una formación académica. Es un proceso complejo y dinámico que requiere unos conocimientos científicos y humanistas y que además, debe desarrollar unas actitudes prácticas que se caracterizan como parte de la relación establecida entre el ser que cuida y el ser que es cuidado, así como por la relación de éstos con el mundo vivido y experimentado por ambos en el tiempo y espacio compartido.⁴

Torralba Rosselló⁵ dice del ejercicio de cuidar que va más allá de su carácter prosaico y cotidiano, resulta fundamental para la subsistencia del género humano y exige:

1. El escrupuloso respeto de la autonomía del otro.
2. El conocimiento y la comprensión de la circunstancia del sujeto cuidado.
3. El análisis de sus necesidades.
4. La capacidad de anticipación.
5. El respeto y promoción de la identidad del sujeto cuidado.
6. El auto-cuidado como garantía de un cuidado correcto.
7. La vinculación empática con la vulnerabilidad del otro.

Existen corrientes de pensamiento, fundamentalmente en la literatura anglosajona, como Gordon et al. citados por Huércanos,⁶ que defienden que el cuidado tiene dos esferas

1 Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

2 Schaurich D, Crossetti MGO. El elemento dialógico en el cuidado de enfermería: Un ensayo con base en Martin Buber. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(3):544-548.

3 Boff L. Saber Cuidar. Ética de lo Humano-Compasión por la tierra. Madrid: Editorial Trotta; 2002.

4 Schaurich D, Crossetti MGO. Íbidem 2.

5 Torralba F. Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Institut Borja de Bioética/ Fundación Mapfre/Medicina; 2002.

⁶ Huércanos Esparza I. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1).

distintas que deben guardar un equilibrio para proporcionar cuidados de calidad. Una de ellas, más orientada al cuidado físico y que radica en el manejo de tareas técnicas y actividades relacionadas con el uso de aparataje y medios tecnológicos y con frecuencia derivadas de la medicina, que se engloban en la dimensión denominada: “High tech”. La segunda dimensión recibe el nombre de “High touch” y se refiere a una dimensión de carácter más subjetivo que se basa en la sensibilidad, la creatividad y la intuición para cuidar al otro. Esta dimensión que algunos autores han denominado “High Touch”, presenta elevadas coincidencias con lo que en Latinoamérica han llamado “Cuidado humanizado” y con lo que en el grupo Aurora Mas hemos definido como “Cuidado Invisible o intangible”.

La dimensión intangible del cuidado fue explicada por Fajardo y Germán⁷ en su artículo “La influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles”, publicado en *Index de Enfermería* en 2004. En 2010 Huércanos⁸ propuso una definición del término Cuidado Invisible (CI) a partir de la observación participante del trabajo de las enfermeras en una unidad hospitalaria: “Acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables” (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.), así como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores pero que sin embargo no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como el drenaje emocional, capacitación para el auto cuidado o la relación terapéutica, etc.)”. Éstas acciones de CI por lo general no quedan reflejadas en las estadísticas de los gestores.^{9,10,11}

Posiblemente el problema de la indefinición de las funciones de enfermería en Atención Primaria no radique en que no se sepa cuál es su función, sino en la dificultad de definir qué es el cuidado. Domínguez Alcón¹¹ considera que es esta dificultad la que contribuye a hacerlo invisible. A veces son los mismos profesionales al registrar solamente las acciones técnicas los que contribuyen a su invisibilidad.^{7,12}

Para Germán,¹³ el cuidado en Atención Primaria implica preparar a las personas, en familia o grupos sociales, para potenciar la diversidad de habilidades, creencias, saberes, autocuidado y demás recursos que benefician la realización de sus necesidades. El cuidado supone un proceso en el que la Necesidad no solo es carencia sino potencialidad, que ha de ser usada en beneficio de la salud, del desarrollo personal, la autoconfianza, el autocuidado y el cuidado integral comunitario. Por tanto, no se reduce a la aplicación de algunas técnicas clínicas en el ámbito de la familia, sino que los

7 Fajardo ME, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*. 2004; 13(46):9-12.

8 Huércanos Esparza I. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*. 2010; 6(1).

9 Hernández Serrano M, Hernández López R, Hernández Hernández MI, García Pérez A, Hernández López A. Atención de enfermería en la espera de las urgencias hospitalarias: volumen asistencial y cuidados de los pacientes aparcados. *Index de Enfermería*. 2000; IX(31):14-16.

10 Poblete Troncoso Margarita. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(4):499-503.

11 Falcón Albero Ascensión, Martínez Lozano Francisca. Calidad Asistencial y Reclamación del Usuario. *Anal Cienc Salud*. 2006; (9):263-277.

12 Waldow VR, Borges RF. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2008; 16(4).

13 Germán Bes C. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria: Análisis con perspectiva de género. [Tesis Doctoral]. Universidad de Zaragoza; 2006.

cuidados les ayudan a enfrentar las diversas experiencias ante su proceso salud-enfermedad.

La dificultad de conceptualizar y definir el cuidado hizo que los teóricos de enfermería comenzasen a estudiar el tema. Leininger fue pionera en los años 50 con sus estudios en diferentes contextos culturales y poblaciones; mediante entrevistas y observaciones directas de hábitos de vida y experiencias de salud-enfermedad rituales, identificó 175 constructos que definían el cuidado universal, entre los que estaban: aceptar, asistir a otros, ser auténtico, comprometerse, estar presente, confortar, preocuparse, tener consideración, tener compasión, expresar sentimientos, hacer para/con, tocar, amar, ser paciente, proteger, respetar, compartir, comprender al otro, ser responsable, guardar silencio, relacionarse intencionalmente, escuchar.¹⁴

En Latinoamérica a partir de la década de los noventa se inició un fuerte movimiento de conceptualización y estudio sobre el cuidado.¹⁵ Un estudio sobre las tesis de enfermeras brasileñas acerca del cuidado,¹⁶ dedujo 13 subunidades sobre la temática, de las cuales destacan: el cuidado humanístico, el cuidado transdimensional, el cuidado solidario, el autocuidado, el cultural, la estética del cuidado y el cuidado dialógico.

En España este movimiento es más reciente y todavía los estudios sobre el tema son escasos, pero ya comienzan a realizarse trabajos, tesinas y tesis doctorales, sobretudo en la Universidad de Zaragoza, que centran su atención en el tema de los Cuidados Invisibles.^{11,17,18,19}

Germán y Hueso realizaron una revisión en 2010 sobre los Cuidados Invisibles y encontraron, como hemos comentado anteriormente, que éstos se correspondían con lo que las enfermeras Latinoamericanas llaman Cuidados Humanizados. Los resultados obtenidos se agruparon en diez dimensiones en palabras de enfermos, familiares, estudiantes y profesionales de enfermería:

1. Enseñar: fomento autocuidado.
2. Mantener la relación de confianza (Relaciones sociales, Confianza, dar buen trato).
3. La relación con el otro, la necesidad de ayuda.
4. El tacto.
5. La escucha.
6. Acompañar a, reemplazar, suplir, sufrir con.
7. Dar ánimo (tranquilizar, interés por el otro, alegrar).
8. El confort: dentro del confort está el control del dolor.
9. El respeto, como es preservar su intimidad.

14 Kredent Araujo SL. Reflexiones sobre el cuidar-cuidado de enfermería, estudio etnográfico. [Tesis Doctoral]. Perú: Universidad de Lima; 2006.

15 Nascimento KC, Erdmann AL, Leite JL, Marcelino G, Ribeiro JA. Conceitos de cuidado sob a perspectiva de mestrandas de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(3):386-397.

16 Erdmann AL, Leite JL, Mendes IAC, Trevizan MA, Dantas CC. Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003. Cienc Enferm. 2005; 11(2):35-46.

17 Jorcano Lorén P. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Lascasas. 2005; 1.

18 Huércanos Esparza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas. 2010; 6(1).

19 Santa Clotilde Jiménez E, Casado del Olmo MI, Fernández Araque AM. Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros. Biblioteca Lascasas. 2006; 2(4).

10. Permanecer, dedicación, estar pendientes, la presencia, la disponibilidad y la vigilancia.²⁰

El objetivo de este trabajo es comprobar cuál es la visión de los usuarios de los Centros de Salud de las áreas mencionadas sobre la labor de las enfermeras y averiguar el significado que ellos dan al cuidado.

Metodología

Se utilizó el enfoque cualitativo, ya que se centra en la comprensión de un fenómeno que nos permite conocer el significado que dan los pacientes al cuidado (atención) que reciben del profesional de Enfermería, donde el proceso de interpretación actúa como intermediario entre los significados o predisposiciones a actuar de cierto modo y la acción misma. Las personas están constantemente interpretando y definiendo conforme viven situaciones diferentes, razón por la que hablan y actúan de manera diferente, en función de las experiencias vividas y los aprendizajes realizados en la sociedad.

La recolección de la información se llevó a cabo previa autorización y consentimiento informado, mediante entrevista semiestructurada, que se realizó de manera individual. Los informantes que participaron en esta investigación fueron seleccionados en dos áreas de salud distantes geográficamente, del norte y del sur de España, en Navarra y Sevilla. Para realizar las entrevistas se solicitó autorización de ambas áreas, a través de la Dirección de Enfermería.

El estudio se desarrolló en las áreas de salud de Tudela, en Navarra y de Guillena-Gerena, en Sevilla. El área de Tudela consta de ocho Centros de Salud con una población de 95.000 habitantes. El distrito de Sevilla Norte consta de 241.411 habitantes divididos en 12 Zonas Básicas, que integra a 15 Centros de Salud y 25 consultorios locales.

En la muestra se consideró la variabilidad de los pacientes entrevistados para construir y reconstruir el pensamiento sobre el significado del cuidado que reciben del profesional de Enfermería. Se entrevistó a los participantes hasta llegar a la saturación de los datos y el número final de informantes fue de 30 usuarios. La duración de las entrevistas fue variable, osciló entre 20 y 45 minutos, de acuerdo con la disposición de las pacientes, con su anuencia fueron grabadas y transcritas en su totalidad.

El periodo de recogida de información se realizó entre los meses de Junio a Octubre de 2011.

Las entrevistas se iniciaron con preguntas tales como: ¿Cuál ha sido su experiencia con la enfermera del Centro de Salud? ¿Para qué recurre a ella? ¿Qué son para usted los cuidados de enfermería?

El análisis de los datos fue un análisis de contenido categorial. El proceso fue recursivo, es decir, retrocediendo una y otra vez a los datos con el fin de incorporar los aspectos necesarios para dar consistencia a los resultados, a través de un proceso dinámico en el que se interrelacionaron las siguientes etapas:

20 Germán Bes C, Hueso Navarro F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Rev Paraninfo Digital. 2010; 9.

- Transcripción de los archivos de audio en formato Word.
- Segmentación: Tras la lectura repetida de la información se sigue identificando temas, interpretaciones e ideas emergentes, a partir de las cuales se elaboraron tipologías, se desarrollaron conceptos y proposiciones al separar el conjunto de datos en unidades temáticas.
- Reducción de datos: Llevamos a cabo una organización y condensación de la información agrupando los datos afines de los diferentes participantes en forma de categorías relacionando los temas.
- Categorización: Identificamos y etiquetamos las categorías que implican una explicación a las situaciones, contextos, comportamientos y perspectivas sobre la situación.

El proceso fue recursivo, como es propio de la investigación cualitativa, y por tanto, aunque iniciamos el proceso de recogida de datos con un guión de entrevista, éste se fue modificando para profundizar en los discursos; fue preciso reconstruir algunas categorías que se fueron transformando, ampliando, redefiniendo y consolidando conforme avanzábamos en el análisis de la totalidad de la información.

Resultados

Las respuestas de los participantes corroboran la existencia y relevancia de las dos dimensiones mencionadas anteriormente, la dimensión técnica y la dimensión de Cuidado Invisible o humanizado.

Reconocen que la demanda más frecuente que hacen de los servicios de la enfermera es la realización técnicas (curas, medicación, procedimientos técnicos, extracción de muestras, etc.), que forma parte de la parte objetiva del cuidado y la más reconocida socialmente: “...enfermera es pues voy a por recetas y me atienden o para hacerme una cura, y para ponerte inyecciones, hacer un análisis, quitarte un tapón y todas esas cosas” (AU3,2 ,r AU311, AU 8,13, AU7,2,s BU2,1, BU4,21,AU115, BU4,7, AU6.6, BU2,2).

Valoran el cuidado como el elemento fundamental en su proceso de salud: “...Hombre eso es lo principal” (BU3,13; BU3, 14), y sus ideas coinciden con las dimensiones del cuidado identificadas por Germán y Hueso²¹ como cuidado invisible.

El auto cuidado sería lo que ellos entienden como prevención: “Prevenir todas las patologías que se puedan prevenir, después curar, sería más interesante el prevenir todo lo que se pueda” (AU418); “...un control que te dicen lo que tienes que hacer” (A8,26) “...pero te aconsejan más cosas” (AU8,32); “...que te expliquen más o menos lo que tienes que hacer” (AU1 12; AU2,4).

El buen trato fue percibido con una carga significativa de sentimientos de afecto, amor, amabilidad, dulzura, bondad, delicadeza o suavidad; éstos se evidencian en expresiones como atención, mimar, etc. : “tratarte bien, ayudarte, quitarle importancia, no sé, el trato, lo que más hace, con una dulzura especial , con delicadeza” (AU2, 3, AU4 24, AU18 AU12 ; AU6.6, AU2,3; BU3,1, AU5,13, AU11); “...mimar” (AU122) “... si te tratan con cariño, yo creo que es lo más importante” (AU3,5).

²¹ Ibidem20

Consideran *la cercanía y la empatía* fundamental, la definen como algo que les facilita y les sirve para superar el proceso: “*esa cercanía con las personas y muchas veces te sirve mucho*” (BU1,12); “*...es crear esa empatía y mejorar física y mentalmente a la vez, yo creo que va muy unido*” (AU1221).

La confianza en la relación enfermera-paciente que Hernández Martínez²² y Jorcano¹⁷ consideran indispensable también fue identificada por los participantes: “*...Que te den un poco de confianza y cariño; luego lo que tengan que hacerte curas o lo que sea*” (AU3,10; AU3,5); “*...La confianza darle ánimos y tener con él una relación cercana*” (BU1,12); “*...tener confianza con ellas*” (AU8,33). También mencionan como importante: “*la paciencia*” (AU220).

El hecho de que la enfermera intente darles *tranquilidad y serenidad* infundiéndoles buen ánimo y estímulo: “*...hay que apoyar a los enfermos y hay que darles ánimos*” (BU1, 6, PP AU8, 12, BU1, 12); “*...me dijo que enseguida se me pasaría*” (AU6,7); “*me decía: no te mates, no te preocupes*” y *ella me quitó*” (AU8,35); “*...no te preocupes y anima a la persona*” (BU1,12); “*...me tranquilizaba mucho*” (AU8,12); “*...dejarme más tranquila, sin darme nada*” (AU 8,16).

Coinciden con Quintero²³ en el significado de la *ayuda*, necesaria para superar un momento difícil o para conseguir un objetivo; y con Mejía Lopera,²⁴ en definir la ayuda con la denominación de “dar soporte”: “*Te ayudan a superar lo que estás pasando*” (AU124B); “*...me daba vitalidad*” (AU8,37); “*...has encontrado un apoyo moral, he encontrado mucho más, no solo medicamente me han ayudado*” (AU19); “*A mí me ayudaba, a mí me ayudaba un montón*” (AU6,19).

También identifican el cuidado con la *vigilancia, disponibilidad y continuidad*: “*...vigila la salud, preocupad, que está vigilante, que acude, previene la enfermedad, la vigilancia*” (BU1,11, AU13, AU14, AU6.9); “*...por ejemplo, mi madre que está vigilada, de tensiones..., me siguió*” (AU6.9); “*...todos los días me curo*” (AU15, AU16, AU1,7, U4, 22, BU4,5); “*O..., todos los meses iban*” (AU6,12); “*...venía una vez a la semana*” (AU8,7); “*..., venían sin llamarla*” (AU3,1); “*...tengo la seguridad de que cada tres meses vaya y la miren y la controlen*” (AU 8,24, AU5,14); “*...te viene a casa, si tú no puedes ir, a hacerte las curas*” (AU34).

Confirman la propuesta de Agüero²⁵ de que *la escucha* un elemento esencial: “*la escucha*” (BU2,9, PP AU8,12); “*...pero es que PP me escuchaba, me desahogaba con ella*” (AU8,36); “*...en escucharte, es muy duro cuidar a un mayor, y eso ayuda mucho, un montón porque estaba desquiciada*” (AU6,18).

No obstante, a pesar de identificar los elementos anteriores, a los informantes les resultó complicado explicar su concepto de cuidado y de la enfermera del Centro de Salud:

²² Hernández Martínez R, Carrillo Hidalgo D, Barber MV, Codern i Bové N. La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. Rev Paraninfo Digital. 2008; 5.

²³ Quintero MT, Gómez ME. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichán. 2010; 10(1):8-18.

²⁴ Mejía Lopera ME. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. Index de Enfermería. 2008; 17(4).

²⁵ Agüero Caro M. El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. Presencia. 2005; 1(1).

“No sé, que te lleven, si llevas una medicación y te tienen que recetar, ponerte una inyección, eso no es cuidar” (AU5,13). Otros como el informante AU23, para explicarlo ponen de ejemplo a las enfermeras en el contexto hospitalario: “Cuando necesitas que te pongan cómodo, calmar dolor, dar la botella”, dimensión que la literatura revisada identifica como proporcionar *confort*.^{26,27}

Además de poder identificar cuál es el significado que atribuyen al cuidado y ayudarnos a identificar algunas de sus dimensiones, hemos encontrado que ellos consideran, al igual que los usuarios del estudio de Santa Clotilde et al,¹⁹ que el cuidado depende mucho de cómo sea la enfermera, de su forma de ser: “...mucho también como es la persona, te cura también” (AU 8,13, AU421). Sobre todo creen que depende de cómo les digan las cosas: “...pero tú tranquilo, que por eso no pasa nada, explicarte un poco lo que te va suceder” (AU2, 34B, AU112).

Nos encontramos con que hay usuarios que no identifican como cuidado las acciones de los profesionales de enfermería de los Centros de Salud, sino los dispensados por los trabajadores familiares de los servicios sociales: “Los cuidados, pues por ejemplo esto que estamos diciendo de la asistenta social, eso es cuidar a una persona, porque le están lavando incluso hablan con ella, porque se pegan de 3 a 4 horas, están hablando con el enfermo le están dando cariño, porque le dan cariño, lo cogen lo besan” (BU4,19).

También hemos encontrado que paradójicamente cuando mejor se identifica el cuidado es cuando no está presente. Como dice Waldow, el lado opuesto del cuidado sería la realización de actividades sin cuidado, el descuido, hay personas que realizan actividades que no encajan dentro del cuidado y son sólo intervenciones:²⁸ “...yo este momento necesitaba más ayuda y ella no me la daba” (AU 8,10); “...el primer día se la puso protestando: “yo te la voy a poner pero mañana le toca a fulana”” (BU5,4); “...no tiene derecho a ponerle o formarle lo que le han formado” (BU5,5); “...alguna asignatura falta que para las personas que son enfermeras tuviesen esa sensibilidad, esa cosa que no sé cómo se llama, pero que falta mucha” (AU423).

Cuando hay falta de disponibilidad consideran que es un riesgo para su vida: “salen a lo mejor a desayunar y ellos no tienen hora para volver, y no encuentras ni uno, ni un médico ni un ATS, allí va uno con un infarto y se muere por completo” (BU5, 13); “...pero es que la enfermera no quiere hacer estas curas” (AU 8,8); “Cuando mi madre, la enfermera nunca vino espontáneamente” (AU410, BU4, 1). Estas apreciaciones coinciden con los resultados del estudio de Hernández Martínez et al²⁹ en el que se muestra que a los usuarios no les gusta que haya tantos cambios de personal: “...no es bueno que haya tantos cambios” (AU42).

26 Apóstolo João AL. O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. Referência. 2009; 2(9):61-67.

27 Baggio MA. O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. Rev Electrónica Enferm. 2006; 8(1):9-16.

28 Waldow VR. Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichán. 2008; 8(1):85-96.

29 Hernández Martínez R, Carrillo Hidalgo D, Barber MV, Codern i Bové N. La relación enfermera-paciente en la atención primaria de salud. Un estudio cualitativo. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5.

Conclusiones

Los principales resultados del presente trabajo muestran que los usuarios identifican el cuidado como fundamental en su vida y la enfermera es la profesional que ofrece estos cuidados. Reconocen que la enfermera les ayuda, les controla, mima, les proporciona buen trato personal, es como un amigo, les asesora, da ánimo, estimula, se preocupa y les ayuda a fomentar la salud. Todas estas manifestaciones nos llevan a discrepar con Del pino y Martínez Riera,³⁰ así como con otros autores que hablan de la escasez de reconocimiento social.

Nos llama la atención que para algunos informantes la acción de cuidado la identifican con el servicio que prestan las trabajadoras familiares de los servicios sociales de base y no con el trabajo de las enfermeras de los Centros de Salud. Esto nos plantea algunas cuestiones: ¿Por qué existen usuarios que no identifican el cuidado con las enfermeras?, ¿es posible que el peso de la atención de enfermería recaiga en el manejo de técnicas y tareas delegadas dirigidas al área física y el cuidado invisible quede relegado a un segundo plano o incluso desaparezca?, ¿qué elementos estructurales o disciplinares están influyendo para que se produzca este hecho?, ¿estamos delegando las acciones de cuidado que históricamente nos han identificado en otros colectivos?, ¿este hecho es voluntario y consciente?, ¿qué nos impulsa al colectivo enfermero para relegar el cuidado invisible/humanizado/high touch? Éstas son nuevas líneas de investigación que se abren a raíz de este estudio y que nos pueden ayudar a alcanzar una comprensión más global del fenómeno del cuidado, el Cuidado Invisible, la imagen de la enfermería y el desarrollo de la disciplina enfermera.

Si partimos de que el cuidado es la esencia del trabajo enfermero y que los usuarios lo valoran como fundamental para su recuperación y mantenimiento de la salud y la vida, el trabajo de las enfermeras en la comunidad debería organizarse contemplando las dos dimensiones identificadas del cuidado, la técnica y el cuidado invisible.

La curación y la salud de los colectivos humanos no depende solamente de una forma de pensamiento unidireccional, como el del modelo biomédico, sino que es preciso adoptar un pensamiento más complejo a la hora de abordar los acontecimientos de la vida, nacimiento, salud, enfermedad y muerte, que nos permita reconocer no solo lo objetivo e individual, sino también lo subjetivo y colectivo.²⁸ Es preciso fomentar un cuidado en equipo con una visión interdisciplinaria cuyo proyecto será el cuidar/cuidado humano.

Las opiniones expresadas por nuestros informantes son muestra de que en la sociedad se empiezan a percibir cambios. Los paradigmas que han guiado nuestro pasado son insuficientes para explicar el presente y anticipar el futuro, están propiciando el desarrollo de un nuevo modelo conceptual y nuevos paradigmas, libres de las deficiencias de los anteriores, en los que los cuidados recobran su esencia en aras de ofrecer un trato personalizado, centrado en el ser humano.

El cuidado requiere una visión holística que conlleva actuar de forma eficaz y comprometida, con la práctica de valores, en busca de la ciudadanía, garantizando un bienestar físico, mental, social y espiritual de la persona individual, familia y

30 Martínez Riera JR, Del Pino Casado R. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud. Rev Adm Sanit. 2007; 5(2):311-337.

comunidad. Esta forma de ofrecer el cuidado sería el objetivo a alcanzar por las organizaciones sanitarias y el centro curricular formativo en las escuelas.

Desde el conocimiento, lo anteriormente expuesto nos exige movilizar la visión de lo objetivo hacia lo subjetivo e intersubjetivo. Para ello, es necesario plantear un debate académico y profesional que impulse el desarrollo de la enfermería como disciplina y fortalezca el reconocimiento en la sociedad de los cuidados de las enfermeras comunitarias.