

Responsabilidad en los cuidados enfermeros: poniendo en el centro a la persona

Responsibility in nursing care: placing the patient at the centre

Responsabilidade em cuidados de enfermagem: colocando a pessoa no centro

María Idoia Ugarte Gurrutxaga*

Resumen

Marco contextual: La esencia de la enfermería es el cuidado. Aun habiendo diferentes definiciones de enfermería, todas ellas comparten esta idea. En lo que quizá no haya un acuerdo sea en el significado de cuidado.

Objetivo: Reflexionar acerca de la responsabilidad en los cuidados enfermeros, poniendo en el centro a la persona.

Principales temas de análisis: Se efectuó una revisión narrativa en relación a la evolución de los paradigmas de la enfermería, la realidad de la asistencia en el actual modelo hegemónico de la atención sanitaria, la relación enfermera-paciente en el encuentro asistencial y las propuestas de mejora para que este encuentro sea de calidad.

Conclusión: El cuidado enfermero no es un acto aislado. Tiene lugar en unos determinados contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. No debemos, no podemos *descuidar los cuidados*. Tenemos que preservar la responsabilidad en los cuidados enfermeros, poniendo en el centro a la persona.

Palabras clave: atención de enfermería; atención dirigida al paciente; competencia profesional

Abstract

Background: The essence of nursing is care. Although we can find different definitions of Nursing, all of them share this idea. Even though, they all don't agree in the meaning of care.

Objective: Reflect on responsibility in nursing care by placing the person in the center.

Main topics under analysis: A narrative review was carried out in relation to the evolution of Nursing paradigms, the reality of the assistance in the current hegemonic model of health care, the nurse-patient relationship in the care encounter and the proposals for improvement for quality meetings.

Conclusion: Nursing care is not an isolated act. It takes place in certain social and institutional contexts as well as in networks of relationships that confer meaning on it. We should not, we can not *neglect the care*. We have to preserve the responsibility in nursing care, placing at the center the person.

Keywords: nursing care; patient-centered care; professional competence

Resumo

Enquadramento: O cuidado é a essência da enfermagem. Embora existam diferentes definições de enfermagem, todos eles compartilham essa ideia. Naquilo em que pode não haver acordo é no significado atribuído ao cuidado.

Objetivo: Refletir sobre a responsabilidade no cuidado de enfermagem, colocando a pessoa no centro.

Principais tópicos em análise: Uma revisão da literatura foi realizada em relação à evolução dos paradigmas de enfermagem, a realidade da assistência no atual modelo hegemónico de cuidados de saúde, a relação enfermeiro-paciente no encontro de atendimento e as propostas de melhoria para que o mesmo seja de qualidade.

Conclusão: O cuidado de enfermagem não é um ato isolado. Isso ocorre em certos contextos sociais, institucionais e redes de relacionamentos que lhe dão significado. Não devemos, não podemos *negligenciar o cuidado*. Temos de preservar a responsabilidade no cuidado de enfermagem, colocando a pessoa no centro.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; assistência centrada no paciente; competência profissional

*Ph.D., Profesora Colaboradora, Universidad de Castilla-La Mancha, Escuela de Enfermería y Fisioterapia de Toledo, 45071, Toledo, España [maria.ugarte@uclm.es]. Dirección de correspondencia: E. U. Enfermería y Fisioterapia de Toledo, Avenida de Carlos III s/n, 45071, Toledo, España.

Recibido para publicación en: 14.12.17

Aceptado para publicación en: 28.03.18

Introducción

La esencia de la enfermería es el cuidado, el cuidar de las personas. A pesar de las diferentes definiciones que encontramos de la enfermería, todas ellas comparten esta idea. La idea del cuidado es dinámica. El significado de cuidar y la manera en la que se operativiza ha ido cambiando según lo ha ido haciendo la concepción de la atención a la salud (Queirós, 2015). Una de las definiciones del cuidado que más consenso tiene es la de Collière (1993),

cuidar es un acto que representa una variedad infinita de actividades que tienden a mantener la vida permitiendo que ésta continúe y se reproduzca . . . los seres humanos han tenido siempre esa necesidad como acto individual de persona autónoma y de reciprocidad, pues la persona requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. (p. 7)

Si hacemos un breve recorrido histórico del desarrollo de la disciplina enfermera, vemos cómo en todos esos momentos de la evolución el cuidado siempre ha estado presente como una de las funciones de la enfermería. Lo que vemos que sí ha cambiado es la manera de abordarlo.

Cabe destacar que el desarrollo del conocimiento enfermero es parte del conocimiento científico. Esto significa que existe una conexión entre el modo en el que se ha ido desarrollando nuestra disciplina con el del resto de las disciplinas científicas. Dicha conexión queda demostrada si consideramos la existencia de los paradigmas que han ido condicionando dicho desarrollo. Indudablemente, el contexto histórico de cada momento es el marco en el que todo esto se desarrolla. Las políticas de los Estados son determinantes estructurales que condicionan el desarrollo de todas las disciplinas, tanto en las líneas en las que estas avanzan como en la rapidez con la que se implementan de forma operativa, del mismo modo que condicionan y determinan la configuración y las características de los sistemas de atención sanitaria (Ruckert & Labonté, 2017).

A su vez, las políticas sanitarias están cada vez más encaminadas hacia una atención integral de carácter sociosanitario, justificada por el envejecimiento de la población, por la prevalencia de enfermedades crónicas y por la diversidad cultural de la población a

la que dan cobertura (Palomo & Rabanaque, 2012).

Por todo lo expuesto, el objetivo que nos planteamos es reflexionar acerca de la responsabilidad en los cuidados enfermeros, poniendo en el centro a la persona.

Desarrollo

La evolución del concepto *cuidado enfermero*

En consonancia con el paradigma dominante en ciencia, también el modelo dominante en enfermería, durante mucho tiempo, ha sido el modelo biomédico, orientado hacia la enfermedad y, por lo tanto, poniendo énfasis en el tratamiento de la patología individual y en su curación. Esta forma de entender la profesión enfermera indudablemente restaba independencia y frenaba su desarrollo como disciplina, excluía aspectos básicos del cuidado tales como la promoción de la salud y los aspectos psicológicos y psicosociales. Ante la crisis de este modelo, la enfermería empieza a recuperar estas dimensiones y, por el esfuerzo de muchos y muchas profesionales que las reclaman, estas comienzan a precisarse. Asimismo, los modelos de enfermería comienzan a desarrollarse.

Un modelo viene a ser una representación esquemática de la realidad. Así, el modelo de enfermería se define como la síntesis de los postulados, los conceptos y las ideas dentro de un todo. Se puede afirmar que los modelos de enfermería sustentan la práctica enfermera. Son numerosas las enfermeras/os que, desde Florence Nightingale hasta nuestros días han elaborado modelos o marcos conceptuales de enfermería que orientan y definen un marco para la práctica. En todos ellos encontramos los conceptos del metaparadigma enfermero: la persona, la familia y la comunidad como cliente; el entorno o medio ambiente donde existen; el contínuum salud/enfermedad y la propia profesión enfermera.

Partiendo de la consideración de la existencia de los paradigmas, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, y Major (1996) analizan los modelos y las teorías de enfermería identificando en ellos la presencia de creencias, valores, principios, leyes, teorías y metodologías que tienen en común unos con otros, y proceden a su clasificación en tres paradigmas.

El paradigma de categorización tiene una cla-

ra influencia del positivismo. Dentro de este paradigma “se distinguen dos orientaciones: la centrada en la Salud Pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica” (Martínez, 2008, p. 2). El cuidado de enfermería es considerado como una ciencia que exige una formación formal y está enfocado hacia los problemas. La enfermera es la experta, y tiene una relación asimétrica con el/la paciente (de poder). El segundo de los paradigmas es el de integración, que se diferencia del anterior en que defiende que debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a entenderlo y explicarlo. Los modelos y las teorías de la enfermería que se enmarcan dentro de este paradigma ponen de manifiesto un interés por la persona, de manera que esta se convierte en el centro de la práctica enfermera. Se inicia una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica. Destacamos a Peplau (1990), que, en su teoría de las relaciones interpersonales, defiende que la relación enfermera-paciente, aunque “es un proceso que implica la ejecución de técnicas, procedimientos y utilización de dispositivos, no puede considerarse sólo técnico, sino interpersonal” (Arredondo-González & Siles-González, 2009, p. 1). Del tercero de los paradigmas, el de la transformación, se dice que es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo, lo situamos temporalmente en la mitad de los años 70 y podemos encontrar su impronta en los modelos y las teorías de Newman, Rogers, Watson, y Leininger. Una de las características fundamentales de este paradigma es la participación comunitaria. La relación entre enfermera y paciente es de igualdad, aun teniendo valores y prioridades diferentes. En el marco de este paradigma, una de las escuelas que Kérouac identifica y que acoge varios modelos y teorías es la escuela del *caring* (cuidado). La característica fundamental de los modelos y las teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se sitúan Leininger y Watson. Siguiendo a Guillén (2010), vemos cómo

Leininger a la hora de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado, describió tres tipos: cuidados genéricos, cuidados profesionales y cuidados profesionales de enfermería. Di-

ferenciar estos tipos de cuidado puede contribuir a facilitar la comprensión de que los cuidados enfermeros como actividades claramente diferentes de los cuidados familiares o de los cuidados que ofrecen otros y otras profesionales de la salud. Los cuidados profesionales de enfermería deben ser acciones intencionadas, fundamentadas en un cuerpo de saberes que se supone son enseñadas y aprendidas a través de una formación académica-profesional. (p. 10)

Leininger es la precursora de la Teoría de la Diversidad y la universalidad de los cuidados culturales (1960), de la enfermería transcultural. Por otro lado, Watson (1992) trata de identificar los fundamentos filosóficos del cuidado. Para ella, el cuidado se desarrolla en un espacio, un encuentro en el que dos personas crean una experiencia compartida que formará parte de su historia futura.

El comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos desarrollados por estas teorías permite, claramente, dar un sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana. Por esto la teoría de Jean Watson es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería. (Urra, Jana, & García, 2011, p. 2)

Estos aspectos han estado siempre presentes en enfermería pero han sido invisibilizados y/o subvalorados por el enfoque positivista y tecnológico. Para Watson, la práctica del cuidado es central en la enfermería. Una persona debe ser acompañada en las fases de toma de decisiones y no solo ser un receptáculo de información.

La realidad de la asistencia en el actual modelo de atención sanitaria

Una vez explicitado el desarrollo teórico de nuestra disciplina, vamos a aterrizar en la realidad asistencial, en el día a día del trabajo enfermero. Trabajemos en el ámbito que trabajemos, la enfermería es una pieza más dentro del sistema sanitario. Analizando los rasgos estructurales básicos y fundamentales del mo-

delo de atención sanitaria hegemónico destacamos: el biologicismo, el dominio de un enfoque meramente asistencial donde se espera la pasividad del/de la paciente, y una relación asimétrica donde el poder se encuentra en el lado de los y las profesionales de la salud. En el actual modelo hegemónico de atención sanitaria, autoras como Velasco (2009) identifican una serie de sesgos en la atención sanitaria. Uno de ellos es el sesgo tecnológico-biomédico que invisibiliza lo biopsicosocial. Este sesgo se sustenta por la estandarización de los protocolos de actuación, que se centran únicamente en las patologías, dejando fuera la dimensión psicosocial de cada persona. En la medicina, la práctica basada en la evidencia se define como el uso consciente de la evidencia de la investigación para tomar decisiones clínicas sobre la atención a las y los pacientes. Una vez que una *práctica* ha demostrado ser eficaz, se recomienda a los profesionales que la repliquen en pacientes con similares características. Respecto al tipo de relación, a la relación interpersonal que se establece en el encuentro asistencial o encuentro terapéutico, a pesar de que en el plano teórico ha dejado de tener un enfoque paternalista, pasando a ser una relación horizontal, en la que la toma de decisiones es compartida, para muchos y muchas profesionales de la salud, es difícil dejar de *dirigir* este encuentro. Su intención de hacer lo que sea mejor para el/la paciente (basándose en sus conocimientos y su experiencia), en muchas ocasiones les lleva a darles poco protagonismo en la toma de decisiones. Esta es la realidad que tenemos en el día a día, la enfermería es una parte del engranaje del sistema de atención sanitaria y obviamente nuestro trabajo se incardina en este contexto que acabamos de exponer. Siguiendo a Arredondo-González y Siles-González (2009),

El afán competitivo en términos de eficiencia y las relaciones de poder que tienen lugar dentro del sistema sanitario, obstaculizan la relación entre la enfermera y el o la paciente, anula la comunicación efectiva entre ambos y sólo tiene cabida la ejecución de técnicas. (p. 5)

Lo que se denomina la relación funcional. No hay tiempo para el cuidado y la atención es impersonal. Ante esta realidad, surgen voces

que abogan por revitalizar la atención humanizada, centrada en las personas, de fomentar la relación de cuidados. En definitiva, se habla de una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud. En este sentido, la teoría de los cuidados de Watson, enmarcada en el paradigma de transformación, nos es de mucha utilidad para *reconstruir los cuidados de enfermería*, para reflexionar y repensar nuestras formas de abordar la praxis enfermera.

La necesidad de un cambio en la atención sanitaria es también un tema de preocupación en otras disciplinas y en diferentes ámbitos de la sociedad.

En este sentido, cabe señalar el enfoque de la atención centrada en la persona (ACP) cuyo origen es atribuido a Carl Rogers, psicoterapeuta de la corriente de la psicología humanística, quien desarrolló la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1961). Morgan y Yoder (2012) definen la ACP como un enfoque holístico (biopsicosocial-espiritual) que facilita una atención respetuosa e individualizada. Desde el empoderamiento de las personas, se les facilita asumir un rol protagonista en la elección del tratamiento terapéutico y en las decisiones a tomar en su proceso de atención. En este sentido y desde hace varios años, se habla del enfoque de derechos en la atención sanitaria. Desde esta perspectiva, se considera que todas las personas son titulares de derechos y que los estados, como titulares de obligaciones, están obligados a respetar, proteger y garantizar el ejercicio de estos derechos en un marco de equidad. El abordaje del derecho a la protección de la salud, desde un enfoque de derechos, implica reconocer el protagonismo de las personas titulares de derechos, en nuestro caso, pacientes y personas usuarias de los servicios de salud. Esto supone abandonar el concepto de *persona beneficiaria/receptora* de un servicio y concebirla como figura clave en el proceso asistencial. Supone *poner a las personas en el centro*, pero no como beneficiarias de la atención sanitaria (personas necesitadas de nuestra ayuda), sino como titulares de derechos de la misma. Hablamos de gestionar la diversidad de las personas de forma inclusiva, a partir de sus propias experiencias, de garantizar su participación efectiva en el proceso y de fortalecer sus capacidades. Se traduce en un modelo de cuidados centrados en el/la pa-

ciente, que supone reconocer su papel activo en la toma de decisiones sobre su salud y asumir que las decisiones deben incluir su perspectiva. Bien, desde este enfoque de derechos, quienes protagonizan la atención sanitaria se pueden clasificar en torno a tres perfiles: titulares de derechos – pacientes y personas usuarias del sistema sanitario; titulares de responsabilidades – profesionales de la salud, entre los que nos encontramos las enfermeras y los enfermeros, y titulares de obligaciones – personas con poder de decisión política y con capacidad ejecutiva en organismos públicos (direcciones generales de consejerías, gerencias de centros sanitarios, colegios profesionales, etc.). Desde este enfoque – la enfermería – como titular de responsabilidades, tiene un doble rol: por una parte, con titulares de derechos, con quienes mantenemos relación funcional, en la que desarrollamos nuestra competencia científico-técnica y una relación de cuidados, considerándola como:

Aquella relación que procura los cuidados personalizados y de mayor calidad a la persona y su familia, orientados hacia la mejoría del bienestar, la autonomía y la calidad de vida, alcanzando así una atención integral que incluye los aspectos emocionales y físicos. Esta relación se sustenta en el desarrollo del confort, la confianza, la seguridad y la serenidad por parte de las personas y estas se logran mediante la comunicación terapéutica, la escucha activa, la relación de ayuda, la afectividad, el pensamiento crítico, la intuición, entre otras habilidades. (Orkaizagirre, 2013, p. 1)

Hablamos de la competencia relacional, centrada fundamentalmente en nuestras actitudes y comportamientos con las personas en términos de aceptación, empatía, capacidad de escucha y reflexión y, por otra parte, con titulares de obligaciones, en la que debemos desplegar nuestra responsabilidad con la sociedad y con las personas. El término que se está utilizando para definir el ejercicio de esta responsabilidad enfermera es el de la competencia política. Esta competencia de enfermería, bebe de la relación de cuidado que mantenemos con titulares de derechos, haciendo un análisis de esta en un determinado contexto social. Desde el conocimiento y la experien-

cia de nuestro trabajo directo con las personas que solicitan nuestra ayuda (titulares de derechos), extraemos los motivos de preocupación, las necesidades con las que construimos el cuerpo de la competencia política, con el objetivo de promulgar los cambios en las políticas que consideramos que afectan negativamente a la salud y la atención a la salud de las personas. Desde mi punto de vista, la competencia profesional de enfermería exige integrar estas tres competencias: funcional, relacional y política.

Centrándonos en la relación que tenemos con titulares de derechos, pacientes, y en el marco del paradigma enfermero de la transformación, el desarrollo de nuestra disciplina pasa por establecer una buena relación de cuidados, nuestra razón de ser. Una relación que se traduzca en una atención individualizada e integral, partiendo de la premisa de que cada persona es un ser único y tiene unas características propias y que el abordaje de la atención tiene que hacerse teniendo en cuenta los aspectos bio-psico-socio-culturales de las personas.

Algunas ideas para la reflexión

Cómo gestionar el encuentro entre enfermera y paciente?

Sin duda, la relación que se establece entre la enfermera y la persona que demanda sus cuidados, es el eje de la atención sanitaria. Es el momento en que iniciamos el cuidado, se crea la ocasión para el cuidado. La persona – *paciente* – viene con las expectativas que han sido creadas, condicionadas, por el modelo hegemónico, del que ya hemos hablado. Las relaciones asimétricas y de subordinación predominantes en el sistema sanitario español propician que una persona usuaria de dicho sistema se sienta en *territorio extraño*. Así, la relación entre ambas partes se construye desde la desigualdad. La relación profesional de la salud y el paciente se caracterizará por la pasividad y obediencia del último junto con la no consideración de sus opiniones, iniciativas o decisiones.

Tenemos la responsabilidad de iniciar la apertura de un proceso nuevo, de liderar un proceso de creación de una relación que tenemos que construir de manera conjunta.

Hablamos de propiciar un espacio de encuentro en el que se puedan visibilizar y compartir las diferentes percepciones, creencias, valores, conocimientos, expectativas de ambos protagonistas del encuentro. Tal y como refieren Kleinman y Benson (2006), el encuentro terapéutico se basa en la comunicación, donde se comparten los valores y las creencias del/de la paciente y del/de la profesional de la salud, donde el/la profesional debe ser capaz de establecer una comunicación interpersonal efectiva, en la que tenga en cuenta la perspectiva del/de la paciente.

Cómo podemos mejorar ese espacio común, el encuentro?

Para empezar, debemos ser conscientes de nuestros sesgos subjetivos. Según Velasco (2009), la percepción del o de la profesional de la salud está mediatizada por la implicación y la relación intersubjetiva particular que establece en cada caso, así que la neutralidad, la objetividad está lejos de encontrarse. Lo importante es ser consciente de nuestra subjetividad, no tratar de ignorarla o enmascararla, sino identificar esos sesgos y abordarlos directamente. Dentro de este tipo de sesgo, y consecuente con las representaciones sociales, las creencias y los estereotipos que existen alrededor del género y de las culturas, identificamos los sesgos de género y los culturales.

Así, definimos el sesgo de género en la atención sanitaria como “el error debido a no considerar las diferencias debidas al sexo biológico y las diferentes formas de enfermar debidas al género, o bien, actuar a través de un estereotipo de género” (Velasco, 2009, p. 30). El tipo de patologías, la vivencia de las enfermedades, la búsqueda de ayuda, la forma de manifestar los síntomas y el dolor, y el tipo de interacción con profesionales de la salud es diferente en las mujeres y en los hombres. Estas diferencias se deben tanto a las diferencias biológicas como a los modelos de comportamiento de género. Si el o la profesional de la salud no tiene en cuenta las diferencias de género en la atención que dispensa, realizará una atención sesgada (Velasco, 2009). El reconocimiento de los estereotipos de género que existen en la sociedad y de los que también son partícipes los y las profesionales de la salud y los y las pacientes es fundamental

para la corrección de los sesgos de género en la atención sanitaria. Las consecuencias de estas presunciones son la tendencia a ignorar, minimizar y restar credibilidad a la importancia de los síntomas y el sufrimiento que manifiestan (Velasco, 2009). Otra de las dificultades que nos encontramos es la diferencia cultural entre las partes (profesionales de la salud y sistema sanitario *versus* pacientes). La respuesta que los profesionales de la salud dan a estas diferencias puede contribuir a generar desigualdades en la prestación de la atención sanitaria, lo que denominamos sesgos culturales.

Las diferencias en las creencias, los comportamientos y las expectativas pueden conducir a malentendidos. Por otra parte, el *choque cultural* en un encuentro terapéutico no es exclusivo de contextos con una diversidad cultural. El conflicto es algo inherente a las relaciones humanas y más en situaciones en las que los puntos de vista no son compartidos. En el ámbito de la salud, es casi imposible que la perspectiva de los profesionales de la salud sea la misma que la de las personas que acuden a las consultas de atención sanitaria. Dispensar una atención sanitaria culturalmente competente es difícil. Esta dificultad se debe, en gran parte, a una falta de claridad conceptual sobre la noción de competencia cultural, la falta de distinción entre la competencia cultural organizacional e individual y la tendencia de la mayoría a asociar la cultura exclusivamente con el origen étnico. El modelo de competencia cultural ha sido ampliamente criticado. Entre los aspectos más debatidos están: la posibilidad de crear estereotipos de las minorías; favorecer la idea de que los culturales son los *otros*, cuando todas las personas tienen su propia identidad cultural. En el caso de los y las profesionales, además de su propia cultura, hay que tener en cuenta la *cultura de la biomedicina* de la que se impregnan tanto en su formación como durante el desarrollo de su labor asistencial (Taylor, citado por Kleinman & Benson, 2006); ignorar los prejuicios y subjetividades de los y las profesionales de la salud (sesgos subjetivos) y discriminar o ignorar otros factores que son inseparables de la cultura como son el género, el estatus social o la orientación sexual, las condiciones económicas y las características psicobiológicas de las personas, nos lleva a una atención inadecuada.

La mayoría de los modelos de competencia cultural se han desarrollado en Estados Unidos, y ninguno de ellos aporta de una manera contundente la clave para el desarrollo de una atención sanitaria que realmente dé respuesta a las necesidades de las personas (y no solo en los contextos donde la distancia cultural entre profesional de la salud y paciente sea grande). Uno de los modelos con un enfoque integral es el de la minietnografía de Kleinman y Benson (2006), en el que se habla de seis pasos por los que el o la profesional de la salud puede facilitar la construcción de la narrativa del paciente cuando este es de una cultura distinta a la propia. Uno de los conceptos de los que cada vez se habla más es el de la humildad cultural. La humildad cultural va más allá de la competencia cultural, ya que presta atención a las dimensiones políticas, sociales y de clase que existen en la sociedad. La humildad cultural es más una actitud hacia las personas de otra cultura que conocer las características culturales de un grupo particular, huyendo así de los estereotipos y de la homogeneización que puede provocar la competencia cultural. Abordar la atención sanitaria en la clave de la humildad cultural nos exime de tener que poseer conocimientos expertos sobre las características de las diferentes culturas. La humildad cultural requiere que los profesionales de la salud estemos en disposición de cambiar la forma en que aprendemos sobre otras personas, e incluye las dimensiones de la Autoconciencia, la Apertura y la Flexibilidad. Muy cercano al planteamiento de la humildad cultural y al modelo de minietnografía de Kleinman, se encuentra el que defiende la necesaria complementariedad de la evidencia basada en narrativas a la actual y hegemónica medicina basada en la evidencia. La llamada *medicina basada en narrativas* se fundamenta en las teorías interpretativas sobre la enfermedad, la fenomenología y la hermenéutica. En este modelo prevalece el mundo significativo de la biografía: la escucha activa por parte de los profesionales de la salud, frente a la observación de los signos y síntomas centrados en los aspectos físicos; el síntoma subjetivo, frente a la importancia otorgada a la biología (enfoque biomédico). El abordaje integral de la atención sanitaria, fundamentado en la complementariedad entre la evidencia cien-

tífica y la evidencia narrativa, es coherente con los principios y el enfoque de derechos y con los criterios de la calidad asistencial que se explicitan reiteradamente en la legislación materia de salud del Sistema Sanitario del Estado Español. El o la profesional de la salud, además de *saber* acerca de la enfermedad o el proceso del ciclo vital, debe *comprender* el significado de esta para el o la paciente. Sabemos que ante una misma evidencia científica (en personas de similares características a primera vista), el proceso asistencial, (percepción del diagnóstico, adhesión, participación, evolución) no sigue el mismo patrón en todas las personas. Más allá de los signos y síntomas, está la vivencia de los mismos, y esta es tan variada como las personas que los padezcan y los momentos en la vida de esas personas. Reconocer esto es el primer paso para incorporar la evidencia narrativa a la evidencia científica en la atención a la salud de las personas (Ugarte, 2012).

La investigación en cuidados: la gran ausente

Otro de los aspectos en los que debemos avanzar es en el ámbito de la Investigación en los Cuidados. La única forma de conocer el impacto que producen los cuidados de enfermería es a través de la investigación. Según Watson (citado por Guillaumet, Fargues, Subirana, & Bros, 2005, p. 32), “La Teoría del Cuidado reitera de manera continua la necesidad de buscar un nuevo conocimiento y una nueva práctica del cuidado”, y esto sólo se logra investigando.

Sin investigación, la ciencia no avanza y tampoco lo hará la disciplina enfermera.

La procedencia de la investigación en las técnicas y los procedimientos es indiscutible, pero la metodología exclusivamente cuantitativa aporta una visión sesgada e insuficiente a la hora de profundizar en los cuidados invisibles, los cuidados cotidianos. Esos cuidados que están poco visibilizados y que paradójicamente son nuestra esencia.

Cómo investigar lo invisible?

Partimos de la definición de Huércanos (2013), quien considera que los Cuidados Invisibles “conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfer-

meras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente” (p. 1). Cada vez hay más voces que se levantan frente a la creciente influencia de la investigación biomédica en su vertiente tecnológica, que ocupa sin duda una posición hegemónica en el panorama del conocimiento en salud, hasta el punto de excluir otras prácticas investigadoras de corte humanístico, tal es el caso de la investigación aplicada a los cuidados. Uno de los referentes en este tema es Amezcua (2010), quien la define como un “proceso de generación de conocimiento basado en la metodología científica dirigido a la mejora o conservación de la salud de las personas, desde el respeto a su manera de sentir y de vivir y a sus posibilidades de participación efectiva” (p. 237). La terna conceptual que sostiene la investigación aplicada a los cuidados IAC sugiere a su vez tres direcciones o grandes áreas donde se construye el conocimiento: investigación sobre el cotidiano del sujeto, investigación sobre resultados en salud, e investigación sobre prácticas basadas en evidencias científicas. Las tres direcciones de la IAC activan un amplio abanico de diseños posibles, que van desde los estudios cuantitativos con predominancia evaluativa hasta estudios cualitativos de corte etnográfico, fenomenológico, favoreciendo la participación de las personas. De esta manera, tenemos acceso a las narrativas de las personas, al ámbito de sus percepciones, creencias, valores, experiencias, expectativas, etc., nos centramos en la persona, no en su patología.

Conclusión

El cuidado es el núcleo de la profesión enfermera, pero analizando el contexto social y sanitario actual, se ha puesto en evidencia que para preservarlo dentro de nuestra práctica debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente tanto en la gestión de los cuidados como en la investigación y en la formación enfermera.

A la hora de guiarnos en este trabajo, sería procedente un modelo conceptual que permita desarrollar los cuidados de enfermería desde los principios del paradigma de transformación y teniendo como marco el enfoque de derechos en la atención a la salud. Desde este enfoque,

se apuesta por nuevos roles, tanto de profesionales de la enfermería como de personas usuarias de la atención sanitaria. Sin duda, el hecho de plantear modelos referenciales es una herramienta necesaria para favorecer la integración teórico-práctica.

La importancia de los valores en la profesión de enfermería puede asentarse en que la enfermería es una profesión cuyas claves son los comportamientos y las actitudes. Esta es la esencia de la enfermería, lo que le da a nuestra disciplina un carácter diferencial.

Además, el cuidado enfermero no es un acto aislado. Tiene lugar en unos determinados contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. Nuestra responsabilidad va más allá de la excelencia técnica en los cuidados. No debemos, no podemos *descuidar los cuidados*.

El avance de la disciplina enfermera en este sentido pasa por el desarrollo de investigaciones de corte cualitativo, etnográfico, que nos permiten llegar a conocer tanto el contexto sociocultural como las vivencias de salud-enfermedad de las personas a quienes cuidamos. Asimismo, se podría valorar la formación en la competencia cultural, en todas sus dimensiones: conciencia, sensibilidad, conocimiento y habilidades culturales; la inclusión en los planes de estudios de grado, posgrado y en la formación continuada de profesionales de la salud de disciplinas encaminadas a fomentar las competencias para abordar en condiciones de equidad las desigualdades sociales en salud, así como la diversidad cultural. Este es el camino para preservar la responsabilidad en los cuidados enfermeros, poniendo en el centro a la persona.

Referencias bibliográficas

- Amezcua, M. (2010). Investigación aplicada en cuidados de salud. *Index de Enfermería*, 19(4), 237-239. doi: 10.4321/S1132-12962010000300001
- Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). Tecnología y humanización de los cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18(1), 32-36. doi: 10.4321/S1132-12962009000100007
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*.

- Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Guillaumet, M., Fargues, I., Subirana, M., & Bros, M. (2005). Teoría del cuidado humano: Un café con Watson. *Metas de Enfermería*, 8(2), 28-32. Tomado de https://www.researchgate.net/profile/Montse_Guillaumet/publication/216704707_Teoria_del_cuidado_humano_Un_cafe_con_Watson/links/550be4de0cf2855640977
- Guillén, R. M. (2010). La connotación humana y cultural del cuidado. *Biblioteca Lascasas*, 6(3). Tomado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0557.pdf>
- Huércanos, I. (2013). Cuidado Invisible: Donde los medicamentos no llegan. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 5-6. doi: 10.4321/S1132-12962013000100001
- Kérrouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Masson.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), e294. doi: 10.1371/journal.pmed.0030294
- Martínez, M. (2008). Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza. *Revista Médica Electrónica*, 30(2). Tomado de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol%202008/tema11.htm>
- Morgan, S., & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15. doi: 10.1177/0898010111412189
- Orkaizagirre, A. (2013). Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 22(3). doi: 10.4321/S1132-12962013000200002
- Palomo, L., & Rabanaque, M. J. (2012). Crisis económica, política sanitaria y salud. *Revista Gestión Clínica y Sanitaria*, 4(1), 16-19.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica*. Barcelona, España: Salvat.
- Queirós, P. J. (2015) Cuidar: Da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 139-146. doi: 10.12707/RIV14079
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London, England: Constable.
- Ruckert, A., & Labonté, R. (2017). Health inequities in the age of austerity: The need for social protection policies. *Social Science & Medicine*, 187(2017), 306-311. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.03.029 0277-9536
- Ugarte, I. (2012). La evidencia narrativa y la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud. In L. Mariano & C. Cipriano (Eds.), *Medicina y narrativas: De la teoría a la práctica* (pp. 95-118). doi: 10.13140/RG.2.1.2769.6485
- Urrea, E., Jana A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22. doi: 10.4067/S0717-95532011000300002
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud: Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid, España: Ediciones Minerva.
- Watson, J. (1992) Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. In J. Riehl-Sisca. *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 179-192). Barcelona, España: Doyma.

