



La trascendencia de los cuidados invisibles

The transcendence of invisible care

Autores: José Ángel Rubiño Díaz* (1); Mònica Maqueda Palau (2); Pilar Andreu Rodrigo (3); María Cristina Moreno Jiménez (4); María Antonia Palou Oliver (5); Juan Manuel Gavala Arjona (6).

* **Dirección de contacto:** josea.rubino@ssib.es

Enfermero Hospital Universitario Son Espases (Baleares, España).

Resumen

Los cuidados invisibles se engloban en la práctica de los cuidados y se relacionan con la parte emocional, la humanización y la trascendencia. Es la parte no técnica, pero que acompaña a los diferentes procedimientos y técnicas de unos cuidados profesionalizados. **Objetivo.** Analizar los cuidados que realizan los profesionales de enfermería sobre las dimensiones de los cuidados invisibles para un mayor conocimiento y reconocimiento de estos, por los profesionales y la institución. **Metodología.** Se trata de una investigación mixta. Una parte, con un diseño cualitativo fenomenológico, y otra, con un diseño observacional descriptivo y transversal. Los participantes implicados serán los pacientes y los profesionales de enfermería de las diferentes unidades y servicios del Hospital Universitario Son Espases. Para la recogida de los datos cualitativos se utilizará la entrevista grupal para explorar la percepción de los cuidados invisibles. Para la recogida de los datos cuantitativos se utilizará la herramienta Microsoft Forms 365® para la recogida de las respuestas del cuestionario de percepción del cuidado invisible de enfermería (PCIE, dirigido a los pacientes); y el cuestionario Care-Q que evalúa las dimensiones de los cuidados invisibles, el cuestionario *ad hoc* para identificar acciones de cuidados invisibles y el test de alta sensibilidad que evalúa sobre el rasgo de personas altamente sensibles (dirigidos a los profesionales). Posteriormente, se implantará en el programa Millennium® para el registro de los cuidados invisibles en los planes de cuidados y visibilizar el valor que representan en el cuidado global y el tiempo dedicado en la jornada laboral.

Palabras clave

Cuidados de Enfermería; Cuidados Invisibles; Humanización de la Atención, Procesamiento Sensorial; Satisfacción Personal.

Abstract

Invisible care is included in the practice of care and is related to the emotional part, humanization and transcendence. It is the non-technical part, but it accompanies the different procedures and techniques of professionalized care. Objective. Analyze the care provided by nursing professionals on the dimensions of invisible care for greater knowledge and recognition of these, by professionals and the institution. *Methodology.* It is a mixed investigation. One part, with a qualitative phenomenological design, and another, with a descriptive and cross-sectional observational design. The participants involved will be the patients and nurses from the different units and services of the Son Espases University Hospital (HUSE). For the collection of qualitative data, the group interview will be used to explore the perception of invisible care. For the collection of quantitative data, the Microsoft Forms 365® tool will be used to collect the responses to the perception questionnaire of invisible nursing care (PCIE, aimed at patients); and the Care-Q questionnaire that evaluates the dimensions of invisible care, the *ad hoc* questionnaire to identify invisible care actions and the high sensitivity test that evaluates the trait of highly sensitive people (aimed at nurses). Later, it will be implemented in the Millennium® program to record invisible care in care plans and make visible the value they represent in global care and the time spent during the workday.

Keywords

Invisible Care, Humanization of Assistance, Nursing Care, Perception, Personal Satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La profesionalización de la enfermería se consolida en la segunda mitad del siglo XX. Esto conlleva grandes cambios en la práctica enfermera como una mayor estandarización, más intervenciones y procedimientos, una mayor delegación de tareas en cuidados y técnicas y un mayor reconocimiento socio-económico. Sin embargo, estos pueden ser elementos que hayan disminuido el tiempo para dedicar a los cuidados invisibles. Debido a esta probable contraposición entre la profesionalización creciente y la disminución del tiempo en ofrecer unos cuidados individualizados, los profesionales de enfermería se encuentran ante el desafío de continuar con el proceso de profesionalización de la enfermería, y además, de dar visibilidad y reconocimiento a los cuidados invisibles, donde realmente se fundamenta la identidad de la práctica enfermera (1,2).

Asimismo, cabe mencionar que en el sistema sanitario predomina un pensamiento biomecanicista de la atención a los usuarios y del cuidado. Esto conlleva grandes incoherencias en la esencia del cuidar. Es decir, entre lo teóricamente deseable y lo que actualmente se demanda de las enfermeras por parte de las direcciones de enfermería y las instituciones. Esto se produce por el enfoque biologicista, que impregna otras disciplinas que interactúan en las instituciones hospitalarias. En este sentido, su mayor representación es el modelo de acción clínica del médico que acaba frenando e incluso anulando las acciones cuidadoras del resto del equipo (3). La consecuencia es un cuidado monótono y lineal dominado únicamente por la racionalidad técnica (4).

Otro aspecto importante a considerar es que las enfermeras que ofrecen sus cuidados, generalmente no es invisible para su entorno, pero sí para la institución que ni valora, ni cuantifica, ni recompensa de ninguna manera esta excelencia y los beneficios que conlleva en los pacientes (5). En este sentido, registrar las intervenciones enfermeras en las que se desarrollan acciones de acompañamiento, ayuda y colaboración, demuestran “que el cuidado más humanizado es más importante que el manejo de técnicas para procurar el mayor bienestar posible para los pacientes”. De esta forma, se visibilizan y se les da “reconocimiento y valor a estas acciones enfermeras realizadas a partir de un juicio profesional” (6). En este contexto, los cuidados de los profesionales de la enfermería se subdividen en dos categorías: los cuidados técnicos (High-Tech), que están relacionados con la tecnología médica y que tienen reconocimiento social y profesional. Y los cuidados invisibles o humanizados (High-Touch), que acompañan al acto médico o no y se encuentran infravalorados (7).

Estos antecedentes siguen protagonizando la realidad en los hospitales. Por ello, las enfermeras han de hacer incidencia constante en el curar a través del cuidado, y esto conlleva hablar del cuidado en todas sus dimensiones empezando a valorar y reconocer los cuidados invisibles.

La enfermera Isabel Huércanos hace referencia a los cuidados invisibles como un conjunto de intervenciones fruto de la observación, la empatía, el conocimiento y la

experiencia que llevan a los profesionales de enfermería a la elaboración de juicios profesionales y éticos centrados en las necesidades de cada uno de los pacientes y la familia (8). Estos cuidados van más allá de las acciones técnicas y delegadas dirigidas al plano únicamente físico de la persona ya que están centradas en las necesidades de cada paciente (9). Estos cuidados son intervenciones enfermeras intangibles, inmanentes, inherentes y esenciales. Implican la humanización y la trascendencia del curar mediante el cuidado.

Las enfermeras Germán y Hueso en el año 2010 propusieron la existencia de diez dimensiones de los cuidados invisibles: 1) el fomento del autocuidado, 2) la relación de confianza, 3) la necesidad de ayuda, 4) el tacto, 5) la escucha, 6) acompañar (reemplazar a, sufrir con), 7) dar ánimo, 8) el confort, 9) el respeto, y 10) la presencia. Estas diez dimensiones se resumen en garantizar la seguridad, procurar la calidad de vida y favorecer el autocuidado. Posteriormente, el trabajo de Huércanos-Esparza (2011) las resumió en ocho dimensiones: 1) fomento del autocuidado, 2) relación de confianza, 3) apoyo emocional, 4) el tacto y la escucha, 5) el confort, 6) la ética y el respeto, 7) presencia cuidadora, y 8) la imagen de la enfermera dentro del equipo.

También se identificó que la imagen social de la enfermería incide en la invisibilidad del trabajo de enfermería. Como sugiere Sioban Nelson, hacerse visible en el sistema de salud implica ir más allá del “decir poco, hacer mucho” y alcanzar un grado de legitimidad y respeto social (10).

Tener conocimiento sobre qué piensan los profesionales de enfermería y los propios usuarios/pacientes y/o familiares sobre los cuidados invisibles nos aporta información sobre la importante dimensión que ocupan este tipo de cuidados en cuanto al reconocimiento otorgado y a priorizar qué intervenciones y actitudes se acompañan en mayor o menor grado. Además, los cuidados invisibles pueden convertirse en un indicador a tener en cuenta en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y la percepción de seguridad de los usuarios del sistema sanitario (11).

La investigación sobre los cuidados invisibles es escasa. En España, según la literatura revisada es apenas de una década. Por ello, existen pocos instrumentos que permitan ayudarnos a recoger información, pero los instrumentos disponibles permiten hacer una buena aproximación en la recogida de las dimensiones sobre los cuidados invisibles. En esta línea, el cuestionario Care-Q (12,13) está adaptado a la población hispana que permite la recogida de datos en el personal de enfermería. Recoge datos sociodemográficos y datos en relación a 6 categorías como son: 1) es accesible, 2) explica y facilita, 3) conforta, 4) se anticipa, 5) mantiene una relación de confianza, y 6) monitorea y hace seguimiento. Por otra parte, el cuestionario de percepción del cuidado invisible de enfermería (PCIE) (14) recoge información sobre la percepción de los pacientes y/o familiares en relación a los cuidados invisibles mediante 31 ítems que

se agrupan en sub-escalas para las categorías del cuestionario Care-Q. Además, se requiere de una herramienta *ad hoc* para tratar de recoger mayor información por parte de los profesionales de enfermería que ayude a comprender, reconocer y registrar de forma clara los cuidados llevados a cabo durante la jornada laboral/turno de trabajo. En este sentido, el uso del sistema de clasificación de procedimientos de enfermería (*Nursing Interventions Classification, NIC*) ofrecerá unos cuidados basados en intervenciones estandarizadas englobando a los cuidados invisibles (15). El uso de estos instrumentos permite a los gestores de los cuidados complementar las valoraciones de enfermería en los planes cuidados en su globalidad.

Los trabajos publicados que aporten datos sobre los cuidados invisibles son escasos. Un estudio donde participaron nueve enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Southmead de Bristol (Reino Unido), cuyo objetivo es describir las actividades que se desarrollan en la práctica de la enfermería como cuidados invisibles y la carga de trabajo que suponen. Los resultados muestran que más del 40% de las enfermeras entienden por cuidados invisibles (como los que no se registran o documentan) que son fundamentales e importantes y ocupan la mayor parte de trabajo. El 90% de las actividades vinculadas a los cuidados invisibles se relacionan con hablar y escuchar al paciente, informar y educar, seguido de un 33% el apoyo emocional, mantener la privacidad y facilitar la relación con los familiares. El 78% de las enfermeras coinciden en afirmar que los cuidados invisibles ayudan a una más rápida recuperación, y un 50% destaca las ventajas en relación a la seguridad del paciente, la reducción de la ansiedad y el estrés para la recuperación psicológica. Destaca la importancia que dan a los cuidados invisibles es del 89%. Y para registrar estos cuidados la mayoría coinciden en incluirlas en los planes de cuidados para asegurar la continuidad o en notas de seguimiento de enfermería (16).

Otro aspecto importante y apenas explorado, es el conocimiento de profesionales de la enfermería en relación a concepto de personas altamente sensibles (también, personas con alta sensibilidad o personas con una sensibilidad al procesamiento sensorial, PAS). Las PAS no tienen un trastorno psicológico, ni una enfermedad. Es un rasgo de personalidad que está presente en el 20% de la población. No es algo que tienes, es algo que eres. Estas personas tienen un sistema nervioso que perciben y procesan más información sensorial simultánea y de forma más profunda de lo habitual, aunque no se han encontrado diferencias respecto a estructuras cerebrales o de los órganos de los sentidos. Además, este procesamiento lleva a que las personas se sientan más afectadas por experiencias positivas y negativas (17). También tienden a sentirse sobreestimuladas por estímulos sensoriales, son conscientes de las sutilezas ante los demás, son muy intuitivos, creativos, empáticos y concienzudos. Esto hace que se encuentren en sintonía con sus propios pensamientos y emociones y

sean mejores a la hora de evitar errores que cometen los demás. En este sentido, hacen una pausa para comprobar aquellas situaciones que son nuevas (18). Este rasgo conlleva una serie de características que hay que entender para poder cuidarnos y vivir de forma más equilibrada entre las necesidades propias y las exigencias del exterior. Tiene un componente hereditario. Este rasgo tiene un sentido para la protección y la evolución de la especie, por lo que la sociedad necesita personas que manifiesten y visibilicen su sensibilidad aprovechando todas las características que ofrece (17).

En el estudio de Pluess et al., (19) identificaron tres clases de PAS o SPS. Esta investigación se llevó a cabo en una muestra de 3.581 personas del Reino Unido que luego se replicó en EE. UU. confirmando la existencia de estos tres tipos de PAS. El primero de estos grupos serían personas con baja SPS (20-35%) y se conocen como PAS tipo ‘diente de león’. El segundo grupo sería intermedio y contaría con un porcentaje del 41 al 47%, son los tipo ‘tulipán’. Por último, las personas con alta sensibilidad (20-35%) el tipo ‘orquídea’.

Basándonos en los estudios de Aron y Aron (1997) y Aron et al. (2012). Estos hallaron que el 20% de la población mundial son PAS, las mujeres tienden a puntuar más alto que los hombres en la escala de PAS y la característica que distingue a las PAS de las no PAS es el procesamiento profundo de la información. Por tanto, se trata este término dentro de un continuo llamado “sensibilidad de procesamiento sensorial (SPS)”. Aunque se puede confundir con introversión no son lo mismo; de hecho la PAS puede ser tanto introvertida o extrovertida, un 30% de las PAS son extrovertidas. Una Persona con Alta Sensibilidad debe identificarse con los cuatro aspectos básicos de la Alta Sensibilidad que detalló la Dra. Elaine Aron y se conocen bajo las siglas inglesas “D.O.E.S”: 1) sensibilidad ante las sutilezas (*sensitive to subtleties*), capacidad de captar pequeños detalles por los diferentes sentidos y los estados emocionales de la personas del entorno; 2) alta emocionalidad o empatía (*strong emotions*), existe una gran intensidad ante situaciones o sensaciones, ligado a una gran empatía y capacidad de ponerse en lugar de otros debido a la gran actividad de las neuronas espejo; 3) procesamiento profundo (*deep processing*), tendencia a reflexionar y analizar la información de forma intensa, siendo muy reflexivas y comparando las posibles alternativas entre ellas o con acontecimientos pasados; y 4) Sobreestimulación (*overstimulation*), es una saturación del sistema nervioso que se da en las PAS cuando reciben mayor información de la que son capaces de procesar. Además, de los pilares básicos se pueden observar una serie de comportamientos o características en las PAS como son: 1) La dificultad para poner y mantener límites personales y decir “no”, 2) La gran capacidad para mantener conexiones profundas y enriquecedoras con otras personas, 3) La gran preocupación por temas como los animales, el medio ambiente, las injusticias sociales, etc., 4) Suelen

presentar un umbral de dolor bajo, pero también unas sensaciones placenteras muy intensas, 5) La facilidad para enamorarse, 6) La tendencia al perfeccionismo, 7) La gran habilidad para concentrarse profundamente, 8) Son muy sensibles a las críticas, y 9) Necesitan un tiempo para adaptarse a los cambios: mudanzas, cambios de trabajo, embarazos, etc. (20).

Como hemos comentado, las PAS no significan tener un trastorno o una enfermedad, pero es verdad que vivir tan intensamente, tener dificultad para tomar decisiones o incluso sentirte diferente a los demás puede desembocar en estados ansiosos, depresivos, etc.

Finalmente, cabe destacar que los cuidados de enfermería van mucho más allá de las propias intervenciones de las enfermeras como técnicas y procedimientos. Los cuidados de enfermería se engloban en una amplia dimensión que ocupa aspectos relacionados con la parte emocional, la humanización y la trascendencia. Estos son los cuidados invisibles que se acompañan en todas y cada una de las intervenciones de enfermería. Esta amplia dimensión es silenciada e infravalorada, pero forma parte de la jornada laboral de los profesionales de enfermería. Los cuidados invisibles no se reconocen entre los profesionales ni por la institución, no se habla de ello y no se cuantifica, por tanto, no se registran (21). Esto es un aspecto de cambio con este proyecto de investigación para poder medir el importante valor que representan y el impacto que realmente producen en la satisfacción, bienestar y la recuperación de los pacientes (6).

Hipótesis y Objetivos

La evaluación de la percepción del personal de enfermería en su experiencia diaria con las diferentes dimensiones de los cuidados invisibles y la evaluación de la percepción de los pacientes con los cuidados recibidos supondrá un mayor conocimiento y reconocimiento de los cuidados invisibles por los profesionales. Así también, conocer a los profesionales de enfermería con alta sensibilidad implicados en los cuidados invisibles. Además, junto con la implementación del método de registro en los planes de cuidados (tipo de cuidados y tiempo dedicado) en el programa Millennium® del Hospital Universitario Son Espases otorgará una forma rigurosa para registrar y cuantificar los cuidados invisibles.

El objetivo general de esta investigación es analizar los cuidados que realizan los profesionales de enfermería sobre las dimensiones de los cuidados invisibles para un mayor conocimiento y reconocimiento de estos, por los profesionales y la institución.

Entre los objetivos específicos se plantean: 1) conocer la percepción de los profesionales de enfermería sobre los cuidados invisibles, 2) describir los cuidados invisibles que los profesionales identifican y realizan en su jornada laboral, 3) evaluar las percepciones de los pacientes sobre los cuidados invisibles, 4) detallar los cuidados invisibles en la práctica de los profesionales de enfermería, 5) conocer el

número de profesionales de enfermería con alta sensibilidad implicados en los cuidados invisibles, y 6) analizar el impacto de un método de registro de los cuidados invisibles en los planes de cuidados para cuantificar el tiempo dedicado y el tipo de cuidados invisibles.

METODOLOGÍA

Diseño

Investigación mixta con una parte de metodología con enfoque cualitativo y otra, cuantitativo.

Enfoque cualitativo

Metodología

Diseño cualitativo fenomenológico.

Ámbito

Este estudio se realizará en el Hospital Universitario Son Espases. Se incluirán a los profesionales que trabajen en las unidades asistenciales de hospitalización y unidades específicas (unidad de cuidados intensivos, urgencias de adultos y pediatría, hospital de día, oncología, etc.).

Participantes

La unidad de análisis serán un grupo formado por los profesionales de diferentes disciplinas: enfermeras y técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería (TCAEs) que trabajen en diferentes unidades asistenciales y que cumplan los siguientes criterios de inclusión: participación voluntaria y experiencia laboral superior a seis meses, profesionales proactivos y con predisposición a la innovación y cambio en los cuidados, para garantizar así, un mínimo de exposición al fenómeno de estudio. El reclutamiento de los participantes se realizará a través de muestreo intencional. Además, se contará con la colaboración de los cargos intermedios de los diferentes servicios/unidades del HUSE (coordinadores/as, supervisores/as). Se considerará que la formación del grupo sea heterogéneo en edad, sexo/género, servicio/unidad, experiencia, formación y categoría profesional para una mejor comprensión del fenómeno.

Recolección de datos

Se formará un grupo focal para la entrevista con profesionales de la enfermería (enfermeros/as y TCAEs). Se contará con un número limitado de personas, entre 4 y 10 participantes. Tendrá una duración aproximadamente de una hora donde se explorará el fenómeno a estudio. Además, en el grupo focal participaran dos investigadores, uno será el responsable de moderar/conducir la entrevista, y el segundo investigador será un observador externo, que recogerá notas a través de un diario de campo sobre la reflexividad y los datos que se generen en el contexto de la entrevista. Se llevará a cabo en un espacio que garantice unas condiciones de privacidad y tranquilidad. La entrevista grupal se registrará mediante audio-grabación y posteriormente se transcribirá. Esta finalizará en el tiempo estimado con la posibilidad de la saturación de los datos.

Los participantes del grupo focal serán convocados en fecha y hora en una sala del HUSE para establecer la dinámica de participación y la grabación (mediante consentimiento informado) con una guía de preguntas abiertas que se detallan a continuación:

1. ¿Qué entiendes por cuidados invisibles en el ámbito de la enfermería? (nos responde al qué es y nos ofrece información sobre el conocimiento)
2. ¿Puedes poner algunos ejemplos (acciones) sobre los cuidados invisibles? (nos responde a los ejemplos, nos aporta información sobre la identificación de los mismo)
3. ¿Los cuidados invisibles entre profesionales y la institución como parte de la jornada laboral están reconocidos? ¿por qué? (nos responde al reconocimiento y nos da información sobre la toma de consciencia en la importancia de dar visibilidad, reconocer y poner en valor las acciones que llevamos a cabo continuamente en la prestación de los cuidados y no se consideran como un tiempo dedicado de la jornada laboral)
4. ¿Cómo crees que podemos medir los cuidados invisibles? (nos responde a la forma de medir y registrar los cuidados invisibles y nos aporta información sobre la materialización/objetivación de los mismos)
5. ¿Qué acciones harías para visibilizar los cuidados invisibles? (nos responde a la visibilidad y nos da información sobre las acciones que representan cada dimensión de los cuidados invisibles)

Se elaborará la ficha del participante (FP), donde se recogerá y registrará toda la información relevante durante el desarrollo de la entrevista.

Los profesionales que participen en el grupo focal recibirán una compensación horaria en su jornada laboral por el tiempo dedicado en esta parte de la investigación.

Enfoque cuantitativo

Diseño observacional descriptivo de corte transversal.

Las variables principales para los profesionales son las seis dimensiones de los cuidados invisibles: es accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento (Cuestionario Care-Q)¹². Y para los pacientes las 8 dimensiones del cuidado invisible: fomento del autocuidado, relación de confianza/seguridad, apoyo emocional, el tacto y la escucha activa, ética y respeto, confort, presencia cuidadora e imagen de la enfermería dentro del equipo¹⁴.

Las variables sociodemográficas y secundarias para los profesionales son la edad, el sexo/género, los años de educación, categoría profesional los años de profesión, el servicio actual de trabajo, tiempo de trabajo ejercido y el tipo de contrato (eventual, interino, fijo). Y para los pacientes la edad, el género, los años de educación y el diagnóstico de ingreso, el servicio de ingreso, el significado de la profesión sobre el concepto del cuidado y los días de hospitalización.

PARTICIPANTES Profesionales

El número de participantes dependerá de la voluntariedad de los mismos. Se estima unos 3.000 profesionales de enfermería en el Hospital Universitario Son Espases, a los cuales se les pedirá su participación.

La participación no supone compensación económica para los participantes ni para los investigadores. Una muestra aleatoria de 118 participantes será suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 3 unidades, la media poblacional de unos valores que será previsto que tengan una desviación estándar de alrededor de 15.55 unidades. El porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que sera del 15%. El cálculo de la estimación poblacional se ha realizado con la calculadora de tamaño muestral GRANMO. Versión 7.12 Abril2012.

Los criterios de selección serán los siguientes. Los criterios de inclusión: 1) profesionales de enfermería con contrataciones fijos, interinos y eventuales que trabajen en los distintos servicios del HUSE, 2) ambos sexos/géneros y no binario, 3) edades comprendidas entre 21 y 65 años, y 4) participación voluntaria. Y los criterios de exclusión: 1) profesionales de enfermería que estén de baja laboral, y 2) abandono en la cumplimentación parcial del cuestionario.

Pacientes

El número de pacientes será un número suficiente (mayor de 30) para justificar la normalidad (22). Para ello nos basamos en el Teorema Central del Límite (Pierre Simon de Laplace, 1749-1827), establece que a partir de una $n > 30$ se puede considerar distribución normal. La muestra estimada estará alrededor de 50 a 100 participantes.

En relación a los criterios de selección se establecen los criterios de inclusión: 1) pacientes que hayan estado ingresados más de 3 días en el hospital, 2) edades comprendidas entre 18 y 85 años, 3) ambos sexos/géneros y no binario, y 4) pacientes de cualquier nivel socioeducativo y cultural. Y los criterios de exclusión: 1) no obtener una cumplimentación completa de los cuestionarios y test, 2) decisión expresa de no participar, y 3) presentar una patología neurodegenerativa, neuropsiquiátrica u orgánica que no permitan mantener las facultades físicas y psicológicas para una participación voluntaria y colaborativa.

INSTITUCIÓN

Se llevará a cabo en las diferentes unidades y servicios del Hospital Universitario Son Espases (HUSE). Pertenece al Servicio de Salud, adscrito al Sector Sanitario Ponent e incluye la gestión del Hospital General, del Hospital Psiquiátrico y del Hospital Virgen de la Salud. Es el hospital público de referencia para más de 330.000 habitantes de Palma y los municipios de Andratx, Calvià y Esporles. Se trata de un hospital de nivel III para atender aproximadamente a un millón de habitantes de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. Está ubicado en la Carretera de Vallde-mossa, 79, 07120. Palma de Mallorca (Islas Baleares). Es

un hospital moderno, dotado de una tecnología sanitaria de vanguardia donde se desarrolla investigación, docencia, innovación y metodología en simulación.

Además, en sus instalaciones se encuentra la Facultad de Medicina de las Universidades de las Islas Baleares (UIB) y el Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa). Hay que destacar que la actividad asistencial es la base principal. Debido a más de 5.000 profesionales y los equipos de alta tecnología se realizan anualmente 24.000 intervenciones quirúrgicas, 152.000 urgencias, más de medio millón de consultas con especialistas y registra 32.000 altas hospitalarias.

MATERIALES E INSTRUMENTOS

Cuestionario Care-Q (12,13)

Evalúa distintas situaciones en las que el personal de enfermería se encuentra en su experiencia diaria relacionada con las diferentes dimensiones de los cuidados invisibles. Es un cuestionario utilizado para la recogida de datos en el personal de enfermería. Incluye las preguntas propias del cuestionario, pero también recoge variables sociodemográficas. El cuestionario empleado, en su formato de validación latinoamericano cuenta con un total de 50 ítems cerrados y divididos en seis categorías (es accesible, con 6 preguntas; explica y facilita, 6 preguntas; conforta, 9 preguntas; se anticipa, 5 preguntas; mantiene una relación de confianza, con 16 preguntas; y monitorea y hace el seguimiento, con las últimas 8 preguntas (23). Las diferentes dimensiones fueron definidas por Ariza Olarte en 2004 (24): 1) Es accesible: hace alusión a comportamientos de cuidado administrados de forma oportuna y son esenciales en la relación de apoyo y ayuda como son acercarse al paciente dedicándole tiempo disponible; 2) Explica y facilita: se refiere a los cuidados que hace la enfermera para dar a conocer aspectos que para el paciente son desconocidos o difíciles de entender en relación con su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de los cuidados para su bienestar o recuperación; 3) Conforta: se refiere a los cuidados que ofrece la enfermera con el fin de que el paciente hospitalizado se sienta cómodo infundiéndole ánimo y vigor al paciente, a su familia y a sus allegados, en un entorno que favorezca el bienestar; 4) Se anticipa: son los cuidados que las enfermeras planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del paciente con el fin de prevenir complicaciones; 5) Mantiene relación de confianza: son los cuidados que ofrece la enfermera para que el paciente hospitalizado en medicina interna tenga esperanza firme en ella y en que los cuidados ofrecidos van dirigidos en pro de su recuperación, haciéndolo sentir como persona única, confiada, serena y segura; tienen que ver con la cercanía y la presencia física del personal de enfermería hacia el paciente; y 6) Monitorea y hace seguimiento: se refiere a los cuidados de enfermería que implican un conocimiento propio de cada paciente y dominio de lo científico-técnico

y de los procedimientos que realiza para su recuperación. Incluye los comportamientos que ella hace para enseñar a su grupo de enfermería la forma como se deben realizar dichos procedimientos, observando y valorando que todo se haga bien y a tiempo.

Cada una de las preguntas tiene 5 posibles respuestas, que consisten en una escala tipo Likert compuesta de la siguiente manera: muy importante, algo importante, ni importante ni sin importancia, poco importante, nada importante.

Las variables sociodemográficas, recogidas mediante preguntas abiertas, incluyen las siguientes: la fecha de nacimiento, el sexo/género, los años de ejercicio profesional, el tiempo que lleva trabajar en el servicio, la valoración de 0 a 10 sobre la percepción con respecto a la calidad del cuidado ejercido sobre los pacientes, un breve resumen de la formación más relevante en el campo de la enfermería e indicar el significado que tiene la profesión que ejerce y el concepto de cuidado.

Cuestionario de percepción del cuidado invisible de enfermería (PCIE) (14)

Evalúa qué piensan, sienten y perciben los pacientes en relación a los cuidados prestados por los profesionales de enfermería. Este cuestionario está compuesto por 31 preguntas cerradas, con 5 opciones de respuesta mediante una escala Likert que son: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; incluyendo además dos opciones de respuesta más que son: no se entiende y no procede. Hay 6 preguntas cerradas, con las posibilidades de respuesta: sí/no, para terminar con 5 preguntas abiertas, en las que el paciente o familiar puede expresar sus opiniones de manera escrita abiertamente. El cuestionario se cumplimentará por el propio paciente o familiar en caso de presentar algún tipo de diversidad funcional

Cuestionario *ad hoc* para identificar acciones de cuidados invisibles (Grupo de Investigación, 2022)

Se trata de un cuestionario elaborado por los diferentes miembros del equipo de investigación con el cual se recogerán acciones relacionadas con las ocho dimensiones de los cuidados invisibles. Los participantes profesionales deberán realizar un cuestionario de auto-cumplimentar con 1 acción o más que identifique cada una de las dimensiones que se describen a continuación: 1) Fomento del autocuidado: son las acciones educativas realizadas desde el conocimiento profesional, para enseñar el proceso de salud/enfermedad y su manejo. Explicar en qué consiste una enfermedad, ayudar a comprender las implicaciones del nuevo tratamiento y los hábitos que le acompañan; 2) Relación de confianza/seguridad: acciones que favorecen la relación de cuidados, demuestran el interés y la preocupación por el paciente y van dirigidas a establecer una relación de confianza con la persona cuidada para despertar en el otro una sensación de seguridad y tranquilidad en el cuidado que reciben y en la capacidad del profesional de

enfermería que les atiende; 3) Apoyo emocional: se refiere a acciones de atención, empatía, afecto, apoyo y ayuda hacia el paciente y/o familia para procurar el bienestar anímico de la persona; 4) El tacto y la escucha activa: acciones utilizadas como muestra de atención verbal y no verbal que acompañan a la comunicación. Por ejemplo: mirar a los ojos, dar la mano, escuchar atentamente; 5) Ética y respeto: incluye las actividades que se dan por supuestas como muestra de educación hacia cualquier ser humano, entre ellas las dirigidas a proporcionar intimidad, tanto física como de información, la sinceridad, la inclusión de la familia como receptores de información, enseñanza y cuidados. Por ejemplo: cerrar una puerta para preservar la intimidad; 6) Confort: intervenciones realizadas hacia o con la persona y el entorno para proporcionar bienestar físico, atendiendo a necesidades. Por ejemplo: higiene, vestir, alimentación, el descanso, la alineación corporal, la hidratación de la piel, peinar, perfumar; 7) Presencia cuidadora: actitud y acciones realizadas para demostrar el acompañamiento y disponibilidad para con el paciente y/o la familia. Acompañar, estar al lado de, sufrir con...; y 8) Imagen de la enfermería dentro del equipo: se refiere a la percepción que los pacientes y familiares tienen del colectivo enfermero que les ha atendido en cuanto a liderazgo y capacidad para desarrollar sus funciones.

Para estandarizar los tiempos y el tipo de acciones en cada una de las dimensiones los ítems que se considerarán serán los siguientes: 1) ¿Cuánto tiempo consideras que dedicas en tu jornada laboral (de 7,5 horas) para cada dimensión? Por favor, contesta en minutos, y 2) Piensa y escribe una acción/intervención enfermera que pueda representar para ti cada dimensión de los cuidados invisibles.

Test para Personas con Alta Sensibilidad (PAS) (17,25)

Se presentan 27 enunciados relacionados con la sensibilidad en el procesamiento sensorial. Los profesionales leerán las preguntas y responderán de acuerdo a cómo se siente habitualmente. Las respuestas se darán en una escala Likert: 1) totalmente en desacuerdo, 2) bastante en desacuerdo, 3) algo en desacuerdo, 4) en parte desacuerdo/ en parte de acuerdo, 5) algo de acuerdo, 6) bastante de acuerdo, y 7) totalmente de acuerdo. La interpretación de este test se realizará de la siguiente manera: a) mujer con menos de 167 puntos y hombre con menos de 160 puntos, es posible que seas más sensible que algunas personas de tu entorno, pero la probabilidad de que seas Altamente Sensible es pequeña. Aun así, si una o dos preguntas son verdaderas, pero lo son en grado extremo, quizá también se pueda decir que es una PAS. Para poder afirmar que se tiene el rasgo de la alta sensibilidad hay que verse reflejado en las 4 dimensiones del rasgo; y b) mujer con 167 puntos u hombre con 160 puntos o más, es muy probable que seas una PAS. Profesionales capaces de detectar sutilezas del ambiente, incluso estados emocionales, presentan una gran empatía, procesan la información de forma profunda, lo que le llevará a dar vueltas y rumiar temas, y todo

ello puede conllevar una sobreestimulación por el exceso de información.

Los profesionales cumplimentarán el Cuestionario Care-Q (12,13) en un tiempo aproximado de 5 a 7 minutos, el Cuestionario *ad hoc* para identificar acciones de cuidados invisibles (Grupo de Investigación, 2022) en un tiempo aproximado de 10 minutos según la fase establecida en el procedimiento, y para el test de Personas Altamente Sensibles (17, 25) consta de 27 preguntas en un tiempo aproximado de 3 minutos.

Los pacientes de las unidades/servicios del hospital que participarán en el estudio únicamente cumplimentarán el Cuestionario de percepción del cuidado invisible de enfermería (PCIE) (14) al alta en un tiempo aproximado de 10 minutos.

También, se revisarán las encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes tras el alta en diferentes servicios del hospital. Se extraerá aquella información que haga mención a aspectos relacionados con los cuidados invisibles y se categorizará en relación a las 8 dimensiones de los cuidados invisibles establecidos por Germán y Hueso (21). Las encuestas que se revisen serán del año 2021 y se estimará un número de 50 encuestas para extraer datos relevantes. El análisis de información ayudará reformular algunos ítems de las encuestas de satisfacción al alta.

PROCEDIMIENTO

Fase 1. Planificación del proyecto en fases. Escritura

Una vez que el proyecto haya sido aprobado por la Comisión de Investigación del HUSE (CI-HUSE) y el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB) se procederá a organizar el material necesario y planificar las tareas para iniciar la investigación. Previamente, se habrá hecho una revisión de la literatura sobre los antecedentes y el estado actual. Se hará una transcripción del cuestionario de percepción de la calidad de cuidado o invisible de enfermería (8), cuestionario *ad hoc* de identificación de acciones de cuidados invisibles y el test de personas con alta sensibilidad con la herramienta Microsoft Forms 365® para obtener los datos de partida.

Fase 2. Elección y clasificación de los participantes

La elección de los participantes corresponde a los profesionales de enfermería de los diferentes servicios y unidades del HUSE. El número estimado está alrededor de 3.000 profesionales.

Para el desarrollo de la investigación cualitativa se hará *mailing* a través del correo corporativo (OWA) informando sobre el objetivo de la investigación y se pedirá participación activa para formar el grupo focal para contestar a las preguntas del cuestionario *ad hoc* sobre cuidados invisibles. Otra opción es reclutar a los profesionales participantes mediante las/los supervisoras/es y coordinadoras/es de los diferentes servicios y unidades del HUSE.

El cuestionario dirigido a los pacientes sobre la percepción del cuidado invisible de enfermería (PCIE) (14) se

hará a través de dos vías según la preferencia del paciente o la familia: 1) Cuestionario impreso que después se recogerá en un sobre cerrado donde existen otros cuestionarios, por tanto, se respetará el anonimato y la confidencialidad, y 2) El cuestionario también se podrá cumplimentar a través de 'WhatsApp', mail o código 'QR' con el enlace de Microsoft Forms 365[®] siguiente: <https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=u.SuzgxYvi02e6Usid1eXVft6UvGyJYFDiiR1H9bs4B1URFE4WVQ3R0pSVIMwR1JXNEdFVVda-Vk1CUy4u>

Para el desarrollo de la investigación cuantitativa se hará también *mailing* a través del correo corporativo (OWA). Los participantes contestarán de forma voluntaria al cuestionario de percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería y al cuestionario *ad hoc* de autocumplir (se añadirán 1 o más acciones que identifiquen cada dominio). Esto se hará a través del siguiente enlace de Microsoft Forms 365[®]: <https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=u.SuzgxYvi02e6Usid1eXVft6UvGyJYFDiiR1H9bs4B1UQLNIVDAyQ0hHSjBKVlpUMTgzN1BGVU8xRi4u>

Se hará un envío masivo inicial y otro recordatorio a las 2 semanas. Este mail contendrá una breve explicación sobre el objetivo del estudio e incluirá el enlace para responder al cuestionario. El mismo cuestionario incluye un apartado que hace referencia al consentimiento informado y a la seguridad de los datos. También, incluye un apartado donde se recogen los datos sociodemográficos.

Fase 3. Organización de los datos y análisis

La información obtenida por los profesionales en el grupo focal será audio-grabada previa autorización y firma del consentimiento informado.

Participación de los profesionales de enfermería en la realización del cuestionario mediante enlace al cuestionario. Las respuestas al cuestionario se volcarán automáticamente al Excel que aporta la herramienta Microsoft Forms 365[®].

La organización y el análisis de los datos se llevará a cabo una vez se haya terminado el periodo de recogida de respuestas y también, se haya obtenido la información necesaria con el grupo focal para analizar las percepciones, opiniones y pensamientos de los profesionales en relación a los cuidados invisibles.

Fase 4. Difusión de los resultados y conclusiones

Una vez que los datos se hayan analizado y se obtengan los resultados y conclusiones, se llevarán a cabo las actividades para hacer visible y permitan la transferencia de los resultados a los profesionales de enfermería que han participado mediante reuniones y/o jornadas científicas en el hospital. Además, se hará transferencia de los resultados a los pacientes mediante infografías.

Fase 5. Asistencia a congresos afines y publicaciones

Los resultados y conclusiones del estudio se expondrán en congresos científicos afines. Esto permitirá transferir a

otros contextos los conocimientos, actitudes y motivaciones de los profesionales de enfermería del HUSE y continuar haciendo incidencia con la visibilidad a la a los cuidados invisibles. Además, se desarrollarán artículos científicos para publicar en revistas indexadas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Parte cuantitativa

Se utilizará el programa Microsoft[®] Excel 2021 para la organización los datos de las variables dependientes y la estadística descriptiva y el programa IBM SPSS Statistics 20.1 para la estadística inferencial.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de las todas las variables sociodemográficas, principales y secundarias. El análisis descriptivo se obtendrá con el cálculo de las frecuencias absolutas y porcentajes y las medidas de tendencia central (medias y desviación estándar).

Posteriormente, se llevará a cabo un análisis inferencial. Se usará la *t de Student* para el contraste de medidas y explorar si existen diferencias significativas entre los diferentes profesionales y las unidades y servicios del hospital. El nivel de significación estadística establecido será de un *p* valor < 0,05.

Parte cualitativa (análisis de la información)

Para el análisis se utilizarán estrategias deductivas e inductivas. Se analizará el contenido de las entrevistas organizando la información en códigos y agrupación por unidades de similitud. Esta información será complementada por los datos recogidos por los investigadores en las notas de campo. El rigor de la metodología se realizará a través de la triangulación entre los investigadores, triangulación de datos, saturación de la información y reflexividad.

ASPECTOS ÉTICOS Y SEGURIDAD DE LOS DATOS

El investigador principal asegurará la privacidad y protección de los datos de este proyecto. En todo momento se mantendrá los más altos estándares de conducta profesional y confidencialidad, cumpliéndose la normativa nacional aplicable en cuanto a protección de datos se refiere. Esta investigación se realizará cumpliendo con la Declaración de Helsinki (1991). El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto a la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

El proyecto ha sido aprobado por la Comisión de Investigación del HUSE (CI-HUSE) con número de dictamen CI-680-22 y por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB) con número de dictamen IB 4968/22 PI. Tras la resolución de la valoración por parte de la Comisión se comenzará con la recogida de datos. Por tanto, se respetará el derecho de los participantes a la confidencialidad. La identidad de los participantes estará codificada en los documentos del estudio y sólo los investigadores tendrán acceso a los datos de carácter personal.

Además, será responsabilidad del investigador principal informar a los participantes de manera expresa, precisa e inequívoca de que sus datos se incluirán en una base de datos, que ha sido utilizada únicamente con fines de investigación y que no se identificarán a los participantes de ninguna manera en esta base de datos, así como de la identidad y dirección del responsable del manejo de dicha base de datos.

Se garantizarán los principios básicos de la ética de respeto, beneficencia, no maleficencia, y justicia (Informe Belmont, 1978). Los participantes firmarán un consentimiento informado. Una vez finalizado el análisis, las grabaciones originales serán destruidas.

Todos los datos serán recogidos en el Cuaderno de Recogida de Datos (CRD, que corresponderá a una Hoja de Excel encriptada) y serán tratados de manera confidencial, manteniendo el anonimato y la privacidad. Los participantes se identificarán mediante un código numérico de dos cifras (según numeración correlativa atendiendo al orden cronológico de reclutamiento de los participantes

del estudio), tanto en los CRD, como en la base de datos. Todos los datos de los participantes que pudieran identificarle serán debidamente disociados. Se garantizará la confidencialidad de los datos, en particular la identidad de los participantes. El responsable máximo de la seguridad y protección de los ficheros de datos que se generen recaerá en los responsables de dicho proyecto. Se considerarán los criterios de la declaración de CHERRIES para la realización de los cuestionarios en línea.

LIMITACIONES/BARRERAS

La principal limitación será el grado de participación de los profesionales de enfermería que dependerá de su implicación y voluntad para contestar al cuestionario.

Los resultados no son extrapolables a otros contextos que sean diferentes al HUSE, aunque sí permitirá realizar comparaciones entre las diferentes dimensiones de los cuidados invisibles con la información extraída de los profesionales que decidan implicarse y participar en investigaciones similares.

PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

FASES 2023	PROFESIONALES	TAREAS	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
Fase 1. Preparación	Equipo investigador			X	X									
Fase 2. Promoción/ fomento	Equipo investigador. Departamentos audiovisuales y comunicación					X	X							
Fase 3. Estudio de investigación	Equipo investigador							X	X	X				
Fase 4. Análisis de los datos	Equipo investigador Técnico análisis de datos										X			

FASES 2024	PROFESIONALES	TAREAS	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
Fase 5. Implantación	Equipo investigador. Equipo soporte Millennium®		X	X										
Fase 6. Publicaciones	Equipo investigador				X	X								
Fase 7. Evaluación de la transferencia	Equipo investigador. Equipo soporte Millennium®						X	X						

RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

Este proyecto de investigación implica un conjunto de planteamientos en relación a la relevancia y las expectativas: 1) Conseguir una mejora en la satisfacción de los pacientes, los familiares y los propios profesionales mediante la visibilidad y reconocimiento de los cuidados invisibles en la jornada laboral; 2) La toma de consciencia y sensibilización sobre los cuidados invisibles permitirá que los profesionales de enfermería en su trabajo habitual registren los mismos en los planes de cuidados; 3) Fomentará la cultura de los cuidados humanizados haciendo visibles y presentes los llamados “cuidados invisibles” de forma transversal en las diferentes unidades; 4) Pondrá en valor los cuidados invisibles inherentes a la práctica de los cuidados; 5) Visibilidad y reconocimiento social de los cuidados invisibles entre los profesionales sanitarios; 6) Conocimiento, promoción y fomento: difusión de la cultura de los cuidados invisibles a través de diferentes medios de comunicación: intranet HUSE, web del hospital (sección usuarios y profesionales), correo corporativo, Comisión Humanización HUSE, Twitter y Facebook HUSE, Infosalut, medios de comunicación, periódico Salut i Força, Jornada en el Día Internacional de la Enfermería, etc.; 7) Uso e integración de un instrumento/herramienta que permite registrar las diferentes acciones que engloba las 8 dimensiones de los cuidados invisibles (vinculados con el sistema de clasificación de procedimientos de enfermería, por sus

iniciales en inglés NIC, *Nursing Interventions Classification*) considerando el tiempo dedicado y tipo de cuidados invisibles llevados a cabo en la jornada laboral; 8) Los resultados obtenidos se expondrán en jornadas y reuniones científicas en el hospital para los profesionales y los pacientes. Así también, los resultados se expondrán en congresos afines y artículos originales; 9) Uso de infografías con los resultados obtenidos dirigidos a los pacientes en las pantallas de las habitaciones y los tableros de información a los pacientes y a los profesionales en las unidades de hospitalización; y 10) El HUSE contará con información sobre el perfil de los profesionales sanitarios con alta sensibilidad y su implicación en los cuidados invisibles.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

El presente proyecto no supone un gasto adicional. El personal de enfermería implicado para el desarrollo del mismo pertenece al área de docencia, investigación e innovación del HUSE. Por tanto, dedicará una parte de su jornada laboral con liberación asistencial.

Además, la financiación, para la parte de difusión y transferencia del conocimiento mediante asistencia a congresos y publicaciones se tratará de obtener a través las diferentes candidaturas a los premios de investigación que se celebran anualmente en el HUSE y en su defecto, a las ayudas para la investigación del Colegio Oficial de Enfermería de la Islas Baleares (COIBA).

Concepto	Descripción	Cantidad
Imprenta y fungible	Carteles, copias, material para sesiones	500 euros
Técnico análisis de datos	Se requiere experto en análisis de datos para la estadística inferencial	1.000 euros
Asistencia congresos afines	2 congresos anuales	500 euros
Estancia, dietas y desplazamientos	Estimación de gastos derivados	1.000 euros
Publicaciones artículos originales	2 Open Access	5.000 euros
Total	Suma de los gastos totales estimados	8.000 euros

DATOS AUTORES

(1) Enfermero Hospital Universitario Son Espases (Baleares, España). (2-6) Enfermera. Hospital Universitario Son Espases (Baleares, España).

Recibido: 20/01/2023. Aceptado: 04/04/2023.

Versión definitiva: 18/07/2023.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcuca M. Veinticinco años y un futuro por delante. A propósito de la integración de la Enfermería en la Universidad española. *Index Enferm.* 2003;40:9-10.
- García-Carpintero E. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enferm Global.* 2007;6(2).
- Troncoso M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):499-503.
- Báez FJ, Nava Navarro V, Ramos L, Medina OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichán.* 2009;9(2):127-34.
- Huércanos-Esparza I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm.* 2013;22(1-2):5-6.
- Huércanos-Esparza I, Anguas-Gracia A, Martínez-Lozano F. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Rev Tesela.* 2012; 11.
- Fajardo Trasobares ME, Germán Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm.* 2004;13(46):9-12.
- Huércanos-Esparza I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas.* 2010;6(1).
- Fernández Rubio M, Pagola Pascual MI, Izco García MN. Una aproximación a los cuidados invisibles desde la enfermería. *Conocimiento Enfermero.* 2019;2(04):55-57.
- Nelson S. The image of nurses-the historical origins of invisibility in nursing. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(2):223-224.
- Huércanos-Esparza I, Anguas-Gracia A, Martínez-Lozano F. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Rev Tesela.* 2012; 11.
- Larson PJ. *Oncology patient's and professional nurse's perceptions of important nurse caring behaviors.* California: University of California, San Francisco; 1981. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/10672164_Oncology_patients'_and_oncology_nurses'_perceptions_of_nurse_caring_behaviours
- Callén Galindo M, Germán Bes C. El cuidado invisible desde una doble perspectiva, la de pacientes y enfermeras [Trabajo final de máster]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2012. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/8784/files/TAZ-TFM-2012-703.pdf>
- 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).
- Butcher HK, Bulechek GM, Wagner CM, Dochterman JM. (Eds.). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* Elsevier, 2018.
- Varela-Manrique S, Frutos-Martín M. Los cuidados invisibles en enfermería [Trabajo final de grado]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2018. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30499/TFGH1243.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(2):345
- Aron A, Ketay S, Hedden T, Aron EN, Rose Markus H, Gabrieli JD. Temperament trait of sensory processing sensitivity moderates cultural differences in neural response. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2010;5(2-3):219-226.
- Greven CU, Lionetti F, Booth C, Aron EN, Fox E, Schendan HE, Homberg J. Sensory processing sensitivity in the context of environmental sensitivity: A critical review and development of research agenda. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019;98:287-305.
- Aron EN, Cutanda T. El don de la sensibilidad:(las personas altamente sensibles). *Obelisco.* 2006.
- Germán C, Hueso F. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. *Rev Paraninfo Digital.* 2010;4(9):1-6.
- Pérttega-Díaz S, Pita-Fernández S. Métodos paramétricos para la comparación de dos medias. *Cad Aten Primaria.* 2001;8(1):37-41.
- Sepúlveda GJ, Rojas LA, Cárdenas OL, Guevara E, Castro AM. Estudio piloto de la validación del cuestionario "Care-Q" en versión al español en población colombiana. *Rev Colomb Enferm.* 2009;4(4):13-22.
- Ariza Olarte C. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. *Hospital Universitario de San Ignacio 2001 Jul-Ago. Rev Enferm Cardiol.* 2004;4:6-10.
- Chacón A, Pérez-Chacón M, Borda-Mas M, Avargues-Navarro ML, López-Jiménez AM. Cross-Cultural adaptation and validation of the highly sensitive person scale to the adult Spanish population (HSPS-S). *Psychol Res Behav Manag.* 2021;14:1041.