



¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?

A PROPÓSITO DEL CASO DE MARÍA

Concha GERMÁN BES,^{1,2} Aintzane ORKAIZAGIRRE GÓMARA,^{2,3} Isabel HUÉRCANOS ESPARZA,^{2,4} Fabiola HUESO NAVARRO^{2,5}

Resumen Abstract

Se presenta un caso extraído de la práctica asistencial hospitalaria en el que se analizan las acciones que realizan y omiten las enfermeras, lo cual contribuye a fomentar la visibilidad o invisibilidad de las mismas. Tras el mencionado análisis se proponen mejoras relacionadas con distintas habilidades, conocimientos y actitudes en las enfermeras que van a redundar en la mejora de los niveles de bienestar, autocuidado y seguridad de la paciente.

Palabras clave: Cuidado Invisible. Seguridad del Paciente. Autocuidado. Bienestar. Atención de Enfermería. Aprendizaje Basado en Problemas

ARE NURSES CAUSING THEIR OWN INVISIBILITY? IN RELATION TO MARIA'S CASE

A case report of hospital care practice is presented. The performed and the omitted actions that promote the visibility or invisibility of nurses are analyzed. Following the aforementioned analysis, some suggestions are proposed regarding different skills, knowledge and attitudes from nurses that will lead to improved welfare levels, self-care and patient safety.

Keywords: Invisible Care. Patient Safety. Selfcare. Welfare. Nursing care. Problem-Based Learning

Introducción

Como investigadoras del Cuidado Invisible (CI) estamos siempre atentas a los comportamientos de las enfermeras y a las opiniones de los usuarios de los servicios sanitarios. El pasado mes de septiembre el *Periódico de Aragón* publicó una encuesta acerca de la satisfacción de los usuarios con las enfermeras, otorgándoles un notable alto de 8.1, solo por debajo de las navarras y por encima de la media nacional.¹ Nos alegran estos buenos resultados ya que el ratio enfermera-población en España es de 5.1 enfermeras colegiadas en edad activa por cada 1000 habitantes,² cifra muy por debajo de la media de los países de la OCDE con 8.4 enfermeras por cada 1000 habitantes.³

¹Área Enfermería. Universidad de Zaragoza, España. ²Grupo de Investigación Aurora Mas (A.MAS), Comunidad de Aragón.

³Departamento de Enfermería II. Universidad del País Vasco. ⁴Coordinadora de Ensayos Clínicos de Oncología. Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España. ⁵Centro de Salud Buñuel, Buñuel, Zaragoza, España

CORRESPONDENCIA: Concha Germán Bes. Facultad de Ciencias de la Salud. C/ Domingo Miral s/n, 50009 Zaragoza, España
cgerman@unizar.es

Manuscrito recibido el 12.03.2014
Manuscrito aceptado el 04.06.2014

Index Enferm (Gran) 2015; 24(3):139-143

TEORIZACIONES

Esto puede indicar que nuestras enfermeras son notablemente buenas y que nuestros ciudadanos son bastante agradecidos. Especialmente teniendo en cuenta que nos encontramos en un entorno sanitario basado en un modelo biomédico en el que aún cuesta situar al paciente en el centro de la atención y en el que se proporcionan cuidados de manera automatizada y estandarizada sin atender a las necesidades más particulares de cada individuo y sin contar con la complejidad de su persona y situación. Las causas de que permanezcamos estancados en el paradigma son diversas, tal como analizaremos más adelante.

Presentamos este caso con dos objetivos: uno profesional, al reflexionar acerca de cómo se produce la invisibilidad de las acciones enfermeras por acción y omisión, para tratar de tomar conciencia de nuestra práctica y tratar de mejorarla atendiendo a las necesidades emergentes de quien enferma y de sus familias. Algo en lo que quienes trabajamos en la docencia y muchas enfermeras asistenciales, hace tiempo que creemos y velamos para que sea el objetivo principal y el eje de la atención de los profesionales sanitarios. El segundo, mostrar cómo se pueden lograr buenos niveles de bienestar y de autocuidado con intervenciones “invisibles” de gran importancia como la escucha activa, la información sobre la dieta y el uso de herramientas como el pulsioxímetro, que en el caso concreto que presentamos, calmaron el malestar, ayudaron en la gestión de la vida cotidiana, y en suma, empoderaron a la paciente. Las intervenciones de la enfermera lograron muy buenos niveles de bienestar, de autonomía e hicieron avanzar en la recuperación.

Partimos de un caso que reviste poca gravedad clínica, pero que sí genera mucha ansiedad y malestar y que se produce con frecuencia en nuestro entorno. Los casos nos ayudan a reflexionar sobre el contexto y el modus operandi de quien trabaja por la seguridad clínica, la recuperación de la salud, el cuidado y el autocuidado, así como, para proporcionar la mejor calidad de vida posible.⁴ Si se olvida alguna de estas facetas, se olvida una gran parte del cuidado profesional. El caso nos va a servir para desarrollar el hilo argumental de los posibles porqués de la invisibilidad de las enfermeras de este caso.

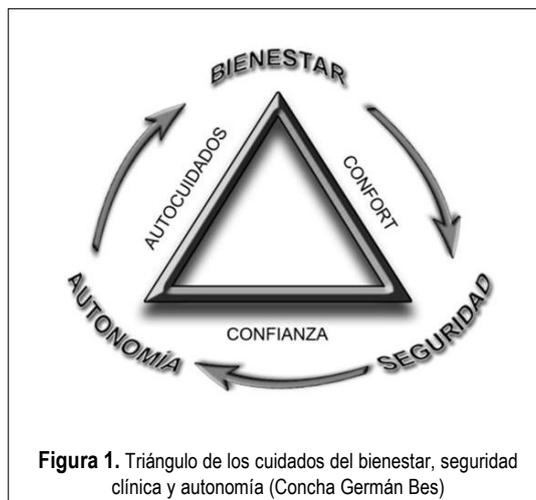


Figura 1. Triángulo de los cuidados del bienestar, seguridad clínica y autonomía (Concha Germán Bes)

Presentación del caso

Una enfermera nos hace llegar las quejas de una persona que acababa de ser diagnosticada de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Se trataba de una mujer jubilada de 67 años, enfermera de profesión, a la que llamaremos María. Ejerció desde joven, desarrollando la mayor parte de su ejercicio profesional en una unidad de Cuidados Intensivos. Viuda desde hace más de 20 años, convive con dos de sus hijos que están a su cargo; uno es ingeniero, ahora en desempleo y con una edad cercana a los treinta; el otro hijo es un adulto con un síndrome de Down, cercano a los cuarenta. Tiene una hija casada con tres niños que vive en la misma ciudad. Además cuenta con tres hermanos, uno mayor ya jubilado y dos de ellos profesores de Universidad con los que mantiene una buena relación y también viven en la misma ciudad. María había sido fumadora hasta la crisis respiratoria que le obligó a ingresar en el hospital. Siempre había pensado en dejar de fumar pero no había llegado a hacerlo; hasta que hace un par de semanas sintió que no respiraba bien, según expresaba ella “no me entraba aire”, empezó a tener esa sensación al anochecer y para evitar una fase crítica y angustiada durante la noche decidió ir a Urgencias.

Una vez allí, decidieron ingresarle dado que tenía la saturación de oxígeno baja, por debajo de 90. Al día siguiente no pasó ningún médico a verle, llegó el fin de semana y siguieron sin aparecer. María es una persona muy discreta y estuvo esperando a que fueran a verla. Cuando llegó el

sábado y a la vista de que nadie le había valorado pidió irse a su casa, pero nadie le hizo caso y la misma familia le pidió que tuviera paciencia—pensado que estaba bastante mal—. Sobre el retraso de la visita médica, las enfermeras le dijeron que debía “tener paciencia ya que la clínica no pasaba por buenos momentos”; aparte de esta información, la intervención enfermera con María se limitó a ponerle el oxígeno.

El lunes, tras cuatro días ingresada, los neumólogos de la unidad la visitaron y tras sus sucesivas quejas el martes le enviaron a casa, con la única pauta de 16 horas diarias de oxígeno en el domicilio, tal como había estado esos días en el hospital. Los hermanos de María—que en múltiples ocasiones le habían dicho que dejara de fumar, porque tenía mucha tos y cualquier día les daría un susto—consideraban que estaba bastante mal. Ella, además, se encontraba muy enfadada por ver el panorama familiar que tiene con su hijo con síndrome de Down, en el mes de julio, de vacaciones, ya que habitualmente pasa gran parte de su vida en un centro especial, tiene una dependencia media, por la que no puede salir a la calle solo.

La enfermera que nos informó del caso, a la que llamaremos Beatriz, es amiga de la familia, mantuvo mensajes SMS con María en los que percibió que estaba muy enfadada y no quería hablar. Buscó la ocasión de verla y ya en casa, en el encuentro cara a cara entre María y su amiga enfermera, esta percibe que María tiene ganas de hablar con ella sobre su vivencia y en un ambiente tranquilo le cuenta los hechos: “No tenía disnea, ni me encontraba especialmente mal, pero al ver que no ventilaba adecuadamente decidí ir a consultar con alguien de mi hospital—en el que había trabajado más de 30 años—para que valoraran la insuficiencia respiratoria. Comprendí que me ingresaran un jueves por la noche, pero mi enfado comenzó cuando al día siguiente y durante días no me vio ningún neumólogo. Cuando el lunes me ven no me explican nada y solo me dan la pauta de las 16 horas seguidas de oxígeno más los broncodilatadores y corticoides que ya utilizaba. El martes, tras varias peticiones me envían a casa. La misma indicación de 16 horas

TEORIZACIONES

de oxígeno la repite el técnico del oxígeno y otra médica del centro de salud que vino a verme a casa”.

Explica que está enfadada porque no tiene ninguna pauta, ni referencia de si su estado mejora o empeora, cuando ella no encuentra cambios especiales. “Nunca tuve disnea. Mi saturación mejoró antes de salir de la clínica. Ahora no sé nada y estoy harta. Ya sé que tengo un EPOC de fumadora, y por ahora solo tomo la medicación de broncodilatadores y corticoides; no tengo claro que me hagan falta de forma continua estos últimos”.

En el encuentro de Beatriz con María, esta última continúa expresando su profundo malestar por la forma en que le habían tratado, por la falta de explicaciones y porque tuvo la sensación de que “no se enteraron de nada”. Ahora estaba con las 16 horas de oxígeno pero sin tener una referencia de si se encontraba igual, mejor o peor. La amiga enfermera comprendió a María y pudo valorar con la observación que no estaba tan mal como le habían transmitido sus hermanos, lo habló con la propia María y estaban de acuerdo al respecto. Además, la enferma, por el hecho de ser enfermera conocía qué era un EPOC, pero como paciente carecía de una medida de referencia para saber si mejoraba o empeoraba. En su estado no sabía valorar los cambios y quedaban muchos días para la revisión médica. Beatriz le explicó la experiencia con el Pick-Flow muy efectiva en los enfermos asmáticos para poder medirse la capacidad pulmonar. Eso le dio la idea de conseguir un pulsioxímetro para controlar su saturación de oxígeno. Su hijo lo buscó y solicitó por Internet. Pocos días después se sentía mucho más tranquila ya que los valores oscilaban en torno a 94-96%, entonces comenzó a salir a la calle para hacer pequeñas compras, tomar el aire y recuperar la vida normal. Dejó de fumar y con ayuda de Beatriz se aproximó a los cuidados naturales, incluyendo en su dieta alimentos

de infusiones diuréticas (alcachofa, espárragos, cola de caballo, apio, regaliz, levadura de cerveza, entre otros). Su calidad de vida mejoró notablemente gracias a la actuación de su amiga enfermera.

Marco conceptual

Para el análisis del caso y de las interacciones y reacciones vamos a basarnos en el marco conceptual del Triángulo de los cuidados del bienestar, seguridad clínica y autonomía⁵ (Figura 1). En este triángulo las tres dimensiones están íntimamente relacionadas, de tal forma que si una persona tiene malestar por dolor o temor o ansiedad, no tendrá confianza ni seguridad, lo que aumentará su malestar y dificultará su recuperación. Además puede tender a sobredimensionar su malestar y expresar síntomas de forma exagerada. En cualquier caso, no mejorará su autonomía ni aprenderá a conocer el proceso de su enfermedad.

En el grupo Aurora Mas y en los seminarios que realizamos mensualmente vamos consolidando el marco conceptual del cuidado (Figura 2). Concebimos la Relación de Cuidado como *estar con y pendiente de las personas*, enferma o cuidadora familiar principal (expresión de *estar con y pendiente de* desarrollada en el marco de su tesis doctoral por Fabiola Hueso y Concha Germán. Grupo Aurora Mas. No publicado, 2011).

En este marco conceptual hay dos partes: la parte inferior sirve para analizar el contexto educativo y sanitario, la parte

superior que corresponde a la familia y a las enfermeras es la que nos interesa en este momento. En esta parte vemos que se desarrollan numerosas actividades *versus* variables del cuidado desarrolladas por cuidadores familiares y profesionales, es decir por enfermeras. Todo ello, con una gran dosis de privacidad, afecto y serenidad para lograr la mayor autonomía y calidad de vida posible. Las competencias profesionales de estar *pendiente de* son la vigilancia de los signos y síntomas de la enfermedad, pero también se puede ver lo que para Henderson eran cuidados de suplencia que realiza la enfermera o la familia de forma compartida. En suma, se desarrollan habilidades de ayuda, se personaliza el cuidado, logrando así confianza, tranquilidad, seguridad y autonomía por parte de las personas cuidadas,⁶⁻⁸ es decir en relación con el triángulo de los cuidados antes explicado (Grupo de Investigación A.MAS. Cuidados Invisibles. En: Seminario de Cuidados y Calidad de Vida. 10 de Junio de 2013, Zaragoza, no publicado).

Discusión

Cuando cuidamos no solo vigilamos la evolución de los síntomas de su dolencia o enfermedad, también nos ocupamos de la medicación, la alimentación, el ejercicio, y de saber que la persona enferma o sus familiares estén llevando la situación con serenidad, de la manera más confortable y relajada posible. El temor, el miedo o el pánico afectan a nuestra respiración, a nuestro equilibrio interior, al intercambio ácido-base, a nuestro “fluir” y por tanto a nuestro sistema inmunológico.

En el caso de María parece que las enfermeras no tuvieron en cuenta el contexto familiar que ella tenía, ni si quiera le preguntaron. Tampoco hablaron con ninguno de los hermanos que estuvieron con ella varias horas durante el ingreso. No tuvo ningún trato especial, que posiblemente esperaba, por ser una vete-

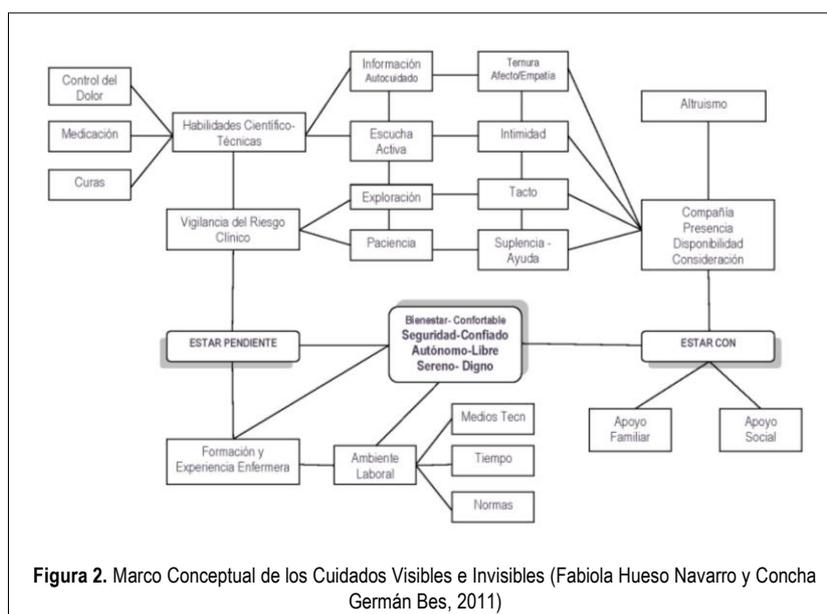


Figura 2. Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles (Fabiola Hueso Navarro y Concha Germán Bes, 2011)

TEORIZACIONES

rana enfermera del centro. Los neumólogos tardaron varios días en verle. Todo ello hizo que se sintiera inquieta, tensa, enfadada e incluso indignada porque no se sentía escuchada. Cuando por fin, por petición propia, le dieron el alta hospitalaria, tampoco recibió ninguna información sobre cómo realizar sus autocuidados durante la convalecencia en casa.

La intervención enfermera con María se limitó a ponerle el oxígeno ya que su saturación era baja y a vigilarla; en cuanto al retraso de la visita médica, le pidieron paciencia y se excusaron indicando la situación crítica de la clínica.

Respecto a las enfermeras que atendieron a María nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Actuaron con profesionalidad? ¿Valoraron lo importante? ¿Se ocuparon del bienestar, seguridad y autonomía? ¿La paciente se sintió cómoda, confiada y segura? Es obvio que no y que ella misma hacía recaer todo su malestar en los médicos, no hablando ni bien ni mal de las enfermeras, en su relato fueron invisibles, curiosamente a pesar de que la propia María es también enfermera.

Las enfermeras del caso atendieron desde una perspectiva biomédica donde se espera de ellas que: (1) Detecten las situaciones de inestabilidad clínica y valoren el riesgo clínico. (2) Resuelvan las situaciones vitales urgentes. (3) Se ocupen de las demandas rutinarias de los pacientes. (4) Realicen diversas actividades técnicas y cumplan órdenes de tratamiento médico. (5) Ordenen el día a día de los hospitales, la gestión cotidiana. (6) Aligeren la demanda de los médicos tanto de familia como de atención hospitalaria.

Lejos del modelo biomédico, desde una perspectiva cuidadora centrada en el enfermo y familia donde se realizan cuidados holísticos, las enfermeras de este caso debían: (1) Detectar las situaciones de inestabilidad clínica y valorar el riesgo clínico. (2) Resolver las situaciones vitales urgentes. (3) Lograr el bienestar, la confianza y el confort, llevando a cabo tanto intervenciones relativas a la realización de técnicas y administración de tratamientos como intervenciones dirigidas a valorar y atender necesidades sociales y emocionales que la enferma tenía en ese momento, así como desempeñar el rol de representantes de María ante los médicos de la unidad. En caso de no lograrlo, dejar re-

gistrado el malestar de la enferma en el libro de incidencias o comunicarlo a sus superiores. (4) Enseñar autocuidados a María antes de que se le diese el alta hospitalaria. (5) La disminución del consumo de servicios e incluso de fármacos como consecuencia del buen autocuidado.

Este tipo de cuidados personalizados supone trascender los cuidados físicos y cuidar a la persona en su globalidad, lo cual requiere que la enfermera se acerque a esta y su familia con actitud abierta, dispuesta a conocer sus creencias, preocupaciones, experiencias de vida y hábitos de salud. Esta actitud respetuosa y comprensiva favorece el clima de confianza y seguridad en el que las personas reconocen a la enfermera como una profesional de la salud referente, que promueve el bienestar y la calidad de vida.^{8,9} Al no llevar a cabo los cuidados de bienestar y autocuidado la enferma no estuvo serena y no aumentó su autonomía ni su empoderamiento para tomar decisiones sobre lo que le estaba pasando. Las enfermeras actuaron como personas útiles al sistema, pero no tanto para María.

Los motivos que pueden explicar el comportamiento de las enfermeras son de varios tipos: en primer lugar, el institucional, en el que las enfermeras trabajan bajo las directrices no escritas del modelo médico hegemónico. Este modelo biotecnológico, en el que prevalece el control de la dimensión biológica de la persona, olvidando sus dimensiones psicosocial y espiritual, se caracteriza a su vez por varios elementos: los gestores sitúan en el centro del sistema los intereses de los médicos que en este modelo tienen la hegemonía de la asistencia. En segundo lugar, los gestores tienden a seleccionar en su equipo directivo enfermeras con perfil "doméstico", domesticable, con proximidad ideológica o intereses personales, las cuales no sitúan a los enfermos en el centro de la atención. En tercer lugar, acaban estableciendo plantillas de enfermeras muy por debajo de los estándares internacionales recomendados.

Hay dos motivos más que ayudan a explicar los comportamientos de las enfermeras de nuestro caso. El peso de la historia de la etapa de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). Etapa en la que se socializaba a las ATS en el valor de la tecnología y se ignoraban los cuidados, en esta época con frecuencia se consideraba a las

técnicos superiores a las enfermeras. Fue un periodo de escasísimas publicaciones profesionales; las reflexiones venían más del lado religioso que del profesional. Además, a esto se unía un segundo motivo, los estereotipos de género. Aquellos que decían en el manual profesional que pervivió hasta la entrada de los setenta.¹⁰

Al igual que sucede en el caso, todavía es habitual observar en las enfermeras mayor fluidez en el desarrollo de los cuidados físicos que en los emocionales, debido a que estos últimos requieren la adquisición de unos conocimientos, valores y actitudes que guíen la práctica, y que se integran y se mejoran de manera continua mediante su estudio y la reflexión de la práctica en la actividad diaria.⁸ Bien es cierto que la formación para el desarrollo de habilidades y conocimientos sobre cómo desempeñar adecuadamente una intervención basada en las necesidades emocionales de la persona y su entorno es mucho más escasa -tanto en el ámbito pregrado como en el postgrado-, por lo que desarrollar destrezas de este tipo para las enfermeras resulta más complicado,¹¹ siendo muchas veces la única opción la autoformación a través de casos, artículos y monografías.

Hoy en un contexto sociopolítico cuyos dirigentes envían mensajes que añoran tiempos pasados, con una gran precariedad laboral, es difícil mostrarse contrario a quienes ostentan el poder, pero no por ello debemos dejar de ser profesionales y poner de manifiesto los efectos de los cuidados enfermeros en los ciudadanos. Si no lo hacemos las enfermeras, otros lo harán en nuestro lugar porque es algo absolutamente necesario.

Si María se hubiera sentido atendida, no habría sentido temor, hubiera estado confiada en las pruebas que se le hacían y en la necesidad de la vigilancia de varios días. Ahora bien, las enfermeras pasaron por alto la información sobre cómo se sentía y cómo podía ella vigilarse en casa, enseñarle cómo realizar su propio cuidado, y así adquirir confianza en sí misma para valorar su propio cuerpo y la forma de expresar sus desequilibrios. Era una ocasión para aprender a manejar su enfermedad y a pedir ayuda, aclaraciones y consejo con libertad. En este caso las enfermeras, en vez de convertirse en referente de promoción de salud y bienestar,

TEORIZACIONES

pasaron completamente desapercibidas invisibilizándose ellas mismas.⁸

Se podría decir que no es fácil establecer prioridades cuando disponemos de más pacientes que cuidar que tiempo para ello. Pero al permanecer en el mismo *status quo*, es decir, hacer “las cosas como siempre”, se degrada nuestro perfil profesional, más aún, en tiempos de crisis. A partir de nuestra propia experiencia podemos decir que desarrollar las destrezas necesarias para poder proporcionar cuidados cada vez más integrales sin que esto suponga desatender otras áreas o a otros pacientes es fruto del trabajo diario, del esfuerzo por integrar estos conocimientos en nuestro *modus operandi* aunque sea costoso, en términos de tiempo y energía, y muchas veces vaya en contra de la práctica habitual, pero podemos decir que se puede lograr y que resulta muy gratificante.

Hoy comienza a haber casos de enfermeras y enfermeros que se salen del sistema por razones éticas. Es una novedad que nunca antes habíamos conocido. Estos sí tienen claro que no pueden ejercer si no pueden realizar los cuidados de manera integral y con calidad y no solo limitarse a

las tareas delegadas médicas.

En el caso que nos ocupa, la calidad de vida de la paciente mejoró notablemente gracias a la actuación de la amiga enfermera. Sin embargo nos preguntamos si a pesar de la mejoría apreciada a raíz de los cuidados enfermeros recibidos de Beatriz, ¿será el tratamiento médico el que se lleve todos los laureles de su recuperación?

Bibliografía

1. Lahoz, Ana. Barómetro sanitario. Los aragoneses otorgan un notable alto al servicio de enfermería. El Periódico de Aragón. 4/09/2013. Disponible en: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/aragoneses-otorgan-notable-servicio-enfermeria_880414.html [acceso: 6/06/2014].
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2012. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np778.pdf> [acceso: 3/11/2013].
3. OECD. Nurses. En: Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing, 2011. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf> [acceso: 3/11/2013].
4. Orkaizagirre Gómara, Aintzane; Amezcua, Manuel; Huércanos Esparza, Isabel; Arroyo Rodríguez, Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería* 2014; 23(4):244-249.
5. Germán Bés, Concha. Seminario de Cuidados y Calidad de Vida. Disponible en: <http://www.unizar.es/auroramas/autocuidados.html> [acceso: 6/04/2014].

es/auroramas/autocuidados.html [acceso: 6/04/2014].

6. Urcola Pardo, Fernando; Germán Bés, Concha. Mindfulness: requisito necesario pero no suficiente para un cuidado de calidad. VIIIº Encuentro de Neurociencias; 21-22 nov 2012. Zaragoza: Facultad de Ciencias de la Salud, 2012. Actas, página 30 <http://uif.unizar.es/images/stories/Libro%20Abstracts.pdf> [acceso: 6/04/2014].

7. Huércanos Esparza, Isabel; Anguas Gracia, Ana; Martínez Lozano, Francisca. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Tesela* 2012; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106r.php> [acceso: 2/11/2013].

8. Orkaizagirre Gómara, Aintzane. Visibilizando los Cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería* 2013; 22(3):124-125.

9. Huércanos Esparza, Isabel. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index de Enfermería* 2013; 22(1-2):5-6.

10. Germán Bes, Concepción. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria en España. Análisis con perspectiva de género [Tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2006. Disponible en: http://zaguan.unizar.es/search?ln=es&cc=Tesis&sc=1&p=german+bes&f=&action_search=Buscar [acceso: 6/04/2014].

11. Huércanos Esparza, Isabel. 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). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> [acceso: 1/11/2013].



¿Te consideras una persona comprometida con tu profesión? ¿Aspiras a desarrollar una carrera profesional plena? ¿Eres inquieta, inconformista, creativa? ¿Estás dispuesta a revelarte contra los malos augurios que se ciernen sobre los jóvenes de nuestro tiempo? ¿Consideras que el conocimiento es el principal motor para el cambio y el progreso?

Programa Minerva de formación de Jóvenes Investigadores

Programa semi-presencial de 300 horas (acreditación CFC)
Becado por la Fundación Index

Plazo de preinscripción: 1 a 30 de septiembre

Pre-inscripciones en: <http://www.index-f.com/campus/inscripcion.htm>

e-INNOVA es un programa de la Fundación Index para la promoción del Conocimiento y la Innovación en Cuidados de Salud.

Más información en: <http://www.index-f.com/campus/jovenes.php>