



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TESIS

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL DE
PACIENTES ATENDIDOS POR ENFERMEROS DEL
SERVICIO DE MEDICINA , HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE LAS MERCEDES 2017**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Velasquez Chafloque Fiorella Noemi

Asesora:

Mg. Ramos Castro Rubín

Línea de Investigación:

Cuidar/ cuidado de enfermería

Pimentel – Perú

2018

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL DE PACIENTES ATENDIDOS
POR ENFERMEROS DEL SERVICIO DE MEDICINA , HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE LAS MERCEDES 2017.**

APROBACIÓN DE INFORME DE TESIS

Mg. Rosalía del Pilar Huiman Marchena

Presidenta

Mg. Rosa María Castillo Sánchez

Secretaria

Mg. Janet Avalos Hubeck.

Vocal

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme acompañado y concedido llegar hasta este punto de mi carrera y haberme dado salud para lograr mis propósitos, además de su infinito cariño y amor.

A mis padres.

Por su apoyo no solo económico si no moral, por sus consejos y confianza en mí; por su amor que emergen a sus hijos, sobre todo ese ejemplo de servicio a los demás que inculcaron en mi persona a poder elegir esta carrera.

A mis Docentes.

A cada uno de ellos que desde los primeros ciclos hicieron que nos enamoráramos de esta bella profesión, para aquellos que se empeñaron en poder enseñar con el ejemplo, aquellos que fueron exigentes y nos enseñaron que todo se logra con esfuerzo y dedicación.

A mis amigas.

*A mis amigas que me acompañaron en este largo proceso de aprendizaje: Maria Ines, Cinthia, Arleth.
Gracias queridas amigas.*

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a mis asesores que me ayudaron a realizar esta investigación y brindarme los conocimientos necesarios, al hospital Docente Las Mercedes por permitirme llegar a entrevistar a los pacientes y llegar a mi objetivo.

RESUMEN

La investigación titulada percepción del cuidado espiritual de pacientes atendidos por enfermeros del servicio de medicina del Hospital Regional Docente de Las Mercedes 2017, tiene como objetivos Analizar la percepción espiritual de los pacientes atendidos por la enfermera del servicio de Medicina del Hospital Regional Docentes las Mercedes 2017, con una metodología de estudio de caso y tipo de investigación cualitativa. Se utilizó la técnica de saturación y redundancia, donde se aplicó el instrumento de entrevista semi – estructurada. Los resultados incluyen dos categorías: Categoría I: La enfermera (o) y el cuidado espiritual desde el punto de vista religioso con 2 sub categorías y Categoría II: La enfermera (o) y el cuidado espiritual desde el sentido y significado de la vida, con tres sub categorías. Teniendo como conclusiones que el paciente no solo necesita del profesional de enfermería competencias en el “Hacer”, sino sobre todo reclama de él competencias en el “Ser” ; ellos reclaman momentos para expresar sus sentimientos; desean ser escuchados, sentirse acompañados e importantes durante su hospitalización; convirtiéndose estos momentos de relación enfermera paciente en un soporte especial en momentos difíciles como enfrentar el diagnóstico de la enfermedad, o la incertidumbre de un resultado o procedimiento, e incluso enfrentar la noticia de la muerte; El profesional de enfermería no podría realizar un buen cuidado si no es capaz de cuidar de sí mismo, si este profesional no tiene un equilibrio espiritual, va a ser difícil que pueda cuidar a otros en esta dimensión.

Palabras claves: percepción, cuidado espiritual.

ABSTRACT

Research entitled perception of the spiritual care of patients cared for by nurses of the Department of Medicine of the Regional Teaching Hospital of Las Mercedes 2017 aims analyzing the spiritual perception of patients treated by the nurse in the service of Medicine of the Hospital Regional teachers las Mercedes 2017, a case study and qualitative research methodology. The technique of saturation and repetition, where you applied the instrument of semi - structured interview was used. The results include two categories: category I: nurse (o) and spiritual care from the religious point of view, with 2 sub categories and category II: nurse (o) and spiritual care from the sense and meaning of life, with three sub categories. With the conclusions that the patient not only you need professional nursing skills in the "doing", but mostly claimed it competence in the "to be"; They claim moments to express their feelings; they want to be heard, to feel important and accompanied during your hospitalization; making these moments of relationship patient nurse in a special support in difficult times as face the diagnosis of the disease, or the uncertainty of an outcome or procedure, and even deal with the news of the death; The nursing professional could not realize good care if it is not able to take care of itself, if the Professional does not have a spiritual balance, will be difficult that you can care for others in this dimension.

Keywords: Perception, watch out, spiritual

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del Problema.	5
1.3 Objetivos	6
1.4 Justificación e importancia.	6
1.5 Antecedentes de estudio	7
1.6 Abordaje teórico	9
1.7 Limitaciones	17
II. MARCO METODOLÓGICO	17
2.1 Fundamento y diseño de investigación seleccionado.	17
2.2 Tipo de muestra inicial seleccionada	18
2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos	18
2.4 Procedimiento para la recolección de datos	19
2.5 Métodos de análisis de datos.	19
2.6 Criterios éticos	20
2.7 Criterios de rigor científico	20
III. REPORTE DE RESULTADOS	21
3.1 Análisis y discusión de los resultados	21
3.2 Consideraciones finales	31
REFERENCIAS	33

I. INTRODUCCION

La persona, conceptualizada como una unidad Biopsicosocial espiritual debe ser respetada en todo momento, otorgándoles el cuidado que requiere en su condición de ser humano, protegiendo su dignidad humana¹, por lo que los responsables de su salud y específicamente de su cuidado, requieren haber desarrollado competencias para ejecutar el cuidado humanizado; el cual inicia con la valoración integral de los problemas de salud del paciente, teniendo en cuenta que éstos afectan todas las dimensiones del hombre, entre las cuales está la espiritualidad, factor importante que influye en el bienestar de la persona durante el proceso salud enfermedad²; así lo señala en su estudio Muñoz A, et. al, “Todo hombre sufre espiritualmente, especialmente durante el desequilibrio que aflige la enfermedad”³.

Sin embargo, aún en la actualidad el cuidado que brinda el enfermero en las instituciones de salud, está ligado mayormente al modelo biologista, es decir netamente orientado a satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente ligadas a la patología, a ello se suma la alta tecnología que se tienen en los servicios, los cuales si bien permiten una mejor monitorización del paciente, también nos aleja del contacto directo con él; pues si antes de que existieran las bombas de infusión, el/la enfermero (a), debía estar pendiente de que el volumen de las soluciones pasen en el tiempo previsto y por ello visitaban la unidad del paciente con mayor frecuencia, ahora con la utilización de la bomba el profesional sólo acude a la unidad al momento de la instalación o cuando esta suena.

Así también lo refiere Alvarado E, et. al; en su estudio cuando expresa que “ la agudización del problema de la escasa o nula valoración de la dimensión espiritual del pacientes, se relaciona con la visión de desarrollar cada día más la ciencia y la tecnología, hecho que aparta al profesional de salud especialmente al enfermero (a) de la exploración de sentimientos y de la reflexión del cuidado más allá de la dimensión física”⁴. Acción que desplaza al profesional de enfermería del sitio otorgado por la sociedad que nos compara con los “Ángeles”, pues usualmente estábamos a la cabecera del paciente, vigilantes, con una sonrisa serena, una cálida voz, que buscaba dar seguridad y aliento al binomio paciente - familia para lograr la pronta mejoría, afectando la percepción del paciente sobre el cuidado que le brinda el enfermero.

A los factores que afectan el trabajo del profesional de enfermería y dañan su relación con el paciente se suman la carencia del personal de enfermería que elevada dotación de pacientes por personal, quedando poco tiempo para una adecuada atención, debiendo priorizar las actividades ligadas a las necesidades básicas y al tratamiento médico; también se encuentra las múltiples funciones administrativa que debe cumplir el profesional de enfermería para lograr la gestión del cuidado, aspectos que son percibidos por el paciente y familiares, y que dificultan llegar a brindar un cuidado holístico e integral afectando entre todas las dimensiones del ser humano a la espiritualidad, hecho que ya ha sido evidenciado como problemática por otros estudios entre los cuales está el de Espinosa M, en Quito quien refiere que “el personal enfermero carece de instrucción en este campo de la espiritualidad, y que factores como la obligación administrativa, la rutina y la carencia de tiempo evitan dar el apoyo espiritual a los pacientes”⁵.

Requiriendo reinventarnos como personas y profesionales para cumplir con el encargo social encomendado a nuestra profesión que es el cuidado holístico e integral del individuo, familia y comunidad, y para ello se debe considerar según Córtese⁴, que “somos parte ingenieros y parte artistas”; pues como ingenieros nos corresponde evaluar las necesidades sentidas de los pacientes y aplica la tecnología para resolverlo; y como artistas reconocer el momento en el cual el paciente necesita no sólo del profesional, fuente del conocimiento, sino del ser humano que es, capaz de ser solidario y empático con su semejante, de robar una sonrisa al alma más triste, de dar calor humano. Haciendo sentir a cada paciente que es único e importante, por lo que nos preocupa que se sienta cómodo, cuidado y seguro.

En Perú, la enfermería como profesión “busca consolidar el conocimiento y ubica al individuo y su entorno como el centro de su actividad, enfocándose en los conceptos de cuidado y salud”⁶, por ello la preocupación de enfermería por otorgar una asistencia holística e integral al paciente – familia; debiendo tener presente las características propias y conocimientos (saberes previos) del paciente; así como la opinión del equipo multidisciplinario a cargo de la asistencia del paciente para lograr una atención de calidad, eficiente y eficaz, que controle y reduzca al mínimo los factores de riesgo y favorezca recuperación pronta del paciente; asegurando su satisfacción y mejorando su percepción como usuario.

1.1 Planteamiento del problema

La persona, conceptualizada como una unidad Biopsicosocial espiritual debe ser respetada en todo momento, otorgándoles el cuidado que requiere en su condición de ser humano, protegiendo su dignidad humana¹, por lo que los responsables de su salud y específicamente de su cuidado, requieren haber desarrollado competencias para ejecutar el cuidado humanizado; el cual inicia con la valoración integral de los problemas de salud del paciente, teniendo en cuenta que éstos afectan todas las dimensiones del hombre, entre las cuales está la espiritualidad, factor importante que influye en el bienestar de la persona durante el proceso salud enfermedad²; así lo señala en su estudio Muñoz A, et. al, “Todo hombre sufre espiritualmente, especialmente durante el desequilibrio que aflige la enfermedad”³.

Sin embargo, aún en la actualidad el cuidado que brinda el enfermero en las instituciones de salud, está ligado mayormente al modelo biologista, es decir netamente orientado a satisfacer las necesidades fisiológicas del paciente ligadas a la patología, a ello se suma la alta tecnología que se tienen en los servicios, los cuales si bien permiten una mejor monitorización del paciente, también nos aleja del contacto directo con él; pues si antes de que existieran las bombas de infusión, el/la enfermero (a), debía estar pendiente de que el volumen de las soluciones pasen en el tiempo previsto y por ello visitaban la unidad del paciente con mayor frecuencia, ahora con la utilización de la bomba el profesional sólo acude a la unidad al momento de la instalación o cuando esta suena.

Así también lo refiere Alvarado E, et. al; en su estudio cuando expresa que “ la agudización del problema de la escasa o nula valoración de la dimensión espiritual del pacientes, se relaciona con la visión de desarrollar cada día más la ciencia y la tecnología, hecho que aparta al profesional de salud especialmente al enfermero (a) de la exploración de sentimientos y de la reflexión del cuidado más allá de la dimensión física”⁴. Acción que desplaza al profesional de enfermería del sitio otorgado por la sociedad que nos compara con los “Ángeles”, pues usualmente estábamos a la cabecera del paciente, vigilantes, con una sonrisa serena, una cálida voz, que buscaba dar seguridad y aliento al binomio paciente - familia para lograr la pronta mejoría, afectando la percepción del paciente sobre el cuidado que le brinda el enfermero.

A los factores que afectan el trabajo del profesional de enfermería y dañan su relación con el paciente se suman la carencia del personal de enfermería que elevada dotación de pacientes por personal, quedando poco tiempo para una adecuada atención, debiendo priorizar las actividades ligadas a las necesidades básicas y al tratamiento médico; también se encuentra las múltiples funciones administrativa que debe cumplir el profesional de enfermería para lograr la gestión del cuidado, aspectos que son percibidos por el paciente y familiares, y que dificultan llegar a brindar un cuidado holístico e integral afectando entre todas las dimensiones del ser humano a la espiritualidad, hecho que ya ha sido evidenciado como problemática por otros estudios entre los cuales está el de Espinosa M, en Quito quien refiere que “el personal enfermero carece de instrucción en este campo de la espiritualidad, y que factores como la obligación administrativa, la rutina y la carencia de tiempo evitan dar el apoyo espiritual a los pacientes”⁵.

A su vez, sobre este punto Pinedo M, citado en el trabajo de Muñoz A, et. al³, manifiesta que “existe una gran problemática entre los profesionales de la salud, afirmando que estos carecen de herramientas e información que les permita reconocer y detectar en la valoración del paciente las necesidades desde el aspecto subjetivo del paciente”; considerando estos resultados podemos decir que nos falta desarrollar habilidades que permitan reconocer los problemas subjetivos del individuo, pues sólo así daremos un cuidado holístico, cambiando de paradigma, avanzando desde tan sólo la solución de los problemas observables hacia la humanización del cuidado.

Requiriendo reinventarnos como personas y profesionales para cumplir con el encargo social encomendado a nuestra profesión que es el cuidado holístico e integral del individuo, familia y comunidad, y para ello se debe considerar según Córtese⁴, que “somos parte ingenieros y parte artistas”; pues como ingenieros nos corresponde evaluar las necesidades sentidas de los pacientes y aplica la tecnología para resolverlo; y como artistas reconocer el momento en el cual el paciente necesita no sólo del profesional, fuente del conocimiento, sino del ser humano que es, capaz de ser solidario y empático con su semejante, de robar una sonrisa al alma más triste, de dar calor humano. Haciendo sentir a cada paciente que es único e importante, por lo que nos preocupa que se sienta cómodo, cuidado y seguro.

En Perú, la enfermería como profesión “busca consolidar el conocimiento y ubica al individuo y su entorno como el centro de su actividad, enfocándose en los conceptos de cuidado y salud” ⁶, por ello la preocupación de enfermería por otorgar una asistencia holística e integral al paciente – familia; debiendo tener presente las características propias y conocimientos (saberes previos) del paciente; así como la opinión del equipo multidisciplinario a cargo de la asistencia del paciente para lograr una atención de calidad, eficiente y eficaz, que controle y reduzca al mínimo los factores de riesgo y favorezca recuperación pronta del paciente; asegurando su satisfacción y mejorando su percepción como usuario.

Esta realidad no es ajena al contexto hospitalario de las Mercedes en la ciudad de Chiclayo, en donde se observa que pacientes en su proceso de su enfermedad necesitan tener un apoyo espiritual el cual refieren debe ser facilitado por el personal de salud, siendo el más cercano la enfermera, así mismo los pacientes manifiestan “la enfermera solo nos administra el medicamento y se va, a veces nos pregunta cómo nos encontramos”, “cuando sentimos alguna molestia nos dice que nos esperemos un momento que ya llega el medico a evaluarnos”, “en ocasiones las enfermeras llegan de mal humor y ya no se les puede comentar nada” .

De igual manera los familiares refieren “le solicité a la enfermera me contactara con un cura o alguien que pueda rezar por mi madre y ella me dijo que no era prioritario ahora” “las enfermeras solo se preocupan por dar medicamentos pero no nos ayudan en el sentido espiritual porque nuestra familia es lo que necesita en estos momentos más difíciles” es evidente que el sentido espiritual que es parte de la labor de enfermería, pues el cuidado hacia el paciente debe ser holístico, no se evidencia en su día a día, ocasionando consigo una percepción contraria con respecto al cuidado espiritual que brindan las enfermeras del hospital docente las mercedes.

1.2 Formulación del Problema.

¿Cuál es la percepción del cuidado espiritual en pacientes atendidos por enfermeros del servicio de medicina del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” 2017?

1.3 Objetivos

Analizar la percepción espiritual de los pacientes atendidos por la enfermera del servicio de Medicina del Hospital Regional Docentes las Mercedes 2017.

1.4 Justificación e importancia.

La presente investigación es importante pues evidencia la actitud de la enfermera frente a los procesos de soporte espiritual, que en ocasiones, la persona no manifiesta, sin embargo, la enfermera deberá estar atenta a observar sus comportamientos, actitudes y respuestas que de manera indirecta brinda información; los cuales en la actualidad por múltiples factores, son muy poco entendidos y valorados por el profesional de enfermería; por ello la importancia de conocer la percepción de los pacientes sobre el cuidado espiritual que reciben, teniendo en cuenta que este no está ligado tan solo al aspecto religioso, sino que va más allá de creer o no en un ser superior, es decir que el cuidado espiritual debe buscar que en el paciente existe un equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu, que le permita lograr paz interior y la satisfacción consigo mismo y con su existencia.

El profesional de enfermería debe tener presente que valorar el ser humano en todas sus dimensiones entre las cuales está la dimensión espiritual, le asegurará brindar un cuidado adecuado y de calidad según la teoría del cuidado Humanizado de J. Watson; de lo contrario no estaremos respetando la integridad de la persona ni su dignidad humana conferida desde los principios éticos del hacer enfermero; repercutiendo en la recuperación pronta del paciente considerando que es al ser un ser holístico sus dimensiones están relacionadas y se influyen para lograr obtener el estado de equilibrio que lo conduce a la salud y en caso contrario a la enfermedad.

El dolor y el sufrimiento del paciente se asocian con la enfermedad y la hospitalización, donde la persona se encuentra en un ambiente no conocido y nuevo; las creencias y prácticas espirituales están asociadas a enfrentar situaciones estresantes especialmente en aquellos pacientes graves en donde emerge la necesidad de la conexión interior con un ser supremo y con su entorno, que pueda confortar su estado de salud. El aporte que esta investigación dará es la revaloración del cuidado espiritual

como parte del cuidado enfermero para brindar al paciente la paz interior que necesita y obtener su estado de equilibrio y pertenencia que lo conducirá a recuperar su salud.

Esta investigación beneficia directamente a los pacientes y al profesional de salud (enfermera/o) pues a través de la reflexión de los resultados sobre la percepción de los usuarios se podrá reconocer cómo el profesional de enfermería viene ejecutando las actividades en busca de satisfacer las necesidades que presentan los pacientes en la dimensión espiritual, las fortalezas y debilidades que tienen para satisfacer las respectivas que tienen los pacientes en relación al cuidado que brindamos para posteriormente plantear capacitaciones que mejoraran las competencias del profesional de enfermería, sensibilizándolo en mejorar su qué hacer para llegar a la meta de brindar un cuidado humanizado.

1.5 Antecedentes de estudio

A Nivel Internacional

Pinedo M, Jiménez J.⁸. el 2017, en Brasil, presentó el trabajo “Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente”, mostrando como resultado que existen factores que impiden o dificultan que el enfermero (a) ejecute adecuadamente un cuidado holístico durante el proceso salud – enfermedad”; sobre todo cuando el paciente desea saber sobre su condición de salud y este se encuentra con un trastorno orgánico grave que puede llegar a imposibilitarlo o causarle la muerte, enfrentando como profesional una carga fuerte de emociones con alta carga emocional y espiritual; que puede llegar a afectar la objetividad de su cuidado y al mismo tiempo impedir que brinde cuidado espiritual al paciente al no poder el mismo afrontar la alteración de esta dimensión, por carecer de habilidades para ello.

Pérez E ⁹. el 2016 en España publica el artículo “Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal”, en el cual hace referencia que es enfermería la profesión encargada de garantizar un cuidado de excelencia al quien sufre de “dolor total” (Cicely Saunders); sin embargo evidencia que los enfermeros/as actualmente no tienen como habilidad la empatía por lo que no priorizan “la satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes, aun cuando ello está en los principios de su profesión”. Haciendo necesario dotar de herramientas comunicacionales “counseling” al profesional de enfermería.

Morales F, Ojeda M ¹⁰; el 2014 en México publicó el ensayo “El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería”, en el cual expone como problemática que “las necesidades espirituales y el mantenimiento del bienestar espiritual son componentes importantes, pero con frecuencia es un aspecto desatendido en el cuidado holístico que se le ofrece al cliente”. Y enfatiza de que la espiritualidad amplía la visión holística de la humanidad; haciendo indispensable esta, con el cual apoye al paciente según la identificación y exploración de lo que es significativo en sus vidas; buscando la manera de conducirlo a afrontar de la mejor manera el dolor y sufrimiento de las enfermedades”; por lo que el profesional debe poseer destrezas que brinden un cuidado holístico destacando la importancia del cuidado espiritual como una oportunidad y posibilidad de crecimiento y trascendencia en la vida del paciente .

Uribe S, Lagoueyte M ¹¹, el 2014 en Colombia publicó el trabajo “Estar ahí, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería”, en el cual se afirma que “el concepto de cuidado espiritual es difuso, sin embargo, las enfermeras realizan acciones concretas de cuidado, de manera especial el - estar ahí - como presencia amorosa y el - romper la norma - como posibilidad de abrir horizontes de cuidado”. Llegando a la conclusión que las enfermeras realizan múltiples acciones para lograr brindar “bienestar espiritual de los pacientes”; pese a que su definición no está clara en ellas.

A Nivel Nacional

Luego de la revisión de los repositorios a nivel nacional, no se encuentra investigaciones de tipo cualitativa sobre el cuidado espiritual; se evidencian sólo investigaciones a nivel cuantitativo.

A Nivel Local.

Vega M ¹², en el 2015 en la ciudad de Chiclayo presenta el estudio “Cuidado de enfermería en el sufrimiento de personas oncológicas en fase terminal según la teoría del cuidado caritativo, 2014” Estudio cualitativo cuyo análisis de contenido obtuvo como categoría: “Ética del cuidado en el sufrimiento: dignidad y caridad”; “El alivio del dolor y los cuidados básicos: apoyo en el sufrimiento” y “Acompañamiento espiritual a través del fomento de la fe en Dios y trascendencia”. Este estudio llega a la afirmación

que el “cuidado que brinda la enfermera debe basarse en el amor considerando todas las dimensiones de la persona ya que cuando están en fase terminal sufren y necesitan de un acompañamiento y cuidados espirituales”.

Fernández E¹³, el 2015 en Chiclayo presentó “La dimensión espiritual del paciente oncológico desde la bioética personalista”, estudio cualitativo, cuyos resultados dieron como resultado cinco categorías; “Reacción ante el diagnóstico de cáncer”; “Proceso de interiorización y aceptación de la enfermedad”; “el poder de la fe en Dios y el afrontamiento del cáncer”; “Espiritualidad y el cáncer; y “La espiritualidad y el personal de salud”. Llegando a la conclusión que “La espiritualidad es una dimensión fundamental para mejorar el sentido de la enfermedad y de la vida, permitiendo sobredimensionar la existencia en este mundo”.

Salazar Y¹⁴, en el 2014 en la ciudad de Chiclayo presenta el estudio “Significado del cuidado de la dimensión espiritual para enfermeras que asisten a personas post operadas de cirugía cardiovascular”, estudio cualitativo, a través del cual emergieron como proposiciones: “significado del cuidado relacionado con principios espirituales y religiosos”; “significado integrado con la ayuda del familiar”; y “significado expresado en las acciones afectivas y educativas de la enfermera”, asumiendo como consideraciones finales “ que el enfermero y el binomio paciente – familia debe fortalecer virtudes cardinales y teologales y motivar al diálogo acerca de la trascendencia de la vida sobre la muerte, buscando resolver las dudas sobre la trascendencia del hombre; así mismo recalca la importancia de cuidar guiados en la creencia de un ser superior y el respeto por las prácticas religiosas, entendiendo que algunas personas muy espirituales no tienen necesariamente una religión; así mismo afirman que la enfermería tiene como propósito fundamental servir a la humanidad, no solamente dando cuidado curativo al cuerpo del enfermo o lesionado, sino atendiendo también las necesidades de mente y espíritu”.

1.6 Abordaje teórico

En la vida del ser humano siempre están presentes “la enfermedad, el dolor y la muerte”, por lo que aprender a vivir con ellas es un aspecto importante¹⁵, conscientes que en el transcurso del desarrollo de estos procesos la persona se ve afectada en todas

sus dimensiones (biológica, psicológica, social, espiritual), creando necesidades que deberán ser asistidas por el paciente, la familia y el personal de salud.

Sin embargo, hacerle frente a la enfermedad, al dolor y a la muerte no es un hecho fácil; el ser humano requiere tener ciertas capacidades para lograr un afrontamiento efectivo, y la verdad es que a nadie en el tiempo de salud se nos prepara para enfrentar estas situaciones, colocando al individuo en situación de desventaja al tener que enfrentar en proceso salud - enfermedad, por lo que suele reaccionar de diferente manera, las cuales no siempre lo conducen a solucionar su problema de salud.

Una de las formas que tiene el individuo de reaccionar es la denominada “reacción de huida o negación”¹⁶, donde la persona suele hacer una negación total de su padecimiento, e intentar normalizar su vida; esta reacción suele presentarse con mayor énfasis en aquellos pacientes con enfermedades crónicas usualmente asintomáticas, actuación del paciente que solo retarda el inicio del tratamiento, y con él se incrementan los factores de riesgo para la existencia de complicaciones que puede conducir a la persona a la muerte o incapacidad.

Otra reacción esperada es la de “agresión o rechazo activo”¹⁶; es la que usualmente presenta el enfermo cuando no está presente el profesional de salud, siendo los familiares y amigos más cercanos quienes escuchan sus expresiones agresivas y de impotencia (“¿qué se habrán creído?... decirme que tengo que comer sin sal!; " quisiera saber si lo hace. Además de algo nos moriremos."); otra manera de demostrar esta agresividad que tienen los pacientes es perdiendo las recetas e indicaciones e incluso no acudiendo a sus controles programados; y como tercera reacción está la “racionalización”, donde el paciente suele justificar su conducta de no adherencia al tratamiento y cuidado, Ej: Si tomo la pastilla me hare dependiente y nunca me curare. La diabetes /hipertensión que tengo es emotiva; solo debo tranquilizarme, y no necesito pastillas para ello.

Todas estas formas de reacciones, nos muestran que el paciente requiere apoyo no en la dimensión espiritual ya que estos comportamientos descritos anteriormente nos muestran que no están conformes con lo que les está pasando, que prefieren ignorar lo que están sintiendo pues temen que sea algo grave, muestran su miedo a la dependencia, a no poder continuar con su vida, pero lo hacen asumiendo conductas no saludables, que más bien lo llevan a situaciones de riesgo que pueden producir no solo la perdida de sus

facultades físicas y la capacidad de cuidarse solo y ser independiente, sino que además los puede conducir a la muerte. He ahí la importancia del actuar del personal de salud en especial del profesional de enfermería, al momento de realizar una valoración holística de las necesidades del paciente, en todas sus dimensiones entre ellas la espiritual, entendiendo que el equilibrio entre la triada mente – cuerpo – y alma.

El referirnos a la dimensión espiritual como parte importante de la persona, es porque varias investigaciones en sus conclusiones consideran que “constituye, junto con las dimensiones biológicas, intelectuales, emocionales y sociales, la singularidad del ser humano”¹⁷. Porque el ser humano es un enigma, y aunque hoy en día entendemos con mucha más precisión los aspectos biológicos de su conformación, aun no podemos explicar ciertas particularidades que nos llegan a sorprender, como la fuerza interior que muestra al aferrarse a la vida cuando tiene un ser amado que depende de él o siente que aún le falta algo por concluir, es ahí donde apreciamos su dimensión espiritual, esa parte subjetiva del hombre que también requiere del cuidado del profesional, para conducirlo a su estado de equilibrio (salud, calidad de vida, calidad de muerte).

La dimensión espiritual de la persona, se encuentra siempre relacionada con “la reflexión, la búsqueda personal del significado de la vida, lo sagrado o lo trascendente, y puede o no estar vinculado a una religión que no es tan solo las creencias, rituales, prácticas y símbolos, que ayudan a la persona a aproximarse a lo sagrado o trascendente”¹⁸. Sin embargo esta definición aún no está clara ni mucho menos socializada entre el personal de salud, quien usualmente la ha ligado solo al aspecto religioso del ser humano, a la creencia de un ser superior, lo cual ha conducido a que este personal sienta que ha cumplido con el cuidado espiritual del ser humano al hablarle de Dios, al intentar incrementar su fe y esperanza que todo saldrá bien, cuando en sí, a veces no sabemos cuál será el pronóstico de la enfermedad de nuestro paciente, pues es una enfermedad muy compleja, que puede llegar a complicarse y causarle la muerte; sesgando el cuidado.

¿Cuál sería nuestro cuidado espiritual ante aquellos pacientes que no creen en la existencia de un Dios?; y es que el personal de salud entre ellos el de enfermería hasta el día de hoy carecen de herramientas filosóficas que los ayuden a entender que las cosas no son blanco o negro; o que todo puede ser explicado por la ciencia o a través de Dios;

porque existen personas (paciente) que no les bastará estas respuestas, para enfrentar los estragos de su enfermedad o aceptar su muerte inminente.

Para poder enfrentar este reto, talvez es necesario entender como lo dicen Bayés Sopena R, Borràs Hernández FX¹⁹, que la espiritualidad “son puntos de vista y conductas personales que expresan un sentido de relación con una dimensión trascendente o algo más grande que el yo. Comprende creencias que incluyen un significado y propósito en la vida, con independencia de su orientación, actividades rituales, soporte social, y los encuentros con la deidad; por ello definir la espiritualidad, significa abarcar las cualidades intrínsecas del espíritu humano (amor, compasión, capacidad de perdón, alegría, responsabilidad, búsqueda de mayor sentido de la existencia, relación con lo sagrado y lo trascendente, y sin limitación de creencias o prácticas).

También se hace importante reconocer los aspectos que están relacionados con la inteligencia espiritualidad del hombre; que según Emmons son “capacidad de trascendencia, capacidad de experimentar estados elevados de conciencia, capacidad de influir en las actividades cotidianas y relacionarlas con un sentido de lo sagrado, posibilidad de utilizar recursos espirituales para resolver problemas de la vida, posibilidad de comportamientos virtuosos”²⁰; así mismo es importante entender e internalizar que la espiritualidad “es algo trascendente, que nos lleva a un búsqueda constante pues no se está satisfecho con lo que puede verse o entenderse”²¹.

Considerando lo antes expuesto se podría llegar a la conclusión de que la espiritualidad se asocia a la motivación existencial, la búsqueda del hombre por darle un sentido a su vida, por encontrar la manera de trascender en el tiempo u obtener, disfrutar o legar conocimiento, belleza literaria o artística, conseguir la aplicación de la justicia, en otras palabras el hombre busca no ser olvidado en el tiempo, que sus pasos no sean olvidados por el mundo y sobre todo busca encontrar la misión que Dios le ha dejado. Sin embargo no debemos olvidar que “la motivación del ser humano estará influenciada por su historia y las circunstancias con las que le ha tocado interactuar hasta su vida actual”¹⁹, justamente por ser un ser holístico e integral.

Teniendo en cuenta las bases teóricas expuestas hasta el momento, se puede afirmar que la dimensión espiritual ocupa un lugar destacado en la vida de las personas en forma general, y al hablar del proceso salud – enfermedad es esencial reconocer que

no sólo quien padece la enfermedad es afectado en la complejidad de sus dimensiones, sino también son afectados los actores del cuidado que son personal de salud y sobre todo el familiar cuidador, siendo necesario considerarlo dentro del plan de cuidados que se brinda en busca de darle el soporte y apoyo necesario que requiere para cumplir con su rol de cuidado en el hogar, siendo un elemento importante para el manejo, adherencia del tratamiento y disminución de complicaciones.

En relación a la dimensión espiritual del paciente en situación de enfermedad esta se asocia a dos puntos de vista el primero vertical relacionado a un plano religiosos, a una cuestión de tener fe, de creer en Dios, y la segunda horizontal el cual se centra en el sentido y significado de la vida que tiene el paciente, y el cual tiene relación directa con las emociones, sentimientos, relaciones, y experiencias vitales²². La espiritualidad puede existir por niveles; mientras más alto sea este, mayor la influencia sobre la vida y la salud²³.

La espiritualidad es un tema muy discutido en la actualidad, especialmente en el cuidado de la salud, relacionándose cada vez más con la calidad de vida, para hacerle frente a la enfermedad, en la promoción y rehabilitación de la salud. La dimensión espiritual se vuelve más necesaria para la práctica asistencial²²; tal es así que la OMS la considera como una importante dimensión en la calidad de vida del ser humano²⁴, por tanto se plantea la necesidad de tenerla en cuenta dentro de la asistencia que se le da al paciente, familia y comunidad como parte del actual modelo de atención; desde la valoración de sus necesidades por el equipo multidisciplinario de salud.

Al hablar de enfermedad siempre se nos viene a la mente lo que padece la persona, el sufrimiento que experimenta, porque como dice Eric Casell⁹: “El sufrimiento no lo experimentan los cuerpos sino las personas”, pues si es cierto el cuerpo es el que duele pero es la persona quien sufre a causa de ello; y para poder profundizar en la dimensión espiritual de cualquier persona dentro del proceso salud enfermedad, debemos estudiar estas y identificadas; siendo las más prioritarias⁹: la necesidad de soledad, silencio, de privacidad; la necesidad de cumplir con sus deberes; la necesidad de gratitud; la necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas; la necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida; las necesidad de libertad, y de liberarse; las necesidad de mantener la integridad física y espiritual; la necesidad de estar en paz con Dios, con la naturaleza y con su conciencia;

la necesidad de prácticas religiosas, de orar, de hablar con su orientador espiritual y la necesidad de la verdad.

En el transcurrir de la vivencia ante la enfermedad del paciente y de su entorno próximo, la forma de percibir que cada uno tendrá de las situaciones presentadas marcará la diferencia en la actitud que cada quien asumirá al momento de cumplir con su rol, principalmente el paciente al momento de afrontar la enfermedad; pues cada ser ante un evento similar lo percibirá de diferente manera. Se hace esta afirmación teniendo en cuenta que la percepción es un proceso activo-constructivo en el que la persona que percibe, antes de hacer suya la información, los compara con los conocimientos archivados en su conciencia, permitiéndole esta información compararla con los nuevos datos para aceptarlos o rechazarlos según su actual esquema.²⁶

Y es que el ser humano no podría interaccionar con su entorno si no tuviera información previa gracias a la percepción, pues al utilizar los sentidos el hombre se impregna de información respecto a su entorno, a las relaciones que ejecuta con él y consigo mismo²⁶; creando una imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, en un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones; entonces podemos decir que el paciente aprenden del personal de salud a cargo de su cuidado (enfermero-a), utilizando la percepción; de tal manera que si su interacción y experiencias son positivas, su aprendizaje también lo será y se sentirán capaces de afrontar la enfermedad, pero si es lo opuesto, podrían estas experiencias afectar la recuperación del paciente, pues vivirá momentos de alto estrés sintiéndose solo.

Algunos estudios relacionados a la percepción del paciente y familiar sobre el rol de la enfermera (o), muestran las fortalezas y debilidades que el profesional tiene al momento de ejecutar el cuidado, esto lo podemos evidenciar en los resultados mostrados por Vega M¹²; en el cual los familiares de las personas hospitalizadas manifestaron: “algunas enfermeras parecen familiares, son amables, y se siente bonito, pero hay otras que no lo hacen, ponen los medicamentos pero nada más, solo nos queda esperar la voluntad de Dios”, “A mi madre le tratan bien, siempre le dan ánimos”, “Algunas trabajan muy rápido, y a veces no hacen caso...”, “me dicen que toda la familia venga a visitarla, que se solucionen los problemas de la familia”.

De la misma manera Salazar Y¹⁴, logra en su estudio captar la percepción de pacientes y familiares quienes mencionaron que “las enfermeras son muy insensibles”,

“no me dejan ver a mi familiar”, “a veces vienen de mal humor a gritar y a hablarnos de mala forma”, “nunca nos preguntan cómo nos sentimos”, y otras manifestaciones revelan escasa interacción y comunicación interpersonal, ocasionando a su vez débiles vínculos afectivos y espirituales; que pueden conducir al paciente a un mayor estrés; haciendo frente a la falta de conocimientos que tiene sobre la enfermedad y para incrementar el problema tiene que enfrentarse a la falta de empatía y de comunicación asertiva por parte del profesional (enfermero), quedándose solo y a ciegas ante la enfermedad y su futuro a lado de ella. Entonces podemos decir que el profesional de enfermería debe procurar satisfacer las necesidades del paciente

Hasta el momento se ha estado hablando del cuidado pero en sí qué es; Waldow R.²⁵ lo definen como un fenómeno existencial porque forma parte del ser humano, dotado de racionalidad, cognición, intuición, espiritualidad, sensibilidad y sentimientos; así mismo es relacional porque para que ocurra requiere la existencia de otro ser, y es contextual porque asume variaciones, intensidades, diferencias en sus maneras y expresiones al momento de ser ejecutado.

Entonces para ofrecer un cuidado, se requiere un profundo conocimiento de la realidad humana, no solo es sus aspectos somáticos o biológicos, sino de todas las dimensiones del *anthropos* (psicológica, social y espiritual); siendo necesario comprender que cada persona afronta de manera diferente dicho proceso, las personas que viven con una enfermedad se encuentran permanentemente afectadas por la disfuncionalidad física y también por la percepción del avance de su enfermedad e incluso temen a la muerte. Es por ello que el profesional enfermero debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación de este cuidado.

En relación, algunos estudios realizados concluyen que los retos de la enfermera actual son: aceptar el conflicto entre lo espiritual y lo científico y cuidar teniendo en cuenta la espiritualidad²⁷ tanto del paciente como del familiar cuidador, pues son una dupla que interactúan durante el proceso de la enfermedad y dependiendo de su interrelación se lograran los objetivos que conduzcan al paciente a mejorar su condición. Sin embargo, las evidencias muestran que el cuidado espiritual es el menos brindado pues existen enfermeras(os) que sólo basan sus cuidados en el aspecto biofísico, postergando el cuidado de las otras dimensiones.

Este paradigma mental, que lo hace ver a la persona tan solo como un ente que necesita satisfacer necesidades básicas, hace que el profesional de enfermería olvide que sólo una adecuada unión y conexión desde el holismo del paciente, le permitirá brindar un cuidado humano; pues sólo así el paciente confiará espiritualmente en la enfermera (o) ²⁸. Hacer cosas sencillas como escuchar lo que el paciente tienen que decir, conversando con él sobre sus inquietudes y respondiendo de manera veraz a sus preocupaciones sin alarmarlo o dándole falsas expectativas, son aspectos importantes para brindar el apoyo espiritual que necesita al momento de afrontar la enfermedad.

Al recibir al paciente en el ambiente hospitalario, el profesional de enfermería deberá acogerlo con paciencia y compasión; haciéndole entender no solo con palabras sino a través de actitudes y gestos que siempre estará para ayudarlo a actuar, a hacer algo, dándole la tranquilidad de que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos; siendo crucial que el profesional de enfermería este abierto a utilizar herramientas de comunicación que faciliten la relación terapéutica, buscando mostrar en todo momento empatía, predisposición para una escucha activa, siendo auténticos y congruentes en sus actos.

La presente investigación, teniendo en cuenta el holismo del ser humano sustenta su visión de estudio en la teoría de Jane Watson, citada por Marriner ²⁹; quien afirma que “el cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente” es decir desde su la subjetividad con la percibe sus experiencias, respondiendo además a su condición de ser (espíritu, alma); debiendo la enfermera actuar y recepcionar las manifestaciones de emociones, sentimientos y necesidades subjetivas, para realizar una planificación que brinde cuidados holísticos e integrales.

Así mismo la teoría de J. Watson, afirma que para brindar un cuidado transpersonal, la enfermera (o) debe adoptar un compromiso moral de protección, sin reducir a la persona al estado moral de un objeto. La teoría del cuidado humanizado remarca que ayudar a la persona, permitirá que adquieran “autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud” ³⁰. J. Watson opina que al cuidar la dimensión espiritual del individuo, directamente también se cuida la dimensión emocional y física de quien recibe el cuidado. Por lo que la enfermera debe asumir con responsabilidad este cuidado ya que

influye en la recuperación de la salud del paciente, debiendo el cuidado que ofrece tener como características ser cálido y de calidad.

1.7 Limitaciones

La principal limitación que se encontró en la realización del estudio el tiempo que demoró el permiso para ingresar al servicio y poder registrar los datos.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Fundamento y diseño de investigación seleccionado.

La presente investigación es de tipo cualitativa porque se enfoca a comprender y profundizar los hechos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su entorno, en esta investigación busco comprender la perspectiva de los pacientes acerca de los fenómenos que los rodean, donde se profundizo en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los pacientes perciben subjetivamente su realidad³¹.

El abordaje metodológico de la presente investigación fue el estudio de caso, siendo oportuno, al permitir investigar de manera detallada y sistémica a las personas involucradas y al contexto donde se desarrolló el objeto en estudio (hospitalización medicina), analizando este entorno. En este estudio de caso se investigó el objeto desde la perspectiva de sus protagonistas, es decir de los pacientes, enriqueciendo la información y facilitando su comprensión.

La metodología se desarrolló en tres fases, dando lugar a lo planteado por Nisbelt y Watt citado por Ludke³²; la primera es la fase exploratoria, en la cual se dio inicio con la revisión de la literatura y con la observación empírica de la investigación desde la perspectiva del tesista, planteando posteriormente el problema de investigación, objeto y objetivos, realizándose los contactos correspondientes para introducirse en el campo y localizar a los informantes.

En la fase de delimitación del estudio; se procedió a recolectar de manera sistemática la información, utilizando para ello la técnica de entrevistas

semiestructurada, que permitirá analizar, describir y discutir los hallazgos desde la visión del tesista a la luz de los antecedentes en la fase de análisis sistémico y elaboración del informe; en la cual se procedió a analizar la información recolectada, a través de la entrevista al paciente sobre los cambios que ha presentado el cuidador principal durante el proceso salud enfermedad.

2.2 Tipo de muestra inicial seleccionada

Los participantes que intervinieron son pacientes del servicio de Medicina del hospital “Las Mercedes”, y para homogenizar se tomó en cuenta los criterios de inclusión, que son pacientes que pertenecen solo al servicio de medicina, pacientes que tienen un tiempo de hospitalización más de 4 días, pacientes quienes autorizaron y firmaron el consentimiento informado. Y criterios de exclusión, a los pacientes que están en una estancia hospitalaria menor de 4 días.

Así mismo, el tamaño de muestra fue determinado por saturación, llegando a tener 4 participantes, y para asegurar el anonimato de los pacientes se les colocó la codificación de P1, P2, P3, P4.

2.3 Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó de entrevista semi- estructurada³¹ que se basa en preguntas abiertas donde se establece una conversación amena entre el entrevistador y el que informa, con el objetivo de realizar respuestas subjetivas para explicar y entender el comportamiento de los individuos a estudiar, en este caso del personal enfermero que atiende en el servicio de medicina del hospital ya mencionado ; para ello se preparó las preguntas de modo que el informante pueda expresar sus opiniones y matizar sus respuestas.

Se realizó la prueba piloto con 4 entrevistados a quienes se les realizaron las preguntas estructuras por el entrevistador; y dado que las respuestas daban respuesta a los objetivos planteados y a la finalidad que se debía llegar, se procedió a aplicar la encuesta a los pacientes del servicio de Medicina del hospital docente Las Mercedes.

El entrevistado escucho atentamente cada pregunta planteada por el entrevistador dando respuesta a ello, con fin de saber su percepción en cuanto al cuidado espiritual de parte del enfermero que lo atiende. En cuanto a los entrevistados fueron 4 que

participaron en dicha entrevista, durante un aproximadamente entre 30 - 45min. Cada uno.

2.4 Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de datos de este estudio se empezó con la aprobación del proyecto por la Universidad Señor de Sipán, seguidamente se presentó una carta dirigida al director del hospital Docente Las Mercedes Jhon Joo Salinas, después de la autorización el proceso de esta investigación, se dirigió el documento de permiso a la jefa del servicio de Medicina para la autorización de entrevista a los pacientes del servicio.

Mediante un consentimiento informado que se otorgó a los pacientes antes de la entrevista, se le aclaró todo el contenido de las preguntas y se informa que es anónimo, donde tuvieron plena confiabilidad sobre los datos de investigación, Lo cual quedó como evidencia que el participante colaboró con la investigación. Luego se transcribió, analizo y discutió sobre los resultados de las entrevistas realizadas.

2.5 Métodos de análisis de datos.

Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de contenido a través de procedimientos interpretativos de productos comunicativos. Este análisis tuvo tres etapas.³¹

En la primera etapa fue el pre análisis, donde se organizó el material, diseñando y definiendo los ejes del plan que se seguirá para examinar los datos y realizar el análisis utilizando la técnica EMIC-ETIC, que es una descripción en términos significativos más entendible para la persona que lo realiza. Y ETIC es una descripción de hechos observables en un lenguaje más ético.

La segunda etapa fue la codificación, la cual consistió en realizar la transformación de los datos brutos a los datos útiles. Para ello primero se fragmentó el texto, es decir, y se estableció unidades de registro para dar resultados a los elementos significativos que permitieron analizar cada uno de los fragmentos obtenidos.

La tercera etapa fue la categorización; aquí se organizó y clasificó las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación; utilizando el análisis temático-

semántico, es decir, agrupando las unidades por similitudes en cuanto a su significado lo cual dan como resultados las categorías y subcategorías.

2.6 Criterios éticos

Belmont³³ resume los principios éticos básicos:

Principio de beneficencia, el cual se cumplió al evitar cualquier daño físico y psicológico a los pacientes del servicio de medicina participantes del estudio, teniendo cuidado durante la formulación de las preguntas, evitando herir sus sentimientos. Así se cuidó que la información obtenida no sea utilizada de ninguna forma contra ellos, ni para fines distintos a la investigación.

Principio de respeto a la dignidad humana, que comprende el derecho de los pacientes a manifestar sus experiencias durante su hospitalización en relación al cuidado que reciben en los términos que crean convenientes, respetando durante la entrevista el libre albedrío de cada una de ellos, desde su participación, así como el derecho de no sufrir coerción alguna, manteniéndoles informados de todo el proceso de investigación, mediante la información de los avances, buscando su aprobación.

El principio de justicia, fue ejecutado al dar un trato justo y equitativo al paciente durante la participación en el estudio, teniendo en cuenta los criterios que rigen la investigación, dejando de lado cuestiones de raza, religión y cultura.

2.7 Criterios de rigor científico

El presente estudio siguió los siguientes criterios planteados por Hernández R, Fernández C y Baptista P³¹:

El primero “dependencia” que es una especie de “confiabilidad cualitativa”, ejecutado en la revisión de la información obtenida, para asegurar que sea fiel a lo expresado por el entrevistado, por ello la importancia de grabar las entrevistas, permitiendo ello que el investigador pueda revisar su análisis e interpretación de los testimonios y cotejar que sus creencias y juicios de valor no a afectado la coherencia y sistematización del análisis de los datos, ni las conclusiones emitidas.

El segundo criterio la “Credibilidad”, criterio logrado luego que los participantes pudieron leer las transcripciones de su entrevista y dar conformidad que son sus testimonios tal cual lo dijeron.

El tercer criterio la “Trasferencia”, es la aplicabilidad de los hallazgos en otros sujetos con similares características y en ambientes similares, lográndose este criterio al cuidar el rigor en la aplicación de la entrevista, análisis e interpretación de los resultados.

Y finalmente la “Confirmación”, criterio que se garantizó al cumplir con la metodología del estudio de caso, permitiendo al investigador registrar y documentar sus decisiones e ideas; examinando los datos y llegando a conclusiones iguales o similares, evidenciando que los resultados no están sesgados por motivaciones, interés y perspectivas de la investigadora.

III. REPORTE DE RESULTADOS

3.1 Análisis y discusión de los resultados

Es bien sabido que el objeto de estudio de la profesión de enfermería es el “cuidado del ser humano”, en todas sus dimensiones, como ser “holístico”; considerando que quienes se establecen como fin de la atención son personas formadas por “cuerpo, alma y espíritu”, y en esa medida son merecedores de un absoluto respeto y atención. Erikson ³⁴ afirma que el “ser humano es fundamentalmente sagrado, por el principio de la dignidad humana que posee al ser la creación de Dios a su imagen y semejanza, por lo que accede a servir con amor y existir para los otros”.

Torralla ³⁵ sobre este tema dice que “la persona es digna y lo es intrínsecamente..., puede hallarse en un estado de desarrollo precario, puede estar impedida por gaño de algún sistema, pero ello no le arrebatara su dignidad”; por lo que al momento de la atención de una persona que tiene afectada su salud, el equipo de profesionales a cargo de su atención deberá tener presente cuidar su dignidad en todo momento. El profesional de enfermería, siendo parte del equipo de salud deberá desde las diversas áreas de su desempeño brindar una atención de calidad asumiendo al paciente como un ser holístico, buscando satisfacer todas sus necesidades identificadas, no sólo desde la dimensión biológica o fisiológica de su ser, sino también de las necesidades psicológicas, sociales, espirituales, etc.

Cuando buscamos brindar un cuidado de calidad, la espiritualidad se convierte en una luz dada por el profesional de enfermería hacia quienes sufren. En este sentido, Boff

³⁶. Afirma: “Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de compromiso afectivo con el otro”. Por consiguiente, el acto de cuidado pasa de ser un deber a un asunto ineludible del ser del profesional a un acto de amor por los otros.

La enfermedad, el sufrimiento, las limitaciones físicas, la muerte son experiencias con las que a menudo se encuentran los profesionales de enfermería, por lo que es necesario profundizar en el discurso de los mismos pacientes respecto al cuidado espiritual que éste entrega día a día en los ambientes hospitalarios. Según Sawatzky y Pesut citado por Andonaira J³⁷, “el cuidado espiritual es la expresión integradora, intuitiva, interpersonal y altruista que depende de la conciencia que tenga la enfermera de la dimensión trascendente de la vida”. De la misma manera otros autores llegan a la conclusión que el cuidado espiritual es la expresión espiritual del amor, la esperanza y la compasión, convirtiéndose en el enfoque más básico y universal del hacer de enfermería.

Considerando lo antes expuesto, y siguiendo el objetivo de estudio, a continuación, se presenta el análisis de los datos encontrados luego de la aplicación del instrumento, expresándose a través de las categorías y sub categorías:

Categoría I: La enfermera (o) y el cuidado espiritual desde el punto de vista religioso.

Sub Categoría: Enfermeras, Como Ente Mediador

Sub categoría: Estar presente considerando principios religiosos

Categoría II: La enfermera (o) y el cuidado espiritual desde el sentido y significado de la vida.

Sub categoría I: El cuidado de enfermería para superar emociones y sentimientos encontrados

Sub categoría II: El cuidado de enfermería ante las relaciones con el entorno

Sub categoría II: El cuidado de enfermería ante las experiencias de vida y la trascendencia.

Primera Categoría: La Enfermera (O) y el Cuidado Espiritual Desde El Punto De Vista Religioso.

El cuidar es un acto natural e incluso podríamos decir innato del ser humano, el cual está determinado por el pensamiento que tiene cada persona; y acunado nos referimos al cuidado espiritual, este está considerado como un aspecto cultural, como una opción personal, como algo no muy relevante, ligero y difuso³⁴.

La definición de espiritualidad cambia dependiendo quién lo pregunte o de quién responda a dicha cuestión. Actualmente, difiere su significado en cada situación ya que es aquella dimensión del ser básica y trascendente que se forma por creencias y valores. La espiritualidad contiene la religión pero no es igual a ella; es mucho más amplia, no es igual a templos, iglesias o cultos. Es una dimensión única de la persona porque se determina por la relación con uno mismo, con los demás, con el ambiente y con la vida.

“Creer en Dios es una forma de ayuda que da fuerzas... y son algunas enfermeras quienes se toman un pequeño momento para hacernos recordar que él está con nosotros” (P1)

“Algunas enfermeras, mientras nos atienden y nos notan preocupados nos dicen que estemos tranquilos, que Dios esta con nosotros hoy cuando todo va mal, más que cuando todo está bien” (P3)

La espiritualidad ha sido reconocida como parte integral de la salud, el bienestar y la calidad de vida, y diversos autores relacionan el bienestar espiritual con un afrontamiento positivo a las dificultades de la vida; eso se observa en los testimonios de los pacientes, ellos creen en un ser Superior, que les dará las fuerzas para superar la enfermedad, y destacan la presencia de la enfermera, dándoles palabras de aliento y recordándoles quien es Dios.

Para muchos pacientes la espiritualidad es esa fuerza que siempre está ahí, que se fortalece y que va trascendiendo, a aquello que no se puede explicar con el juicio, es donde los pacientes en determinados momentos obtienen una mayor importancia y significado en su proceso de su enfermedad:

“Señorita, cuando he estado enferma... solo la fe que he tenido ha servido para aliviar mi dolor... y agradezco a las enfermeras que cuando he estado triste han tenido una palabra de aliento, una sonrisa para mi... ojala que fueran todas, porque eso es lo que necesitamos los pacientes... lamentablemente muchas son indiferentes y permanecen escribiendo la mayor parte del tiempo” (P2).

“El Doctor ha indicado que deben sacra una biopsia... tengo mucho miedo... mi familia me está apoyando pero también tiene dudas,... lamentablemente los médicos están ocupados y solo te dicen una a dos cosas y rápido... y las enfermeras no tienen mucho tiempo para conversar porque hay muchos pacientes y ellas tienen que cuidarnos a todos...” (P4)

En relación al cuidado Espiritual que debe brindar la enfermera a los pacientes la teoría nos dice que este va a depender de la valoración que realice el profesional al iniciar su cuidado “que le permite reconocer signos y síntomas de alarma, al igual que manifestaciones respecto al equilibrio emocional del paciente, como por ejemplo si a la entrevista esta retraído o muy molesto, si sus respuestas son cortas, con voz baja, si solo quiere estar con los ojos cerrados y no desea dialogar”³⁴; actitudes que nos dicen que el paciente necesita apoyo espiritual; sin embargo los testimonios nos dan la alerta de que no siempre se cumple con este cuidado, posiblemente por falta de tiempo, al existir sobre carga de pacientes. Aspecto que está limitando que la enfermera cumpla con su rol, y su servicio no siempre sea de calidad.

Subcategoría: Estar presente considerando principios religiosos

Como parte del cuidado que debe brindar el profesional de enfermería en la dimensión espiritual, se espera que “provea ayuda, apoyo y cuidado integral mediante la escucha, el hablar, el contacto físico; en otras palabras “estar ahí”, para lo que necesita el paciente y que beneficie su pronta recuperación o que le permita afrontar su enfermedad”³⁵. Los pacientes, en muchas oportunidades necesitan al personal de enfermería no para pedirle algo en particular, sino que necesitan reconocer que en ellos tienen un apoyo, una orientación e incluso solo alguien que los escuche, respetando sus creencias, su fe. Esto se evidencia en los siguientes testimonios:

“Creo también que Dios utiliza a los médicos y enfermeras para cuidarnos y levantarnos el ánimo... Las enfermeras aquí en el servicio tiene buena atención, nos brindan cariño, nos dan ánimos diciendo que Dios está con nosotros y que oremos para que todo salga bien... recuerdo que una vez me iban a hacer una tomografía y una de las enfermeras... me explico todo lo que me iban a realizar... quede

tranquilo... así mismo me recomendó que orara por los resultados que se obtendrían” (P1).

“hay enfermeras que te atienden con amabilidad... que te incitan a orar; Así como también hay enfermeras que solo interactúan contigo para la administración del medicamento y tienden a retirarse sin decir nada más, ellas tienen que ser un poco cercanas al paciente...” (P2)

La preocupación de la enfermera cuando los pacientes presenta conductas poco comunes, son valoradas por el paciente, tal como se aprecia en los testimonios; convirtiéndose la escucha activa en una herramienta importante para lograr brindar un cuidado humano; “Muchas veces con sólo escuchar a esa persona uno ve que realmente se fortalece o deja esos sentimientos de angustia, de temor, de depresión, de ansiedad y se va fortaleciendo..., y sabe que ahí está haciendo una intervención de enfermería solamente con escuchar, eso es muy significativo³⁰”; así mismo esta escucha permite reconocer en el paciente sus creencias (Fe), y los aspectos importantes de su vida, aquello que conducirá al profesional de enfermería a motivarlo para que afronte la enfermedad y continúe en su recuperación.

Sub Categoría: Enfermeras, Como Ente Mediador

Ibañez³⁸, relata que el la persona, “tiene una naturaleza corpóreo espiritual”. Es por ello dependiendo de la experiencia que atraviesa, siente una profunda necesidad de apoyo y consuelo espiritual, haciéndose más fuerte esta necesidad en momentos de adversidad como cuando hay enfermedad, donde su tranquilidad y bienestar es alterada, como es el caso cuando la persona ha sido hospitalizada, evento que se convierte en fuente de estrés físico, psicológico y espiritual.

De ahí la importancia según J Watson, de que el profesional de enfermería, conozca sobre el cuidado espiritual de las personas, pues sólo así estará en las condiciones de impulsar a identificar los requisitos espirituales del paciente y podrá brindar un cuidado holístico satisfaciendo no solo las necesidades fisiológicas. Es importante que reconozca que la espiritualidad conforta a los pacientes además de adquirir una fase de equilibrio y sosiego interior, para ello debe ser partícipe de los momentos de oración de su paciente, y en caso no se sienta con la competencia para darle este apoyo espiritual debe apoyarse del equipo preparado para ello, sacerdote, pastor, etc; según la religión que profesa el

paciente, buscando acompañarlo en los momentos de reflexión y de apoyo moral – espiritual que le brindaran; llamar al guía espiritual de la persona a quien se cuida, crea un vínculo o conexión con la persona enferma, acto que es indispensable. Así se evidencia en los siguientes testimonios:

“Me gustaría recibir la visita del sacerdote... pero no sé cómo hacerlo... aquí muchos de nosotros lo necesitamos, unos tenemos enfermedades graves y terminales y resultaría una mejoría para el alma y podernos ir en paz a un nuevo lugar” (P2)

Los pacientes suelen buscar a Dios, en el momento de enfrentar una enfermedad, buscan que alguien consolide su fe, que no están solos, que van a recibir esa ayuda divina que estaba pidiendo, por ello la importancia de que estén cerca a alguien que les pueda brindar este soporte, siendo la enfermera la más llamada a lograr este nexo, considerando que muchas veces por la diversidad de sus funciones no puede ser ella la portavoz de la fe, sin embargo no siempre esta acción es considerada como una prioridad en su cuidado. Aspecto que debe ser retomado en aras de brindar un cuidado humano, cálido, sobre todo considerando el aspecto holístico del ser humano, donde es esencial el cuidado del espíritu.

Segunda categoría: La enfermera (o) y el cuidado espiritual desde el sentido y significado de la vida.

La necesidad espiritual, es innato en el ser humano, y esencial establecer o mantener la dinámica de relación personal con Dios y/o su entorno. Debiendo ser una de la prioridades del cuidado que se le brinda, principalmente cuando la persona se encuentra atravesando por un periodo de enfermedad, cuando está hospitalizada, cuando está buscando su paz interior el sentirse bien consigo mismo, cuando desee encontrar un sentido a la vida y que está en armonía con Dios.

El satisfacer las necesidades espirituales así como lograr saber cuándo un paciente tiene sufrimiento espiritual, según Lackey³⁹ es más difícil que identificar las señales religiosas; porque para ello el dador del cuidado debe poseer una espiritualidad sólida, y paz interior; puesto que la espiritualidad se relaciona con poseer un propósito en la vida, y nadie puede entregar o enseñar lo que no posee. Las palabras y las acciones que indican el estrés espiritual pueden ser más sutiles que las señales religiosas por lo que es necesario tener mayor habilidad al momento de valorar a los pacientes, requiriendo que

el personal de enfermería agudice la observación y practique la escucha activa, pues solo así podrá dar un cuidado espiritual u brindar el consuelo que el paciente necesita.

En relación a este aspecto Rosseau⁴⁰ propone, pasos que se deberá seguir entre los cuales están; realizar un control de síntomas físicos y brindar el apoyo; propiciar que el paciente realice una revisión de vida, para que pueda reconocer el propósito, el valor y el sentido de su vida; buscar que el paciente reconozca porque siente culpa, remordimiento, de tal manera que pueda acceder al perdón y la reconciliación; facilitar que el paciente tenga contacto con su fe y las personas que son parte de su soporte espiritual, apoyarlo en la reformulación de metas, teniendo en cuenta su nueva condición de salud; éste autor propone el reto de “identificar con la persona el propósito y sentido de su vida y facilitar los momentos de reconciliación y perdón con Dios, con los amigos y/o con la familia y en lo posible” .

A su vez, sobre la espiritualidad Pinto⁴¹ refiere que “las personas se consideran espirituales, no porque posean una religión específica, por ello es que su tareas espirituales incluyen la búsqueda del significado de la vida, de la esperanza de una vida después de la muerte”; requiriendo que el personal de enfermería posea fuertes creencias y prácticas espirituales que le den sentido a su vida y que a su vez la trasmitan al sujeto que cuidan.

Sub categoría I: El cuidado de enfermería para superar, el sufrimiento, dolor, emociones y sentimientos encontrados.

El sufrimiento y el dolor físico son dos experiencias comunes entre quienes sufren enfermedad, y que no deben ser confundidos; es un hecho que afecta al paciente moral y existencial, mental, religioso, social o político. Lo difícil para el personal de salud es identificar esta necesidad en el paciente, pues al no ser atendida le provocará limitaciones, colocándolo en situación de vulnerabilidad⁴². Lamentablemente no todos los profesionales de enfermería tienen las competencias para identificar esta necesidad ya sea por falta de conocimiento, o porque no han desarrollado habilidades para la empatía y comunicación asertiva, centrandolo sólo en las necesidades visibles, que son las físicas, de tal forma que los resultados adquiridos, no consiguen el bienestar completo, solo el bienestar físico. Así lo percibe los pacientes según los testimonios:

“Todos aquí son buenos profesionales, las enfermeras me atienden... buscan cumplir lo que dice al doctor, y acuden cuando las llamamos,

lamentablemente no tienen mucho tiempo para conversar, por lo que a veces no puedo decirles lo que me preocupa, pues están siempre apuradas” (P2)

“Me gustaría que las enfermeras sean más sensibles ante lo que nos pasa, a veces demoran en venir cuando se las llama, no niego que cumplen con darnos nuestra medicina, pero no todas se acercan a hablar con nosotros o a preguntarnos como estamos, mayormente todo lo que nos preguntan es si ya no tenemos dolor, o si ya fuimos al baño.” (P4)

La contención y el apoyo proporcionado por los profesionales de la salud tienen mucho valor para el paciente, valorando estas acciones como un recuerdo positivo o penoso; dependiendo del apoyo percibido, de la actitud que las enfermeras asumen al momento de brindar el cuidado. Lo ideal es que el equipo de salud, principalmente la enfermera cree y entregue las herramientas suficientes para que el paciente pueda afrontar su enfermedad en situaciones de crisis o de afrontamiento ineficaz e incluso podría decirse que a veces el paciente solo necesita que el personal “esté ahí”. Así lo manifiestan los siguientes testimonios:

Me gustó sobre todo porque se acercaba hablar conmigo, ... a pesar de lo ocupada que podría estar... era un ratito, pero nos escuchaba con atención...y siempre sonriente... yo tenían que estarme midiendo a cada rato la glucosa, ya me dolía mi dedo y ese momento tenía rabia, cólera por tener esta enfermedad que no se cura..., pero había una enfermera que no me hincaba con aguja, era con otra cosa... esa enfermera era muy buena, ..., me alentaban, porque por el dolor a veces ya no quería, ...a pesar de eso me hablaba y convencía para seguir”(P1)

“...señorita tengo mucho dolor, me quejaba, ... la enfermera se me acerco y me dijo así con cariño “señora ahorita le voy a colocar un medicamento para que le calme su dolor, no se preocupe, ahoritita le coloco, cálmese, tranquila, que para eso estoy yo”, ...así sonriente me lo dijo, que me hizo sentir bien, que había alguien que estaba allí conmigo para todo, entendiéndome, ...nunca me voy a olvidar la manera como me lo dijo”...(P3)

La observación y las expresiones de complacencia y dolor también son formas de comunicación. La enfermera al momento de cuidar establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad⁴³ utilizando para ello la empatía, que a su vez le permite brindar a su paciente formas de afrontar el sufrimiento espiritual y el dolor. Utilizando la empatía la enfermera podrá crear espacios de apoyo, permitiéndole al paciente poder escucharse a sí misma y reconocer sus potenciales y limitaciones; reconociéndose a sí mismo como

una persona holística y comprender sus mecanismos y funcionamiento interno. Es así como la empatía se convierte en una cualidad que toda profesional de enfermería debe tener, es aquella que nos conduce a ganar el reconocimiento de quien atendemos y mediante la cual trascendemos, quedando en el recuerdo de las personas.

Sub categoría II: El cuidado de enfermería ante las relaciones con el entorno

Lezark citado por Florez J⁴⁴ nos dice que el profesional suele durante su cuidado en la dimensión espiritual llegar a cansarse pese a su gran profesionalidad, y su buena voluntad, porque los problemas emocionales que tienen los pacientes ligados a su entorno le resultan emocionalmente agotadores. Sin embargo es el profesional de enfermería quien está pendiente del estado emocional del paciente especialmente en lo relacionado a su interrelación con los familiares, quienes por diversos motivos (económicos, de trabajo, etc), pueden hacer sentir al paciente que lo han abandonado, pues han espaciado sus visitas, percibiendo el paciente cierto abandono e, incluso, rechazo; hecho que al sentir el apoyo y cuidado del personal de salud (enfermera - o) se lo va a comunicar. Así lo evidencian los siguientes testimonios.

“cuando me dejan solo, por mucho tiempo, aquí en el hospital me siento triste e incluso pienso que mi familia ya está aburrida de mí y de mi enfermedad. Algunas enfermeras se dan cuenta y me preguntan que tengo, me escuchan y saben darme tranquilidad; me dicen que no piense mal, que mi familia está viendo el dinero por eso no pueden estar conmigo pero que siempre preguntan cómo estoy” (P1)

“... cuando pido que ingrese un familiar para que este a mi lado, me ayude en lo que necesito,... la enfermera no se molesta, nada de eso,... al contrario, está de acuerdo porque sabe que también mi familiar se preocupa por mí... ella le ha enseñado que hacer y cuando llamarla... contamos con ella...mi familia se siente muy contenta cuando esta de turno, porque le permite colaborar y les enseña cómo cuidarme... ojala las otras enfermeras la imitaran...”(P4)

El cuidado espiritual, es aquel brindado por el personal de enfermería desde la percepción del paciente como un ente holístico y único teniendo en cuenta su dignidad humana; siendo el cuidado brindado mediante el desarrollo de relaciones terapéuticas armoniosas y profundas entre los actores de la triada paciente – familia - profesional de

enfermería, con el único fin de apoyar al paciente en su adaptación a la enfermedad y en la adopción de estilo de vida más saludables que le permitan ejercer su autocuidado.

Al momento de brindar el cuidado holístico no debemos olvidar que si bien el paciente es el sujeto principal de cuidado, la familia no debe ser descuidada, considerado que es su principal fuente de apoyo cuando regresa a casa y por tal motivo se les debe considerar como un todo indivisible, permitiendo tras la educación una participación activa en el autocuidado (paciente) y cuidado (familiar). En todo este proceso es de suma importancia que la enfermera este en la predisposición de aplicar la escucha activa de las necesidades, creencias y opiniones de la persona y su familia, con apertura, sin cuestionar o criticar sus ideales.

Sub categoría III: El cuidado de enfermería ante las experiencias de vida y la trascendencia.

Benner y Wrubel, citado por Baldarriago P, Rios L ⁴²; especifica que el cuidado espiritual que debe brindar la enfermera, debe provocar en el paciente la sensación de que el profesional está muy interesado, facilitando esta actitud el recibimiento de ayuda, estableciendo buenas relaciones con el paciente; pues solo así se podrá dar un cuidado espiritual que conduzca al paciente a lograr su superación y que la enfermedad no lo límite, de tal manera que junto al profesional de enfermería llegue a comprender su estado de salud y a partir de ahí, planee la forma de superar sus limitaciones. Para lograr la trascendencia, es importante que el ser humano se reconozca, que entienda quién es en toda su dimensión y es que la espiritualidad se relaciona con “las creencias o sistemas de valores que posee la persona fuente de su fuerza, esperanza y trascendencia”.⁴⁵ Así lo demuestra el siguiente testimonio:

Yo tengo diabetes hace 15 años, es fastidioso vivir cuidándote de todo, ... debes pincharte el dedo todos los días... y duele, a veces eso me hace estar enojado, y ya no quiero nada, mi esposa me ruega que me cuide, pero cuando salgo con mis amigos eso es difícil... un día una enfermera mientras me colocaba el medicamento, toco el tema de lo importante que soy para mi familia, ... lo que me falta vivir, ...me dijo que esta enfermedad se controla, que es fácil combatirla, solo hay que tener claro lo que es importante en la vida, los placeres con los amigos; o los momentos de alegría con la familia..., los momentos que tenemos para darles cariño, pues eso no se olvida y es lo único que dejamos cuando acaba la vida... eso me puso a pensar”(P1)

Lamentablemente, no todos los profesionales de enfermería han logrado desarrollar las habilidades que son necesarias para brindar un cuidado espiritual, dejando un sentimiento de soledad en el paciente, así se evidencia en el siguiente testimonio:

“sólo algunas veces siento que la enfermera se preocupa por mí y por lo que me preocupa...cumplen con mi medicación... pero muy pocas veces conversan conmigo, y cuando lo hacen no me miran y eso no me da confianza para poder decirles cómo me siento con la noticia de mi enfermedad, lo frustrado que estoy porque todos mis planes cambiarán”
(P2)

Al momento de brindar un cuidado espiritual, la enfermera (o) adquiere un compromiso moral de proteger y realzar la dignidad de la persona a quien atiende, mostrando preocupación por su estado de salud. El personal de enfermería al lograr este contacto con el paciente crea una relación fuerte y de confianza, que le permitirá conectarse en una búsqueda mutua de significado que le permita superar, el dolor, sufrimiento, frustración, etc, que le ha causado la enfermedad.

Cuando una persona está enferma anhelan bienestar espiritual y paz interior, por ello es importante que el profesional de enfermería dialogue acerca de temas como la trascendencia de la vida, de los actos, del futuro y si fuera el caso de la muerte, con la persona enferma y con su familia.

Para Boff ⁴⁶ cuidar del espíritu es vivir la espiritualidad, la cual va más allá de la religión, es vivir concretamente la trascendencia, es decir, no dejarse vencer por el día a día, por los problemas o adversidad, sin dejar por ello de comprometerse responsablemente con su futuro; por lo que tanto paciente como cuidador (enfermera) deberán trabajar juntos y de manera recíproca apoyarse en la construcción de su cuidado espiritual.

3.2 Consideraciones finales

El cuidado, es el objeto de intervención de la ciencia de enfermería, mediante el cual el enfermero (a) busca satisfacer las necesidades de los seres humanos de manera holística; activando en el profesionales cualidades como la compasión, solidaridad, empatía, que le permitirán crear lazos con el paciente en busca de brindar ayuda durante la estancia hospitalaria.

Sin embargo los testimonios de este estudio indican que no todas las enfermeras logran brindar un cuidado espiritual al paciente, y según la percepción de éste suele ser por la carga laboral que tiene, otros creen que es la rutina y la falta de compromiso con el cuidado, lo que no les permite llegar a brindar un cuidado holístico y tan solo llegan a satisfacer las necesidades de la dimensión fisiológica del paciente.

En la relación paciente – enfermero(a) es importante que ambos reconozcan el concepto de espiritualidad, no solo como un aspecto ligado a la religión sino como aquel que le otorga la capacidad de superar la adversidad, ser consciente de sus limitaciones y fortalezas, para encontrar su sentido de vida; en otras palabras es importante que ambos sean consiente de sí mismo, y mediante la espiritualidad encuentren el equilibrio para la vida, incluyendo el trabajo; pues en el caso del profesional de enfermería no podría realizar un buen cuidado si no es capaz de cuidar de sí mismo, si este profesional no tiene un equilibrio espiritual, va a ser difícil que pueda cuidar a otros en esta dimensión.

Este estudio también mostró que el paciente no solo necesita del profesional de enfermería competencias en el “Hacer”, sino sobre todo reclama de él competencias en el “Ser” ; ellos reclaman momentos para expresar sus sentimientos; desean ser escuchados, sentirse acompañados e importantes durante su hospitalización; convirtiéndose estos momentos de relación enfermera paciente en un soporte especial en momentos difíciles como enfrentar el diagnóstico de la enfermedad, o la incertidumbre de un resultado o procedimiento, e incluso enfrentar la noticia de la muerte.

A la luz de la teoría de J. Watson, es importante que el profesional de enfermería adquiera habilidades que le permitan ser empático, realizar una comunicación asertiva; mejorando su relación terapéutica con el paciente, ejecutando un cuidado holístico y humanizado, desde la visión que el ser humano es un ente frágil y delicado, y que al cuidarlo debemos considerar siempre su dignidad humana; por ello el enfermero deberá integrar en su cuidado al amor, sentimiento más puro e incondicional que existe entre los hombres.

REFERENCIAS

1. García L, (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera, La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. [en línea]. 2015. Acta bioeth. ; 21(2): 311-317. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es
2. Mesquita AC, Valcanti C, Neves M, Alves D, Souza F y López EC. (2014). El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería, Revista Index Enferm .23 (4): 219-223. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>.
3. Muñoz A, Morales I, Bermejo JC y Galán JM. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Rev. Index Enferm.; 23(3): 153-156. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000200008>
4. Alvarado E, Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. [en línea]. 2018. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.26(1):56-61. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181j.pdf>
5. Espinoza M. Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del adulto mayor de la ciudad de Quito, enero-febrero 2016. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito 2016. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12385>
6. García L. El lado humano de los profesionales de la salud, Diario Gestión (blog). 9, mayo, 2014. Recuperado de: <https://gestion.pe/blog/atuservicio/2014/05/el-lado-humano-de-los-profesionales-de-la-salud.html>
7. Silva J, Ramón S, Vergaray S, Palacios V y Partezani R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. Rev. Enfermería Universitaria. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>
8. Pinedo, M., Jiménez, J. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. Rev. Cultura de los Cuidados. 21(48): 110-118. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>

9. Pérez E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. [en línea]. Rev. Enfermería: Cuidados Humanizados. 5(2):41-45. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006&lng=es.
10. Morales F, Ojeda M. (2014). El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. [en línea]. 2014. Rev. Salud en Tabasco. 20 (3); 94-97. Disponible en: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/94.pdf>
11. Uribe S, Lagoueyte M. (2014). “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. [en línea]. 2014. Rev. Avances en Enfermería. 32(2):261-270. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a10.pdf>
12. Vega M. Cuidado de enfermería en el sufrimiento de personas oncológicas en fase terminal según la teoría del cuidado caritativo, 2014. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo 2015.
13. Fernández E. La dimensión espiritual del paciente oncológico desde la bioética personalista. (Tesis de Maestría). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.2015.
14. Salazar Y, Significado del cuidado de la dimensión espiritual para enfermeras que asisten a personas post operadas de cirugía cardiovascular. (Tesis licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.2014.
15. Sandrin, L. Brusco, A. Policante, G. Comprender y ayudar al enfermo. Madrid. Ed. Paulinas 1992. P.p.159-163.
16. Poveda R. Cuidados a paciente crónicos (Blog). 27 de mayo del 2018 Recuperado en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_2.htm
17. Ramió A. Necesidades Espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas. Madrid: PPC; 2009.
18. Medeiros de Brito F, Pinto Costa IC, Garrido de Andrade C, Oliveira de Lima KF, Geraldo da Costa SF, Limeira Lopes ME. (2013). Espiritualidade na iminência da morte: estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. . [en línea]. . 2013. Rev Enferm UERJ. 21(4):483-9 Disponible en: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref
19. Bayés Sopena R, Borràs Hernández FX.(2005). ¿Qué son las necesidades espirituales?. [en línea]. 2005. Rev. Med Pal 12 (2), pp. 1-10. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/258437662_Que_son_las_necesidades_espirituales

20. Emmons R A. The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality. New York: Guilford Press. 1999.
21. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Palma JS. (2011). Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados paliativos às pessoas com câncer. . [en línea]. 2011. Rev. Cienc Cuid Saude 10 (2): 314-321. Disponible en: http://www.indexf.com/new/cuiden/extendida.php?cdid=677427_1
22. Camargo do Espírito Santo C, Tosoli Gomes AM, Cristina de Oliveira D, Munhen de Pontes AP, Dos Santos EI, Perroni Marouço da Costa C. (2013). Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Cogitare Enferm. 18(2):372-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32588>
23. Sierra Leguía L, Montalvo Prieto A. (2012). Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en una unidad de cuidados intensivos. [en línea]. 2012. Avances en Enfermería. 3(1): 64-74. Disponible en-. <http://www.indexf.com/rae/301pdf/064074.pdf>
24. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson I J. (2011). The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally: A Systematic. Review. Journal of Pain and Symptom Management. 41 (4) 728-53. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2010.06.023](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.06.023).
25. Waldow R. Cuidar: Expresión humanizadora de la Enfermería. México .1º ed. Ediciones Palabras; 2008
26. Reed G, Pamela. (1986) Religiousnes among terminally ill and healthy adults. [en línea]. 1986. Research in Nursing and Health. 9(1):35-41 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3634417>
27. Pérez B, Veloza M. (2009). La Espiritualidad: Componente del Cuidado de Enfermería. [en línea]. 2009. Rev. Hallazgos. 6(11). 151-162 disponible en: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewpaper.php?id=416&print=1>
28. Maza M, Gutiérrez M y Merino J. (2009). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Revista Ciencia y Enfermería. 15(): 39-48. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532009000100006>
29. Marriner A. Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid. 4 ed.: Harcourt Brace de España, S.A.; 1999.

30. Rodrigues Gomes Ana Margarida. (2011) La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. [en línea]. 2011. Rev. Enferm. glob. 10(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200019&lng=es.
31. Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la investigación, México. 4º edición, Mc Graw Hill. 2014
32. Menga Ludke M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. Sao Paulo. 2º ed. EPU; 1986
33. Belmont R. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación (internet). 18 de Abril del 1979. Recuperado de: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
34. Erikson K. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona .7ª ed. Eslevier; 2011.
35. Torralba RF. Antropología del cuidar. Barcelona: Instituto Borja de Bioética; 1998.
36. Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Ed. Trotta; 2002.
37. Andonaire J. Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Regional II- 2 de Tumbes -2015. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Ica. Ica. 2015 Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/56/1/JULISSA%20DEL%20CARMEN%20ADONAIRE%20OBESO.pdf>
38. Ibáñez JM. Introducción a la Antropología Filosófica. 5º ed. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 1999
39. Lackey S. (2009). Apertura a la Epiritualidad: Cuidados de enfermería sensitivos. Revista Nursing (España). 27 (10): 40 – 42 [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(09\)70639-9](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(09)70639-9)
40. Rousseau P. (2000). Spirituality and the Dying Patient. Rev. Journal of Clinical Oncology, 18(9): 2000-2002. [DOI: 10.1200/JCO.2000.18.9.2000](https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.9.2000)
41. Pinto S, March P. (2008). Necesidades espirituales de los pacientes hospitalizados. Enfermería al Día. CINAHL Nursing Guide; [en línea]. 2008. Disponible en: <http://ezpro->

xy.unicartagena.edu.co:2191/nrc/detail?vid=4&hid=8&sid=95f48a74315f4bd6a4bfd290ad3a6ae7%40sessionmgr12&bd_ata=Jmxh

42. Baldarriago P, Rios L. cuidado espiritual y sufrimiento del familiar, unidad de cuidados intensivos, servicio de neonatología H.B.C.A.S.E. ESSALUD, Arequipa 2017. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Arequipa 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5099>
43. King I. Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos. México, D. F.: Editorial Limusa, S. A; 1984
44. Florez J. Reacciones Psicológicas del Paciente: Enfermería, Medicina y Comunicación. Cap II. Libro de oncología. Universidad de Oviedo. 2009. Pp.11-23. Recuperado en: <https://www.bioeticamexicana.org/app/.../REACIONES+PSIC.+DEL+PTE..pdf?t>.
45. Meraviglia M. (1999). Critical Analysis of Spirituality and its Empirical Indicators. J HolistNurs. 1999; 17(1): 18-33. Recuperado de: <http://jhn.sagepub.com/content/17/1/18.abstract>.
46. May S; Hernández N. Cotidianeidad del cuidado de enfermería: Un análisis conceptual de espiritualidad. Revista iberoamericana de educación e investigación en enfermería 2015; 5(3):78-84 Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/175/cotidianeidad-del-cuidado-de-enfermeria-un-analisis-conceptual-de-espiritualidad/>

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado usuario:

A través del presente documento se solicita su participación en la investigación Percepción del cuidado espiritual de pacientes atendidos por enfermeros del servicio de medicina del hospital regional docente de las Mercedes 2017.

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá que asista en una fecha coordinada previamente, en un tiempo aproximado de 15 minutos, en el cual se le aplicará un cuestionario. La información sobre los datos del cuestionario serán confidenciales los mismos que serán codificados a través de letras y números por lo tanto serán anónimas, y serán registrados únicamente por el investigador además, no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Se tomarán las medidas para proteger su información personal y no se incluirá su nombre en ningún formulario, reporte, publicaciones o cualquier futura divulgación.

La participación es voluntaria. Ud. tiene el derecho de retirar su participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni implica costo alguno. No recibirá ninguna compensación por participar. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Usted puede preguntar sobre cualquier aspecto que no comprenda. Se responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio. Si luego desea realizar alguna pregunta relacionada con esta investigación, deberá comunicarse con el investigador Fiorella Velásquez Chafloque.

Por favor lea y complete si estuviera de acuerdo: he leído el procedimiento descrito arriba, el investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas, voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la investigación.

Firma

Anexo 2

Encuesta de Percepción del cuidado espiritual de pacientes atendidos por enfermeros del servicio de medicina del hospital regional docente de las mercedes 2017

Datos generales

Edad: _____

Sexo del paciente: _____

Procedencia: _____

Religión: _____

Datos específicos:

1. ¿Cómo se ha sentido durante este tiempo hospitalizado? ¿cómo la enfermera ha contribuido a ello?
2. ¿Cuándo las enfermeras lo visitan, en que consiste su cuidado, y que le gustaría que ellas realicen?
3. ¿Las enfermeras que lo atienden suelen ofrecerle un espacio de ayuda espiritual o contactarle con algún pastor o capellán?
4. ¿En algún momento durante la hospitalización ud ha sentido el interés y apoyo de la enfermera?
5. ¿Desea agregar algo más?

Gracias por su participación