

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

## **Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2018**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciatura en  
Enfermería

**Por:**

Stephanie Johana Valera Montalvan

Lucero Marisol Romero Bueno

**Asesora:**

Mg. Rut Ester Mamani Limachi

Lima, febrero de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

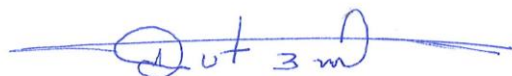
Mg. Rut Mamani Limachi, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "BIENESTAR ESPIRITUAL Y CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN DOS HOSPITALES DE LIMA METROPOLITANA, 2018" constituye la memoria que presenta el (la) Bachiller Lucero Marisol Romero Bueno para aspirar al título de Profesional de Enfermería, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 20 de Junio del 2019



Mg. Rut Ester Mamani Limachi

“Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2018”

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de  
Licenciado en Enfermería

## JURADO CALIFICADOR

Mg. Rocío Suárez Rodríguez  
Presidente

Mg. Francis Gamarra Bernal  
Secretaria

Dra. Luz Victoria Castillo Zamora  
Vocal

Dra. Kella Ester Miranda Limachi  
Vocal

Mg. Rut Ester Mamani Limachi  
Asesora

UPeU, 28 de mayo de 2019

## **Dedicatoria**

Primero, a mi madre Benicia Montalván, por su esfuerzo, dedicación y apoyo incondicional, quien me inspira siempre para luchar y lograr mis objetivos.

*Stephanie J. Valera M.*

A mis padres, Maritza y Justiniano, por su motivación y apoyo permanentes. A mis hermanas: Estefany y Patricia, por su compañía de toda la vida. A mi hija Maricielo, por su cariño, motivación y apoyo incondicional recibidos en todo momento.

*Lucero Romero Bueno*

## **Agradecimientos**

A Dios, por darnos lo necesario, para desarrollar nuestra capacidad de investigadoras y por ser nuestro guía espiritual.

A la Facultad de Ciencias de la Salud, y nuestra querida Escuela Profesional de Enfermería y todas las personas de la parte administrativa.

A la Mg. Rut Ester Mamani Limachi, nuestra asesora de tesis, quien mediante su sabiduría supo guiarnos, para lograr nuestros objetivos académicos y profesionales.

Al asesor adjunto Mg. David Javier Aliaga, por sus conocimientos y orientaciones, haciendo posible la culminación de este trabajo de investigación.

Al Hospital Nivel II Vitarte – Es Salud y Hospital de Vitarte, por facilitarnos el proceso y desarrollo de este estudio.

A los profesionales de enfermería de dichos hospitales, por su disponibilidad y colaboración para el desarrollo propicio de este estudio.

## TABLA DE CONTENIDO

Dedicatoria .....	iv
Agradecimientos.....	v
Tabla de contenido.....	ii
Índice de tablas .....	iv
Índice de anexos .....	v
Resumen .....	vi
Summary .....	vii
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>8</b>
<b>El problema.....</b>	<b>8</b>
1. Planteamiento del problema .....	8
2. Formulación del problema.....	13
3. Objetivos de la investigación.....	13
4. Justificación.....	14
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>16</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>16</b>
1. Antecedentes de la investigación.....	16
1.1. Antecedentes internacionales.....	16
1.2. Antecedentes nacionales.....	24
2. Marco bíblico filosófico.....	27
3. Marco teórico .....	31
3.1. Bienestar espiritual. ....	31
3.2. Calidad de atención. ....	43
3.3. Modelos teóricos de la investigación. ....	53
3.4. Definición de términos. ....	60

<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>61</b>
<b>Materiales y métodos</b> .....	<b>61</b>
1.    Diseño y tipo de investigación.....	61
2.    Descripción del lugar de ejecución.....	61
3.    Población muestra .....	62
3.1. Población.....	62
3.2 Muestra.....	62
4.    Hipótesis de la investigación.....	66
4.1 Hipótesis general. ....	66
4.2. Hipótesis específica.....	66
5.    Identificación de variables.....	67
6.    Técnica e instrumento de recolección de datos .....	70
6.1 Cuestionario de la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison.....	71
6.2. Cuestionario sobre calidad de atención.....	73
7.    Proceso de recolección de datos .....	76
8.    Procesamiento y análisis de datos.....	77
9.    Consideraciones éticas .....	77
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>78</b>
<b>Resultados y discusión</b> .....	<b>78</b>
1.    Resultados .....	78
2.    Discusión. ....	83
<b>CAPÍTULO V</b> .....	<b>94</b>
<b>Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>94</b>
1.    Conclusiones.....	94
2.    Recomendaciones .....	95
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>96</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>98</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	64
Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	66
Tabla 3. Nivel del bienestar espiritual de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	79
Tabla 4. Nivel de la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	80
Tabla 5. Relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	81
Tabla 6. Relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de las enfermeras en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	82
Tabla 7. Relación entre el bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019 .....	83
Tabla 8. Análisis de normalidad .....	113
Tabla 9. Confiabilidad .....	114



## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento 1 .....	117
Anexo 2. Instrumento 2 .....	119
Anexo 3. Prueba de normalidad .....	123
Anexo 4. Confiabilidad .....	124
Anexo 5. Cartas de Autorización de las instituciones.....	128

## RESUMEN

El trabajo tuvo el objetivo de determinar la relación existente entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2018. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo correlacional y de corte transversal. La selección de la muestra estuvo compuesta por 60 enfermeras y 180 pacientes. Para la recolección de datos, se emplearon el cuestionario de “Escala de bienestar espiritual” elaborado por Ellison y Paulotzian (1994) y el cuestionario de “Escala de calidad de atención elaborado por Ministerio de Salud (MINSA) y el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP, 2008). Los resultados encontrados indicaron que el 53.3% del profesional de enfermería presentó un nivel de bienestar espiritual medio y solo el 5.0% un nivel alto; y el 56,7% presentan un nivel de calidad de atención bajo y solo el 8.3% un nivel alto. Se encontró que sí existe relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería con un coeficiente de 0,540 y un p-valor de 0,000 a través de la prueba Tau b de Kendall. En conclusión, existe relación entre ambas variables de estudio.

**Palabras clave:** Bienestar espiritual, calidad de atención, enfermeros.

## SUMMARY

The work had the objective of determining the relationship between spiritual well-being and the quality of Attention of the nursing professionals in two Hospitals of Metropolitan Lima, 2018. The study was a quantitative, non-experimental design, type correlational and cross section. The selection of the sample consisted of 60 Nurses and 180 patients. For data collection, the questionnaire will be used "Scale of spiritual well-being" prepared by Ellison and Paulotzian (1994) and the questionnaire Scale of quality of care prepared by the Ministry of Health (MINSA) and the School of Nurses of Peru (CEP, 2008). The results found indicate that 53.3% nursing professional presented an average level of spiritual well-being and only the 5.0% a high level; and 56.7% present a

low level of quality of care and only the 8.3% a high level. It was found that if there is a relationship between spiritual well-being and quality of care of nursing professionals with a coefficient of 0.540 and a p-value of 0.000 a through Tau b of Kendall test. In conclusion, there is a relationship between both study variables.

**Keywords:** Spiritual well-being, Quality of attention, Nurses.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1. Planteamiento del problema

Watson (2003 citado por Caro, 2009) afirma que la “enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye la preservación de la humanidad; así, plantea que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual que dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad” (p. 175).

Ortiz (2014) refiere que la “calidad interna” de la organización es parte importante en el proceso de producción, ya que el resultado de la atención al cliente es la suma de todas las etapas que intervienen en el servicio brindado, por lo cual “una organización con un recurso humano competente, y consciente de su compromiso con la calidad, puede destacarse como poseedora de una muy significativa e importante ventaja competitiva”. El Ministerio de Salud en el documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud (TPNCS) respalda esta posición al declarar la visión: “La Sociedad Peruana al 2020, gozará de un sistema de salud que brinde atención segura y efectiva; oportuna, equitativa e integral; informada y consentida; respetuosa del derecho y dignidad de las personas; sensible a los enfoques de género, ciclo de vida e interculturalidad; y orientada a contribuir al logro del más alto nivel posible de salud física, mental y social” (Ministerio de Salud, 2009, p. 31).

Canchari (2017) refiere que la Organización Panamericana de Salud resaltó la calidad como una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. También Ortiz (2014) afirma que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la calidad de la asistencia sanitaria se refiere a "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mayor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso" (p. 10).

Castillo (2011) indica que la calidad de atención en salud ha llegado a ser hoy en día en un objetivo fundamental, orientado a otorgar seguridad a pacientes, disminuyendo los riesgos en la prestación de servicios. La satisfacción del usuario es un resultado importante del proceso de atención en salud, la calidad percibida por el paciente es un precursor de su satisfacción, siendo generalmente aceptado y comprobado que el grado en que se cumplen las expectativas que un usuario tiene de la atención en salud, influye en su satisfacción. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los estados miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad en los países más desarrollados como en los países en desarrollo" (p.16).

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2009) refiere que el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio en las organizaciones proveedoras de salud. Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados, anualmente por la

Universidad de Lima, donde se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir descendiendo, tanto en los hospitales del MINSA, y de EsSalud. Esta inadecuada situación puede encontrar una explicación en el bajo nivel de desarrollo de la calidad, producto a su vez de la insuficiente voluntad política de la Autoridad Sanitaria para lograr este desarrollo.

Al respecto, Santana et al. (2014) realizaron un estudio titulado “Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de Brasil”, en el cual se investigó la calidad de los cuidados de enfermería y la satisfacción del paciente con esos cuidados. Los hallazgos revelaron que ningún de los cuidados de enfermería alcanzó el nivel deseable de atención de enfermería, y que sólo dos fueron considerados seguros, como la higiene y el confort físico, y la nutrición e hidratación, ambos pertenecientes a las NHB psico-biológicas. Se llega a la conclusión de que la enfermería tiene dificultad al ampliar el alcance de sus cuidados, e incluir las necesidades emocionales y psico-espirituales de los pacientes.

Silva et al. (2015) ejecutaron un estudio: “Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público ubicado en la ciudad del Callao”. Se verificó que el 60% de los pacientes tuvieron una percepción medianamente favorable con relación al cuidado realizado por enfermería; la percepción sobre los componentes Técnico e Interpersonal fue medianamente favorable (el 52% y el 46%, respectivamente) y sobre el componente Confort fue desfavorable (80%), sobre el componente Interpersonal, enfermería no se identifica por su nombre (38%) y no es amable (10%). En el

componente Confort, los pacientes refieren que a veces el ruido del ambiente hospitalario no les facilita el descanso (52%).

Por otra parte, Sierra y Montalvo (2012) afirmaron que la espiritualidad en enfermería ha tenido especial relevancia con el transcurrir del tiempo; desde el inicio de la teoría de Nightingale, en 1859, se creyó en el componente espiritual de la vida humana.

Por eso Refugio, Vasquez y Whetsell (2006) refieren que uno de los factores que contribuye a afrontar los estados de ansiedad que vive el individuo es el referente a sus creencias espirituales. La espiritualidad es vinculada con el vivir personal que son únicos en cada persona; en este sentido, el bienestar espiritual se relaciona con las creencias o los sistemas de valores que constituyen en el individuo su fuente de fuerza, esperanza y trascendencia para la vida.

Asimismo, Alcantara (2008) indicó que la Organización Mundial de la Salud define “la salud como un estado de bienestar completo mental, físico, social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones” (p. 21). Es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción alguna raza, religión, ideología política o condición económica social; por eso es importante el cuidado holístico que brinda la enfermera, tiene relación con varias dimensiones del ser humano: físico, biológico, emocional, psicológico y espiritual; siendo lo último lo más fundamental y poco desarrollado, investigado y experimentado por el cuidador; sin embargo, lo que se debe recalcar es la dimensión espiritual; es un factor importante y capaz de enfrentar las diferentes enfermedades y sufrimiento de los pacientes en todas las áreas, y en especial en el área de hospitalización.

Del mismo modo, Uribe y Lagoueyte (2014) describen el cuidado espiritual como la expresión integradora, intuitiva, interpersonal y altruista que depende de la conciencia de la enfermera sobre la dimensión trascendente de la vida. Además, Camino (2015) refiere que en la teoría de Watson lo describe al cuidado espiritual, como del cuidado transpersonal, que es la unión espiritual entre dos personas que trascienden en “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos entrar en el campo fenomenológico del otro. Para Baldárrago y Rios (2018), el cuidado espiritual es que la enfermera demuestre un interés, que, a su vez, pueda facilitar el proceso de recibir ayuda, estableciendo de este modo relaciones significativas con el cliente. En este sentido, es responsabilidad del personal de enfermería acoplar el cuidado, integrar el conocimiento científico y práctico con las necesidades espirituales de sí mismo, de la persona y del familiar que también padecen el sufrimiento de la enfermedad del ser querido.

Según Vargas (2015), la dimensión espiritual es un componente fundamental en la integración de los cuidados de enfermería, que ha sido incluida en diferentes teorías de manera implícita o explícita. Hace varios años, la enfermería ha mostrado interés en la manera como la espiritualidad influye sobre otras dimensiones de la persona: salud, bienestar y calidad de vida. Pese a la importancia atribuida por las enfermeras a la espiritualidad de los pacientes, son pocos los estudios que establecen las percepciones y actitudes de las enfermeras frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual de las personas a su cargo.

Asimismo, Mesquita et al. (2014) realizaron un estudio titulado “El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo”. Estos autores



encontraron que el nivel de bienestar espiritual y en la dimensión existencia fue moderado. Estos resultados dan evidencia de que el componente espiritual y existencial son problemas en los profesionales de enfermería. Este estudio apunta al hecho de que los individuos que practican su religiosidad tienen una probabilidad mayor de prestar el cuidado espiritual. El equipo de enfermería, en razón de la condición particular de sus actividades, necesita atención en salud física, mental y espiritual. También los profesionales necesitan soporte para la prestación del cuidado espiritual, condición esencial para un cuidado más humanizado.

## **2. Formulación del problema**

¿Cuál es la relación del bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2018?

## **3. Objetivos de la investigación**

### **3.1. Objetivo general.**

Determinar si existe relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

### **3.2. Objetivos específicos.**

Esta investigación tiene los siguientes objetivos específicos:

Determinar el nivel de bienestar espiritual del profesional de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

Determinar el nivel de calidad de la atención del profesional de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

Determinar la relación entre la dimensión bienestar religioso y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

Determinar la relación entre la dimensión bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

#### **4. Justificación**

##### **4.1. Justificación teórica.**

Este estudio permitirá sistematizar y organizar información actualizada sobre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería, además servirá de referencia para enriquecer el marco teórico sobre este tema.

##### **4.2 Justificación metodológica.**

El estudio permitirá utilizar dos instrumentos que midan el bienestar espiritual y la calidad de atención. Los resultados de la confiabilidad de dichos instrumentos servirán de referencia para la comunidad científica y para futuros estudios similares.

##### **4.3. Justificación practico-social.**

Los primeros beneficiarios de este estudio serán los profesionales de enfermería, porque permitirá concientizar sobre la importancia del bienestar

espiritual. De esta manera, podrán realizar y brindar una atención de calidad. Asimismo, este estudio favorecerá a los pacientes, porque recibirán una mejor atención, un trato humanizado y con valores espirituales, por parte del profesional de enfermería.

Por otro lado, permitirá a las autoridades del hospital tomar medidas para la creación de un programa de capacitación que oriente al profesional de enfermería sobre la importancia del su bienestar espiritual y el trato humanizado. Los datos estadísticos quedarán de aporte al servicio de enfermería para la mejora del personal; asimismo, tomar las medidas preventivas necesarias. Finalmente, permitirá aportar para la concientización de los responsables de los centros de salud y profesionales de enfermería, con el fin de crear programas para prevenir la falta de cuidado espiritual y mejorar el trato a los pacientes.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. Antecedentes de la investigación

##### 1.1. Antecedentes internacionales.

Jahandideh et al. (2018) realizaron un estudio en Irán, titulado “*Bienestar espiritual de las enfermeras y espiritualidad del cuidado de los pacientes*”. El tipo de estudio fue correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 210 enfermeras que estaban empleadas en todos niveles (enfermeras principales, personales y auxiliares de enfermería) dentro de seis unidades de atención crítica (UCA) y pacientes que recibieron tratamiento en esas salas. Se utilizó el método de conveniencia para el muestreo. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de necesidades psicológicas básicas y la Escala de competencia en cuidados espirituales. Los hallazgos demostraron que el 98% de las enfermeras corresponde a mujeres; 55.3% con edades comprendidas entre los 26 y los 30 años; 41% de todas las enfermeras tenía más de 5 años de experiencia clínica; 28% de las enfermeras habían sido Entrenados en cuidado espiritual durante su educación. Asimismo, los resultados revelaron que el 59.2% de las enfermeras reportó un bienestar espiritual medio y 40.8% reportó un nivel alto. Las enfermeras presentaron un bienestar religioso (M=47.9) y existencial moderado (M=46.8). El estudio demostró relación positiva entre el bienestar espiritual de las enfermeras y la provisión de cuidados espirituales, implementación de estrategias que puedan desarrollarse espiritualmente ( $p<.05$ ); el bienestar de las enfermeras

fue de gran beneficio para satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes.

Markani, Yaghmaei y Khodayari (2018) realizaron un estudio en Irán, titulado "*Relación entre el bienestar espiritual de las enfermeras de oncología y sus actitudes hacia el cuidado espiritual, mediante un modelo basado en el sistema de Neuman*". El tipo de estudio fue correlacional, descriptivo. La muestra fue conformada por 130 enfermeras de oncología, adscritas en 12 hospitales de Teherán; el estudio consistió en que los participantes firmaron formularios de consentimiento informado y luego completaron 3 cuestionarios, incluido el "perfil personal de las enfermeras", la "escala de bienestar espiritual de las enfermeras de oncología" y la "escala de actitudes de cuidado espiritual de las enfermeras de oncología" presentaron un nivel moderado. Se encontró que el bienestar espiritual de las enfermeras tenía una relación positiva con su actitud hacia el cuidado espiritual). Sin embargo, el modelo de estudio y sus construcciones demostraron ser bastante eficientes para indicar las actitudes de las enfermeras oncológicas con respecto a los factores relacionados con el cuidado espiritual.

Musa (2017) realizó un estudio en Jordania, titulado "*Cuidados espirituales y de intervención espiritual. Perspectivas del bienestar de las enfermeras musulmanas*". El tipo de estudio fue correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra la constituyeron 355 enfermeras musulmanas, árabes y jordanas. Las enfermeras fueron reclutadas de diferentes hospitales, tanto de instituciones de salud pública y privada. Se utilizó la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison. La experiencia de los participantes varió desde un mes hasta 27 años. De los participantes, el 74.9% lo conformaron las enfermeras

registradas; el 14.6%, las enfermeras asociadas; y el 10,4%, los jefes de enfermería o supervisor. Obtuvieron un nivel de bienestar espiritual moderado, un nivel de bienestar religioso bajo y un nivel de bienestar existencial alto. Finalmente, los resultados revelaron que el bienestar espiritual era importante para las enfermeras, lo que implica una mejor prestación de atención espiritual.

Martínez (2016) realizó un estudio en Cuba, titulado *“Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la Clínica Internacional Trinidad”*. El estudio fue descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 108 pacientes ingresados durante el periodo estudiado. De los ocho criterios evaluados en la recepción del paciente, seis fueron cumplidos o considerados aceptable (enunciado, diagnóstico de enfermería, expectativas, órdenes de enfermería, recogida de datos (completa) y signos vitales (completos) y dos quedaron por debajo de los estándares establecidos. El primero fue sobre la información suficiente, encontrándose que el 62,96 % obtuvo una evaluación no aceptable y en criterio entrevista y examen físico se halló que el 70,37% alcanzó una evaluación no aceptable.

Bani et al. (2016) realizaron un estudio en Jordania, titulado *“Percepciones de las enfermeras sobre la espiritualidad y la atención espiritual: un estudio comparativo entre todos los sectores de la atención médica”*. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. La muestra consistió en 408 enfermeras registradas. Se utilizó una encuesta como método de recolección de datos. La mayoría de las enfermeras participantes tenía un alto nivel de percepción de espiritualidad y cuidado espiritual. Se encontraron diferencias significativas entre las percepciones de espiritualidad y cuidado espiritual de las enfermeras, según sexo ( $p < .05$ ). Los

hallazgos de la investigación sugieren que el género de las enfermeras jordanas hizo una diferencia en sus percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual. Se identificó niveles satisfactorios de percepción de espiritualidad y cuidado espiritual.

Bautista et al. (2015) ejecutaron un estudio en Colombia, titulado *“Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención”*. La metodología de la investigación fue de enfoque cuantitativa con abordaje descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 269 usuarios hospitalizados en la institución que cumplieran con los requisitos de inclusión. El instrumento utilizado fue Percepción de Comportamientos del Cuidado Humanizado de Enfermería, segunda versión. El 72% de los usuarios hospitalizados percibió excelentes los comportamientos del cuidado humanizado, refiriendo tener mayor satisfacción con los cuidados brindados por el personal de enfermería. El estudio reveló que los usuarios valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos por el personal de enfermería, porque fueron las acciones con el mayor porcentaje obtenido; sin embargo, a pesar de la satisfacción percibida debe mejorarse el apoyo brindado en momentos críticos, el cual muchas veces no se realiza debido a la carga laboral que demanda el personal de enfermería, para que, de esta manera, se mejore la calidad de los cuidados ofrecidos.

García (2018) realizaron un estudio en Colombia, titulado *“Estrés, cuidado espiritual y percepción de los comportamientos de cuidado del personal de enfermería”*. El estudio fue de enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional.

La muestra estuvo conformada por 216 profesionales de enfermería. El instrumento utilizado fue Escala de Estrés en Enfermería (NSS), Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (SCSSR) y la Escala de Comportamientos de Cuidado de Sharon Horner (Versión Profesional). Se concluyó existe correlación entre el cuidado espiritual y la percepción de los comportamientos del cuidado ( $p < .05$ ) y no existe correlación entre la percepción del comportamiento de cuidado y el nivel de estrés ( $p > .05$ )

Lenis y Manrique (2015) elaboraron un estudio en Barranquilla: Colombia, titulado "*Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados*". El estudio fue descriptivo y transversal. La muestra contó con 147 pacientes que tenían orden de egreso. Se utilizó el cuestionario de calidad del cuidado de enfermería (CUCACE). El 58,5 % lo conformaron las mujeres y el 41,5 %, los hombres. Se concluyó que la satisfacción y las experiencias de los pacientes con el cuidado de enfermería están por encima del 70 %, indicando que la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la institución fue buena.

Saldaña y Sanango (2015) realizaron un estudio en Ecuador, titulado "*Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo, Azogues*". El estudio fue descriptivo de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 385 pacientes. Como técnicas se utilizaron: la entrevista, la observación directa e indirecta. El instrumento fue el formulario, avalado por la Universidad Técnica Particular de Loja. Respecto a la disponibilidad del personal



de enfermería para ayudar al usuario, el 0,3% manifiesta que no existe disposición del personal de enfermería para acudir a su petición. Asimismo, el 66,0% de los usuarios afirmó ser atendidos respetuosamente y con amabilidad, mientras el 2,9% considera no estar de acuerdo con la atención prestada en la misma por lo que indican que ha sido regular. Finalmente, el 9,1% de los usuarios manifiestan se sintieron muy satisfechos con la atención brindada por parte del personal de enfermería, mientras que el 66,5% de los usuarios establece que la atención es satisfactoria, el 21,8% de los usuarios se muestra poco satisfechos y el 2,6% de los usuarios refiere sentirse nada satisfechos con la atención recibida.

Mesquita et al. (2014) ejecutaron un estudio en Brasil: *“El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería”*. El tipo de estudio fue descriptivo, transversal. La muestra fue conformada por 95 miembros del equipo de enfermería de un Hospital General. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Bienestar Espiritual. Los profesionales presentaron bienestar espiritual y existencial moderado y bienestar religioso alto. La espiritualidad se presenta como una forma de promover la salud mental de los profesionales de enfermería; además ser utilizada de estrategia de enfrentamiento por los mismos mediante las situaciones de estrés características de esa profesión. Se indica una mayor atención a la formación de esos profesionales para la prestación del cuidado espiritual, el cual exige una preparación adecuada y conocimientos específicos.

Dutan, Idrovo y Naula (2014) realizaron un estudio en Ecuador, titulado *“Calidad de atención de enfermería a pacientes sometidas a cesárea del área de Gineco-Obstetricia del hospital Homero Castanier, Azogues”*. El estudio fue

descriptivo, transversal. La muestra fue 158 pacientes. Se utilizó la Encuesta CARE. El resultado evidencia que el 83.5% calificaron una atención con un nivel alto; el 16.5%, con un nivel medio y no existieron calificaciones bajas. La calidad de atención de enfermería en pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Homero Castanier Crespo es alta.

Santana et al. (2014) realizaron un estudio en Brasil: “Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza”. El estudio fue correlacional y de corte transversal, la muestra quedó conformada por 275 pacientes internados en las unidades de clínica médica, clínica ortopédica, cirugía plástica y clínica tropical. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación simultánea de tres instrumentos: la ficha sociodemográfica, “Guion de Entrevista del Cuidado de Enfermería para Paciente Internado. Se utilizó el instrumento de Satisfacción del Paciente (ISP). Se concluyó que el 92% indicó un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería evaluados. Se encontró un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. A pesar del déficit de calidad, se identificó un alto nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. Tales resultados indicaron la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la calidad del cuidado.

Miranda, Monje y Oyarzun (2014) elaboraron un estudio en Chile, titulado “*Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia*”. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 171 pacientes; a quienes se aplicó el

instrumento Percepción de comportamiento de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), elaborado por Rivera y Triana (2007). Se concluyó que el 86% de los pacientes hospitalizados consideran que siempre reciben un trato humanizado; el 11,7%, casi siempre; 1,8%, algunas veces; y un 0,6%, nunca percibió un trato humanizado. Estos resultados permitieron una retroalimentación positiva para el personal que labora en la unidad, fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar.

Borre y Vega (2014) realizaron un estudio en Colombia: “Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla”. La metodología empleada fue de tipo descriptivo, de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 158 pacientes, a quienes se les consultó a través de un cuestionario de calidad percibida, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Se encontró que el 44% fueron hombres y el 56% mujeres, con una media de 48.5 años. En términos generales, el 78% de los pacientes evidenció altos niveles de calidad percibida de la atención de Enfermería; el 17%, medio niveles de calidad percibida; y el 4%, bajos niveles de calidad percibida.

Sierra y Montalvo (2012) realizaron un estudio en Colombia, titulado “*Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo*”. El tipo de estudio fue descriptivo. La muestra fue aleatoria de 101 enfermeras y enfermeros, con más de seis meses en el sitio de trabajo. Se utilizó la Escala de Perspectiva Espiritual para medir creencias y prácticas espirituales. El 94,1 % son mujeres, con un promedio de 33,2 años y 5 años de trabajo; el 66,3 % pertenecen a un grupo religioso. La puntuación total de la escala es 60 puntos;

el 98 % de los participantes presentó un bienestar espiritual alto (46-60 puntos) y las prácticas que realizan son rezar (69,3 %) o meditar (57,4 %). Para el 69,3 %, las creencias espirituales son importantes y el 60,4 % frecuentemente se siente cerca a Dios. Se evidenció un bienestar espiritual alto, demostrado por las prácticas y creencias espirituales.

Guacaran y Moniz (2009) realizaron un estudio en Venezuela: *“Calidad de atención de enfermería según modelo de Donabedian, hospital Ruiz y Páez, ciudad Bolívar, Mayo-Junio”*. El estudio fue descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 39 enfermeros y 30 pacientes. Los instrumentos fueron realizados por las investigadoras tomando en cuenta el modelo de Donabedian. Los resultados mostraron que en el área de la identificación y distribución de los espacios para la atención de enfermería fue de tipo regular. En cuanto a la satisfacción del usuario, en la dimensión fiabilidad, los participantes se ubicaron en la categoría regular. En capacidad de respuesta recibida por el personal, se halló un nivel regular (el 52% manifestó recibir un servicio rápido). Finalmente, en cuanto a empatía, los participantes se ubicaron en una categoría regular (el 50% del personal de enfermería se preocupa por los mejores intereses del paciente).

## **1.2. Antecedentes nacionales.**

Morocco (2018) realizó un estudio en Puno: Perú: *“Calidad de atención de enfermería desde la percepción del paciente adulto y adulto mayor, hospital regional Manuel Núñez Butrón”*. El estudio fue de tipo descriptivo, comparativo y de corte transversal y no experimental. La muestra fue de 100 pacientes, para los datos se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento fue el cuestionario estructurado que mide calidad desde la percepción del paciente, considerando las

dimensiones: técnica, humana y entorno. Los resultados fueron: la calidad de atención de enfermería según la percepción de la mayoría de pacientes adulto y adulto mayor fue regular en un 78% y 74%, respectivamente. La comparación de la percepción de la calidad de atención de enfermería, indica en pacientes adultos una media de 27.82 puntos; en el grupo de adulto mayor 28.94 puntos, no existiendo diferencia estadística entre ambos grupos ( $p=0.102$ ).

Sifuentes (2016) ejecutó un estudio en Trujillo: Perú: “*Satisfacción del usuario y calidad del cuidado de enfermería en el servicio de cirugía hospital regional docente de Trujillo*”. El estudio fue de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 194 usuarios hospitalizados. Se utilizó dos instrumentos para la recolección de datos: la escala de satisfacción del usuario y calidad de cuidado basado en el enfoque teórico Donabedian. En los resultados se evidenció que el mayor porcentaje (51 %) de los usuarios hospitalarios presentó un nivel poco satisfactorio de la calidad del cuidado de enfermería; el 27.8 % tiene un nivel satisfactorio del cuidado; solo el 5.2 % tiene un nivel muy satisfactorio y un 16% presentó insatisfacción del cuidado de enfermería. La mayoría de los usuarios hospitalizados (72.2%) refiere una calidad de cuidado de enfermería regular; el 17.0%, buena calidad; y el 10.8%, mala calidad de cuidado. En conclusión, se presenta que sí existe relación significativa entre el nivel de satisfacción del usuario y la calidad de cuidado de enfermería.

Guerrero, Meneces y De la Cruz (2015) elaboraron un estudio en Perú, titulado “*Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión*”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población total estuvo

conformada 46 profesionales de enfermería que laboran en los servicios de medicina. El instrumento utilizado fue el cuestionario: “Escala en la medición del cuidado humano transpersonal basado en la teoría de Jean Watson”. Se obtuvo que el 52% de los enfermeros presentó un cuidado humano regular; mientras que el 26% fue alto. En la dimensión satisfacción de necesidades, el 59% fue regular, mientras que el 30%, alto; en la dimensión autocuidado de la profesional se encontró que el 57% alcanzó un nivel regular, mientras que el 24% bajo. En la dimensión espirituales, el 87% presentó un nivel regular y solo un 4% bajo. El cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua.

Melgar y Estuco (2014) elaboraron un estudio en Arequipa: Perú, titulado *“Relación de espiritualidad y escala de valores de la enfermera con la percepción del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Honorio Delgado”*. El estudio fue de enfoque descriptivo-correlacional y de corte transversal. La población total estuvo conformada 23 profesionales de enfermeras especialistas en emergencias y 150 pacientes. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Espiritualidad de N. Parsian y T. Dunning y el Cuestionario de la Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería. Se obtuvo que la relación de Espiritualidad de la Enfermera con la percepción del paciente, se evidenció que presentaron un nivel de percepción nunca, las espiritualidades de la enfermera hallada fueron de 91%. Los pacientes que tuvieron una percepción de casi siempre, se observaron en ellos un promedio de la espiritualidad de la enfermera de 96%. Los pacientes que tuvieron percepción de algunas veces, el promedio de espiritualidad de la enfermera alcanzó un promedio de 93%.

Finalmente, los pacientes cuya percepción fue de siempre presentan la espiritualidad promedio de la enfermera: 95%.

Monchon y Montoya (2014) realizaron un estudio en Chiclayo: Perú, titulado “*Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-EsSalud*”. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, la muestra fue aleatoria simple, constituida por 329 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta Servqual modificada, validada a través de una prueba piloto, siendo el Alfa de Cronbach de 0,76. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los usuarios afirma que el nivel de calidad del servicio es bajo; el 30,18% lo califica: nivel de calidad medio; y el 5,64%: nivel de calidad alto. Se concluyó que el nivel de calidad del cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo.

## **2. Marco bíblico filosófico**

En este apartado se presenta el fundamento teórico desde la perspectiva filosófica y cristiana.

El bienestar espiritual es una característica importante en la práctica profesional de los enfermeros. La biblia menciona que las personas quienes ponen en primer lugar las cosas espirituales (1 Corintios 9:11), serán personas que compartan el amor fraternal con sus prójimos o pacientes (1 Pedro 3:8). La espiritualidad verdadera se obtiene mediante la fe. Si las acciones de una persona no espiritual son erradas o equivocadas, así también como profesional de la enfermería serán negligentes y carentes de amor a sus pacientes (1 Corintios 2:14). Asimismo, la biblia menciona que la espiritualidad permite a una persona entender y discernir la necesidad de su prójimo, o en el caso del enfermero la

necesidad del paciente (1 Corintios 2:13). Por tanto, el bienestar espiritual en el enfermero es importante, porque permite tener una mayor sensibilidad en el cuidado, compromiso, respeto y paciencia con el paciente (1 Pedro 2:5).

La enfermería se diferencia de las otras carreras por su integridad, servicio abnegado y por promover el bienestar espiritual en sus pacientes. Para que la práctica del enfermero pueda realizarse correctamente y con amabilidad, es necesario la ayuda y guía de Dios (Colosenses 1:9). La profesión de enfermería se basa sobre el cuidado y amor desinteresado, estas cualidades constituyen un don que proviene de Dios (Romanos 1:11).

Por otro lado, Elena G de White, sobre la importancia del bienestar espiritual en los estudiantes de enfermería, sostiene que “al preparar obreros que cuiden de los enfermos, incúlquese en el estudiante el pensamiento de que su objeto más elevado debe ser siempre atender el bienestar espiritual de los pacientes” (White, 1932).

Asimismo, White refiere que “los enfermeros tengan siempre estas palabras: somos colaboradores de Dios. En este tiempo, cuando el pecado prevalece tanto y se revela en forma tan violenta, ¡cuán importante es que nuestros sanatorios funcionen de tal manera que cumplan su objetivo en proveer el máximo bienestar” (White, 1905). También White menciona que cada “enfermera debiera ser un canal portador de bendición, debiera recibir luz de lo alto y dejarla brillar para que otros la vean. Los obreros no deben conformarse con las exhibiciones a la moda de los que acuden al sanatorio en busca de tratamiento, sino que deben consagrarse a Dios. La atmósfera que rodea sus almas debe tener un sabor de vida para vida. Las tentaciones los asaltarán por todos lados, pero ellos deben



pedir la presencia y la dirección de Dios” (White, 1895). Finalmente, White da a conocer que “mientras las enfermeras ministran pacientemente a los enfermos del cuerpo y alma, que pidan a Dios que intervenga a favor de los dolientes a fin de que sean guiados a conocer a Cristo y creer que sus oraciones serán respondidas” (White, 1905).

Quienes cuidan a los enfermos deben comprender la importancia de una debida atención a las leyes de la salud. En ninguna parte es la obediencia a dichas leyes tan importante como en el cuarto del enfermo. En ninguna otra circunstancia depende tanto la fidelidad en las cosas pequeñas como al atender a los enfermos. En caso de enfermedad grave, un pequeño descuido, una leve negligencia en el modo de considerar las necesidades o los peligros especiales del paciente, una señal de temor, de agitación o de impaciencia, y hasta una falta de simpatía, pueden dejar entre la vida o la muerte, y hacer descender a la tumba a un paciente que, de haberse procedido de otro modo, hubiera podido reponerse (White, 1909).

La eficiencia de quien cuida a los enfermos depende, en buena parte, de su vigor físico. Cuanto mejor sea su salud, mejor podrá aguantar la tensión requerida para atender a los enfermos, y mejor podrá desempeñar sus deberes. Quienes cuidan a los enfermos deben prestar atención al régimen alimenticio, aseo, aire puro y ejercicio. Un cuidado semejante de la familia la habilita también para soportar la carga suplementaria que le es impuesta y le ayudará a asegurarse de contraer enfermedades (White, 1909).

En los sanitarios y hospitales, donde los enfermeros tratan de continuo con numerosos pacientes, se requiere esfuerzos decididos para guardar siempre un

semblante agradable y alegre, y dar prueba de cuidados considerando en palabras y actos. En dichos establecimientos es de mayor importancia que los enfermeros procuren desempeñar un trabajo juicioso y a la perfección, es preciso que recuerden siempre que al desempeñar sus tareas diarias están sirviendo al Señor (White, 1909).

El enfermero cristiano, que aplica el tratamiento para la restauración de la salud, dirige con gusto y con éxito la mente del paciente hacia Cristo, quien cura el alma tanto como el cuerpo. La idea de que el enfermero presenta ejercerá poco a poco su influencia. Los enfermeros de más edad no deben desperdiciar ninguna oportunidad para llamar la atención de los enfermos hacia Cristo. Deben estar siempre dispuestos a combinar la curación espiritual con la física (White, 1909).

White (1961) unifica los conceptos de espiritualidad con la capacidad de sobreponerse a las dificultades: “Permaneciendo en el amor de Dios, puedes soportar toda prueba. Solo la justicia de Cristo puede darte poder para resistir a la marea del mal que arrasa al mundo. Introduce fe en tu experiencia. La fe alivia toda carga y todo cansancio. Si confías de continuo en Dios, podrás comprender las providencias que te resultan ahora misteriosas. Recorre por la fe la senda que él te traza. Tendrás pruebas, pero sigue avanzando. Esto fortalecerá tu fe, y te preparará para servir. Los anales de la historia sagrada fueron escritos, no simplemente para que los leamos y nos maravillamos, sino para que obre en nosotros la misma fe que obró en los antiguos siervos de Dios. El Señor obrará ahora de una manera que no será menos notable doquiera haya corazones llenos de fe para ser instrumentos de su poder” (p. 129-130). Asimismo, esta escritora recomienda que solamente “al dar vuestra voluntad a Cristo, nos unió con el

poder que está sobre todo principado y potestad. Tendréis fortaleza de lo alto para sosteneros firmes, y rindiéndoos así constantemente a Dios seréis fortalecidos para vivir una vida nueva” (White, 1961, p.43.). Siempre el deseo de Dios es que el ser humano pueda desarrollarse lo más que se pueda, a pesar de las dificultades (White, 1961).

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Bienestar espiritual.**

##### **3.1.1. Definiciones.**

Watson (1989, citado por Mesquita 2014) sostiene que el bienestar espiritual se refiere a la afirmación de la vida en las distintas facetas, en relación con Dios, consigo mismo y con los otros, posibilitando encontrar significado y propósito a la vida.

Sánchez (2009) refiere que el bienestar espiritual es el estado general de salud espiritual y se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior).

Morales y Ojeda (2014) definen que el bienestar espiritual es parte integral del ser humano caracterizado por el significado de la vida y la esperanza. Asimismo, indican que el bie

nestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo y con los otros. Es la posibilidad de encontrar un significado y un propósito a la vida. Se caracteriza por una armonía interna y sentimientos de satisfacción.

Para Ellison, el bienestar espiritual es como un sentido de armonía interna, impulsado por la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior (Sánchez, 2009).

### **3.1.2 Dimensiones de bienestar espiritual.**

#### *3.1.2.1 Bienestar religioso.*

(Paloutzian y Ellison, citado por Quiceno y Vinaccia 2009) El bienestar religioso se refiere a una autoevaluación de la relación de uno mismo con Dios

Según Quiceno y Vinaccia (2009), el bienestar religioso es la comunión y acciones hacia Dios, como referencia a la autoevaluación de la relación de la persona con Dios.

Según González (2004), “las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud desde mitad del siglo XX y sobre todo en el último decenio, existiendo una amplia lista de trabajos en diferentes publicaciones en la cual incluyen variados aspectos, que toman desde la evolución positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones de salud”.

Así mismo, González (2004) afirma que “en el quehacer profesional de los trabajadores de salud, debe de aceptarse el hecho de la ausencia o presencia de las creencias religiosas en las personas sobre las cuales se ejercen las funciones de promoción y prevención de salud”, ya que muchas de las investigaciones tienen en cuenta como variable independiente, “la asistencia a los servicios religiosos, a través de la cual se explican los beneficios que se observan sobre la salud (sobre todo en lo que a morbilidad y mortalidad menor se refiere) al

compararlos con aquellas personas que no van o que acuden con menos frecuencia”.

### *3.1.2.2 Bienestar existencial.*

(Paloutzian y Ellison, citado por Quiceno y Vinaccia 2009) el bienestar existencial se refiere a una autoevaluación del sentido de vida y la satisfacción de vida

Según Quiceno y Vinaccia (2009), el bienestar existencial hace referencia a la autoevaluación del sentido del propósito y la satisfacción con la vida, como vemos nuestra existencia actual.

Navas y Villegas (2006) refieren que el bienestar existencial que producen se asocian a la adquisición de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y a una mejor respuesta inmune, hecho demostrado en las investigaciones realizadas acerca del efecto de la experiencia espiritual sobre el sistema nervioso, y existen varias maneras de lograr el bienestar existencial, ya sea enriqueciendo las creencias religiosas o promoviendo la espiritualidad mediante la práctica de la meditación, ejercicios respiratorios y de visualización y/o las disciplinas orientales. Determinaron que existen varias maneras de lograr el bienestar existencial, ya sea enriqueciendo las creencias religiosas o promoviendo la espiritualidad mediante la práctica de la meditación, ejercicios respiratorios y de visualización y/o las disciplinas.

### **3.1.4. Espiritualidad.**

Gallegos y Hernández (2008) refieren que la espiritualidad es un componente innato del ser humano que le motiva y le permite otorgarle un sentido

a la vida al preguntarse sobre el origen, su identidad y bienestar espiritual; fortalece las capacidades de adaptación de las diferentes situaciones vitales. Del mismo modo. Zavala, Vázquez y Whetsell (2006 citado por Chambilla 2011) afirman que la espiritualidad es una inclinación para encontrar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor, que trasciende el yo y lo fortalece; por tanto, existen diferencias en las respuestas adaptativas tanto conductuales como fisiológicas, en los momentos de ansiedad del individuo.

Arias et al. (2013) definieron que la palabra espiritualidad proviene del latín “espíritu” (*pneûma* en griego) que significa respiración; es decir, vitalidad, y en cuanto a la relación con el alma, se refiere a la capacidad de trascendencia. Platón fue el primero en diferenciar el alma del espíritu, refiriéndose al alma como un sustrato etéreo que anima a los seres vivos. Una de las más recientes definiciones, resultado de consenso de expertos, fue promulgada en la Conferencia de Ginebra de 2014, cuya declaración es la siguiente: "La espiritualidad es un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través de la cual las personas buscan un significado, un propósito y una trascendencia últimas y experimentan una relación consigo mismos, con la familia, con los demás, con la comunidad, con la sociedad, con la naturaleza, con lo significativo y con lo sagrado".

Sánchez (2009) refiere que la espiritualidad es un sustantivo abstracto; el espíritu, uno concreto. El espíritu tiene la cualidad de la espiritualidad; es decir, la forma como se vive, el grado de intensidad con que se percibe, la representación que toma. La espiritualidad puede ser la forma como las personas son espirituales, o viven con espíritu.

Para McSherry et al. (2013, citados por Vargas, 2015), la conceptualización de la espiritualidad en la literatura de enfermería adquiere dos formas: una religiosa y otra existencial. La primera se deriva de una tradición histórica y se basa sobre descriptores religiosos y teocéntricos.

Esta forma de espiritualidad es de cierta manera más tangible y observable en indicadores tales como la creencia en un Dios o la práctica de una actividad religiosa formal. Por su parte, la forma existencial ha sido clasificada: “una forma posmoderna” de espiritualidad es muy subjetiva y refleja la preocupación que tiene el individuo por los aspectos de la sociedad material y de las situaciones de la vida. Esta forma de espiritualidad puede tener descriptores de tipo fenomenológico o existencial. Desde este punto de vista, la conceptualización de espiritualidad es multifacética y, por lo tanto, es posible que los individuos puedan identificarse con una o ambas formas de espiritualidad.

Burnard (citado en Cacñahuaray, 2018) reconoce la espiritualidad como una necesidad humana básica en la que es relevante encontrar significado a lo que ocurre. Son las enfermedades y, en especial, las críticas las que permiten reconocer o admitir las necesidades espirituales. También considera que la meditación, la oración y la reconciliación espiritual se constituyen en actividades que permiten el crecimiento espiritual

### ***3.1.5. Espiritualidad y religión.***

Espindula, Martins y Bello (2010) refieren que la espiritualidad y la religión ocurren dentro del contexto de una tradición religiosa explícita; para otros, puede ser como un juego de principios filosóficos o de experiencias significativas. Asimismo, la mayoría de los profesionales de la salud es espiritualista, creen que

la religión es inherente a todo ser humano. Los convictos de sus religiones creen en la protección divina y reconocen la religiosidad como sustento y confort para el paciente y sus familiares, también para que puedan enfrentar la situación de enfermarse.

Por otra parte, el diccionario de la lengua de la Real Academia Española (2014), define la espiritualidad: "perteneciente o relativo al espíritu", que remite a las acepciones de espíritu: "Ser inmaterial y dotado de razón; alma racional; don sobrenatural y gracia particular que Dios suele dar a algunas criaturas; principio generador, carácter íntimo, esencia o sustancia de algo; vigor natural y virtud que alienta y fortifica el cuerpo para obrar; animo, valor, aliento, brío, esfuerzo" (p. 13)

La definición de religión es algo más sencilla que la de espiritualidad, tanto en cuanto ésta se materializa en elementos más comprensibles para las personas.

En cuanto a la religiosidad, Watts (2009, citado por Vargas, 2015) expresa que la espiritualidad es algo mucho más amplio que la religión y aunque esta es un componente importante de la espiritualidad, la persona puede expresar o no su espiritualidad a través de ella.

### *3.1.5.1 Diferencias entre espiritualidad y la religión.*

Según Sánchez (2009), la espiritualidad es aquella parte del ser humano que encuentra significado a través de conexiones intra-inter-y transpersonales. La religión puede ser vista como un puente a la espiritualidad que fomenta formas de pensamiento, sentimientos y comportamientos que ayudan a la gente a experimentar este sentido de significado.



La práctica religiosa es también una forma como los individuos, con frecuencia en el contexto de compartir una orientación junto a otros, expresan su espiritualidad. Las expresiones de espiritualidad, sin embargo, no se restringen a las prácticas religiosas. Es importante reconocer que los seres humanos, como quiera que seleccionen expresar su espiritualidad, son seres espirituales; es decir, que aún aquellos quienes no se perciben como religiosos, como humanos, buscan significado.

En resumen, la espiritualidad es un concepto más amplio que la religiosidad, aunque la religión puede ser una expresión de espiritualidad. Sin embargo, la dimensión espiritual de la persona puede estar totalmente desvinculada de la religión y no ser expresada como una práctica religiosa.

Para Ellison (citado por Noguera, 2016), el nivel de bienestar espiritual es la interrelación de dos dimensiones, la vertical (base) y la horizontal, es decir que una vinculación efectiva con Dios (vertical) tendrá como consecuencia buenas relaciones con su prójimo y consigo mismo (horizontal), brindando armonía interna a partir de estas dos dimensiones, brindando un sentido de satisfacción y propósito de vida.

### ***3.1.6 Espiritualidad y salud.***

Navas y Villegas (2006) determinan que la espiritualidad está asociada con una mejor salud y calidad de vida; asimismo, con una menor propensión al suicidio, incluso en pacientes terminales. Está reportado cómo puede tener un profundo efecto en los niveles de ansiedad y de depresión, y en la velocidad de recuperación. De esta manera, la espiritualidad puede convertirse en una

poderosa fuente de fortaleza promoviendo la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad. La espiritualidad favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, lo que se asocia a un menor riesgo de enfermedades y a una actitud diferente cuando se pierde la salud, se justifica plenamente su uso en los programas de apoyo psicosocial dirigidos al tratamiento de enfermedades crónicas y de alto riesgo.

### **3.1.7 Necesidades espirituales.**

Según Taylor (2002, citado por Lunasco, 2015), la necesidad espiritual es como la necesidad de mantener, aumentar o recuperar las creencias propias y cumplir las obligaciones religiosas que conllevan a trascendente que eleva al hombre por encima de sí mismo a una relación de creencia y fe con un poder superior.

Por otra parte, Sánchez (2009) define la necesidad espiritual como el anhelo de tener significado, amor e interrelaciones y perdón. Como cualquier factor necesario para establecer o mantener la dinámica de relación personal con Dios (tal como sea definido por el individuo) y fuera de esa relación la experiencia del perdón, del amor, de la esperanza, de la confianza y del significado y propósito en la vida.

Las necesidades espirituales incluyen tener sentido y propósito, recibir amor, dar amor y tener esperanza y creatividad y éstas se satisfacen a través de la relación con Dios. La relación del individuo con Dios (como cada cual lo defina) es central y, a partir de ella, se definen las experiencias de tener significado y propósito en la vida, esperanza, confianza y fe en alguien fuera de sí mismo. Por

lo siguiente analizó la satisfacción de las necesidades espirituales durante la institucionalización de personas previamente hospitalizadas y sus familias, se identificaron las necesidades espirituales el confort, la compañía, la conversación, el consuelo y la necesidad de contar con una figura representativa como un pastor o sacerdote. Para aquéllos sin un credo explícito, la necesidad fundamental que expresaron fue que al menos les preguntaran sus preferencias religiosas o espirituales y que le contactaran a la persona solicitada (Sánchez, 2009).

Asimismo, Caro (2004) sostiene que la espiritualidad es una creencia basada en un poder superior, una fuerza creativa que busca el crecimiento moral o intelectual. Así mismo, refiere que la formación del profesional de la salud debe estar comprometida con una educación en valores, que le ayude a construir e integrar el conocimiento, lo ético y lo moral en el desarrollo de su ejercicio profesional. La relación interpersonal que establecen con los pacientes en diferentes momentos de las prácticas, es una oportunidad para el desarrollo de actitudes de intercambio y de diálogo, que debe ir más allá de las medidas diagnósticas y los fármacos, y el escuchar al enfermo se convierte en terapia eficaz, lo cual fortalece la relación de ayuda que tanto buscan para superar la enfermedad.

Además Caro recalca que en la relación terapéutica establecida con los pacientes es importante que ambos actores entiendan qué es lo que quieren uno del otro, y ello comienza desde el momento de realizar la historia clínica, que como documento tiene importancia manifiesta en el proceso de evaluar el significado de la enfermedad. Y por eso, desde la recolección de la información no debe dejarse por fuera parámetros sobre valores, preferencias y necesidades del

paciente, especialmente de ayuda emocional, de educación y lo que hace referencia a las necesidades espirituales (Caro, 2004).

Según Rolheiser (2003), todos tienen una espiritualidad, lo quieran o no, sean o no religiosos, ya que ésta es la que da forma a nuestras acciones (citado por Hidalgo, 2017).

### **3.1.8. Beneficios de la espiritualidad.**

Arias et al. (2013) indican que la espiritualidad produce estados afectivos; por ejemplo, el altruismo, el amor y el perdón; los cuales tienen un efecto significativo en las relaciones del individuo consigo mismo, con las otras personas, con la naturaleza y con Dios.

Por otro lado, Martínez, Méndez y Ballesteros (2004 citado por Hidalgo, 2016)) refieren que la espiritualidad implica conceptos como significado, totalidad, trascendencia, conexión, gozo y paz, que pueden o no requerir la integración en una organización religiosa. Además Fischman (2010) refiere que diversos estudios sugieren que las personas religiosas y espirituales desarrollan más claramente un propósito de vida.

### **3.1.9. Bienestar espiritual en enfermería.**

La actitud que tienen los profesionales hacia la espiritualidad se ha relacionado con el bienestar espiritual de los pacientes, mostrando un bienestar significativamente mejor en pacientes atendidos por profesionales con buena

actitud hacia la espiritualidad y por aquellas que tenían competencias relacionadas (Azarsa et al., 2015).

Este hecho plantea la subsiguiente reflexión: la valoración y cuidados espirituales podrían entenderse como algo más que una herramienta para el abordaje integral del paciente, sino también para la introspección y el crecimiento humano del propio profesional. A este respecto, podría considerarse como aspecto de interés conocer cómo las convicciones de los profesionales influyen sobre la forma de administrar los cuidados espirituales, tanto para el paciente como para ellos mismos. Un porcentaje importante de enfermeras comparten con los pacientes su forma de espiritualidad o convicción religiosa concreta y esto supone a las profesionales una experiencia que refuerza sus propias convicciones (Wittenberg, Goldsmith, Ferrell y Ragan, 2016).

### ***3.1.10. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería.***

Quintero (2000) refiere que el cuidado del paciente es un arte y una ciencia, por lo cual requiere conocimientos, comportamientos y actitudes, las intervenciones de enfermería establecen relaciones de afecto, confianza y seguridad. Asimismo, el contacto físico: apretar la mano, abrazar y acoger al otro amorosamente, son manifestaciones de afecto y ternura. Con esto la persona recibe sentimientos de confianza, apoyo y seguridad que hacen posible afrontar las crisis del momento.

El cuidado está en función de las creencias, costumbres, valores y actitudes del pasado. Vivimos un presente cultural en que las palabras: afecto, ternura,

amor y espiritualidad aparecen desde distintas ópticas y planteamientos que nos llevan a una reflexión de nuestro ser y quehacer cotidiano (Quintero, 2000).

La espiritualidad es una dimensión formada por valores y creencias, incluyendo en ella la religión. La espiritualidad busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. Asimismo, la espiritualidad en determinadas circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia, como cuando la persona enfrenta la enfermedad y la muerte. La enfermedad y la muerte proporcionan una crisis sobre el significado de la vida, determinando interrogantes sobre las creencias espirituales y religiosas, es lo que se conoce como "estrés espiritual", evidenciado por situaciones de crisis y de conflicto, por la búsqueda del sentido del dolor, del sufrimiento, de las pérdidas y de la muerte (Quintero, 2000).

También la espiritualidad es un componente importante para el afecto que brinda el enfermero en la atención. El dolor y el sufrimiento se asocian con la enfermedad y la hospitalización, circunstancias en que la persona se encierra en sí misma en un ambiente no familiar; genera sentimientos de miedo y desconfianza, donde el dolor y la soledad terminan por aislar a la persona. Hay un gran miedo a no ser escuchado, a no poder expresar los sentimientos y temores. Es aquí donde la enfermera debe asegurar la confianza y el bienestar a través del cuidado, creando una atmósfera de afectividad y empatía donde el paciente sienta confianza y logre exteriorizar sus necesidades espirituales; debe estar "ahí" en el momento indicado, escuchar, tender una mano, demostrando preocupación y deseo de ayudar. La enfermera comprometida en este abordaje dispone el tiempo

y la actitud necesarios para reafirmar su propia perspectiva espiritual. Deberá fortalecer y buscar ayuda para renovar su espiritualidad.

A continuación, se presenta algunos supuestos o creencias sobre la espiritualidad en la práctica profesional.

- La creencia de que los asuntos espirituales no son competencia de la profesión. "Para eso está el sacerdote".
- La persona se siente incómoda compartiendo con la enfermera sus necesidades espirituales.
- La formación científica y tecnológica de la enfermera no da espacios para lo espiritual.
- En el cuidado de enfermería no hay tiempo para abordar estas dimensiones.

La enfermería ha de centrar su quehacer en la perspectiva del afecto y la ternura cuidando intuitiva y amorosamente a otros. Por tanto, el cuidado como una forma de amar, posibilita la expresión de sentimientos y emociones traducidos en un hacer (Quintero, 2000). El ser humano es esencialmente un ser afectivo y espiritual. Un ser trascendente. La enfermería, si pretende brindar un cuidado holístico, debe partir de la perspectiva de integralidad del ser, creando vínculos en cada una de sus acciones de cuidado (Quintero, 2000).

## **3.2 Calidad de atención.**

### **3.2.1. Calidad.**

La Real Academia Española (2014) atribuye la palabra calidad del latín *qualitasatis*, y esta del griego *ποιότης* significa superioridad o excelencia. A partir

de esto, se entiende por calidad el trabajo realizado de manera prolija y que cumple con los objetivos para los que estaba diseñado.

Tito y Dávila (2007) refieren que la Organización Mundial de la Salud define calidad: "Un alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el paciente, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de éste y produciendo un impacto final positivo en salud" (p. 14). Además, Vanormalingen enmarca el concepto de calidad en salud en cinco elementos fundamentales: "excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud" (p. 3).

Silva et al. (2015) citaron a la Organización mundial de la Salud, que define calidad: "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima; se deberá tener en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente". Además, Ortiz (citado por Sifuentes 2016) describe el término calidad, como la adecuación con que se llevan a cabo las acciones de salud, y que se obtiene mediante la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad (p. 20)

Bejerez et al. (2012) refieren que Donabedian define la calidad: "la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario" (p. 3). También lo define: "aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus



partes” (p.13). Por eso la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1999) centra su definición de calidad: es la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario o cliente (Aranguren, 2004).

Finalmente, Olarte y Daza de Caballero (citados por Aragón 2015) advierten que “el término de calidad aplicado en el área de la salud, encierra una manera particular que permite comprar, evaluar, y por lo tanto establecer mejoras en las practicas relacionadas con la prestación de servicios en salud” (p.19).

### **3.2.2 Calidad de atención de enfermería.**

Romero (2008) refiere que Donavedian define la calidad de atención de enfermería: “consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional sus riesgos”. Además, “la calidad de la atención es el encuentro paciente-proveedor, como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente” (p.13 y 14).

Marriner (citado por Sifuentes 2016) refiere que Henderson definió la calidad de Atención de Enfermería: la consecución de conjuntos de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente. Para que se obtenga una calidad de asistencia sanitaria se debe brindar los recursos humanos necesarios y materiales en buen estado; además con un costo más razonable, así lograr la máxima satisfacción del usuario. Asimismo, O`Brien refiere que el profesional de enfermería debe tener un proceso dinámico para que pueda responder a las necesidades cambiantes de los usuarios, de acuerdo con sus hábitos,

costumbres, listado de salud; además es importante el tipo de tecnología que ha de utilizarse para su tratamiento.

### **3.2.3. Calidad de cuidado de enfermería.**

Marriner (citado por Sifuentes, 2016) afirma para que el personal de enfermería pueda brindar un cuidado de calidad debe entender que la persona es "un ser en el mundo", se esfuerza en actualizar la relación entre estas tres esferas (alma, cuerpo y espíritu) para conseguir la armonía, por eso la enfermera ha de tener en cuenta en todo sentido del ser humano cuando está brindando su cuidado y conocimiento. Además, Watson se basa en el existencialismo, sostiene que el amor incondicional y los cuidados son esenciales para la supervivencia, se centra en las relaciones transpersonales de la persona. Asimismo, Bustamante asienta que el cuidado es un estado humano o "modo humano de ser", un imperativo moral e ideal (respetar la dignidad del usuario), afecto (involucrarse en las expresiones de sus emociones), interrelación personal y una intervención profesional de enfermería (Claros, 2018).

Para otra parte, Romero (2002) define la calidad del cuidado: "El proceso estratégico mediante el cual el profesional de enfermería controla y procura tener las mejores condiciones para brindar una ayuda eficiente en términos de oportunidad, uso adecuado de los recursos y efectividad, que produzca un impacto deseado en los receptores del cuidado y lograr su aceptación" (Sifuentes 2016, p. 21 y 22). Sin embargo, el Colegio de Enfermeros del Perú define el cuidado de enfermería: "El conjunto de funciones que desarrolla la enfermera en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientadas a comprender a la persona usuaria

en el entorno en el que se desenvuelve, y se interviene en la prevención, curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud enfermedad” (Silva et al, 2015, p. 82). Además, Marriner (2011) considera la calidad de cuidado de enfermería: el conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente del nivel de salud que fue quebrantado (Sifuentes, 2016).

Por su parte, Pinto (2010, citado por Sifuentes, 2016) menciona: “El cuidado en ayudar a alguien a alcanzar el crecimiento personal, es el valor que se siente por la otra persona, promueve la autorrelación del que da el cuidado. El que brinda el cuidado, determina la dirección del crecimiento de quien es cuidado, se debe conocer los poderes y limitaciones, las necesidades y lo conducente al crecimiento del otro” (p.18).

Finalmente, Kozier (2013, citado por Sifuentes, 2016) refiere que, para que el personal de enfermería pueda alcanzar el resultado esperado de los objetivos del usuario, van a depender de su estado de salud, los cuidados que se le proporcione y, por ende, de las necesidades que manifieste: terapéutica, movilización, higiene y confort, alimentación, entre otros. También para Ibarra (1999) dependerá del trato humanizado que el personal de enfermería pueda brindar cuidados con una actitud amistosa, sensible, afectuosa y amable hacia el usuario.

#### **3.2.4. Dimensiones de la calidad de atención.**

Donabedian (1980, citado por Ramirez y Zuta, 2014), considerado el padre de la calidad de atención en salud, propone tres dimensiones: los aspectos

técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención.

Aquellas dimensiones se dividen:

a) *Dimensión técnico-científica*. Referida a los aspectos científicos técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

- Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población.
- Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas
- Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados
- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
- Seguridad, la forma como se prestan los servicios de salud, determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.
- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.

b). *Dimensión humana*. Referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.

- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.

c) *Dimensión del Entorno.* Referida a las facilidades que la institución dispone, para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio. La calidad de los servicios de enfermería se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable.

### **3.2.5. Atributos del cuidado de enfermería.**

Según el Colegio del Enfermeros del Perú (2008), diversos atributos del cuidado de enfermería, que a continuación se detalla (Ramírez y Zuta 2014, p. 27, 28):

- Constituye la esencia de la profesión, pero con una mirada global se debe considerar un medio para lograr un fin que es propender a la salud de las personas.

- Se basa en el respeto a las personas.
- Es intencional, es planificado, es dirigido.
- Es un proceso, tiene etapas.
- Relacional, es un proceso interpersonal.
- Su carácter es personal ya que implica una interacción profesional.
- Competente, requiere preparación profesional.
- Se da en un contexto, no es aislado.
- Se mueve en una continua salud – enfermedad

### **3.2.6. Calidad de atención en los servicios de salud.**

La Organización Mundial de la Salud (2009) refiere que hoy en día una prioridad a nivel mundial y en todos los niveles asistenciales, la calidad y seguridad debe garantizar que la atención que se proporciona a los usuarios reúne los estándares internacionales de calidad y los protege de riesgos inherentes al sistema de salud, es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en el área de la salud (Moreno 2013).

La calidad de atención en los servicios de salud es avalada por la Ley N° 26842 Ley General de Salud (1997) en el Título I, artículo 2 donde establece que “toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud

cumplan con los estándares; de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales” (Aragón, 2015, p. 2).

Para el Colegio de enfermeros del Perú (citado por Aragón, 2015), el personal de enfermería debe tener en claro que “la calidad del servicio en enfermería es la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que debe brindar de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable” (p.25). Además, Tigani (citado por Cárdenas, Cobeñas y García, 2017) recalca que “la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud, es responsabilidad de la enfermera, ya que está en contacto por más tiempo con el usuario y la atención es directa, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los usuarios, mediante la atención oportuna, un trato amable, empatía y buena comunicación con el paciente” (p. 15).

Marriner (citado por Sifuentes, 2016) refiere que la calidad de la asistencia sanitaria que brinda el personal de enfermería, debe ser adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales que dispone y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales con un costo más razonable.

### ***3.2.7. Percepción sobre la calidad de atención.***

La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para tener conciencia de lo que le rodea (Rivera

y Triana, 2007) Asimismo, Neisser (citado por Romero, 2008) la conceptualiza: “Un proceso activo-constructivo donde la persona antes de procesar una nueva información y con las experiencias vividas construye un esquema informativo anticipatorio, lo que permite aceptar o rechazar el estímulo” (p. 21).

Whittaker afirma que la percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros (Romero, 2008).

La calidad es la percepción que el cliente y/o su familia tienen de un producto o servicio que permiten determinar en qué grado un producto o servicio satisface las necesidades del consumidor (Monchon y Montoya, 2014).

Donabedian (citado por Acero, 2017) refiere que la percepción del paciente hospitalizado puede ser evaluada mediante 3 componentes:

- Técnico, conjunto de elementos que forman parte del proceso de prestación de servicios de salud, de acuerdo con los avances científicos de asistencia que se presta
- Interpersonal, entre el profesional y el paciente con respeto a sus derechos, información completa con amabilidad y ética.
- Confort, condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud durante su estancia hospitalaria.

Por otro lado, el profesional de enfermería competente debe conocer la esencia de la profesión y poseer actitud de empatía, amabilidad, respeto a la persona humana (atención de sus necesidades afectivas), paciencia y buena



comunicación de acuerdo con la capacidad de comprensión del paciente, pero debe ser consciente de las implicancias psicológicas, de las reacciones más frecuentes y específicas de cada enfermedad, de los problemas éticos asociados a muchas situaciones y de sus consecuencias legales, sociales y morales durante los cuidados al paciente (Mamani 2017).

### **3.3. Modelos teóricos de la investigación.**

#### **3.3.1. Teoría del cuidado transpersonal según Watson.**

Watson nació en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940, es Licenciada en Enfermería con una Maestría de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, y posteriormente realiza un Doctorado en Psicología de la Educación y Consejería. En 1979, Watson publica su primer libro de enfermería: *The philosophy and science of caring* (La filosofía y ciencia de los cuidados). Una teoría de Enfermería en 1985, reimpresso en los años 1988 y 1999. Por lo que se asume que Jean Watson sustenta su trabajo en desarrollar una base moral y filosófica significativa en la labor del personal de enfermería, su teoría del ejercicio profesional de la enfermería se basa en los 10 factores asistenciales, estos factores pueden definirse como la satisfacción que se recibe al prestar ayuda, al realizar el trabajo con calidad y que el paciente esté satisfecho de la labor, cuya finalidad será lograr su máximo bienestar (Quicaño, 2018).

Watson (citado por Poblete y Valenzuela, 2007) refiere que el cuidado humano se basa en la reciprocidad y tiene calidad única y autentica. La enfermería es llamada a ayudar al paciente para aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera

sea científica, académica y clínica, sino también un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos (p. 501).

Watson (citado por Salazar, 2016) refiere que “la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (p. 24).

Watson en su escrito “Filosofía y Teoría del cuidado transpersonal” da mayor énfasis a las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez; así mismo, señala que la enfermería debe basarse sobre los diez factores del cuidado, así como lo afirman Marriner y Raile (2007):

- Formación de un sistema humanístico-altruista de valores: práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.
- Inculcación de la fe-esperanza: estar auténticamente presente, permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.
- Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás: el cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonales más allá del ego.
- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos

- y negativos como conexión con el espíritu más profundo y como uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso del cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.
  - Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal: participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentado mantenerse dentro del marco de referencia del otro.
  - Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien).
  - Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu-salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.
  - Permisi6n de fuerzas existencias-fenomenol6gicas: abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.

### *3.3.1.2 Principales supuestos.*

Watson (1979) nombra los principales supuestos de la ciencia del cuidado en enfermería:

- El cuidado solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidado que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no solo como es, sino como la persona pueda llegar a ser.
- Un entorno del cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud genética” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así, pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermera.

Watson (citado por Epifania y Vasquez, 2017) sostiene que el cuidado enfermero debe ser humano, quien involucre valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado hacia el paciente. Conceptualizando al cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente), la cual se caracterice por proteger, realzar, y conservar la dignidad, la humanidad, la integridad y la armonía

interior de la persona o paciente. Además, según la teoría de Watson, las enfermeras que trabajan en un hospital deberían tener un compromiso total, así podrán brindar un trato humanizado, no solo brindar cuidados físicos, sino también en lo espiritual, ya que es una manera de restablecer por completo a la persona que acude a los establecimientos de salud.

### ***3.3.2. La teoría de las necesidades humanas según Henderson.***

Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Ella incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. Su modelo se basa en las necesidades básicas humanas y menciona que la función de la enfermera es atender al sano o enfermo, en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas y estas realizadas mediante un plan de cuidados, elaborado de acuerdo con las necesidades detectadas en el paciente. (Condori, 2016).

La teoría de Henderson (citado por Torres, C. y Buitrago, 2011), desde una perspectiva holística, define Enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Cárdenas (citado por Alva y Tirado, 2016) refiere que la enfermera ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible de igual forma, define la salud como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con

las catorce necesidades básicas. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura), y dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), y finalmente, tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

#### *3.3.2.1. Principales Supuestos.*

*Persona.* Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana (Condori, 2016).

*Entorno.* Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados (Condori, 2016).

*Salud.* La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia (Condori, 2016).

### **3.3.3. Teoría de relaciones entre seres humanos**

Travelbee fue la autora de la teoría de relaciones entre seres humanos. Esta teoría está explicada en el libro *Interpersonal Aspects of Nursing* (1966, 1971). Travelbee propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, encontrar un significado para estas experiencias, siendo un intermediario para brindar esperanza. En la teoría se menciona sobre las enfermedades, el sufrimiento, el dolor, la esperanza, la comunicación, la interacción, la empatía, la compasión, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales de la enfermera (Travelbee, 1963-1964). Finalmente, Travelbee pensaba que era importante solidarizarse y empatizarse con el paciente y de esta manera la enfermera y el paciente tenían que desarrollar una relación entre seres humanos.

Travelbee afirmaba que no solo la interacción o interrelación es importante sino también la seguridad o confianza de la enfermera. Todas las profesiones dentro de su ámbito de trabajo permiten tomar decisiones y acciones basadas en el conocimiento que desarrollan durante su etapa de formación, en el caso de la salud, los profesionales deben ser autónomos ya que poseen una cultura propia basada en códigos de ética, normas, lenguaje y comunicación típica relacionada a su campo de acción. Además, la práctica de la enfermera depende del sistema de creencias y valores, que incluye también una búsqueda de conocimientos. Su existencia y la comprensión determina su forma de pensar sobre un fenómeno o situación y su forma de pensar define su manera de actuar (León, 2017).

Travelbee fue explícita en cuanto a la espiritualidad del paciente y la enfermera, observando lo siguiente: “Se piensa que los valores espirituales que mantiene una persona determinaran, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinaran hasta qué grado podrá ayudar a un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones” (Travelbee, 1971, p. 16).

### 3.4 Definición de términos.

- ***Bienestar espiritual.*** Es como un sentido de armonía interna, impulsado por la relación de una persona consigo misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior (Ellison, citado por Salgado, 2012).
- ***Calidad de atención de enfermería.*** Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional sus riesgos (Donavedian, citado por Romero, 2008)
- ***Profesional de enfermería.*** Es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades de cuidado para mantener la salud de los individuos y de la sociedad (Salazar, 2013).



## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **1. Diseño y tipo de investigación**

Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, porque los datos se analizaron estadísticamente. Asimismo, es de diseño no-experimental, ya que no hubo manipulación de variables; es de corte transversal, porque los datos se recolectaron en un solo momento. Finalmente, es de tipo correlacional (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

#### **2. Descripción del lugar de ejecución**

La investigación se realizó en dos hospitales, uno de ellos fue el Hospital de Lima Este-Vitarte ubicado en la Av. Nicolás Ayllon 5880 - ATE/Lima, Perú; cuenta con 240 profesionales de enfermería en los tres turnos, distribuidos en los servicios de medicina, cirugía, pediatría, ginecobstetricia, odontología, nutrición, anestesiología, laboratorio clínico y anatomía patológico, radiología, ecografías y emergencias; atendiendo a 300 pacientes por día.

Asimismo, el Hospital Nivel II Vitarte – EsSalud, ubicado en la Av. San Martín de Porres 265, Ate Vitarte (Km. 6.5 Carretera Central), cuenta con 90 profesionales de enfermería laborando en los tres diferentes turnos; el hospital tiene 25 enfermeras nombradas, 54 contratadas y 11 CAS; distribuidos en los servicios de medicina, cirugía y pediatría, Críticos, unidad de Vigilancia Intensiva, emergencia y centro quirúrgico), intermedios, consulta externa, unidad preventiva. Atendiendo a un aproximado de 500 personas.

### **3. Población muestra**

#### **3.1. Población.**

La población estuvo conformada por 330 profesionales de enfermería y 800 pacientes del hospital Nivel II Vitarte- EsSalud y el hospital de Lima Este-Vitarte, 2018.

#### **3.2 Muestra.**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, de elección por el investigador, utilizando criterios de inclusión y exclusión.

##### **3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.**

###### *3.2.1.1. Inclusión.*

Profesionales de *Enfermería*.

- Profesionales de enfermería que laboran más de seis meses.
- Profesionales de enfermería que participa voluntariamente en el estudio.
- Profesionales de enfermería de ambos sexos.
- Profesionales de enfermería que laboran en los hospitales Nivel II Vitarte  
– Es Salud y Hospital de Vitarte II,
- Profesionales de enfermería que laboran en servicios de cirugía, hospitalización,

*Pacientes.*

- Pacientes que deseen participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes hospitalizados por más de 24 horas.
- Pacientes de ambos sexos.

- Pacientes hospitalizados del servicio de cirugía, medicina interna.

### 3.2.1.2. Exclusión.

#### Profesionales de enfermería

- Profesionales de enfermería que no participa voluntariamente en el estudio.
- Bachilleres en enfermería.
- Profesionales de enfermería que laboran en emergencias.

#### Pacientes.

- Pacientes que no se encuentren lucidos.
- Pacientes que sean analfabetos

De acuerdo a los criterios de selección, la muestra fue de 60 profesionales de enfermería y 180 pacientes, siendo la proporción de tres pacientes por un Profesional de enfermería de los Hospitales Nivel II Vitarte – EsSalud y el hospital de Lima Este-Vitarte.

### 3.2.2. Características de la muestra.

Tabla 1

*Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019*

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	48	80.0%
Masculino	12	20.0%
Estado civil		
Soltero	24	40.0%
Casado	34	56.7%
Divorciado	1	1.7%
Viudo	1	1.7%

Religión		
Adventista	6	10.0%
Católico	47	78.3%
Evangelista	4	6.7%
Otros	3	5.0%
Grado académico		
Licenciado	35	58.3%
Especialización	25	41.7%
Procedencia		
Costa	25	41.7%
Sierra	29	48.3%
Selva	6	10.0%
Empleos		
Solamente en el hospital	59	98.3%
Enfermera a domicilio u en otra clínica	1	1.7%
Institución		
MINSA	30	50.0%
Es Salud	30	50.0%
Edad		
30 a 45 años	41	68.3%
46 a 59 años	19	31.7%
Total	60	100.0%

En la tabla 1 se observa que del 100% de la muestra, el 80% de los profesionales de enfermería son de sexo femenino mientras que el 20% de sexo masculino. Asimismo, el 56.7% de estado civil casado y solo el 3.4 % divorciados y viudos. Por otro lado, el 78.3% de religión católica y el 5.0% de otras religiones. De igual manera, el 58.3% con licenciatura mientras el 41.7% tienen especialidad. Por otra parte, el 48.3% proceden de la sierra y el 10.0% de la selva. Seguidamente, se aprecia que el 98.3% laboran solamente en el hospital y el 1.7% son profesionales de enfermería a domicilio u en otra clínica. De la misma

manera, el 50.0% labora en el MINSA y el 50.0% en EsSalud. Finalmente, el 68.3% oscila entre 30 a 45 años y el 31.7% entre 46 a 59 años

Tabla 2

*Características sociodemográficas de los pacientes en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019*

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	116	64.4%
Masculino	64	35.6%
Estado civil		
Soltero	50	27.8%
Casado	78	43.3%
Divorciado	2	1.1%
Viudo	6	3.3%
Conviviente	44	24.4%
Religión		
Adventista	4	2.2%
Católico	155	86.1%
Evangelista	17	9.4%
Otros	4	2.2%
Grado de instrucción		
Sin estudios	3	1.7%
Primaria	36	20.0%
Secundaria	94	52.2%
Superior técnico	38	21.1%
Superior universitario	9	5.0%
Lugar de procedencia		
Costa	80	44.4%
Sierra	80	44.4%
Selva	20	11.1%
Días hospitalizado		
24 horas	32	17.8%
2 días	52	28.9%
3 días	38	21.1%
4 días a más	58	32.2%
Institución		
MINSA	90	50.0%
ESSALUD	90	50.0%
Edad		
20 a 29 años	22	12.2%

30 a 59 años	90	50.0%
Más de 60 años	68	37.8%
Total	180	100.0%

En la tabla 2 se observa que del 100% de la muestra, el 64.4% de los pacientes son de sexo femenino mientras que el 35.6% de sexo masculino. Asimismo, el 43.3% son de condición casado y el 1.1% son divorciados. Por otro lado, el 86.1% son de religión católica y el 2.2% son adventista. De igual manera, el 52.2% terminó la secundaria, mientras el 1.7% no tiene estudios. Por otra parte, el 44.4% procede de la sierra y el 44.4% de la costa, mientras el 11.1% de la selva. Seguidamente, se observa que el 32.2% fueron hospitalizados por 4 días a más y el 17.8% solo 24 horas. De la misma manera, el 50.0% de pacientes son del MINSA y el otro 50.0% de EsSalud. Finalmente, el 50.0% oscilan entre 30 a 59 años y el 12.2% entre 20 a 29 años.

#### **4. Hipótesis de la investigación**

##### **4.1 Hipótesis general.**

**H1.** Existe relación entre Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

**H0.** No existe relación entre Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

##### **4.2. Hipótesis específica.**

**H1.** Existe relación entre Bienestar religioso y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

**H0.** No existe relación entre Bienestar religioso y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

**H1.** Existe relación entre Bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

**H0.** No existe relación entre Bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

## 5. Identificación de variables

### 5.1. Variables.

- Calidad de atención
- Bienestar espiritual

### 5.2 Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Bienestar espiritual	Para Ellison (1983) el bienestar espiritual es como un sentido de armonía interna, impulsado por la relación de una persona consigo	Manifestación verbal que expresan los enfermeros sobre el bienestar espiritual. Baja (20-40) Moderado (41-99) Alto (100-120 )	Bienestar religioso	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satisfacción en la comunión con Dios.</li> <li>– Confianza en el amor de Dios.</li> <li>– Relación personal con Dios.</li> <li>– Creencia en Dios</li> </ul>	Totalmente de acuerdo (6) Moderadamente de acuerdo (5) De acuerdo (4) En desacuerdo (3) Moderadamente en desacuerdo (2) Totalmente

	<p>misma, con los otros, con el orden natural y con un ser o un poder superior.</p>		<p>Bienestar Existencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentido a la existencia.</li> <li>- Satisfacción con la vida.</li> <li>- Expectativa sobre el futuro.</li> <li>- Propósito de existencial.</li> </ul>	<p>en desacuerdo (1)</p>
--	---	--	------------------------------	--	--------------------------



Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Calidad de atención	Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional sus riesgos (Donavedian, 1980)	Manifestación verbal que expresan los usuarios sobre la satisfacción de la atención que brinda el profesional de enfermería durante la permanencia de su estadía hospitalaria en los Hospital de Lima Este Vitarte y el Hospital EsSalud Nivel II  Bajo (1-40)  Moderado (41-80)  Alto (81 (120)	Técnico científico: Eficiente	Referida al logro de los objetivos en la prestación del Servicio de salud. Ítems: Del 1 al 3	Siempre (4)  Casi siempre (3)  A veces (2)  Nunca (1)
			Técnico Científica: Continuidad	Prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias. Ítems: Del 4 al 9	
			Técnico Científica: Seguridad	Buscar la optimización de los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario. Ítems: Del 10 al 14	
			Técnico Científica: Integralidad	Que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por los familiares. Ítems: Del 15 al 19	
			Humano	Aspecto interpersonal de la atención: Respeto a los derechos, a la	

				<p>cultura y a las características individuales de la persona.</p> <p>Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas.</p> <p>Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.</p> <p>Ética.</p> <p>Ítems: Del 20 al 26</p>	
			Del entorno	<p>Nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.</p> <p>Ética. Ítems: Del 27 al 30</p>	

## 6. Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos fueron usados dos cuestionarios; uno para evaluar el nivel de bienestar espiritual y otro para evaluar la calidad de atención de los profesionales de enfermería de dos Hospitales.

## 6.1 Cuestionario de la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison.

Para la ejecución de la evaluación sobre el Bienestar espiritual de los profesionales de enfermería de ambos hospitales se utilizó la escala de Bienestar espiritual elaborado por los doctores Ellison y Paloutzian (Flores y Flores, 2015).

La escala de *Spiritual Well-being Scale* (SWB) fue creada en 1982 en EEUU y la escala española (Escala de Bienestar espiritual) en 1994 por Ellison y Paulotzian. Este instrumento evalúa la variable de bienestar espiritual con sus dos dimensiones: 1) dimensión religiosa (Ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10) y 2) dimensión existencial (Ítems: 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20).

Este instrumento con puntaje tipo Likert del 1 al 6. Los criterios de valoración de la escala, fueron desde “Completamente de acuerdo” hasta “Completamente en desacuerdo”, pasando por “moderadamente de acuerdo”, “en desacuerdo” y “moderadamente en desacuerdo”.

La escala fue diseñada para obtener el bienestar espiritual general; también se puede obtener el bienestar religioso a través de 10 ítems referentes a la relación con Dios, y los 10 ítems restantes hacen referencia al bienestar existencial, sin ninguna referencia con Dios.

La puntuación para la variable bienestar espiritual general (BS) es:

- Un rango de 20 a 40 refleja una sensación de bienestar espiritual general bajo.
- Un rango de 41 a 99 refleja una sensación bienestar espiritual moderado.
- Un rango de 100 a 120 refleja una sensación bienestar espiritual, alto.

La dimensión de bienestar religioso es una medición de como uno ve su relación con Dios. Refleja sentido sobre una satisfacción y conexión con Dios.

- Una puntuación en el rango de 10 a 20 refleja un sentido de relación insatisfactoria con Dios (bienestar religioso bajo).
- Una puntuación en el rango de 21 a 49 refleja un sentido moderado en la relación con Dios.
- Una puntuación en el rango de 50 a 60 refleja una relación positiva con Dios (bienestar religioso alto)

La dimensión bienestar existencial que mide la satisfacción y el propósito de la vida. Para obtener el nivel de bienestar existencial, se consideró lo siguiente:

- Una puntuación en el rango de 10 a 20 sugirió una baja satisfacción con la vida y la posible falta de claridad sobre la propia finalidad de la vida.
- Una puntuación en el rango de 21 a 49 indicó un nivel moderado de satisfacción con la vida y propósito.
- Una puntuación en el rango de 50 a 60 sugiere un alto nivel de satisfacción con la vida y un claro sentido de propósito.

La escala cuenta con una buena fiabilidad; haciendo referencia al coeficiente alfa de Cronbach que refleja; la consistencia interna de 0,89 en la variable de Bienestar Espiritual, 0,87 en la dimensión de bienestar religioso y 0,78 en la dimensión de bienestar existencial).

Por razones de validación de contenidos, este instrumento fue sometido a juicio de expertos, y además se realizó la consistencia interna en el que el

coeficiente de confiabilidad para bienestar espiritual fue de 0.856, para bienestar religioso 0.736 y para bienestar existencial fue de 0.764.

## **6.2. Cuestionario sobre calidad de atención.**

Para la medición de calidad de atención se utilizó un cuestionario elaborado por los investigadores en base a las dimensiones consideradas en las normas de gestión de calidad del Ministerio de Salud (MINSA) y del Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), cuales están fundamentadas en las dimensiones de calidad de Avedis Donabedian (Ramírez y Zuta, 2014).

Este instrumento consta de 30 ítems, con puntaje de tipo Likert del 1 al 4. Los criterios de valoración del cuestionario son: “Siempre” (aprobación plena) hasta “Nunca” (desaprobación plena), pasando por “Casi siempre” (aprobación simple) y “A veces” (desaprobación simple).

El cuestionario fue diseñado para evaluar la opinión de cada paciente sobre el cuidado brindado por los profesionales de enfermería.

### **6.2.1. Técnico científico: eficacia.**

La puntuación técnico científica, eficacia es una medida que se refiere al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud. Los ítems con la dimensión de técnico científica, eficacia se enumeran del 1, 2 y 3. Para estos ítems, una respuesta de “Siempre” se le da una puntuación de 4, “Casi Siempre” se le da una puntuación de 3, “A veces” se le da una puntuación de 2, y “Nunca” se le da una puntuación de 1.

### **6.2.2. Técnico científico: continuidad.**

La puntuación técnico científica (continuidad) es una medida que permite la evaluación de la prestación interrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias. Los ítems con la dimensión de técnico científica, (continuidad) se enumeran del 4, 5, 6, 7, 8 y 9. Para estos ítems, una respuesta de “Siempre” se le da una puntuación de 4, “Casi Siempre” se le da una puntuación de 3, “A veces” se le da una puntuación de 2, y “Nunca” se le da una puntuación de 1.

### **6.2.3. Técnico científico: seguridad.**

La puntuación técnico científica (seguridad) es una medida que evalúa la optimización de los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario. Los ítems con la dimensión de técnico científica, seguridad se enumeran del 10, 11, 12, 13 y 14. Para estos ítems, una respuesta de “Siempre” se le da una puntuación de 4, “Casi Siempre” se le da una puntuación de 3, “A veces” se le da una puntuación de 2, y “Nunca” se le da una puntuación de 1.

### **6.2.4. Técnico científico: integridad.**

La puntuación técnico científica (integridad) es una medida que sirve para evaluar si el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por los familiares. Los ítems con la dimensión de técnico científica, integridad se enumeran del 15, 16, 17 y 18. Para estos ítems, una respuesta de “Siempre” se le da una puntuación de 4, “Casi Siempre” se le da una puntuación de 3, “A veces” se le da una puntuación de 2, y “Nunca” se le da una puntuación de 1.

#### **6.2.5. Dimensión: humana.**

La puntuación sobre dimensión (humana) es una medida que evalúa el aspecto interpersonal de la atención: el respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona; el interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; la amabilidad, el trato cordial, cálido y empático en la atención; y sobre la calidad de atención ética en enfermería. Los ítems con la dimensión humana se enumeran del 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 26. Para estos ítems, una respuesta de “Siempre” se le da una puntuación de 4, “Casi Siempre” se le da una puntuación de 3, “A veces” se le da una puntuación de 2, y “Nunca” se le da una puntuación de 1.

#### **6.2.6. Dimensión: del entorno.**

La puntuación sobre dimensión del entorno es una medida que evalúa el nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio; y sobre la calidad de atención ética en enfermería. Los ítems con la dimensión del entorno, se enumeran del 27, 28, 29 y 30. Para estos ítems, una respuesta de “Siempre” se le da una puntuación de 4, “Casi Siempre” se le da una puntuación de 3, “A veces” se le da una puntuación de 2, y “Nunca” se le da una puntuación de 1.

Finalmente, se presentará un cuadro de alternativas que medirán la percepción global de la calidad de atención de enfermería que fueron:

- Bajo (1 - 40)
- Medio (41 - 80)
- Alto (81 - 120)

La validación de contenido del instrumento se realizó a través del juicio de expertos proporcionada por siete enfermeras especialistas en el área; a los resultados se aplicó la prueba binomial de concordancia de jueces cuyos resultados en su mayoría fueron  $<$  de 0.05 y la confiabilidad del instrumento se midió con el análisis factorial alfa de Cronbach, por tener el instrumento más de dos alternativas de respuesta; obteniéndose un puntaje de 0.803.

## **7. Proceso de recolección de datos**

Luego de obtener la aprobación del comité de Ética de la Facultad de Ciencia de la Salud para la ejecución del presente estudio, se presentó una solicitud a los directores de ambos hospitales con copia al departamento de enfermería, obteniendo el permiso correspondiente para ejecutar el proyecto de investigación en un periodo de un mes.

Previa autorización de los directores y jefas de enfermería de ambos hospitales, se procedió a la recolección de datos, en coordinación con las jefas de servicios y profesionales de enfermería que se encontraban en cada turno.

La aplicación de los instrumentos fue realizada por los investigadores en el mes de diciembre del año 2018 a enero del 2019; una vez identificados a los profesionales de enfermería y pacientes, se procedió a realizar las encuestas, considerando para el recojo de la variable calidad de atención a tres pacientes por un profesional de enfermería. Así mismo, se mantuvo la confidencialidad y el consentimiento informado de los participantes, solicitando la veracidad en sus respuestas, la encuesta tuvo una duración de 30 minutos por persona.



## **8. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento de datos inició con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico STATISTIC versión 13.1. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento

Para el análisis de datos descriptivos se utilizó tablas de frecuencia y porcentajes de las variables del estudio. Además, para determinar la relación entre las variables de estudio se utilizó la prueba estadística Tau-b de Kendall porque los datos no presentaron distribución normal (Anexo 3).

## **9. Consideraciones éticas**

La participación de los pacientes fue totalmente voluntaria, previa información de riesgos y beneficios, respetando el principio de la autonomía y antes de la firma del consentimiento informado. Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad de la información se garantizará mediante el anonimato; la veracidad al ceñir el análisis de los resultados estrictamente a los hallazgos obtenidos y la honestidad al referenciar fielmente a los autores de las bases teóricas.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 1. Resultados

Tabla 3

Nivel del bienestar espiritual de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019

Variable	N	%
Bienestar espiritual		
Bajo	25	41.7
Medio	32	53.3
Alto	3	5.0
Bienestar religioso		
Bajo	36	60.0
Medio	22	36.7
Alto	2	3.3
Bienestar existencial		
Bajo	16	26.7
Medio	39	65.0
Alto	5	8.3
Total	60	100

En la tabla 3 se observa que del 100% de los enfermeros, el 53.3% presenta un nivel de bienestar espiritual medio; y solo el 5.0%, un nivel alto. Con respecto al bienestar religioso, el 60.0% tiene un nivel bajo; y solo el 3,3%, un nivel alto. En cuanto al bienestar existencial, el 65.0% tiene un nivel medio, mientras que el 8.3% un nivel alto.

Tabla 4

*Nivel de la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019*

Calidad de la atención	N	%
Bajo	34	56.7
Medio	21	35.0
Alto	5	8.3
Total	60	100.0

La tabla 4 muestra los resultados sobre el nivel de calidad de atención que da el profesional de enfermería, se observa que del 100% de los enfermeros, el 56,7% presenta un nivel de calidad de atención bajo y solo el 8.3% un nivel alto.

Tabla 5

*Correlación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019*

		Calidad de atención				Total
		Bajo	Regular	Alto		
Bienestar espiritual	Bajo	n	22	3	0	25
		%	36,7%	5,0%	0,0%	41.7
	Medio	n	12	16	4	32
		%	20,0%	26,7%	6,7%	53.3
	Alto	n	0	2	1	3
		%	0,0%	3,3%	1,7%	5
Total	n	34	21	5	60	
	%	56.7	35	8.3	100	

Tau-b de kendall=.540; p=.000

En la Tabla 5 se aprecia que del 100% de la muestra, el 36.7% de los enfermeros tiene un nivel de bienestar espiritual bajo y una calidad de atención baja. Asimismo, el 1.7% de los participantes tiene un nivel de bienestar espiritual alto y una calidad de atención alta. Para determinar, la relación entre ambas variables se empleó la prueba estadística Tau-b de Kendall, donde se obtuvo un p-valor de .000 y un coeficiente de correlación moderado positivo de .540, lo que indica que existe relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana.

Tabla 6

*Correlación entre el bienestar religioso y la calidad de atención de las enfermeras en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019*

		Calidad de atención			Total	
		Bajo	Regular	Alto		
Bienestar religioso	Bajo	n	33	3	0	36
		%	55,0%	5,0%	0,0%	60
	Medio	n	1	18	3	22
		%	1,7%	30,0%	5,0%	36.7
	Alto	n	0	0	2	2
		%	0,0%	0,0%	3,3%	3.3
Total	n	34	21	5	60	
	%	56.7	35	8.3	100	

Tau-b de kendall=.854; p=.000

En la Tabla 6 se aprecia que del 100% de la muestra, el 55.0% de los enfermeros tiene un nivel de bienestar religioso bajo y una calidad de atención baja. Asimismo, el 1.7% de los participantes tiene un nivel de bienestar religioso medio y una calidad de atención baja. Para determinar, la relación entre ambas variables se empleó la prueba estadística Tau-b de Kendall, donde se obtuvo un p-valor de .000 y un coeficiente de correlación moderado positivo de .854, lo que indica que existe relación entre el bienestar religioso y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

Tabla 7

*Correlación entre el bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2019*

		Calidad de atención			Total	
		Bajo	Regular	Alto		
Bienestar existencial	Bajo	n	16	0	0	16
		%	26,7%	0,0%	0,0%	26.7
	Medio	n	18	20	1	39
		%	30,0%	33,3%	1,7%	65
	Alto	n	0	1	4	5
		%	0,0%	1,7%	6,7%	8.3
Total	n	34	21	5	60	
	%	56.7	35	8.3	100	

Tau-b de kendall=.620; p=.000

En la Tabla 7 se aprecia que del 100% de la muestra, el 33.3% de los enfermeros tiene un nivel de bienestar existencial medio y una calidad de atención regular. Asimismo, el 1.7% de los participantes tiene un nivel de bienestar existencial medio y una calidad de atención alta. Para determinar, la relación entre ambas variables se empleó la prueba estadística Tau-b de Kendall, donde se obtuvo un p-valor de .000 y un coeficiente de correlación moderado positivo de .620, lo que indica que existe relación entre el bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

## **2. Discusión.**

La espiritualidad desempeña un papel importante en el bienestar espiritual del profesional de enfermería, porque impulsa al profesional de enfermería a brindar una mejor atención al paciente. Asimismo, los profesionales de enfermería poseerán un servicio humanizado hacia la población. Los profesionales de enfermería se sentirán física y mentalmente bien para ejercer sus actividades diarias. Por tanto, un bienestar espiritual adecuado es un requisito fundamental para que el profesional de enfermería logre un trato humanizado y de calidad. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación del bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana.

A continuación, se presentan los siguientes resultados obtenidos. Referente al nivel de bienestar espiritual se encontró que el 53.3% presenta un nivel medio y solo el 5.0% un nivel alto (ver tabla 5). Resultados similares muestra, Mesquita et al. (2014) en el estudio titulado “El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería”, encontraron que la mayoría de los participantes presentaron un bienestar espiritual moderado. También Markani, Yaghmaei y Khodayari (2018), en el estudio sobre “Relación entre el bienestar espiritual de las enfermeras de oncología y sus actitudes hacia el cuidado espiritual. Basado en el sistema de Neuman”, señalaron que el nivel de bienestar espiritual de las enfermeras de oncología presentó un nivel moderado. De igual forma, Jahandideh, Zare, Kendall y Jahandideh (2018) en el estudio “Bienestar

espiritual de las enfermeras y espiritualidad del cuidado de los pacientes” revelaron que el personal de enfermera obtuvo un nivel espiritual moderado.

De igual manera, Guerrero, Meneses y De la Cruz (2015) en el estudio “Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima, Callao”, revelaron que, en la dimensión espiritual, el 87% presentó un nivel regular y solo un 4% bajo. En contraposición, Sierra y Montalvo (2012), en el estudio titulado “Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo”, indicaron que el 98% presentó un nivel de bienestar espiritual alto y el 2% moderado. Así también Bani et al. (2016), en el estudio titulado “Percepciones de las enfermeras sobre la espiritualidad y la atención espiritual: un estudio comparativo entre todos los sectores de la atención médica” revelaron que los enfermeros tuvieron un alto nivel de espiritualidad. Finalmente, Watson (2003, citado por Caro, 2009) menciona que las enfermeras que posean una baja espiritualidad no podrán tener comportamientos adecuados en el cuidado paciente. Jahandideh, Zare, Kendall y Jahandideh (2018) mencionan que si las enfermeras tienen un bienestar espiritual bajo carecen de comunicación con los pacientes, que, a su vez, interfieren en sus asuntos de curación contribuyendo a mejorar las relaciones de cuidado y la introducción de esperanza. Estos factores pueden ayudar a los pacientes a lidiar con el miedo a la enfermedad o muerte. Sin embargo, Verastegui (2014) sostiene que si las enfermeras son conscientes de su propia espiritualidad y necesidades espirituales podrían ayudar mejor a otros a encontrar el sentido y el propósito de la vida. Asimismo, el estar equilibrado espiritualmente puede ayudar tanto a nivel personal como en cuestiones laborales. Por otro lado, Musa (2017) refiere que es necesaria la educación en el



ámbito de la espiritualidad de la enfermera para mejorar su desarrollo personal y el cuidado porque sin dicho componente no podrá contribuir en el bienestar y la salud de los pacientes.

Estos resultados de bienestar espiritual bajo se podrían explicar, porque las enfermeras tienen sobrecarga laboral, actitud negativa del aspecto religioso, y no tienen una comunión diaria con Dios; por eso sale a resaltar solo el 5.0 % alto ya que la mayoría de enfermeras que laboran en dicho hospital no tiene interés en esta área espiritual. Aun así, los profesionales necesitan de soporte para la prestación del cuidado espiritual, condición esencial para un cuidado más humanizado (Mesquita et al., 2014).

Del mismo modo, se encontró que el 60.0% presenta un nivel de bienestar religioso bajo y solo el 3.3% un nivel alto (ver tabla 6). Resultados similares fueron encontrados por Musa (2017), en el estudio sobre perspectivas del bienestar de las enfermeras musulmanas”, halló que los participantes obtuvieron un nivel de bienestar religioso bajo. En contraposición, Jahandideh, Zare, Kendall y Jahandideh, M. (2018), en el estudio “Bienestar espiritual de las enfermeras y espiritualidad del cuidado de los pacientes”. Revelaron que el personal de enfermería obtuvo un nivel religioso alto. Musa (2017) menciona que las enfermeras, quienes no se relacionan y tienen un nivel religioso bajo, no proporcionan un cuidado holístico a los pacientes de tal manera que los pacientes no se sienten satisfechos completamente con la labor de la enfermera. De igual manera, Jahandideh, Zare, Kendall y Jahandideh (2018) enfatizan que al contar con un nivel religioso bajo puede afectar la calidad del cuidado que pueden brindar y la forma como pueden reunirse necesidades espirituales de sus

pacientes; de esta manera, las enfermeras no pueden proporcionar un adecuado ambiente para facilitar las creencias religiosas de los pacientes que pueden ayudar en el proceso de recuperación. Asimismo, Mesquita et al. (2014) refieren que si la enfermera tiene un bienestar religioso bajo no podrán ejercer una fe religiosa que se manifiesta como una fuente de energía que las fortalece e impulsa para el trabajo diario inclusive puede ser benéfica para el desempeño del profesional en el ámbito del trabajo. Estos resultados de bienestar religioso bajo se podrían explicar, porque las enfermeras carecen de autoconciencia de su propio bienestar religioso a través de la auto-reflexión; así mismo, la falta de escucha activa en el paciente y la formación religiosa durante sus licenciaturas; de esta manera, es fundamental que la fuerza laboral de salud pueda responder a las necesidades holísticas de los pacientes, para promover una pronta recuperación luego de ejercer un cuidado religioso.

En el trabajo se encontró que el 65.0% presenta un nivel de bienestar existencial medio, seguido del 26.7% bajo y solo el 8.3% un nivel alto (ver tabla 7). Resultados similares fueron reportados por Mesquita et al. (2014) en el estudio “Bienestar espiritual de las enfermeras y espiritualidad del cuidado de los pacientes”; en cuyo estudio encontraron que la mayoría de los participantes presentaron un bienestar existencial moderado. Por otro lado, Markani, Yaghmaei y Khodayari (2018) refieren que solo las enfermeras con bienestar existencial alto tendrán una mejor actitud hacia el cuidado espiritual del paciente; asimismo, tendrán un sentido y un propósito en su vida y en la relación con Dios y otros. Asimismo, Neuman (2008) indica que si las enfermeras tienen un bienestar existencial alto podrán atender mejor las necesidades del paciente y podrían

ayudar eficientemente a otros a encontrar el sentido y el propósito de la vida. Estos resultados de bienestar existencial medio se podrían explicar, porque las enfermeras carecen de condición particular de sus actividades (satisfacción con la vida, con el futuro o propósito de su existencia), necesita de atención en su salud física, mental y espiritual. (Mesquita et al. 2014). Por otra parte, el tener muchos pacientes a su cargo y no ser reconocidas, genera la falta de bienestar mental y física para ejercer sus deberes. Asimismo, al no ser remunerada de manera justa, después de muchas horas de trabajo, le afecta a su bienestar.

Por otra parte, los resultados sobre calidad de atención evidencian que el 56,7% presenta un nivel de calidad de atención bajo; el 41,1% un regular nivel de calidad de atención y solo el 2,2% un nivel alto de calidad (ver tabla 4), resultados similares encontró Díaz (2014) en su estudio “Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud. Hospital tito Villar Cabeza, Bambamarca” obtuvo como resultado que el 68,2% está insatisfecho con la calidad de atención brindada y 32,8% están satisfechos. Del mismo modo, Silva et al. (2015) en su estudio sobre la “Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público” concluyeron que el 60% de los pacientes tuvieron una percepción medianamente favorable y el 40% no favorable.

Además, Romero (2008) en su estudio sobre la “Percepción acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión” concluyó que el 56.67% categoriza desfavorable y el 43.33% favorable; en contraposición Borre y Vega (2014) en la investigación “Calidad percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla”,

cuyo 48.7% estuvo “Muy Satisfecho”, el 48.1% “Satisfecho”, y el 3% “Poco y Nada Satisfecho”. También Barragán, Pedraza y Rincón (2011) en su estudio sobre la “Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja” finalizaron que el 71,6% de los encuestados manifestó estar “satisfechos” con la atención de enfermería; el 21,3% está “muy satisfecho” y el 5,5% refirió encontrarse “poco satisfecho”. Asimismo, Acero (2017) en su estudio “Satisfacción laboral del profesional de enfermería y su influencia en la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, Lima”, obtuvo que la mayoría de los pacientes percibe la calidad de atención del Profesional de enfermería; como buena, en un 37.2%; como regular, en un 35.7%; y excelente, en un 27.0%.

Vizcarra (2013) indica que la baja calidad de atención de las enfermeras es debido a que se encuentra en permanente interacción con factores generadores de estrés, uno de ellos es que pasan la mayor parte del tiempo en el trabajo (sobrecarga laboral); así mismo, las condiciones de trabajo (inadecuado ambiente físico laboral); estos son riesgos para la seguridad y salud del trabajador; esto se ve reflejado en el desempeño diario que imparten. Asimismo, Espinoza, Luengo y Sanhueza (2016) sustentan otro factor importante para la inadecuada atención; es decir, las enfermeras pasan más tiempo con el enfermo y está a proximidad tan estrecha, generan intensas reacciones emocionales, que, de no ser atendidas y canalizadas de forma apropiada, terminan en manifestaciones de ansiedad y estrés. También para Narbona (citado por Caicedo y Pincay, 2018), el estado emocional de la enfermera (o) durante la atención que ofrece al paciente

oncológico, puede estar afectada psicológicamente, ya que es una profesión con mucha carga emocional, por las propias condiciones que se vive a diario con la enfermedad y a su vez puede provocar situaciones de estrés y bajas laborales. Así mismo, Caicedo y Pincay (2018) refieren que en las enfermeras que trabajan a tiempo completo, se refleja situaciones estresantes, propias del trabajo diario de enfermería. En el aspecto social intervienen factores: la falta de personal para cubrir apropiadamente en su unidad de trabajo.

Paravic y Larraguiel (citados por Aguirre, 2009) recalcan que "los estudios demuestran que la satisfacción laboral constituye un mejoramiento de la vida no sólo dentro del lugar de trabajo, sino que también influye en el entorno familiar y social. Además, ellas deben cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y entregar una atención de buena calidad. Para ello deben estar bien y satisfechas en su trabajo". Así mismo, Aguirre (2009) refiere que "las enfermeras trabajan en ambientes muy complejos brindando cuidados críticos enfrentando conflictos emocionales y no pocos laborales diariamente; existe la percepción de que las enfermeras(os) que trabajan en servicios altamente estresantes en donde a cada minuto se decide entre la vida y la muerte, están más satisfechas laboralmente que las demás enfermeras".

Morales (2004) sostiene que se considera importante de señalar respecto al trato es lo referente a las diferencias percibidas en la atención en cuanto al turno y a la edad del personal de enfermería; el rol que desempeñan las enfermeras jóvenes difiera del desempeñado por las enfermeras de mayor edad, lo que puede contribuir a que lleguen con menor cansancio y sean más tolerantes y se involucren más en la atención.

De otra parte, Moreno & Peñacoba (citados por Novoa et al. 2004) refieren que los turnos exigentes y agotadores y el hecho de trabajar con toda clase de pacientes (niños, jóvenes, ancianos, individuos con múltiples enfermedades) implica que las personas estén en una continua exigencia de sí mismos; estos aspectos se relacionan con lo que se ha denominado sobrecarga de rol.

Novoa et al. (2004) refieren que, al no existir una buena comunicación entre las jefas de enfermería y las auxiliares, están bloqueados la mayoría del tiempo por los altos niveles de estrés que se manejan, no solo afecta al mismo personal, sino que también afecta a los pacientes, sobre todo en las horas de la mañana y de la tarde que son en las que hay mayor afluencia de familiares, estudiantes y médicos. Esto lleva consigo niveles altos de cansancio emocional acompañado por una alta despersonalización y una baja realización personal, siendo reportado por ellas/os que el trabajo no los satisface como debería y esto estaría impidiendo un desempeño adecuado de su labor.

Asimismo, se deduce que las enfermeras, además de cumplir funciones profesionales, deben cumplir funciones de madre, esposa, hija, hermana, cuyos sentimientos, compromiso y la responsabilidad adquirida ejercen influencia en su entorno cotidiano (Velásquez, 2016).

Díaz (2014) sostiene que el nivel de calidad bajo se ve reflejado en la insatisfacción del usuario por parte del personal de salud que labora, ya que no realiza un trabajo en equipo, multisectorial, multidisciplinario y así no brinda una atención de calidad y calidez. Es necesario que la satisfacción o insatisfacción del usuario sea evaluado periódicamente en la institución, es importante por la gran

cantidad de usuarios que se atienden y se espera que mejore la calidad de atención y lograr su satisfacción. Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA), sostiene que la satisfacción del paciente promueve conductas positivas: conformidad y continuidad con los proveedores de salud; de esta manera, la evaluación de la satisfacción del usuario puede ayudar a la mejora continua de la calidad de atención. Romero (2008), en relación con la calidad de atención, se puede deducir que los estímulos que el paciente va a captar a través de sus sentidos a lo largo de su proceso de hospitalización influirán en su percepción de esta manera el paciente calificará el actuar de la enfermera completándose y perfeccionándose con las experiencias pasadas al recibir atención.

Por otro lado, en el presente estudio se encontró que el 64.4% de los pacientes son de sexo femenino. Díaz (2014) explica que las mujeres perciben mejor la calidad de atención, ya que ellas acuden de manera permanente al establecimiento porque tienen más necesidades y/o problemas.

En este presente estudio se encontró que el 73.3% de los pacientes tiene grado de instrucción de secundaria completa o superior. Sin embargo, Leddy y Pepper (citados por Quispe, 2005) afirman: “Conforme el usuario adquiere mayores conocimientos a través de la educación formal o informal, así puede analizar con más precisión la calidad de atención que brinda el personal de enfermería. Por ello enfermería debe estar actualizándose constantemente, y así estar preparado para responder de manera calificada y fundamentada sobre el estado de salud de cada paciente, ya que el usuario tiene derecho a saber al respecto”

En la investigación realizada se evidenció que el 32.2% de los pacientes tiene más de 4 días hospitalizados. Por eso, Leddy y Pepper (citados por Quispe, 2005) sostienen que el usuario que tiene mayor conocimiento tienen la capacidad de analizar e interpretar con más claridad sobre la calidad de atención del personal de enfermería; y mucho más si se alargan los días de hospitalización, ya que sus obligaciones y compromisos que tienen con la vida laboral son mayor.

Con respecto a la relación entre bienestar espiritual y calidad de atención se encontró que existe correlación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p < .05$ ). Es decir, el 36.7% de los enfermeros tiene un nivel de bienestar espiritual bajo y una calidad de atención baja. Asimismo, el 1.7% de los participantes tiene un nivel de bienestar espiritual alto y una calidad de atención alta. Resultado similar fue encontrado por García (2018) en su estudio titulado: “Estrés, cuidado espiritual y percepción de los comportamientos de cuidado del personal de enfermería”; se encontró que existe correlación entre el cuidado espiritual y la percepción de los comportamientos del cuidado ( $p < .05$ ). También Melgar y Estuco (2014) en su estudio titulado “Relación de espiritualidad y escala de valores de la enfermera con la percepción del paciente en el servicio de emergencia del hospital Honorio Delgado”, encontraron que existe relación significativa entre la espiritualidad y el nivel de percepción de los pacientes ( $p < .05$ ).

Sierra y Montalvo (2012) reafirma que la enfermera pueda realizar cuidados excelentes y holísticos, sin embargo, tiene la obligación de no olvidar la dimensión espiritual de la persona. La evaluación espiritual en sí misma es terapéutica, pues los pacientes con enfermedades en etapa terminal la viven con una preocupación



e interés por parte del profesional. Consecuentemente Mesquita et al. (2014), resalta que la espiritualidad como una dimensión relevante en la vida de los profesionales, sea en relación a su vivencia personal o a la presencia de esta en la vida profesional, necesitan de este soporte para que la prestación del cuidado sea más humanizada. Por lo tanto, García (2018) refiere que el cuidado espiritual de la enfermera se convierte en un factor determinante al momento de brindar cuidado, de manera auténtica presente demuestra los comportamientos más cálidos de amor y compasión que se puedan brindar; al estar presente la enfermera cultiva su propio ser espiritual haciendo auténtica y con calidad la atención del paciente, que en últimas es el núcleo de la disciplina. Por eso, Ruder (citado por Mesquita et al., 2014), recalca que es vital que los profesionales de enfermería respondan a las necesidades espirituales de los pacientes de una forma competente y sensible, por eso es importante que los profesionales de enfermería también exploren su propia espiritualidad y la relación de esta con el cuidar, pues eso puede tener un impacto importante sobre la conciencia y la sensibilidad acerca de las necesidades espirituales de los pacientes. Obtener conocimiento sobre la propia fe y explorar el significado de esta puede ser el primer paso para ser capaz de desarrollar la conciencia de las necesidades espirituales de los pacientes.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Conclusiones

El personal de enfermería que labora 53.3% del profesional de enfermería presentó un nivel de bienestar espiritual medio y solo el 5.0% un nivel alto.

- El 60.0% del profesional de enfermería presentó un nivel de bienestar religioso bajo y solo el 3,3% un nivel alto.
- El 65.0% del profesional de enfermería presentó un nivel medio de bienestar existencial, mientras que el 8.3% un nivel alto.
- El 56,7% presenta un nivel de calidad de atención bajo y solo el 8.3% un nivel alto.
- Existe correlación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana. (Tau b de kendall =.540;  $p<.000$ ).
- Existe correlación entre el bienestar religioso y la calidad de atención de los profesionales de enfermería, en dos hospitales de Lima Metropolitana. (Tau b de kendall =.854,  $p<.000$ ).
- Existe correlación entre el bienestar existencial y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos hospitales de Lima Metropolitana. (Tau b de kendall =.620,  $p<.000$ ).

## **2. Recomendaciones**

- Se recomienda a la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, continuar incentivando a las estudiantes para realizar estudios de investigación orientados al cuidado espiritual.
- Se recomienda al departamento de enfermería de los dos hospitales, fomentar espacios con el propósito de fortalecer el bienestar espiritual (reuniones socio-espirituales, retiros, etc.) del profesional de enfermería.
- Se recomienda al departamento de enfermería promover el cuidado espiritual, permitiendo que el departamento de capellanía visite a los pacientes, por lo menos, una vez por semana

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, D. (2017). *Satisfacción laboral del profesional de enfermería y su influencia en la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Hipólito Unanue, El Agustino, Lima* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/681/Delia\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/681/Delia_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed)
- Aguirre, D. (2009). Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería. Factores que la afectan. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4), 102-106. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414045021.pdf>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Alva, C. y Tirado, C. (2016). *Satisfacción del paciente postoperado inmediato sobre el cuidado de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú. Recuperado de [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2001/1/RE\\_ENFE\\_CLAUDIA.ALVA\\_CAROLA.TIRADO\\_SATISFACCION.PACIENTE.POSTOPERADO\\_DATOS\\_T046\\_71250314\\_46017859T.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2001/1/RE_ENFE_CLAUDIA.ALVA_CAROLA.TIRADO_SATISFACCION.PACIENTE.POSTOPERADO_DATOS_T046_71250314_46017859T.PDF)

- Aragon, A. (2015). *Calidad de cuidado enfermero y nivel de satisfacción del paciente del servicio de Medicina del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/114/Ada\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/114/Ada_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Aranguren, Z. (2004). Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del instituto de previsión del profesorado de la universidad central de Venezuela, durante el último trimestre del 2004. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(1), 1-5. Recuperado de [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aov/article/view/176/152](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/176/152)
- Arias, W., Arpasi, S., Masías., M. y Muñoz, E. (2013). Espiritualidad en el ambiente laboral y su relación con la felicidad del trabajador. *Revista de Investigación*, 4, 9-33. Recuperado de [http://www.ucsp.edu.pe/images/direccion\\_de\\_investigacion/PDF/revista2013/Espiritualidad-y-felicidad-en-el-trabajador.pdf](http://www.ucsp.edu.pe/images/direccion_de_investigacion/PDF/revista2013/Espiritualidad-y-felicidad-en-el-trabajador.pdf)
- Azarsa, T., Davoodi, A., Khorami, A., Gahramanian A., Vargaei A. (2015). Spiritual wellbeing, Attitude toward Spiritual Care and its Relationship with Spiritual Care Competence among Critical Care Nurses. *J Caring Sci* 4(4), 309-320. Retrieved from [https://jcs.tbzmed.ac.ir/Article/JCS\\_71\\_20151130103349](https://jcs.tbzmed.ac.ir/Article/JCS_71_20151130103349)
- Baldárrago, P. y Rios, L. (2018). *Cuidado espiritual y sufrimiento del familiar, unidad de cuidados intensivos, servicio de neonatología H.B.C.A.S.E.*

*ESSALUD, Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5099/ENbanupv.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Barragán, J., Pedraza, Y. y Rincón, M. (2011). Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), 187-193. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n2/v31n2a04.pdf>

Bautista, L., Parra, E., Arias, K., Parada, K., Ascanio, K., Villamarin, M. y Herrera, Y. (2015). Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(1), 105-118. Recuperado de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>

Bejerez, N., Machado, D., Marandino, F., Morales, G. y Soto, V. (2012). *Nivel de Satisfacción de los Usuarios Internados en el Hospital de Clínicas con la Atención de Enfermería* (Trabajo de investigación). Universidad de la República, Montevideo. Recuperado de <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2012/FE-0448TG.pdf>

Borre, Y. y Vega, Y. (2014). Calidad Percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Revista de Ciencia y enfermería*, 20(3), 81-94. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n3/art\\_08.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf)

- Bustamante, J., Rivera, G., Fanning, M. y Cajan, M. (2014). Percepción de las madres sobre la calidad del cuidado enfermero al neonato hospitalizado en el hospital. *Revista Científica de Salud y Vida*, 1(2). Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/60>
- Bani, G., Zeilani, R., Zaqqout, O., Aljwad, A. y Maysoon, M. (2016). Percepciones de las enfermeras sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual Dando: un estudio comparativo entre todos los cuidados de salud Sectores en Jordania. *Diario indio de cuidados paliativos*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768449/>
- Caicedo, T. y Pincay, A. (2018). *Implicación del estado emocional del profesional de enfermería en la atención de pacientes oncológicos en el hospital dr. Abel gilbert pontón de la ciudad de Guayaquil* (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30452/1/1198-TEISIS-CAICEDO%20Y%20PINLAY.pdf>
- Camino, M. (2015). *Percepción de los usuarios que acuden al servicio de emergencia acerca de la calidad del cuidado enfermero en su dimensión humana. Hospital "Víctor Ramos Guardia", Julio – Diciembre, Huaraz* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Ica, Perú. Recuperado de <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/28/1/MAGALY%20NANCY%20CAMINO%20SANCHEZ%20-%20%20CUIDADO%20ENFERMERO%20EN%20SU%20DIMENSION%20HUMANA.pdf>

- Canchari, O. (2017). *Calidad del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia desde la perspectiva del usuario Hospital Carlos Lanfranco, La Hoz, Puente Piedra, Perú* (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Perú. Recuperado de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/5979/Canchari\\_DLCOZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/5979/Canchari_DLCOZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cacñahuaray, 2018 *Nivel de bienestar espiritual en pacientes oncológicos en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima Perú 2018* (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Perú. Recuperado de [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/20857/Cac%C3%B1ahuaray\\_RKD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/20857/Cac%C3%B1ahuaray_RKD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Revista Salud Uninorte*, 25(1), 172-178. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/817/81711840014.pdf>
- Caro, S. (2004). Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. *Revista Salud Uninorte* 8 3-7. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4157/5628>
- Castillo, G. (2011). *Grado de satisfacción del usuario externo con la calidad de atención en la consulta externa que se desarrolla en el Centro Médico Esmil* (Trabajo de investigación). Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador. Recuperado de [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2618/3/UTPL\\_Castillo\\_Gladys\\_360X1573.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2618/3/UTPL_Castillo_Gladys_360X1573.pdf)



- Chambilla, V. (2011). "Factores psicosociales que influyen en el afrontamiento y proceso de adaptación en pacientes adultos y adultos mayores con Diabetes mellitus tipo II del C.A. P. "Luis Palza Lévano" Es Salud Tacna 2011"(Tesis de pregrado) Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/179/TG0033.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Claros, S. (2018). *Calidad de atención del servicio de enfermería en el área de uci de neonatología en el Hospital Edgardo Rebagliatti ESSALUD* (Tesis de pregrado) Universidad Nacional del Callao, Perú. Recuperado de [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3162/CLAROS%20TORRES\\_TESIS2DA\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3162/CLAROS%20TORRES_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Condori, M. (2016). *Cuidado de enfermería según Virginia Henderson y su relación con la calidad de vida del adulto mayor que pertenece al C.S. "La Esperanza", Tacna* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú. Recuperado de [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2281/1026\\_2016\\_condori\\_orellana\\_my\\_facs\\_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2281/1026_2016_condori_orellana_my_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Díaz, M. (2014). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud, Hospital Tito Villar Cabeza, Bambamarca* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/143/T%20610.73%20D542%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México. Revista de Salud Pública de México*, 32(2), 113-117. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632203>
- Dután, L., Idrovo, J. A. & Naula, F. B. (2014). *Calidad de atención de enfermería a pacientes sometidas a cesárea del área gineco-obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, Azotes* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28923/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Espíndula, J. A., Martins, E. R. y Ales, A. (2010). Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Revista Latino Americano Enfermagem*, 18(6), 1-8. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_25.pdf)
- Espinoza, M., Luengo, L. y Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Revista Aquichan*, 16(4), 430-446. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n4/1657-5997-aqui-16-04-00430.pdf>
- Flores, M y Flores, Z (2015) Bienestar espiritual del personal de enfermería que laboran en las unidades de Cuidados Intensivos de la Clínica Good Hope, Miraflores-Lima (Tesis para licenciatura). Universidad Peruana Unión, Perú.
- García, M. (2018). *Estrés, cuidado espiritual y percepción de los comportamientos de cuidado del personal de enfermería* (Tesis de posgrado). Universidad

Nacional de Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/70245/1/52729907.2018.pdf>

Gonzales, T. (2004). *Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad*. Revista electrónica de Psicología. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/20042b/vol7no2art2f>

Guacaran, M. y Moniz, C. (2009). Calidad de atención de enfermería según modelo de Donabedian, Hospital "Ruiz y Páez", ciudad de Bolívar, mayo - junio (*Anteproyecto de investigación*). Universidad del Oriente, Venezuela. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/176679426/57-Tesis-W84-G896>

Guerrero, R., Meneses, M. y De la Cruz-Ruiz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión, Lima, Callao, 2015. *Revista de Enfermería Herediana*, 9(12), 133-142. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/19486/3017-7642-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hidalgo, K. (2017). *Bienestar espiritual y felicidad en miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día del distrito de Lince, 2016* (Tesis de pregrado) Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/382/Kathy\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/382/Kathy_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jahandideh, S., Zare, A., Kendall, E. y Jahandideh, M. (2018). Nurses' Spiritual Well-Being and Patients' Spiritual Care in Iran. *Nursing & Healthcare*. Nov; 1(3) 1-5. Recovered from:

[https://www.researchgate.net/publication/322537840\\_Nurses'\\_Spiritual\\_Well-Being\\_and\\_Patients'\\_Spiritual\\_Care\\_in\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/322537840_Nurses'_Spiritual_Well-Being_and_Patients'_Spiritual_Care_in_Iran)

Lenis, C. y Manrique, F. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Revista Aquichan*, 15(3), 412-425. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v15n3/v15n3a09.pdf>

León, J (2017). *El significado del ser y el quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense*. (Tesis para doctorado) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6874/Leon\\_rj.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6874/Leon_rj.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Lunasco, M. (2015). *Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la necesidad de ayuda espiritual en pacientes hospitalizados, 2014* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4106/Lunasco\\_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4106/Lunasco_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mamani, B. (2017). *Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor en relación a los cuidados de enfermería recibidos en el Hospital Regional de Moquegua* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/225/TG0075.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Markani, A., Yaghmaei, F. y Khodayari fard, M. (2018). Relationship between Oncology Nurses' Spiritual Wellbeing with Their Attitudes towards Spiritual

Care Providing Based on Neuman System Model: Evidences from IRAN. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113-118. Recovered from [https://jcs.tbzmed.ac.ir/Abstract/JCS\\_1415\\_20160419143244](https://jcs.tbzmed.ac.ir/Abstract/JCS_1415_20160419143244)

Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería* (6ª. ed.). España: Elsevier.

Martinez, T. (2016). Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la Clínica Internacional Trinidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2), 196-206. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n2/enf06216.pdf>

Melgar, M. y Estuco, J. (2014). *Relación de espiritualidad y escala de valores de la enfermera con la percepción del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Honorio Delgado. Arequipa* (Tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional de San Agustín, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/3185/ENSmealmj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Melhem, G. B., Zeilani, R., Zaqqout, O., Aljwad, A., Shawagfeh, M., y Al- Rahim, M. (2016). Nurses perceptions of spirituality and spiritual care giving: A comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(1), 42-49. doi: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173949>

Mesquita, A., Costa, C., Neves, M., Alves, D., Souza, F. y López, E. (2014). El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de

- enfermería. *Revista Index de Enfermería*, 23(4), 219-223. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9471.pdf>
- Ministerio de Salud (2009). Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
- Miranda, P., Monje, P. y Oyarzún, J. (2014). Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, Tercer Trimester (*Tesis de pregrado*). Universidad Austral de Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
- Monchon, P. y Montoya, Y. (2014). *Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III-ESSALUD, Chiclayo (Tesis de pregrado)*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú. Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/441/1/TL\\_MonchonPalaciosPaola\\_MontoyaGarciaYasmin.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/441/1/TL_MonchonPalaciosPaola_MontoyaGarciaYasmin.pdf)
- Morales, M. (2004). *Calidad de atención desde la perspectiva del paciente (Tesis de maestría)*. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/6416/1/1080111072.PDF>
- Morales, F. Y Ojeda, M. (2014). *El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería*. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* 20 (3), 94-97. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/487/48740677005.pdf>
- Moreno, M. (2013). Calidad y seguridad de la atención. *Revista ciencia y enfermería*, 19(1), 7-9. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n1/art\\_01.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n1/art_01.pdf)

- Morocco, E. (2018). *Calidad de atención de enfermería desde la percepción del paciente adulto y adulto mayor, Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional del Altiplano, Perú. Recuperado de [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7883/Morocco\\_Quispe\\_Evelyn\\_Kelly.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7883/Morocco_Quispe_Evelyn_Kelly.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Musa, A. (2017). Spiritual Care Intervention and Spiritual Well-Being: Jordanian Muslim Nurses' Perspectives. *Journal of Holistic Nursing*, 20(5), 1-9. doi: <https://doi.org/10.1177/0898010116644388>
- Navas, C. y Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. *Revista Ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/volln27/27-2.pdf>
- Noguera, K. (2017). Bienestar espiritual y resiliencia en estudiantes de dos universidades de Lurigancho, 2016 Tesis de pregrado Universidad Peruana Union, Perú. Recuperado de: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/414/Karen\\_Tesis\\_bachiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/414/Karen_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Novoa, M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M, Bayona M. y Sánchez, C. (2004). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Revista de la Pontificia Universidad Javeriana*, 4(1), 63-75. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n1/v4n1a09.pdf>

- Ortega, M., Guadalupe, M., Ortiz, A. y Guerrero, R.F. (2016). Espiritualidad y cuidado de enfermería. *Ricsh Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 5(10). Recuperado de <https://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/86/452>
- Ortiz, P. (2014). *Nivel de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en los servicios de salud según encuesta SERVQUAL, en la Micro Red Villa-Chorrillos* (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/457/Ortiz\\_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/457/Ortiz_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Poblete, M. y Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Revista Acta Paul Enferm*, 20(4), 499-503. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Quicaño, F. (2018). *Calidad del cuidado humanizado de enfermería para satisfacción de personas posquirúrgicas, servicio de cirugía - Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón" Puno* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6320/ENDqunuf1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quiceno, J., y Vinaccia, S. (2009). *La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad*. *Revista Diversitas- Perspectivas en psicología*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916260008.pdf>



- Quintero, M. (2000). *Espiritualidad y efecto en el cuidado de enfermería. Facultad de enfermería, Universidad de la Sabana. Recuperado: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>*
- Ramírez M. y Zuta, A. (2014). *Calidad de atención de enfermería percibida por el paciente en la unidad de recuperación post anestésica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Essalud, Callao, Perú* (Tesis de segunda especialidad). Universidad Peruana Unión, Perú. Recuperado de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/635/Merida\\_Tesis\\_bachiller\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/635/Merida_Tesis_bachiller_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª. ed.). Madrid, España: Espasa Libros, S.L.U.
- Refugio, Z., Vásquez, M. y Whetsell, M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Revista Aquichan*, 6(1), Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160103>
- Rivera, L. y Triana, A. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Revista de Avances en Enfermería*, 25(1), 56-68. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901/36916>
- Rodríguez, M. y Zuta, R. (2017). *Nivel de satisfacción del familiar del paciente respecto a la comunicación brindada por la enfermera de cuidados intensivos Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú. Recuperado de

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4606/ENSroyamm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Romero, L. (2008). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/482/Romero\\_al.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/482/Romero_al.pdf?sequence=1)

Salazar, J. (2013). Impacto del rol de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica en el Instituto del riñón y diálisis INRDI 'San Martín' Guayaquil 2013-2014 (Tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/8728/1/TESIS%20FINAL.pdf>

Salazar, M. (2016). *Percepción del familiar sobre el cuidado humanizado del enfermero a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Internacional Sede San Borja* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5582/Salazar\\_cm.pdf;jsessionid=734D97384CE9BFFC6FB5FD645F0F9969?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5582/Salazar_cm.pdf;jsessionid=734D97384CE9BFFC6FB5FD645F0F9969?sequence=1)

Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Revista Aquichan*,

9(1), 8-22. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-59972009000100002&lng=es&nrm=is](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972009000100002&lng=es&nrm=is)

Saldaña, O. y Sanango, M. (2015). *Calidad de atención científico humanístico que presta el personal de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción del usuario del centro de salud de Cojitambo, Azogues* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21295/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

Salgado, A. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3293/Salgado\\_la.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3293/Salgado_la.pdf?sequence=1)

Sánchez, B. (2009). *Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. Revista Aquichan*, 9(1), 8-22. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>

Santana, F., Bauer, C., Minamisava, R., Queiroz, A. y Gomes, M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Revista Latino Americano Enfermagem*, 22(3), 454-

460. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00454](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454)

Sierra, L. y Montalvo, P. (2012). Bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros en unidades de cuidado intensivo. *Revista Avances en Enfermería*, 30(1), 64-74. Recuperado de <http://www.index-f.com/rae/301pdf/064074.pdf>

Sifuentes, O. (2016). *Satisfacción del usuario y calidad del cuidado de enfermería en el servicio de cirugía hospital regional docente de Trujillo* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo. Recuperado de <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/3180/Tesis%20Maestr%C3%ADa%20-%20OLGA%20GISSELLA%20SIFUENTES%20LE%C3%93N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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. *Revista de enfermería Universitaria*, 12(2), 80-87. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n2/1665-7063-eu-12-02-00080.pdf>

Simkin, H. (2018). *El modelo circunplejo de la espiritualidad*. *Revista de investigación en psicología social*, 2(2), 65-76. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/325572192\\_El\\_modelo\\_circunplejo\\_de\\_la\\_espiritualidad](https://www.researchgate.net/publication/325572192_El_modelo_circunplejo_de_la_espiritualidad)

Tito, M. y Dávila, R. (2007). Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa de pediatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú. *Revista Ciencia de la Salud*, 3(1), 55-61. Recuperado de [https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/view/172/172](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/172/172)

- Torres, C. y Buitrago, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de investigación* 2(1), 1-11. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a07.pdf>
- Uribe, S. y Lagoueyte, M. (2014). "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Revista Avances en Enfermería*, 32(2), 261-270. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46230/47771>
- Vargas, L. (2015). *Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/49010/1/5539734.2015.pdf>
- Velásquez, C. (2016). *Calidad de vida profesional que tienen las enfermeras que laboran en el Hospital San José de Chincha Diciembre* (Tesis de pregrado). Universidad San Juan Bautista, Perú. Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/530/T-TPLE-Ceferina%20Velasquez%20Ceperian.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Verastegui, M. (2014). *Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3620/Verastegui\\_lm.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3620/Verastegui_lm.pdf?sequence=1)

Vizcarra, J. (2013). *Estrés laboral y su relación con la calidad de cuidado que brinda el profesional de enfermería en la Micro Red de Salud, Cono Sur, Tacna* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Joreg Basadre Grohmann, Perú. Recuperado de [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2293/80\\_2013\\_vizcarra\\_villanueva\\_jc\\_facso\\_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2293/80_2013_vizcarra_villanueva_jc_facso_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

White, E. (1932). *El misterio médico*. Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/1760.85?hl=1932&ss=eyJ0b3RhbCI6NiwicGFyYW1zljp7InF1ZXJ5IjoiMTkzMilslmR5cGUiOiJiYXNpYyIsImxhbmciOiJicyslImxpbWI0IjoyMH0sImluZGV4IjoxfQ%3D%3D#85>

White, E. (1905). *El evangelismo*. Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/176.2763>

White, E. (1909). *El ministerio de curación*. Recuperado de: <https://m.egwwritings.org/es/book/1757.1014>

White, E. (1961). *El camino a Cristo*. Buenos Aires, Argentina: ACES.

Wittenberg, E. Goldsmith J., Ferrell, B. y Ragan, S. (2016, March 16). Promoting improved family caregiver health literacy: evaluation of caregiver communication resources. Retrieved from [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.4117?purchase\\_referer=scholar.google.com.pe&tracking\\_action=preview\\_click&r3\\_referer=wol&show\\_checkout=1](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.4117?purchase_referer=scholar.google.com.pe&tracking_action=preview_click&r3_referer=wol&show_checkout=1)



## **ANEXOS**



## **Anexo 1. Instrumento 1**

### **CUESTIONARIO N° 01**

#### **ESCALA DE BIENESTAR ESPIRITUAL**

La información obtenida identificará el nivel de bienestar espiritual del personal de enfermería que labora en los Hospitales Nacionales de Vitarte y Es Salud Nivel II, será de carácter anónimo, confidencial, y servirá para el beneficio del personal de enfermería sobre la integridad espiritual.

#### **I. DATOS GENERALES**

**a. Edad:** ..... **Sexo:** 1. Femenino 2. Masculino

**b. Estado civil:** 1. Soltero (a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a) 4. Viudo(a)

**c. Religión:** 1. Adventista 2. Católico 3. Evangelista 4.

Otros: \_\_\_\_\_

**d. Formación académica:** 1. Licenciado 3. Especialización 4. Maestría

**e. Lugar de procedencia:** 1. Costa 2. Sierra 3. Selva

**f. Empleos:** 1. Solamente en la Clínica u Hospital 2. Enfermera a

Domicilio u en otra Clínica

#### **II. INSTRUCCIÓN**

Marca con una (X) la opción que mejor le parezca: TD=Totalmente en desacuerdo MD=Moderadamente en desacuerdo D= En desacuerdo A=De Acuerdo MA=Moderadamente de acuerdo TA=Totalmente de acuerdo

N° Ítems	PREGUNTAS	TA	MD	D	A	MA	TD
<b>Bienestar religioso</b>							
1	Encuentra satisfacción al rezar en privado						
2	Creo que Dios me ama y cuida de mi						
3	Cree en que Dios es impersonal y esta desinteresado en las situaciones diarias.						
4	Tengo una relación personal significativa con Dios.						
5	Me siento bien al saber que Dios dirige mi vida						
6	Creo que Dios está interesado en mis problemas						
7	Mi relación con Dios es poco satisfactoria						
8	Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme sola (o)						
9	Me siento completamente satisfecho(a) cuando estoy en comunión con Dios						
10	Mi relación con Dios contribuye a mi sensación de bienestar en genera						
<b>Bienestar existencial</b>							
11	No le encuentro sentido a mi existencia						
12	Siento que la vida es una experiencia positiva						
13	Me siento desubicado sobre mi futuro						
14	Me siento bastante realizado en la vida						
15	Tengo una sensación de bienestar sobre mi existencia						
16	No disfruto mucho de la vida						
17	Me siento bien sobre mi futuro						
18	Siente que la vida está llena de insatisfacciones						
19	La vida no tiene mucho significado						
20	Creo que existe algún propósito real para mi vida						



**Anexo 2. Instrumento 2.**

**CUESTIONARIO N° 02**

**ESCALA DE CALIDAD DE ATENCIÓN**

**INSTRUCCIÓN**

Apreciada(o) Sr. (a) (ta) la presente forma parte de un proyecto de investigación, solicito su participación respondiendo a este cuestionario con la mayor seriedad y sinceridad posible acerca de la atención que UD. ha recibido del personal de enfermeras, durante su estadía en el Hospital. La encuesta es anónima y confidencial por lo tanto le pido que su respuesta sea real.

**I. DATOS GENERALES**

**a) Edad:** ..... **Sexo:** 1. Femenino 2. Masculino

**b) Estado civil:** 1. Soltero (a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a) 4. Viudo(a)

**c) Religión:** 1. Adventista 2. Católico 3. Evangelista 4. Otros: \_\_\_\_\_

**d) Grado de instrucción:**

1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior Técnica 5. Superior Universitaria

**e) Lugar de procedencia:** 1. Costa 2. Sierra 3. Selva

**f) Tiempo de hospitalización lleva en el servicio:**

1. (24) horas ( ) 2. (2) días ( ) 3. (3) días ( ) 4. (4) días a mas especificar ( )

**II. INSTRUCCIÓN**

A continuación, te presentamos una serie de preguntas referidas a la atención de enfermería que recibió durante su estancia hospitalaria. Lea cuidadosamente y marque con una (X) lo que corresponda según su opinión.

N° Ítems	PREGUNTAS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
<b>Técnico Científica: Eficacia</b>					
1	¿Identificó a la enfermera dentro de los profesionales que lo atendieron?				
2	¿Comprendió las explicaciones que le daban las enfermeras a sus preguntas?				
3	¿Los cuidados que le brindaron las enfermeras ayudaron en su recuperación?				
<b>Técnico Científica: Continuidad</b>					
4	¿Cuándo tuvo una necesidad las enfermeras le atendieron de manera inmediata?				
5	¿Las enfermeras le atendieron sin interrupciones?				
6	¿Las enfermeras le preguntaban continuamente sus necesidades?				
7	¿Las enfermeras que relevaban el turno continuaban con su atención y cumplían los requerimientos pendientes en su cuidado?				
8	¿Las enfermeras le explicaron los cuidados que debía continuar en su casa (Si está de alta) o en su servicio de hospitalización?				
9	¿Ante una necesidad o problema que Ud. tuvo las enfermeras, hacían seguimiento a los resultados de su atención?				

<b>Técnico Científica: Seguridad</b>					
10	¿Las enfermeras se cercioraban que los equipos estén operativos antes de usarlos en su atención?				
11	¿Las enfermeras le informaron antes de realizarle algún procedimiento orientándole como debería colaborar?				
12	¿Las enfermeras le brindaron confianza durante la atención?				
13	¿Las enfermeras le orientaron claramente sobre los efectos del tratamiento?				
14	¿Las enfermeras le orientaron sobre cómo evitar algunas complicaciones?				
<b>Técnico Científica: Integridad</b>					
15	¿Las enfermeras le escucharon con atención?				
16	¿Las enfermeras entendieron sus problemas y necesidades?				
17	¿Las enfermeras se aproximaron a Ud. para preguntarle sus necesidades y ofrecerle medidas que las alivien?				
18	¿Considera que las enfermeras se preocuparon por su situación de salud?				
<b>Dimensión: Humana</b>					
19	¿Las enfermeras se interesaban por sus familiares y le facilitaron la comunicación con ellos?				
20	¿Las enfermeras le llamaron siempre por su nombre?				
21	¿Las enfermeras le trataron				

	con amabilidad?				
22	¿Las enfermeras le hicieron sentir importante?				
23	¿Las enfermeras se interesaron por sus necesidades afectivas?				
24	¿Las enfermeras le atendieron con paciencia?				
25	¿Las enfermeras le dieron información clara y precisa sobre su situación de salud?				
26	¿Las enfermeras le brindaron apoyo emocional permanente?				
	<b>Dimensión: Entrono</b>				
27	¿Las enfermeras trataban a todos los pacientes por igual?				
28	¿El ambiente donde le atendieron estaba limpio?				
29	¿El ambiente donde le atendieron estaba ordenado?				
30	¿Su ropa de cama siempre estaba limpia y seca?				

### **Anexo 3.** Normalidad.

Tabla 8

#### *Análisis de normalidad*

Variable	Kolmogorov-Smirnov (p)
Calidad de Atención	.000
Bienestar espiritual	.000
Bienestar religioso	.000
Bienestar existencial	.000



#### **Anexo 4.** Confiabilidad.

Tabla 9

##### *Confiabilidad*

Variable	Alfa de Cronbach
Calidad de Atención	.803
Bienestar espiritual	.890
Bienestar religioso	.870
Bienestar existencial	.780

## Anexo 5. Cartas de Autorización de las instituciones

**CARGO**

 **EsSalud**  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"  
"Año del fortalecimiento de la atención primaria en EsSalud"

CARTA N° 1357-D-HIIV-GRDA-ESSALUD-2018

Vitarte, 26 de julio de 2,018

Señora Doctora  
KEILA MIRANDA LIMACHI  
Directora EP Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad Peruana Unión  
Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA REALIZACION DE ENCUESTA  
REF. : OFICIO N° 106-2018/UPEU-FCS-EP/E

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia, remito Carta N° 320-SE-HIIV-GRDA-ESSALUD-2018, de la Jefatura del Servicio de Enfermería, en la cual emite opinión favorable para que las investigadoras de la Universidad Peruana Unión desarrollen la encuesta para el desarrollo de su tesis.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

  
KEILA MIRANDA LIMACHI  
DIRECTORA EP ENFERMERIA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD PERUANA UNION

  
30 JUL. 2018

CSR/ivo.  
NIT 0592 – 2018 – 1048  
Folios:

Jr. San Martín de Porres N 265  
ATE VITARTE, Lima 03 – Perú  
494-2959 - Anexo 5710



Una Institución Adventista

**CARGO**

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

Lima, Ñaña, 20 de julio de 2018

**OFICIO N° 107-2018/UPeU-FCS-EP/E**

Doctor  
**PABLO SAMUEL CÓRDOVA TICSE**  
Director Hospital de Vitarte  
Ministerio de Salud  
Presente.-

Atención: Oficina de Capacitación y Docencia

Apreciado doctor Córdova:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo y desear muchas bendiciones en las funciones que desempeña.

Mediante la presente tenemos a bien presentar las investigadoras **Lucero Romero Bueno**, con código N° 201220007 y **Stephany Valera Montalvan**, con código N° 201410050; y a su ascensora **Mg. Rut Ester Mamani Limachi**, identificada con DNI N° 01343068 de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Peruana Unión.

Las investigadoras arriba mencionadas están realizando su Tesis titulada: **“Bienestar Espiritual de las enfermeras y calidad de atención de los profesionales de enfermería del Hospital de Lima Este – Vitarte y Hospital Esalud Nivel II - Vitarte”**; para lo cual, solicitamos la **AUTORIZACIÓN** para realizar el desarrollo de la respectiva Encuesta.

Segura de contar con su apoyo, para el desarrollo profesional de las alumnas, me despido de usted

Con afecto cristiano,



*[Firma]*  
Dra. **Keila E. Miranda Limachi**  
**DIRECTORA EP ENFERMERÍA**  
Facultad de Ciencias de la Salud

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL VITARTE TRAMITE DOCUMENTARIO
20 JUL. 2018
N° Exp: 11068 N° Foho: .....
Hora: 12:00 Firma: <i>[Firma]</i>

## **Anexo 6. Consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TITULO DE PROYECTO:** Bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2018

**Propósito y Procedimiento:** Esta investigación está a cargo de Lucero Romero Bueno y Stephanie Valera Montalvan, estudiantes de la E. A. P. Enfermería de la Universidad Peruana Unión. El propósito de este proyecto es determinar la relación entre el bienestar espiritual y la calidad de atención de los profesionales de enfermería en dos Hospitales de Lima Metropolitana, 2018. El profesional de enfermería participará brindando información en un cuestionario, el cual se adjunta.

**Beneficios:** Los resultados finales de este trabajo de investigación se pondrán a disposición de la institución para ser conocidos por el profesional de enfermería. Permitirá a los profesionales de enfermería solicitar mejoras en las iniciativas, prácticas o políticas de su institución e implementar estrategias que le permitan conciliar su vida familiar con la laboral.

**Derechos del participante y confidencialidad:** La participación del profesional de enfermería en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras o Institución de salud. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por las investigadoras y para efectos del estudio.

#### **DECLARACIÓN DE INFORME DE CONSENTIMIENTO**

Yo \_\_\_\_\_, he leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

\_\_\_\_\_  
Firma