

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Espiritualidad y cuidado humanizado de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020

Por:

Glendy Adelita Larico Calla
Dennis Victor Mamani Quispe

Asesor:

Dra. Keila Miranda Limachi

Lima, enero, 2020

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

Keila Ester Miranda Limachi, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

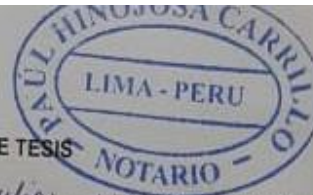
Que el presente trabajo de investigación titulado: “ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO HUMANIZADO DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA, PERÚ, 2020” constituye la memoria que presentan los estudiantes Glendy Adelita Larico Calla y Dennis Victor Mamani Quispe para aspirar al título Profesional de Licenciado en Enfermería, cuyo trabajo de investigación ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

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

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, al 22 de julio del 2020.



Dra. Keila Ester Miranda Limachi



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a los 21 día(s) del mes de julio del año 2020 siendo las 16 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mg. Francis Gamara Bernal secretario: Mg. Ruth Vallejo Atelaya miembros: Msc. Mary Luz Salazar Apocuin y los demás y el asesor: Dra. Keila Ester Miranda Linares

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada "Espiritualidad y Ciudadanía Humanizada de los estudiantes de Enfermería de una Universidad Privada, Perú 2020".

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Gladys Adilida Larico Calla b) Dennis Victor Mausani Quispe conducente a la obtención del título profesional de Licenciado en Enfermería (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/a(la)(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Gladys Adilida Larico Calla

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 18, A-, Muy bueno, Sobresaliente

Candidato (b): Dennis Victor Mausani Quispe

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 18, A-, Muy bueno, Sobresaliente

(*) Ver parte posterior " Esta sustentación fue realizada de manera virtual online sincrónico, conforme al reglamento general de Grados y Títulos.

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures for Presidente, Asesor, Miembro, Miembro, Candidato/a (a), and Candidato/a (b). Secretary signature is also present.

Dedicatoria

A quienes lean este trabajo y aprendan de él, también a quienes lo elaboraron, revisaron y aprobaron.

Glendy Larico Calla

A Dios por darme la oportunidad de vivir y confiar en cada paso que doy, por guiarme en la decisión que tomé, a mi querida madre quien siempre me brindó su apoyo incondicional y gran amor en todo momento; también a mi familia y amigos que siempre me animaron para lograr este objetivo.

Dennis Victor Mamani Quispe

Agradecimientos

A Dios

por darnos la oportunidad de alcanzar nuestros objetivos y guiarnos en cada decisión que tomamos en nuestra vida personal y profesional

A nuestros docentes:

A la Dra. Keila Miranda Limachi, por las asesorías, conocimientos, dedicación, tiempo y compromiso que tiene hacia nosotros y por ser un soporte en este trabajo de investigación. A la Mg. María Magdalena Díaz Orihuela y al Mg. David Joel Javier Aliaga por su apoyo incondicional y por influenciarnos con sus enseñanzas en nuestro desarrollo profesional.

A los directores / autoridades de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión

Al Dr. Keila Miranda Limachi directora de la E.P. de Enfermería Sede Lima, Mg Ruth Mamani Limachi Directora de la E.P. de Enfermería Filial Juliaca, por darnos las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación.

Tabla de contenido

Capítulo I.....	14
El problema.....	14
1. Planteamiento del problema.....	14
2. Formulación del problema.....	17
3. Objetivos de la investigación.....	17
3.1. Objetivo general.....	17
3.2. Objetivos específicos.....	17
4. Justificación.....	18
4.1. Aporte teórico.....	18
4.2. Aporte metodológico.....	18
4.3. Aporte práctico y social.....	19
Capítulo II.....	20
Marco teórico.....	20
1. Antecedentes de la investigación.....	20
2. Marco bíblico filosófico.....	34
3. Marco teórico.....	36
3.1. Espiritualidad.....	36
3.2. Cuidado humanizado.....	41
4. Definición de términos.....	48
Capítulo III.....	49

Materiales y métodos	49
1. Diseño y tipo de investigación	49
2. Variables de la investigación	49
2.1. Operacionalización de la variable.	51
3. Hipótesis de la investigación	56
3.1. Hipótesis general.	56
3.2. Hipótesis específicas.	56
4. Delimitación geográfica y temporal	57
5. Participantes	58
5.1. Población.	58
5.2. Muestra.	58
5.3. Criterios de inclusión.	59
5.4. Criterios de exclusión.	59
5.5. Características de la muestra	59
6. Técnica e instrumento de recolección de datos	61
6.1. Cuestionario de espiritualidad.	61
6.2. Cuestionario de autopercepción de cuidado humanizado.	61
7. Proceso de recolección de datos.	62
8. Procesamiento y análisis de datos	63
9. Consideraciones éticas	63
Capítulo IV	65
Resultados y discusión.	65

1.	Resultados	65
2.	Discusión.....	71
Capítulo V		83
Conclusiones y recomendaciones		83
1.	Conclusiones.....	83
2.	Recomendaciones.....	84
Referencias		85
Anexos		95

Índice de tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra	60
Tabla 2. Relación entre la espiritualidad y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.....	65
Tabla 3. Nivel de espiritualidad de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.....	66
Tabla 4. Nivel de cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.....	67
Tabla 5. Relación entre la dimensión autoconciencia y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020	67
Tabla 6. Relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.....	68
Tabla 7. Relación entre la dimensión prácticas espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020	69
Tabla 8. Relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020	70

Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos	95
Anexo 2. Resultados descriptivos.....	101
Anexo 3. Prueba de normalidad	105
Anexo 4. Consentimiento informado.....	106
Anexo 5. Autorización de las instituciones de estudio	107

Símbolos usados

CES	Caring Efficacy Scale
UPeU	Universidad Peruana Unión
OMS	Organización mundial de la salud
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
PCHE	Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería
EFL	Escala de Felicidad de Lima
NSDSC	Nurses' Spirituality and Delivery of Spiritual Care
SCCS	Spiritual Care Content Scale
SAIL	Spiritual attitude and involvemen
IE	Inteligencia emocional

Resumen

Objetivo: determinar la relación entre la espiritualidad y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Perú.

Metodología: de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional y de corte transversal. La muestra fue obtenida por muestreo probabilístico llegando a ser conformado por 117 estudiantes de enfermería. Los instrumentos utilizados fueron: la escala de autoeficacia del cuidado creado por Coates (1992), adaptada al español por Poblete, Valenzuela, & Merino, (2012) con un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.87 y el cuestionario de espiritualidad creado por Parsian y Dunning, (2009), adaptado y traducido al español por Díaz, Muñoz Sánchez y Vargas (2012) con un coeficiente de alpha de Cronbach de 0.88. **Resultados:** existe relación entre las variables espiritualidad y cuidado humanizado con un p - valor de 0.004, según el estadístico de correlación Spearman. Del mismo modo, se encontró relación entre las dimensiones de la espiritualidad (autoconciencia, importancia de las creencias espirituales, prácticas espirituales y necesidades espirituales) con el cuidado humanizado. Con respecto a los datos descriptivos el 84,6% de los estudiantes tiene un nivel de espiritualidad alto y el 54,7% tiene un nivel de cuidado humanizado alto.

Conclusión: Existe relación entre las variables de estudio.

Palabras claves: Espiritualidad, cuidado humanizado, estudiantes de enfermería.

Abstract

Objective: to determine the relationship between spirituality and humanized care provided by nursing students from a private university in Peru. **Methodology:** quantitative approach, non-experimental design, correlational type and cross section. The sample was obtained by probabilistic sampling, reaching the composition of 117 nursing students. The instruments used were: Caring Efficacy Scale created by Coates (1992), adapted to Spanish by Poblete, Valenzuela, & Merino, (2012) with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87 and the spirituality questionnaire created by Parsian and Dunning, (2009), adapted and translated into Spanish by Díaz, Muñoz Sánchez and Vargas (2012) with a Cronbach alpha coefficient of 0.88. **Results:** there is a relationship between the variables spirituality and humanized care with a p-value of 0.004, according to the Spearman correlation statistic. Similarly, a relationship was founded between the dimensions of spirituality (self-awareness, importance of spiritual beliefs, spiritual practices, and spiritual needs) with humanized care. Regarding the descriptive data, 84.6% of the students have a high level of spirituality and 54.7% have a high level of humanized care. **Conclusion:** There is a relationship between the study variables.

Key words: Spirituality, humanized care, nursing students.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

El significado y esencia del cuidado humanizado vienen de la raíz de la palabra “humanidad” definida como sensibilidad, compasión, bondad hacia los semejantes (RAE, 2020).

Rodríguez y Honores (2016) definen el cuidado humanizado como la expresión constante, incondicional y atenta frente al paciente; es contribuir a la recuperación de su autonomía e independencia; es la preocupación y el esfuerzo para alcanzar el máximo bienestar físico, mental y espiritual. Para alcanzar este bienestar son necesarias la comprensión, la aceptación, la tolerancia, la comunicación terapéutica y la escucha activa.

En los países latinoamericanos, la encargada de gestionar este cuidado es la enfermera, ya que Enfermería tiene como eje principal de su quehacer el cuidado en la atención y prestación de servicios en salud, con un compromiso no observado en otra disciplina o profesión. Sin embargo, en estos últimos años, donde se ha evidenciado el desarrollo de tecnología más grande en el área de salud, surge el fenómeno de deshumanización, donde la persona pasa a ser simplemente objeto de la aplicación de la medicina y el enfermo pasa a ser la enfermedad. Este fenómeno hace que el trabajo de enfermería se realice de forma

mecanizada, tornando su trabajo invisible en los campos clínicos y generando así insatisfacción laboral (Monje et al., 2018).

Albornoz y Chiquez (2018) afirman que en Perú, en los hospitales nacionales, seguro social y las diversas clínicas, el profesional de Enfermería continua dando prioridad al aspecto administrativo, documental y seguimiento de protocolos establecidos, dejando de lado el lado humano y la sensibilidad que debe tener el profesional, esta afirmación es respalda por varias investigaciones en diversas ciudades del Perú, dentro de ellas (Calsin, 2017) en Puno demostró que los pacientes consideran deficiente el cuidado humanizado por parte de las enfermeras, por otro lado, (Paccotaípe, 2018) afirma que en los hospitales de Lima norte los pacientes consideran regular el cuidado recibido por parte del profesional de enfermería, demostrando así que no están satisfechos con el cuidado recibido.

Posibles causantes de la deshumanización son la sobrecarga laboral, el ambiente, las características personales; como el autoestima, valores, espiritualidad, principios y entre otros (Albornoz y Chiquez 2018).

Adicionalmente, Melgar y Estuco (2014) sustentan que el cuidado holístico o también llamado humanizado solamente es posible cuando el enfermero está consciente de sí mismo y cuando su ser está integrado y armonioso, para poder cuidar de un ser humano en las dimensiones biológica, emocional, espiritual; el profesional de Enfermería necesita cuidar de sí mismo a través de la continua búsqueda de lo trascendental, armonía e integridad. Los autores sustentan que

cuanto mayor sea la espiritualidad del profesional de enfermería, mejor será la percepción del cuidado humanizado por parte del paciente.

Por su parte, Silva (2015) infiere que al hablar de espiritualidad, los estudiantes de enfermería lo relacionan con el cuidado humanizado. Resultados similares fueron encontrados por (Evangelista et al., 2016) quien al entrevistar a profesionales de enfermería concluyó que la espiritualidad del enfermero se torna una herramienta para el cuidado que brinda.

Para Bennett y Thompson (2015) la mejor forma de enseñar a brindar un cuidado holístico a los estudiantes de enfermería, es promover la propia espiritualidad de los mismos. Esta teoría fue probada por Ross et al. (2018) quien demostró que se puede enseñar a los alumnos espiritualidad, y así incrementar su cuidado humanizado; ya que el mejor momento para pulir e reforzar estos aspectos de forma oportuna, es en el pregrado, para que cuando ingrese al mundo laboral brinde un cuidado humanizado de manera natural espontánea.

Sin embargo, Babamohamadi, Ahmadpanah y Ghorbani (2018) en Irán evaluaron la espiritualidad y cuidado holístico entre las enfermeras y estudiantes de enfermería, pero solamente el 33.9% obtuvo un nivel alto. En cambio, Daghan (2017) en Turquía demostró que los estudiantes de enfermería en su mayoría tienen un nivel medio en espiritualidad y cuidado holístico. Adicionalmente, Alva y Castillo (2018) hallaron en la misma casa de estudio, de esta investigación, que la mayoría de estudiantes de Medicina poseen un nivel de espiritualidad bajo.

Considerando lo ya expuesto, los investigadores se vieron motivados a formular la siguiente pregunta de investigación.

2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la espiritualidad y cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre la espiritualidad y cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

3.2. Objetivos específicos.

Determinar el nivel de espiritualidad de los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

Identificar el nivel de cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

Determinar la relación entre de la dimensión autoconciencia y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

Determinar la relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

Determinar la relación entre la dimensión prácticas espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

Determinar la relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

4. Justificación

4.1. Aporte teórico.

La presente investigación pretende contribuir al conocimiento científico por la información actualizada, estructurada y especializada de las variables de estudio; así mismo, por la información generada después de probar la hipótesis y, sobre todo, por ser una fuente de información confiable y veraz. También pretende ampliar los conocimientos del profesional de enfermería en relación al cuidado humanizado y espiritualidad.

4.2. Aporte metodológico.

En cuanto a la relevancia metodológica, permitirá confirmar la validación y confiabilidad de instrumentos en el contexto local, a su vez la ampliación del

campo de aplicación de los mismos. Adicionalmente, se proporcionará una base de datos actualizada de una realidad diferente que se pondrá a disposición de la comunidad científica.

4.3. Aporte práctico y social.

La investigación pretende fomentar la toma de conciencia en los estudiantes de Enfermería sobre la importancia de la espiritualidad como una herramienta en el cuidado y la importancia trascendental del cuidado humanizado.

Se beneficiará la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, porque recibirán un reporte sobre el nivel de espiritualidad de los estudiantes de enfermería y la autopercepción del cuidado humanizado que brindan. Serán referente para la elaboración de actividades, cursos y/o programas para fortalecer la salud espiritual de los estudiantes de enfermería y fortalecer el cuidado que brindan a sus pacientes.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Babamohamadi et al. (2018) realizaron un estudio en Irán titulado “Actitudes hacia la espiritualidad y el cuidado espiritual entre enfermeras y estudiantes de enfermería iraníes: un estudio transversal”. Su objetivo fue evaluar las actitudes hacia la espiritualidad y el cuidado espiritual entre enfermeras y estudiantes de enfermería. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras (n = 180) que trabajan en los hospitales docentes afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Semnan, así como los estudiantes de enfermería senior (n = 50) seleccionados por el método del censo. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 168 individuos que cumplían con los criterios de inclusión. El instrumento de recolección de datos fue la Escala de Calificación de Espiritualidad y Cuidado Espiritual. Los resultados mostraron que solamente el 33.9% presentó un puntaje alto o deseable, siendo que el 64.3% obtuvo un puntaje promedio. Las enfermeras y los estudiantes de enfermería que trabajan en los hospitales antes mencionados informaron actitudes positivas hacia la espiritualidad y el cuidado espiritual. Se concluyó que dar importancia al cuidado espiritual y también el nivel de espiritualidad y cuidado espiritual entre enfermeras y estudiantes de enfermería en este estudio, la institucionalización del concepto de espiritualidad, la provisión de un contexto apropiado para brindar dicha atención, y

también la implementación de intervenciones con el propósito de mejorar el cuidado espiritual, junto con otras habilidades de enfermería, es de suma importancia.

Ross et al. (2018) realizaron un estudio, en 8 países en Europa, titulado “Percepciones de los estudiantes de enfermería y obstetricia sobre la espiritualidad, el cuidado espiritual y la competencia del cuidado espiritual: un estudio europeo prospectivo, longitudinal y correlacional”. Su objetivo fue describir las percepciones de espiritualidad / cuidado espiritual de los estudiantes de pregrado de enfermería y obstetricia, su competencia percibida para brindar cuidado espiritual y cómo estas percepciones cambian con el tiempo y explorar los factores que contribuyen al desarrollo de la competencia del cuidado espiritual. La metodología aplicada en el estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional, de corte longitudinal y multinacional. Una muestra de conveniencia de 2193 estudiantes de pregrado de enfermería y obstetricia (tasa de respuesta del 69%, bajando al 33%) matriculados en 21 universidades en ocho países. Se usaron cuestionarios de percepción de espiritualidad / cuidado espiritual (SSCRS), competencia de cuidado espiritual (SCCS), bienestar espiritual (JAREL) y actitud espiritual y participación (SAIL) en 4 ocasiones (inicio del curso n = 2193, año 2 n = 1182, año 3 n = 736, final del curso n = 595). Los resultados mostraron la competencia percibida incrementó a lo largo del estudio, este incremento es atribuido a las experiencias de vida, a la enseñanza – discusión en la universidad y al cuidado de los pacientes. Se encontró correlación significativa entre cuidado espiritual y percepción de la espiritualidad; donde puntuaciones

altas de bienestar espiritual (JAREL) y actitud y participación espiritual (SAIL) eran preferibles. Se concluyó que la competencia de espiritualidad y cuidado espiritual puede enseñarse en el pregrado y obtener resultados. Siendo este el primer trabajo en demostrar tal hipótesis.

Daghan (2017) realizó un estudio, en Turquía, titulado "Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care; An Example of Turkey". Su objetivo fue explorar cómo los estudiantes de enfermería perciben la espiritualidad / cuidado espiritual e investigar las variables que actúan sobre su percepción. La metodología aplicada fue enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte trasversal. La población estuvo constituida por 1325 estudiantes de enfermería. La muestra ha sido seleccionada aleatoriamente por un método de muestreo estratificado de múltiples grupos, obteniendo una muestra de 500 estudiantes de primero, segundo, tercer y cuarto año, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue la Escala de Calificación de Espiritualidad y Cuidado Espiritual (SSCRS). Los resultados mostraron una percepción espiritual media = 3.60 (IQR = 3.55–3.82), a su vez, las estudiantes obtuvieron puntajes de escala más altos que los estudiantes masculinos ($z = 2.19$, $p < 0.05$). Se concluyó que la puntuación media de los estudiantes muestra una "confusión conceptual".

Labrague, McEnroe-Petitte, Achaso, Cachero y Mohammad (2016) realizaron un estudio, en Filipinas, titulado "Espiritualidad de las enfermeras filipinas y provisión de cuidado de enfermería espiritual". Su objetivo fue explorar las percepciones de la espiritualidad de las enfermeras y la provisión de cuidado

espiritual. La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra fue por conveniencia teniendo un total de 245 el instrumento utilizado fue el cuestionario Espiritualidad de las enfermeras y entrega de cuidado espiritual (NSDSC). Los resultados muestran Los ítems en NSDSC con puntajes promedio más altos relacionados con la percepción de espiritualidad de las enfermeras fueron el Ítem 7, “Creo que Dios me ama y se preocupa por mí”, y el Ítem 8, “La oración es una parte importante de mi vida”, con puntajes promedio de 4,87 (DE = 1,36) y 4,88 (DE = 1,34), respectivamente. Los ítems en NSDSC con puntajes promedio más altos relacionados con la entrega del cuidado espiritual fueron el Ítem 26, “Generalmente consuelo a los clientes espiritualmente (por ejemplo, leer libros, oraciones, música, etc.)” y el Ítem 25, “Recomiendo al cliente / su consejero espiritual (p. ej., capellán del hospital) si es necesario”, con puntajes promedio de 3.16 (DE = 1.54) y 2.92 (DE = 1.59). Se encontró correlación significativa entre la espiritualidad y el conocimiento del cuidado espiritual ($r = .3376$, $p \leq .05$) y su entrega de cuidado espiritual ($r = .3980$, $p \leq .05$). Se concluyó que las enfermeras que brindan mejor atención de enfermería espiritual, deben cuidarse a sí mismas a través de la autoconciencia, el autorreflexión y el desarrollo de un sentido de satisfacción y satisfacción.

Evangelista et al. (2016) realizaron una investigación, en Brasil, titulada “Espiritualidad en la atención al paciente de cuidados paliativos: un estudio con enfermeras”. Su objetivo fue comprender, bajo la perspectiva del enfermero, la espiritualidad implicada en la atención a pacientes en régimen de cuidados

paliativos. La metodología aplicada fue de enfoque cualitativo. La muestra estuvo compuesta por 10 enfermeros de un hospital de Jaoa Pessoa, cuyo material fue recolectado a través de entrevistas semiestructuradas y analizando a partir de la técnica de análisis de contenido. Llegaron a la conclusión de que reconocen la importancia de la dimensión espiritual en la atención de pacientes en cuidados paliativos, ya que contribuyen a la mejora de su condición y aceptación del proceso; sin embargo, aún no hay una completa preparación por parte del profesional de enfermería en los asuntos espirituales. A su vez, recomienda que se debería realizar estudios sobre cómo se encuentra la espiritualidad del propio personal de enfermería.

Moreno et al., (2018), en Madrid, realizaron un estudio titulado “Percepción sobre la calidad de los cuidados, entorno laboral y características del sueño de las enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud”. Describieron la percepción de las enfermeras sobre la calidad de los cuidados que prestan y de su entorno laboral. La muestra estuvo constituida por 635 enfermeras. La metodología optada para este estudio fue multicéntrico, observacional, descriptivo. Usaron un instrumento implementado para medidas de carácter sociodemográfico y educativo, características del entorno laboral y sueño de las enfermeras. Como resultado, el 83,7% percibía la calidad de los cuidados como buena/excelente, 55,1% valoró el entorno laboral como bueno/excelente. El 15,4% de las enfermeras tenía alto nivel de burnout y 58,3% bajo. La calidad del sueño fue de 6,38 para el turno de día, de 6,78 para el turno rotatorio y de 7,93 para el turno de noche, se concluyó que para brindar un cuidado de calidad varios factores como:

el turno, la unidad, la satisfacción, la percepción de la seguridad y la calidad del sueño.

Joven y Guáqueta (2019), en Colombia, realizaron una investigación titulada “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. Su objetivo fue describir la percepción del paciente crítico adulto sobre los comportamientos de cuidado humanizado del profesional de enfermería. Tuvo una muestra de 55 pacientes. La metodología utilizada fue descriptiva con abordaje cuantitativo. Para la recolección de información, se usó el instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión”. Los resultados: en la categoría priorizar el sujeto de cuidado como siempre, obtuvo 60%, casi siempre 14% y nunca 4%; en la categoría apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona, 42% indicó siempre, 24% casi siempre, 25% algunas veces y 9% nunca; y en la percepción de las cualidades del hacer de enfermería, 27% siempre, 35% casi siempre, 24% algunas veces y 14% nunca. Se concluyó que los comportamientos del cuidado humanizado se perciben como bueno.

Monje et al. (2018), en Chile, realizaron un estudio titulado “Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados determinaron la percepción que tienen los pacientes hospitalizados en Servicio de Medicina Adulto de un hospital de alta complejidad, del cuidado humanizado que brindan el profesional de Enfermería y factores relacionados”. El estudio realizado fue de corte transversal, correlacional. Se tuvo la muestra de 171

pacientes hospitalizados. Usaron la encuesta sociodemográfica y la escala Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE). Tuvo como resultado que el 86% de los pacientes hospitalizados considera que siempre recibe trato humanizado, 11.7% casi siempre, 1.8% algunas veces percibió un trato humanizado, concluyendo que los/as enfermeros/as de un hospital de alta complejidad respetan la dignidad humana al entregar cuidados humanizados, principalmente por la forma en que proporcionan los cuidados día a día.

Suárez y Rodríguez (2018), en Valencia - España, realizaron un estudio titulado “Actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado”. Su objetivo fue evaluar la actitud y calidad de cuidado humanizado. La metodología optada en esta investigación fue de diseño no experimental, corte transversal de tipo correlacional de campo y descriptivo, con una muestra de 30 profesionales de enfermería. Tuvieron como instrumento la encuesta titulada “actitudes del profesional de Enfermería en su dimensión afectiva y conductual durante el cuidado humanizado” y una escala de observación. Se concluye que la actitud del profesional de Enfermería con el paciente politraumatizado guarda relación con el cuidado humanizado que este ofrece al paciente politraumatizado.

Romero, Contreras y Moncada (2016), en Cartagena – Colombia, realizaron un estudio titulado “Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes”. Determinaron la percepción de cuidado humanizado

de enfermería y su relación con el tiempo de hospitalización en pacientes. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño cuantitativo, de tipo no experimental con corte transversal analítico. Tuvo una población de 510 pacientes y con una muestra probabilística de 132 pacientes. Se utilizó el instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE). Tuvieron como resultado: la percepción global de cuidado humanizado fue 55,4% excelente, 35% bueno, 7.9% aceptable y malo 1.7%. Concluyeron que el tiempo de estadía hospitalaria y el estado de salud están asociados con el cuidado humanizado de enfermería percibido.

Ugarte (2017), en Lima, realizó un estudio que tuvo como objetivo describir las características del cuidado humanizado que brinda la enfermera según opinión de las personas viviendo con VIH en estadio SIDA. La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, con una población de 66 pacientes del Servicio de Medicina N° 1 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Se aplicó un cuestionario Likert modificado con Escala Likert de 40 ítems con 5 opciones. Se tuvo como resultado del total de pacientes, 61% expresan que las enfermeras brindan un buen cuidado humanizado, 36% regular y 2% refieren que nunca reciben un cuidado humanizado de las enfermeras. La categoría con mayor porcentaje fue: priorizar al ser cuidado con 54% y la categoría con menor porcentaje fue la categoría apoyo emocional con 29% como un cuidado humanizado que brindan las enfermeras. Concluyó que el cuidado humanizado que proporciona la enfermera es bueno, según las personas con VIH en estadio SIDA.

Rivera y Rodríguez (2017) realizaron una investigación titulada "Sentimientos sobre espiritualidad de los estudiantes del 2° y 6° semestre de la facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2016". Su objetivo fue determinar los sentimientos de los estudiantes sobre la espiritualidad, en cuanto a la autoconciencia, creencias espirituales y prácticas espirituales. La metodología usada en la investigación fue de enfoque cualitativa, de campo. Para la recolección de datos, se usó una guía de entrevista a profundidad. Las unidades de investigación fueron 15. Se concluyó que son positivos los sentimientos en relación a la autoconciencia; todos los alumnos creen en Dios como ser supremo y sobrenatural, creen en la espiritualidad como origen y fin de la vida, así como el destino. Acerca de las prácticas espirituales, muestran una imprecisión acerca del significado de alma, el perdón, la oración y del mensaje Bíblico, motivo por el cual no tienen definidas dichas prácticas, las conocen, conceptualizan, pero no las practican.

Lujan y Moisés (2014) realizaron una investigación titulada "Nivel de bienestar espiritual en profesionales de Enfermería asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2013". Su objetivo fue determinar el nivel de bienestar espiritual del profesional de enfermería. La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal, tipo descriptivo. La muestra fue pirobalística aleatoria simple, obteniendo un total de 100 encuestados. El instrumento para la recolección de datos fue la escala de bienestar espiritual. Los resultados mostraron un nivel medio de bienestar espiritual, donde el 66% tenía prácticas espirituales y 76% presentaron creencias espirituales. Por otro lado, no

se evidenciaron diferencias significativas entre en el nivel de bienestar espiritual y las variables: edad ($F_c = 0.283 < F_t = 3.10$: $p = 0.755$), sexo ($F_c = 2.657 < F_t = 3.95$: $p = 0.110$), estado civil ($F_c = 0.972 > F_t = 3.10$: $p = 0.386$), condición laboral ($F_c = 0.578 < F_t = 3.10$: $p = 0.565$), servicio interno ($F_c = 0.449 < F_t = 2.11$: $p = 0.865$), tiempo de servicio ($F_c = 0.265 < F_t = 3.10$: $p = 0.768$), nivel de formación profesional ($F_c = 0.180 < F_t = 3.10$: $p = 0.836$) y universidad de procedencia ($F_c = 0.484 < F_t = 3.95$: $p = 0.490$). Se concluyó que el 76% de los profesionales de enfermería presentaba un nivel medio de bienestar espiritual y el 24% presentó un nivel bajo.

Miguel y Vilchez (2018) realizaron un estudio titulado “Inteligencia emocional y espiritualidad en estudiantes universitarios ayacuchanos”. el objetivo fue determinar la correlación entre las variables ya mencionadas. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, tipo correlacional. La muestra está constituida por 195 estudiantes de dos universidades privadas de Ayacucho. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el Cuestionario del Trait Meta-Mood Scale-24, Escala de inteligencia emocional, y el Cuestionario de Espiritualidad. Los resultados mostraron que existe correlación entre todas las dimensiones del IE con las dimensiones de Espiritualidad. Se concluyó que existe correlación entre ambas variables, además se evidenció que las mujeres presentan mayores niveles de espiritualidad; asimismo, la dimensión de autoconocimiento del cuestionario de Espiritualidad, presenta las correlaciones más fuertes con las dimensiones de Inteligencia Emocional.

Tacilla y Robles (2015) realizaron un estudio sobre “Felicidad y espiritualidad en miembros de una iglesia cristiana de Lima Este, 2015”. Su objetivo fue demostrar si existe relación entre la felicidad y espiritualidad en un contexto cristiano. La muestra estuvo conformada por 125 miembros de una iglesia cristiana, que oscilaban entre los 17 y 88 años de edad. La metodología aplicada fue de diseño cualitativo, no experimental de corte transversal. Los instrumentos usados fueron la Escala de Felicidad de Lima (EFL) y el Cuestionario de Espiritualidad. Los resultados demostraron que existe relación positiva entre felicidad y espiritualidad; es decir, la espiritualidad contribuye directamente a que las personas tengan felicidad. Por otro lado, se vio que el género masculino tenía niveles más altos de espiritualidad, y que los solteros eran más felices a comparación de las personas casadas.

Alva y Castillo (2018) realizaron su estudio titulado “Espiritualidad y estilo de vida en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión, Lima 2017” cuyo objetivo fue determinar la relación entre la espiritualidad y estilo de vida en los alumnos. La metodología utilizada fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo correlacional, corte transversal. La muestra fue no probabilística por conveniencia y fue conformada por 176 alumnos. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron el “cuestionario de espiritualidad” creado por Parsian y Dunning (2009) y el cuestionario “S.N. – 52” creado por Walker, Sechrist y Pender (1996). Los resultados mostraron que existe relación entre la espiritualidad y el estilo de vida con un p-valor de 0,002, medido a través de la prueba estadística Chi-cuadrado; por otro lado, el 75% de alumnos

tuvo un nivel de espiritualidad bajo y 25% alto. Se concluyó que existe relación entre las variables de estudio.

Considerando que la humanización es un componente esencial en la prestación del cuidado de Enfermería. Calsin (2017), en Puno, realizó una investigación titulada “Percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno”. Su objetivo fue determinar la percepción del cuidado humanizado. La metodología aplicada en la investigación fue de diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, tipo descriptiva y de corte transversal. El instrumento utilizado fue la encuesta de “Percepción de cuidados humanos de enfermería” (PCHE). La población participante fueron 831 usuarias dadas de alta en el primer trimestre del 2016 y la muestra estuvo formada por 202 usuarios de los cuales 195 pertenecían a la especialidad de Obstetricia y 7 a Ginecología. Los resultados obtenidos indican que 96.0% de los pacientes perciben como deficiente el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, 3.9% como regular; respecto a las dimensiones, 71.3% de las usuarias perciben cualidades del hacer de enfermería como deficiente; 77.7% perciben la apertura a la comunicación enfermera-paciente como deficiente y 89.1% perciben la disposición para la atención como deficiente. Se concluyó que según la percepción de los pacientes atendidos en el servicio de Gineco – Obstetricia, el cuidado humanizado es deficiente o malo.

Ugarte (2017), en Lima, realizó un estudio que tuvo como objetivo describir las características del cuidado humanizado que brinda la enfermera según opinión de las personas viviendo con VIH en estadio SIDA. La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y de corte transversal, con una población de 66 pacientes del Servicio de Medicina N° 1 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Se aplicó un cuestionario Likert modificado con Escala Likert de 40 ítems con 5 opciones. Se tuvo como resultado del total de pacientes, 61% expresan que las enfermeras brindan un buen cuidado humanizado, 36% regular y 2% refieren que nunca reciben un cuidado humanizado de las enfermeras. La categoría con mayor porcentaje fue: priorizar al ser cuidado con 54% y la categoría con menor porcentaje fue la categoría apoyo emocional con 29% como un cuidado humanizado que brindan las enfermeras. concluyó que el cuidado humanizado que proporciona la enfermera es bueno según las personas con VIH en estadio SIDA.

Cabana y Delgado (2016) realizaron una investigación titulada “Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, hospital III Yanahuara EsSalud, 2016”. Determinaron la relación entre los estresores laborales y el cuidado humanizado del profesional de enfermería. La metodología aplicada fue de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, de corte transversal Tuvo como población a 44 enfermeros del servicio de emergencia. se utilizaron las encuestas de Estresores Laborales de Enfermería (Nursing Stress Scale) y formulario de percepción de autoeficacia del cuidado humanizado (Caring

Efficacy Scale). Los resultados mostraron que existe relación entre las dos variables, la cual fue medida a través del estadístico Chi cuadrado ($P < 0.01$). Por otro lado, el 79.5% evidenció una autoeficacia media en el cuidado humanizado y ningún miembro llegó a tener una alta autoeficacia del cuidado humanizado. En cuanto al nivel de estresores, el 47.7% presentó escasos estresores laborales.

Salís y Borda (2016) realizaron una investigación titulada “Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”. Determinaron la percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado. La metodología aplicada fue de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal. Tuvo una población de 66 pacientes, obtenida por muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos, se utilizó la encuesta de percepción del cuidado humanizado según las dimensiones sugeridas por la teórica J. Watson. Los resultados mostraron que el 64% de los pacientes atendidos estuvieron satisfechos con el cuidado humanizado brindado, dentro de las dimensiones la más sobresaliente fue la inclusión de fe y esperanza donde el 89% se sintió satisfecho.

Tapia y Guzmán (2018) realizaron una investigación titulada “Cuidado humanizado desde la percepción del paciente, familiar, cuidador y enfermero en el hospital I El Buen Samaritano EsSalud, 2017”. Sus objetivos fueron describir, analizar y comprender el cuidado humanizado. Como metodología, se aplicó un enfoque cualitativo. La población fue conformada por 6 personas de los grupos ya

mencionados, siendo un total de 18 personas a las que les aplicó una entrevista semiestructurada. Dentro de los resultados encontrados las enfermeras consideran al enfermo como un ser humano, prójimo con dolencias no solo físicas, también emocionales; así también, comprenden que es necesario abordar lo espiritual en el paciente. Por su parte, los familiares declararon que, aun estando las enfermeras ocupadas en diversas actividades, siempre los trataron como personas, respondían al llamado y que no les agradaba que los cuidadores trajeran yerbas al hospital. Por otro lado, los pacientes percibieron un trato individualizado y enfocado en su persona, todos sintieron apoyo y respeto a la religión que profesaban.

2. Marco bíblico filosófico

Desde hace mucho tiempo, el cuidado humanizado y la espiritualidad se van relacionando. En la Biblia, se nos da un ejemplo de la parábola del buen samaritano. En Lucas 10:25-37, se relata la historia de un personaje que brindó cuidados a una persona mal herida y se aseguró de la continuidad de los mismos al solicitar y pagar por ellos al dueño de la posada. En esta parábola, podemos ver el alto grado de estima y reconocimiento por el ser humano que llevó al samaritano a comportarse con responsabilidad moral sin ningún tipo de discriminación política, racial o religiosa.

Según Paredes (2017), toda persona merece respeto, porque es objeto del amor paternal de Dios y debe ser tratado como un hermano; a su vez, Tomás de Aquino, sostiene que el ser humano es lo más digno de la naturaleza. Esta idea,

también es apoyada por Korniejchuk (2005), quien postula categóricamente, el ser humano es portador de la imagen de Dios, con una mente que lo conecta con Dios y lo infinito es por ello que el ser humano tiene un gran valor.

Por otro lado, en la parábola del buen samaritano vemos el cumplimiento del segundo mayor mandato divino: amarás a tu prójimo como a ti mismo (Mateo 22:39).

Este tipo de comportamiento, basado en el amor, es lo que Paredes (2017) considera como valores básicos de Enfermería, los cuales son: amor, comunicación, confiabilidad, honestidad, integridad, lealtad, liderazgo, optimismo, paciencia, responsabilidad, solidaridad, tolerancia, veracidad, respeto; que son los mismos valores mencionados en Gálatas 5: 22-23 como los frutos de espíritu “Más el fruto del espíritu es: amor, gozo, paz, paciencia, benignidad, bondad, fidelidad, mansedumbre, dominio propio. Contra tales virtudes no hay ley.” Estos frutos nacen en la persona que tiene al espíritu santo en ella, es decir, una espiritualidad alta. Por otro lado, White (2012) menciona que las personas que atienden a los enfermos necesitan de oración y estudio de la Palabra, ponerse bajo el escudo protector de Dios para que pueda su vida ser ejemplo de la Luz de Dios. Al tener una espiritualidad verdadera tendrán la clave para amar a los seres humanos como Dios los ama; no curando solo la enfermedad sino también el alma.

3. Marco teórico

3.1. Espiritualidad.

3.1.1 Definiciones

Actualmente, la espiritualidad es una variable de gran interés para los investigadores, debido a su rol vital en la vida del ser humano; para poder entender este constructo se hará referencia a las distintas definiciones que se le otorga.

Según la Organización Mundial de la Salud (2019) Para la mayoría de personas “la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza”.

Para El Royal College of Nursing (2011), hablar de espiritualidad es hablar de esperanza y fortaleza, confiar, significado y propósito, perdón, creencia y fe en uno mismo, creencia y fe en los demás; y, para algunos, esto incluye creer en una deidad o un poder superior, valores de los pueblos, amor y relaciones, moralidad, creatividad y autoexpresión.

Por su parte, Brunelli, Bianchi et al. (2012) refieren que la espiritualidad es la experiencia interna de sentirnos vivos, que generalmente es descrita como la sensación de integración con la vida y el mundo, como un proceso dinámico y funcional, que sucede en cada persona. Este proceso contribuye en el entorno

social en el que la persona se encuentra ya que le permite percibir la vida de forma individual y colectiva, que forma así un todo.

Arias, et al. (2013) determinaron que la espiritualidad es la conexión con Dios que da significado, misión y propósito en la vida. Adicionalmente, Masías (2013) refiere que la palabra espiritualidad en un inicio hacía alusión a una dependencia entre el ser humano y Dios y una relación con uno mismo.

3.1.2 Diferencia entre religión y espiritualidad.

Pinto (2012) refirió que la religión implica una institución u organización, que realice una reunión sacra, en un lugar y tiempo específico.

Salgado (2014) define a la religión como el conjunto de creencias, prácticas y formas de adoración a Dios dentro de un grupo. Adicionalmente, Quiceno y Vinaccia (2009) definen a la religión como estática, sustantiva, objetiva e institucional; por el contrario, la espiritualidad es dinámica, subjetiva, personal, cimentada en la experiencia. Ambos concluyen que la religión puede ir relacionada o no con el desarrollo espiritual, y que por lo general la espiritualidad puede expresarse a través de la religión; sin embargo, el concepto sobre religión intrínseca se relaciona con la espiritualidad.

3.1.3 Dimensiones de la espiritualidad.

Según Parsian y Dunning (2009).

1. Autoconciencia: refleja información sobre cómo las personas se ven a sí mismas. Barreto et al. (2013) refieren que resulta necesario que la persona se exprese abiertamente como ser complejo, dinámico, único y de naturaleza espiritual, como parte de sus recursos y necesidades espirituales.

2. Importancia de las creencias espirituales en la vida: se refieren a las opiniones de las personas sobre la importancia de las creencias espirituales para su vida. Para Grieco (2010), la espiritualidad tiene un rol importante en la vida, que no es posible separar y, por consiguiente, presenta una gran influencia en las decisiones que el individuo toma en el transcurrir de su vida.

3. Prácticas espirituales: se enfoca en las experiencias espirituales de las personas. Para Gonzales (2004), existen dos tipos de prácticas espirituales: las de carácter extrínseco, son las actividades religiosas que se realizan en grupo, tales como la asistencia a denominaciones religiosas; y las de carácter intrínseco, estas son las actividades que permiten al ser humano tener una relación personal con Dios, tales como la fe, oración, lectura personal de las escrituras, entre otras actividades personales.

4. Necesidades espirituales: exploran la búsqueda de un propósito y un significado en la vida; también puede entenderse como el inicio del discurso de cada persona y cuya fortaleza o debilidad determinará los modos particulares de actuación en función al contexto (Gallagher, Wadsworth y Stratton, 2002 citado en Miguel y Vilchez, 2018).

Según Matute y Vilca, (2019)

1. Espiritualidad intrínseca: es la relación que establecemos con nosotros mismos, hacia el interior, en búsqueda de un sentido (significado de la propia experiencia) donde nuestros sentimientos de integridad aspiran a la coherencia (con los principios, valores y armonía entre lo que se anhela, se piensa, se siente, se dice y se hace).

2. Espiritualidad extrínseca: es la relación que establecemos en el contexto con otros y del entorno natural; es decir, hacia la búsqueda de una conexión (que es la necesidad de ser reconocido como persona, de amar y ser amado; de perdón y reconciliación con los demás cuando falta armonía en la relación con las personas significativas o queridas): espiritualidad.

3. Espiritualidad transpersonal: es la relación con lo desconocido, el misterio, Dios, o un poder más grande que uno mismo, es la necesidad de tener esperanza y sentido de pertenencia (a una realidad superior, de la que formamos parte, que nos abarca, nos sostiene y en la que nos podemos abandonar, sea cual sea el nombre que le demos), hacia el más allá en búsqueda de trascendencia (salir de las experiencias cotidianas e ir más allá de las experiencias cotidianas, es abrirse a nuevas experiencias desde unos criterios diferentes a la lógica racional, que permiten aventurarse a espacios vitales de encuentro con algo sublime, alguien o algo sagrado que nos supera, acoge y en lo que encontramos sentido, no necesariamente con un contenido específicamente religioso).

4. Prácticas espirituales: es el cultivo de la propia espiritualidad, hacia la expresión, a través de las creencias, los valores y las tradiciones o práctica que este elija, independientemente del camino, debería incluir una práctica de oración, meditación o contemplación, que le genera sensación de bienestar.

3.1.4 Beneficios de la espiritualidad

La espiritualidad presenta múltiples correlaciones, con aspectos positivos en la salud mental. Se presume que esta variable también estará relacionada con la inteligencia emocional, el cual es otro indicador de salud mental (Cejudo, 2016). Apoyando esta teoría, Afolabi (2017) afirma que la espiritualidad favorece la sensibilidad, empatía y la habilidad intrapersonal e interpersonal (Esnaola et al., 2016).

Rosas y Labarca (2016) refieren que una persona espiritual/religiosa es resiliente, pues practica las autorregulaciones de su conducta, enfrentando las adversidades con diversas estrategias que ayuden en el proceso de la enfermedad, fortalecimiento frente de la violencia y al mantenimiento de la salud.

La espiritualidad está asociada al significado y propósito de la existencia del ser humano; por lo que la espiritualidad, promueve sentimientos positivos como optimismo, esperanza, que facilita al individuo a superar la adversidad; a su vez, la persona es capaz de sentir amor y compasión por el prójimo. La espiritualidad posibilita al ser humano alcanzar el sentido de trascendencia (Myers et al., 2000 citado en Miguel y Vilchez, 2018).

Salgado (2014) tras una revisión minuciosa de los beneficios de la espiritualidad afirma que la espiritualidad es un factor protector en varias áreas de la vida del ser humano, contribuye a una mejor autoestima, fortaleza y esperanza, relacionado a mayor satisfacción con la vida y la capacidad para perdonar; además, es un apoyo emocional y social, que promueve valores pro sociales, asociados a menor consumo de narcóticos y menor tendencia a fumar; por consiguiente, ayuda a una mejor salud física y psicológica, como ayuda de prevención y mejoramiento de enfermedades; también, disminuye la depresión, ansiedad y el estrés, ayudando a el enfrentamiento de enfermedades y el temor a la muerte.

3.2. Cuidado humanizado.

3.1.5 Definiciones.

Según Torralba (2016), el cuidado proviene desde la época romana, haciendo referencia a quien crea al ser humano y lo protege. La acción de cuidar es, entonces, algo particular de la persona y evidencia su íntima naturaleza.

Además, en los inicios de la enfermería, Florence Nightingale define cuidar como el arte y la ciencia que requiere una formación formal y el rol de la enfermera es dejar al paciente en las óptimas condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

Así mismo, Watson (1999) describe una relación de cuidado transpersonal lo cual es esencial en relación de cuidado humano con otra persona y muy respetada para la persona y su estar en el mundo. Se esta forma, describe 10 factores de cuidado.

Para ChuquiHuaccha et al., (2018), el cuidado es el núcleo de enfermería, el cual constituye acciones transpersonales e intersubjetivas, las cuales van a ayudar a optimizar, proteger y salvaguardar la humanidad de la persona, que encontrará un significado para la enfermedad, la pena, sufrimiento y la vida. El cuidado de enfermería, a la vez, ayudará a otro a poder asumir el control de su salud, tener conocimiento y poder participar de su curación.

De acuerdo con Caban y Delgado (2017), el cuidado es de forma ética y estética de vivir, que se sustenta en el respeto a la nobleza humana, en la sensibilidad con el sufrimiento y en la ayuda para vencer, enfrentarlo y aceptar lo inevitable.

Según Guerrero et al. (2015), el cuidado humanizado toma como base al saber científico, la pericia técnica y la relación existente entre enfermero-paciente, donde ambos se aceptan en el proceso de interacción, de forma afectiva y respetuosa sin dejar de lado la autonomía. Es un proceso recíproco como resultado durante el momento del cuidado de forma holística, que ve a cada paciente como un ser diferente e individual, cuyo cuidado va comprometido a la mejoría del paciente.

El cuidado brindado de forma humana del profesional de enfermería fue perdiendo el valor, debido a diversos factores como (carga laboral, estrés, incremento de número de pacientes por personal, desmotivación, entre otros).

3.1.6 Teoría del cuidado humanizado

La teoría de Jean Watson se apoya en la teoría humanística de Paterson que se fundamenta en la fenomenología y el humanismo. Por lo cual, Watson plantea una teoría de cuidado orientado a lo existencial creando una teoría humanista filosófica, cuyo fin es mantener la dignidad del paciente y la humanidad al momento de cuidar valorando holísticamente a la persona. De aquí, Watson desprende sus conceptos caritativos (factores caritativos del cuidado):

La formación de un sistema humanístico-altruista de valores:

El cuidado está basado en un conjunto de valores altruistas humanitarios universales. Los valores humanistas incluyen amabilidad, empatía, preocupación y amor por uno mismo y por los demás. Estas inician con las experiencias de la infancia y se ven fortificadas por las creencias, las culturas y el arte. Los valores altruistas surgen de los compromisos y la satisfacción de recibir a través de dar. Le dan sentido a la vida a través de sus creencias y relaciones con otras personas. Los sentimientos y actos humanista-altruistas proporcionan la base del cuidado humano y promueven la mejor atención profesional y, como tales, constituyen el primer y más básico factor para la ciencia y la ética del cuidado.

La incorporación de la fe-esperanza:

En este factor caritativo, las creencias del paciente son alentadas, honradas y respetadas como influencias significativas en la promoción y la conservación de la salud. Independientemente de qué régimen científico se requiera para la atención médica de una persona. La enfermera debe nutrir la esperanza, la fe y el profundo sistema de creencias de la persona atendida. Incluso cuando no queda nada que hacer médicamente, la enfermera nutre la fe y la esperanza del paciente en algo o alguien más allá de sí mismo.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás:

En este factor, las enfermeras que son sensibles a los demás están en mejores condiciones para conocer la visión del mundo de los demás, lo que, posteriormente, aumenta la preocupación por la comodidad, la recuperación y el bienestar de los demás. Las enfermeras que reconocen y usan su sensibilidad promueven el autodesarrollo y la autorrealización, y pueden alentar el mismo crecimiento en los demás. Sin este factor, los cuidados de enfermería caerían.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:

En este actor, la enfermera entra en la experiencia de otra persona, y esta puede entrar en las experiencias de la enfermera. Es un ideal de intersubjetividad en el que las dos personas están involucradas. Esta conexión honra la mayor preocupación por la dignidad humana y la preservación de la humanidad.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos:

La relación afectuosa puede moverse a un nivel más profundo, más honesto y auténtico, si el enfermero lo permite. Además, al escuchar y honrar los sentimientos de otra persona, honramos su historia que tiene significado e importancia para ellos y su curación. Al escuchar la historia de otra persona, puede ser el mejor acto de curación que podamos ofrecer. Puede ser la enfermera la única que escucha y honra la historia de otra persona y toda la magnitud de los sentimientos que la acompañan.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:

El enfermero profesional emplea el proceso de atención de enfermería, que es un método científico que permite ayudar con la toma de decisiones en todas las situaciones de enfermería. Un enfoque creativo reconoce que las enfermeras utilizan todas las formas de saber / ser / hacer para participar en el cuidado clínico. En un modelo de ciencia cuidadosa para la práctica, todo el conocimiento es valioso y accesible para el cuidado clínico. El proceso también invita a la imaginación creativa. como lógica científica sistemática y tecnología.

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal:

Posteriormente, deriva a participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro; esto implica una relación afectuosa como contexto para cualquier enseñanza aprendizaje. Este CF evoluciona hacia un rol más de

coaching en el que la persona se convierte en su mejor maestro, en contraste con un rol convencional de transmisión de información.

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual:

Se debe reconocer el medio ambiente como un lugar físico y funcional para atender de manera convencional. Ahora se invita a considerar a la enfermera como una influencia en los patrones; por ejemplo, al usar la teoría como guía para el medio ambiente, se puede pensar en la enfermera como un reparto entorno para promover la curación, la armonía y el uso de modalidades de curación para ayudar a modelar un entorno más curativo.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:

Hace referencia a la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve al alma de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger. Se reconoce que la enfermera, no solo toca el cuerpo físico de una persona o satisface las necesidades físicas, sino que observa que cuando tocamos a otra no estamos tocando solo el cuerpo, sino el espíritu encarnado. También, se hace explícito en este trabajo que todas las necesidades son unificadas e interdependientes. Todas las necesidades son igualmente importantes y deben ser valoradas y respondidas para la curación solidaria.

Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas:

Este factor rinde homenaje a los significados de creencias, culturas, mitos y met3foras y al mundo de la vida subjetiva interna de la enfermera, los pacientes y las familias, lo que permite curas y curaciones milagrosas.

3.1.7 Autopercepci3n del cuidado humanizado

Almendre (2017) refiere que el concepto percepci3n de cuidado se define como el desarrollo del proceso mental del paciente y el profesional de Enfermer3a donde se logra la obtenci3n de momentos gratos y significativos de forma intr3nseca durante la interacci3n del cuidado brindado. Permite percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo internamente para ser conscientes del mundo exterior. Percepci3n se define como la toma de conciencia mediante los sentidos externos e internos de un objeto o situaci3n material tanto sensitiva como intraseptiva tomando conciencia del mundo que nos rodea y de nosotros mismos por los sentidos; se da mucha importancia a las experiencias obtenidas, por lo cual ello depende de las caracter3sticas de la persona que percibe los intereses, conocimientos, necesidades y emociones que puedan influir en forma negativa o positiva.

3.1.8 Caracter3sticas de la Autopercepci3n

Subjetiva: porque depende de las reacciones emitidas a un mismo est3mulo que pueden ser variables de una persona a otra.

Selectiva: porque el individuo elige su desarrollo perceptivo-sensorial de acuerdo a lo que desea captar en su campo perceptivo y no respecto a todo lo que percibe al mismo tiempo.

Temporal debido a que es un fenómeno a corto plazo.

4. Definición de términos

Espiritualidad: La espiritualidad es entendida como la experiencia y sensación de sentirnos vivos, que frecuentemente está caracterizada por un sentimiento de pertenencia y unión con la vida, y el mundo, como un proceso funcional y dinámico, que se construye en cada persona y eso contribuye en el entorno social en el que se encuentra (Brunelli, Bianchi, et al, 2012).

Cuidado humanizado: El cuidado humano se fundamenta en la relación que existe entre enfermera-paciente, teniendo como base la armonía, apoyo, colaboración, respeto y confianza (Serrano y Ramos. 2019).

Capítulo III

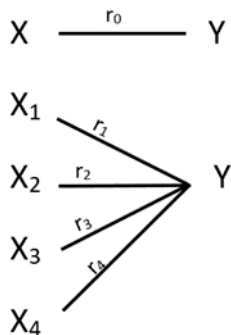
Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, porque utiliza la recolección de datos para probar su hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico. Es de diseño no experimental, porque se observarán los fenómenos tal como se dan en su contexto natural sin manipularlos. Es de tipo descriptivo, porque busca describir nuevas situaciones de las variables en estudio y correlacional porque el investigador busca analizar la relación existente entre la variable cuidado humanizado y espiritualidad, y de corte transversal por la recolección de datos en un único momento (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

Gráficamente el diseño se representa de la siguiente manera:



X: Espiritualidad

Y: Cuidado humanizado

Xi: Dimensiones de la variable espiritualidad: autoconciencia, importancia de las creencias espirituales, prácticas espirituales, necesidades espirituales, donde: $i=1; 2; 3; 4$.

r: Coeficiente de correlación Tau b de Kendall, donde: $i=1; 2; 3; 4$.

2.1. Operacionalización de la variable.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Espiritualidad	La espiritualidad es entendida como la experiencia y sensación de sentirnos vivos, que frecuentemente está caracterizada por un sentimiento de pertenencia y unión con la vida y el mundo; como un proceso funcional y	Vivencia singular en el ser humano que influencia su pensamiento y su percepción sobre la vida, la salud, la familia y sociedad. Para poder medir este constructo se utilizará el cuestionario de espiritualidad	Auto-conciencia Importancia de las creencias espirituales Prácticas espirituales Necesidades espirituales	(1; 2; 3: 4: 5: 6; 7; 8; 9:10) (11; 12; 13; 14) (15; 16; 17; 18; 19; 20) (21; 22; 23: 24; 25; 26; 27; 29)	Tipo Likert, donde: Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) En desacuerdo (2) Muy en desacuerdo (1)

	<p>dinámico, que se construye en cada persona y eso contribuye en el entorno social en el que se encuentra.</p> <p>(Brunelli, Bianchi, et al, 2012)</p>	<p>que consta de 29 ítems.</p> <p>Según puntaje final se clasificará a nivel general:</p> <p>Ato (89 – 116)</p> <p>-Bajo (29 – 88)</p>			
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Cuidado humanizado	<p>El cuidado humano se fundamenta en la relación que existe entre enfermera-paciente, teniendo como base la armonía,</p>	<p>Es el cuidado que considera al usuario de los servicios de salud como una unidad integral biológica, social,</p>	<p>Formación de un sistema humanístico-altruista de valores</p> <p>Inculcación de la fe-esperanza</p>	<p>Positivos: (2; 3; 4; 5; 6; 7; 9; 10; 11; 14; 18; 19; 22; 25; 28)</p> <p>Negativos:</p>	<p>Tipo Likert, donde:</p> <p>Fuertemente en desacuerdo (-3)</p> <p>Moderadamente en desacuerdo (-2)</p>

	<p>apoyo, colaboración, respeto y confianza.</p> <p>(Serrano y Ramos. 2019)</p>	<p>psicológica y espiritual.</p> <p>Para poder medir este cuidado se utilizará la escala de auto percepción del cuidado humanizado que consta de 30 ítems.</p> <p>Está basado en la Teoría de Watson, pues consta de los 10 factores del cuidado postulados en su teoría.</p>	<p>Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás</p> <p>Desarrollo de una relación de ayuda-confianza</p> <p>Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos</p> <p>Uso sistemático del método científico de</p>	<p>(1; 8; 12; 13; 15; 16; 17; 20; 21; 23; 24; 26; 27; 29; 30)</p>	<p>Ligeramente en desacuerdo (-1)</p> <p>Fuertemente de acuerdo (+3)</p> <p>Moderadamente de acuerdo (+2)</p> <p>Ligeramente de acuerdo (+1)</p>
--	---	---	--	---	--

		<p>Según puntaje final se clasificará en niveles:</p> <p>-Buena: 138 – 180</p> <p>-Regular: 118 – 137</p> <p>-Deficiente: 30 – 117</p>	<p>solución de problemas para la toma de decisiones.</p> <p>Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal</p> <p>Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual</p> <p>Asistencia en la gratificación de</p>		
--	--	--	--	--	--

			las necesidades humanas Permisi3n de fuerzas existenciales- fenomenol3gicas.		
--	--	--	---	--	--

3. Hipótesis de la investigación

3.1. Hipótesis general.

Hi: Existe relación entre la espiritualidad y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

H0: No existe relación entre la espiritualidad y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

3.2. Hipótesis específicas.

H1: Existe relación entre la dimensión autoconciencia y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

H2: Existe relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

H3: Existe relación entre la dimensión prácticas espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

H4: Existe relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.

4. Delimitación geográfica y temporal

El presente trabajo se realizó en la Escuela Profesional de Enfermería de Facultad de Ciencias de la Salud de la sede Lima y filial Juliaca de la Universidad Peruana Unión. La casa de estudios de la filial Lima se encuentra ubicada en la zona de Ñaña, distrito de Lurigancho-Chosica, departamento de Lima; prolongación Bernardo Balaguer, km 19.5 de la Carretera Central. La Escuela Profesional de Enfermería lleva 36 años formando profesionales en Enfermería. Por otro lado, la filial Juliaca se encuentra ubicada en el centro poblado Chullunquiani, en la ciudad de Juliaca, departamento de Puno, Carretera Salida a Arequipa Km. 6, Autopista Héroes de la Guerra del Pacífico. La Escuela Profesional de Enfermería, lleva 17 años formando profesionales de Enfermería. Tanto la sede Lima y filial Juliaca cuentan con modernos laboratorios de salud del adulto, salud de niño y salud materna neonatal; así mismo, cuenta con una malla curricular completa. Además, tiene diversos convenios con universidades extranjeras, hospitales, clínicas y centros de salud de las ciudades Lima, Juliaca y Puno donde los estudiantes desarrollan su habilidades, clínicas, comunitarias y administrativas, tales como el Hospital Nivel IV Guillermo Almenara Irigoyen, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Clínica Good Hope, Hospital Carlos Monge Medrano, Hospital III La Capilla, Clínica Americana entre otros.

5. Participantes

5.1. Población.

La población de estudio estuvo conformada por los 168 estudiantes matriculados en los curso de especialidad de la Escuela Profesional de Enfermería de la UPeU, 2020 – I, siendo 80 estudiantes de la sede Lima y 88 de la filial Juliaca.

5.2. Muestra.

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple. La muestra, para este trabajo de investigación, estuvo conformada por los 117 estudiantes.

Fórmula para el tamaño de muestra:

$$n = \left(\frac{N Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1)e^2 + Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot q} \right)$$

Donde:

N =	168
p =	0.50
q =	0.50
Z =	1.96
e =	0.05
n =	117

5.3. Criterios de inclusión.

Estudiantes regulares matriculados en el ciclo 2020-I

Estudiantes de 3; 4 y 5 año de la Escuela Profesional de Enfermería

Estudiantes que acepten el consentimiento informado

5.4. Criterios de exclusión.

Estudiantes irregulares matriculados en el ciclo 2020-I

Estudiantes que nieguen firmar el consentimiento informado

5.5. Características de la muestra

En la tabla 1, se observa que del 100% de estudiantes encuestados de enfermería el 88,9% es de sexo femenino y solo 11,1% fue de sexo masculino; en cuanto a la religión el 82,9% son adventistas, 15,4% católicos y 1,7% pertenece a otra religión; además, se encontró que el 35,9% fueron estudiantes del 5 ciclo, 41,9% al 7 ciclo y 22,2 % 9 ciclo.

Tabla 1. *Características sociodemográficas de la muestra*

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	104	88,9
Masculino	13	11,1
Edad		
18 a 21 años	79	67,5
22 a 25 años	32	27,4
26 a 29 años	6	5,1
Religión		
Adventista	97	82,9
Católico	18	15,4
Otros	2	1,7
Estado civil		
Soltero	113	96,6
Casado	4	3,4
Ciclo		
5 ciclo	42	35,9
7 ciclo	49	41,9
9 ciclo	26	22,2
Total	117	100,0

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

6.1. Cuestionario de espiritualidad.

El cuestionario de espiritualidad fue creado por Parsian y Dunning, (2009) en Australia, con el objetivo de medir el constructo espiritualidad, está constituido por 4 dimensiones: autoconciencia, importancia de las creencias espirituales, prácticas espirituales y necesidades espirituales. En su versión original, obtuvo una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.94. Posteriormente, fue adaptado y traducido al español en Colombia por Díaz, Muñoz Sánchez y Vargas (2012) donde obtuvo una confiabilidad alfa de Cronbach de 0.88. En Perú, fue validado por Tacilla y Robles, (2015) donde obtuvieron una validez a través de V de Aiken = 0.75 y una confiabilidad de alpha de Cronbach= 0.952 lo cual indica una alta consistencia.

El cuestionario está compuesto de 29 ítems tipo Likert de cuatro puntos donde:

1 es muy en desacuerdo

2 es en desacuerdo

3 es en acuerdo

4 es muy de acuerdo

6.2. Cuestionario de autopercepción de cuidado humanizado.

El Caring Efficacy Scale (CES), que en español significa escala de autoeficacia del cuidado, fue creado por Carolle Coates (1992) en la Universidad de Colorado, U.S.A. Tiene por objetivo medir la percepción de autoeficacia que tiene la

enfermera al otorgar sus cuidados y relacionarse con sus pacientes; esta escala está basada en la Teoría Autoeficacia de Bandura y en la Teoría Transpersonal del cuidado humano de Jean Watson, incorporando los 10 factores de cuidado de la teoría, posteriormente, adaptada al español por Poblete, Valenzuela & Merino (2012), en Perú, fue adaptado por Casimiro y Palma (2016) en su investigación titulada “Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de un hospital público de Huánuco-2016”, donde obtuvo un coeficiente de Cronbach de 0.87.

El CES está compuesto por 30 ítems, balanceados entre 15 negativos y 15 positivos, de formato Likert con puntuaciones desde -3 a +3, donde:

-3; Fuertemente en desacuerdo

-2; Moderadamente en desacuerdo

-1; Ligeramente en desacuerdo

+3; Fuertemente de acuerdo

+2; Moderadamente de acuerdo

+1; Ligeramente de acuerdo

7. Proceso de recolección de datos

Para el proceso de recolección de datos se procedió a realizar el trámite de permiso para la ejecución del proyecto de tesis; se solicitó la autorización a la institución a través de una carta dirigida al comité de ética e investigación de la

sede Lima y filial Juliaca. Una vez obtenida la autorización, se procedió a encuestar a los alumnos vía online y física en las instalaciones de la Universidad Peruana Unión, entre los meses de marzo - mayo del 2020.

8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos comenzó con el ingreso, codificación y limpieza de datos en el estadístico IBM SPSS 22.

Para el análisis de los datos descriptivos se realizaron tablas de frecuencia y para el análisis inferencial, primeramente para determinar la normalidad se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, donde se obtuvo un p-valor menor a 0.05, por lo que se utilizó la prueba de correlación de rho de Spearman, prueba no paramétrica, debido a la naturaleza de las variables.

9. Consideraciones éticas

En la presente investigación, se respetaron los principios bioéticos de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia, los cuales también son observados en la Constitución Política del Perú artículo 2 numeral 6 y en la Ley N° 29733, Art. 1: “La presente Ley tiene el objeto de garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, a través de su adecuado tratamiento, en un marco de respeto de los demás derechos fundamentales que en ella se reconocen” (Peruano, 2011).

Para el cumplimiento de dicha ley, se elaboró un consentimiento informado en el que se redactó el objetivo de la investigación, la confiabilidad de los datos y el

anonimato que corresponde a todo participante. También, se explicó que los datos brindados no tienen otro fin aparte de los propuestos en la investigación (Santander, 2015).

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2. *Relación entre la espiritualidad y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Espiritualidad	Cuidado humanizado			Total	
	Deficiente	Regular	Alto		
Bajo	n	3	8	7	18
	%	2,6%	6,8%	6,0%	15,4%
Alto	n	14	28	57	99
	%	12,0%	23,9%	48,7%	84,6%
Total	n	17	36	64	117
	%	14,5%	30,8%	54,7%	100,0%

$\rho=.266$; $p=.004$

Se observa que del 100% de estudiantes encuestados, 48.7% tiene un nivel de espiritualidad alto, e indican tener un nivel alto con respecto al cuidado humanizado; por otro lado, solamente el 2,6% de estudiantes que tienen un nivel de espiritualidad bajo, presentaron un nivel deficiente de cuidado humanizado.

Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico coeficiente de correlación Spearman evidencia correlación de $\rho=.266$ y un p - valor de 0.004, en el cual muestra una significancia menor de 0.05, lo que permite rechazar la H_0 , quedando demostrado que existe relación entre el nivel de espiritualidad frente al cuidado humanizado en estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Perú.

Tabla 3. *Nivel de espiritualidad de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Variable	n	%
Espiritualidad		
Bajo	18	15,4
Alto	99	84,6
Autoconciencia		
Bajo	19	16,2
Alto	98	83,8
Importancia de las creencias espirituales		
Bajo	29	24,8
Alto	88	75,2
Practicas espirituales		
Bajo	19	16,2
Alto	98	83,8
Necesidades espirituales		
Bajo	24	20,5
Alto	93	79,5
Total	117	100,0

En la tabla 3, se observa que del 100% de encuestados, 84,6% tiene un nivel de espiritualidad alto y 15,4% bajo.

. Tabla 4. *Nivel de cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Cuidado humanizado	n	%
Deficiente	17	14,5
Regular	36	30,8
Alto	64	54,7
Total	117	100,0

En la tabla 4, se observa que del 100% de estudiantes encuestados 54,7% tiene un nivel de cuidado humanizado alto; por otro lado, 30,8% regular y un 14% deficiente.

Tabla 5. *Relación entre la dimensión autoconciencia y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Autoconciencia		Cuidado humanizado			Total
		Deficiente	Regular	Alto	
Bajo	n	4	7	8	19
	%	3,4%	6,0%	6,8%	16,2%
Alto	n	13	29	56	98
	%	11,1%	24,8%	47,9%	83,8%
Total	n	17	36	64	117
	%	14,5%	30,8%	54,7%	100,0%

$\rho = .266$; $p = .004$

En la tabla 5, se muestra que del 100% de la población encuestada, el 47.9% tiene un nivel alto de cuidado humanizado alto y autoconciencia; sin embargo, el

3.4% presenta una autopercepción deficiente frente al cuidado humanizado y un nivel bajo de autoconciencia.

Con respecto a la relación entre variables se observa que el estadístico Spearman, señala un coeficiente de correlación $\rho=.266$ y un p-valor de 0.004 demostrando que existe relación entre la dimensión de autoconciencia y el cuidado humanizado en estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Perú.

Tabla 6. *Relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Importancia de las creencias espirituales		Cuidado humanizado			
		Deficiente	Regular	Alto	Total
Bajo	n	5	12	12	29
	%	4,3%	10,3%	10,3%	24,8%
Alto	n	12	24	52	88
	%	10,3%	20,5%	44,4%	75,2%
Total	n	17	36	64	117
	%	14,5%	30,8%	54,7%	100,0%

$\rho=.223$; $p=.016$

En la tabla 6, se observa que del 100% de encuestados 44,4% tienen un nivel alto en la importancia de las creencias espirituales y de cuidado humanizado, por otro lado, el 4,3% tiene un nivel bajo de importancia en las creencias espirituales y deficiente de cuidado humanizado.

Con respecto a la prueba estadística de Spearman señala un coeficiente de correlación $\rho=0.223$ y un p-valor de 0.016 demostrando que existe relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales frente al cuidado humanizado en estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Perú.

Tabla 7. *Relación entre la dimensión prácticas espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Prácticas espirituales	Cuidado humanizado				
		Deficiente	Regular	Alto	Total
Bajo	n	3	8	8	19
	%	2,6%	6,8%	6,8%	16,2%
Alto	n	14	28	56	98
	%	12,0%	23,9%	47,9%	83,8%
Total	n	17	36	64	117
	%	14,5%	30,8%	54,7%	100,0%

$\rho=0.238$; $p=0.010$

En la tabla 7 se evidencia que del 100% de encuestados el 47,9% presenta un nivel alto de prácticas espirituales y de cuidado humanizado, por otro lado 2,6% de los encuestados presenta un nivel bajo en las prácticas espirituales y deficiente de cuidado humanizado.

Con respecto a la relación entre variables, la prueba estadística de Spearman evidencia un coeficiente $\rho=0.238$ y p-valor de 0.010, el cual muestra un nivel de significancia menor a 0.05, demostrando que existe relación entre la dimensión

prácticas espirituales y el cuidado humanizado en estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Perú.

Tabla 8. *Relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020*

Necesidades espirituales	Cuidado humanizado				
		Deficiente	Regular	Alto	Total
Bajo	n	5	11	8	24
	%	4,3%	9,4%	6,8%	20,5%
Alto	n	12	25	56	93
	%	10,3%	21,4%	47,9%	79,5%
Total	n	17	36	64	117
	%	14,5%	30,8%	54,7%	100,0%

$\rho=.232$; $p=.012$

Se observa que del 100% de estudiantes encuestados el 47,9% presenta un nivel alto en la dimensión necesidad espiritual y cuidado humanizado, por otro lado, el 4,3% presenta un nivel bajo en la dimensión necesidades espirituales y deficiente de cuidado humanizado.

Con respecto a la relación de las variables, la prueba estadística Spearman demuestra un coeficiente $\rho=.232$ y un p-valor de 0.012; siendo este un nivel de significancia menor a 0.05, se demuestra que existe relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado en estudiantes de Enfermería de una universidad privada de Perú.

2. Discusión

Para la Organización mundial de la salud (2020) el ser humano está compuesto por una parte biológica, mental y social. Sin embargo, actualmente, está demostrado que el ser humano es un ser espiritual, a pesar que por mucho tiempo la cultura occidental ha intentado aislar el cuerpo del alma, como si fueran elementos en oposición, ya que a través de la espiritualidad construimos nuestra propia cosmovisión, sabemos quiénes somos, de dónde venimos y a dónde vamos. Obteniendo respuestas a las preguntas existenciales, logramos encontrar armonía y sentimiento de pertenencia con nosotros mismos, con el otro, con la naturaleza y con la vida y con lo trascendental, llámese, Dios, Buda, o cualquier otro nombre (Gallegos y Herrera, 2008) y (Koenig, McCullough y Larson, 2001).

Poseer una buena espiritualidad brinda muchos beneficios al ser humano, estos fueron demostrados a través de muchos estudios; dentro de estos, tenemos a Salgado (2014) quien, tras una revisión minuciosa de los beneficios de la espiritualidad, afirma que la espiritualidad contribuye a una mejor autoestima, fortaleza y esperanza, relacionado a mayor satisfacción con la vida y la capacidad para perdonar. Además, es un apoyo emocional y social, que promueve valores pros sociales, asociados a menor consumo de narcóticos y menor tendencia a fumar. Por consiguiente, ayuda a una mejor salud física y psicológica, como ayuda de prevención y mejoramiento de enfermedades; también, disminuye la depresión,

ansiedad y el estrés, ayudando a el enfrentamiento de enfermedades y el temor a la muerte.

Adicionalmente, la OMS (2019) declara que para la mayoría de personas “la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza”. Además, Miguel y Vilchez (2018) refieren que la espiritualidad promueve sentimientos positivos como optimismo, esperanza; que facilita al individuo a sobrepasar la adversidad; a su vez, la persona es capaz de sentir amor y compasión por el prójimo.

Es por esta razón que el profesional de enfermería necesita cuidar y fortalecer este aspecto de su ser, ya que parte esencial de su labor es brindar cuidado humanizado a los pacientes o usuarios. Al referirnos al cuidado humanizado, se relacionan con el saber científico, la pericia técnica y la relación existente entre enfermero-paciente, donde ambos se aceptan en el proceso de interacción, de forma afectiva y respetuosa sin dejar de lado la autonomía. Es un proceso recíproco como resultado durante el momento del cuidado de forma holística (Guerrero et al., 2015). Por consiguiente, la falta de compromiso, dedicación, respeto, empatía y cariño con que brindan su cuidado, reflejan que se adolece de un cuidado humanizado (Álvarez y Román, 2015).

Al analizar la relación entre las variables propuestas aceptamos la hipótesis alternativa general que establece que existe relación entre la espiritualidad y el

cuidado humanizado, obteniendo un p-valor de 0.004 a través del coeficiente de correlación Spearman.

Estos resultados guardan relación con Melgar y Estuco (2014) quien en su investigación reveló que existe relación entre la espiritualidad de las enfermeras y la percepción del cuidado humanizado por parte de sus pacientes, con p valor de $P= 0.039$. En conclusión, cuanto mayor sea la espiritualidad de la enfermera, mayor será el nivel de percepción de los pacientes.

Adicionalmente, Silva (2015), al realizar su investigación de enfoque cualitativo, concluye que al hablar de espiritualidad los estudiantes de enfermería la relacionan con un cuidado humanizado.

Tal como postula, Afolabi (2017) esta relación se debe a que la espiritualidad favorece la sensibilidad, empatía y la habilidad intrapersonal e interpersonal, características fundamentales del cuidado humanizado. Este tipo de comportamiento basado en el amor, es lo que Paredes (2017) considera como valores básicos de Enfermería, los cuales son: amor, comunicación, confiabilidad, honestidad, integridad, lealtad, liderazgo, optimismo, paciencia, responsabilidad, solidaridad, tolerancia, veracidad, respeto. Son los mismos valores mencionados en la Biblia, en Gálatas 5: 22-23, como los frutos de espíritu. Estos son valores que nacen en la persona que tiene al espíritu santo en ella, es decir, una espiritualidad alta.

El resultado descriptivo, en cuanto a la espiritualidad de los estudiantes de enfermería, muestra que del 100% de encuestas, 84,6% tiene un nivel de espiritualidad alto y 15,4% bajo, siendo la dimensión autoconciencia y prácticas religiosas las más sobresalientes.

Por el contrario, Alva y Castillo (2018), al investigar el nivel de espiritualidad en estudiantes de medicina, de la misma casa de estudios, descubrieron que el 75% de alumnos tuvo un nivel de espiritualidad bajo y solamente un 25% alto.

Adicionalmente, Lujan y Moisés (2014) realizaron una investigación que midió el bienestar espiritual en profesionales de Enfermería asistencial en un hospital de Ayacucho. Este demostró que el 76% de los profesionales de enfermería presentaba un nivel medio de bienestar espiritual y el 24% presentó un nivel bajo. Resultados similares presentó Daghan (2017), quien realizó un estudio en Turquía, con el fin de saber cómo los estudiantes de enfermería perciben la espiritualidad y cuidado espiritual. El resultado mostró que tenían una percepción espiritual media 3.60 (IQR = 3.55–3.82), lo que demostraba una confusión conceptual.

De la misma manera, Babamohamadi et al. (2018) realizaron un estudio en Irán cuyo objetivo fue medir las actitudes hacia la espiritualidad y el cuidado espiritual entre enfermeras y estudiantes de enfermería iraníes. Los resultados encontrados revelan que solamente el 33.9% presentó un puntaje alto o deseable, siendo que el 64.3% obtuvo un puntaje promedio.

Por su parte, Evangelista et al. (2016), en su investigación de enfoque cualitativo, demostró que el profesional de enfermería no tiene una preparación completa en cuanto a la espiritualidad, pudiendo ser esta la causa por la que el profesional de enfermería no demuestra niveles altos de espiritualidad. Apoyando esta teoría, Ross et al. (2018) realizaron un estudio en 8 países de Europa, cuyo objetivo fue medir las percepciones de los estudiantes de enfermería y obstetricia sobre la espiritualidad, el cuidado espiritual y la competencia del cuidado espiritual. Los resultados mostraron la competencia percibida incrementó a lo largo del estudio; este incremento es atribuido a las experiencias de vida, a la enseñanza / discusión en la universidad sobre los temas estudiado, demostrando así de que la competencia de cuidado espiritual; que es parte del cuidado humanizado, se desarrolla en estudiantes de pregrado de enfermería y obstetricia y que las percepciones de espiritualidad y espiritualidad personal de los estudiantes contribuyen a ese desarrollo.

Por su parte, Bennett y Thompson (2015) postulan que en el marco de un cuidado holístico que incluya la espiritual, debe haber un mayor énfasis en la educación que promueva la propia espiritualidad de la enfermera, pues el mayor predictor de la aptitud de los estudiantes para brindar atención espiritual es la percepción de su propia espiritualidad personal. Los estudiantes primero deben evaluar su propia espiritualidad antes de poder relacionarse de alguna manera con la necesidad espiritual de otra persona. He aquí la importancia de conocer el estado espiritual de los estudiantes de enfermería, crear un espacio en donde los estudiantes puedan fortalecer y expresar su espiritualidad y ver cómo esta influye

en su vida y el cuidado que brindan. Seguramente, esta es la razón por la que encontramos un alto nivel de espiritualidad en los estudiantes de enfermería en estudio, ya que la institución en donde realizan sus estudios de pregrado brinda un ambiente y diseño curricular propicio para que sus alumnos forjen un nivel alto de espiritualidad.

Otros datos descriptivos encontrados en el estudio revelan que, en la autopercepción del cuidado humanizado de los estudiantes de enfermería, del 100% de estudiantes encuestados 54,7% tiene un nivel de cuidado humanizado alto, por otro lado 30,8% regular y un 14% deficiente.

Estos resultados guardan relación con los encontrados en el estudio de Romero, Contreras y Moncada (2016) en Cartagena – Colombia, quienes demostraron que el 55,4% de los pacientes hospitalizados percibieron un nivel excelente en el cuidado humanizado, el 35% bueno, 7.9% aceptable y 1.7% malo.

Casimiro y Palma (2016) realizaron una investigación en el servicio de emergencia en un hospital de Huánuco, donde encontró que un 48.6% de enfermeros percibían como bueno o favorable los cuidados que brindaban, seguido de una calidad de cuidados deficiente con un 36.1% y un 15.3% percibían como regular sus cuidados humanizados.

Así también, Ugarte (2017), en Lima, mostró que el 61% de los pacientes expresan que las enfermeras brindan un buen cuidado humanizado, 36% regular y 2% refieren que nunca recibieron un cuidado humanizado.

En contraposición, Calsin (2017) realizó, en Puno, una investigación en el servicio de Gineco - Obstetricia en un hospital Nacional donde indicaban que el 96% de los pacientes perciben como deficiente el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería y el 4% como regular.

Por su parte, Cabana y Delgado (2016), en su investigación en Arequipa, reveló que el 79.5% de los profesionales de enfermería auto percibía que brindaba un cuidado humanizado considerado como media, 20.5% como malo y ningún miembro de la población en estudio llegó a tener una autopercepción alta.

Resultados contrarios, también fueron hallados por Moreno et al., (2018) en España, quienes mostraron que el 83,7% de enfermeros auto percibía que se brindaba un cuidado humanizado bueno y 16.3% un cuidado humanizado malo.

En cuanto a estudios aplicados en estudiantes de enfermería, tal como se realiza en esta investigación, no se encontraron muchas investigaciones. Sobre este tema, Santos et al. (2018) refieren que existe una escasez de publicaciones y esto refleja la necesidad de invertir en nuevas investigaciones sobre el tema dentro del campo de la Enfermería. Solo, de esta manera, mejoraremos la capacitación y, en consecuencia, la práctica y el arte de la Enfermería.

Como menciona Landman (2016), son muchos los factores que fluyen el cuidado humanizado que brinda el enfermero y el cuidado humanizado que percibe el paciente, ya que este cuidado está asociado a experiencias personales, conocimientos científicos, habilidades técnicas, valores y motivación para trabajar por y para otros.

Como argumentan los investigadores mencionados, uno de los aspectos para brindar un cuidado humanizado es la formación científica; esta se desarrolla dentro de aulas. Es necesario que en la formación del futuro profesional de enfermería se le enseñe todo lo necesario para brindar este cuidado. Apoyando esta teoría Gualdrón et al. (2019) afirma que el cuidado humanizado es el resultado de la interrelación disciplinar entre conocimiento y acción. Por esta razón, se considera importante evaluar las condiciones en que se ofrece el cuidado, las actitudes del personal de estudiante y profesional de enfermería frente a los pacientes y familia, como base para el análisis y toma de decisiones.

Aunque de forma progresiva, se ha estado considerando la autopercepción del cuidado del enfermero y siguen siendo predominante la cantidad de estudios que únicamente ve la perspectiva del paciente. Para autores como Bandura (1987), es imprescindible ver la autopercepción de los alumnos y profesionales de enfermería puesto que la autoeficacia es más que la confianza que poseemos en nosotros mismos. Un mecanismo predictivo de la conducta futura influye sobre la conducta, en otras palabras, la autoeficacia hace de la persona sea la productora de su propio comportamiento.

Como vemos en este estudio, casi la mitad de los alumnos auto percibía que brindaba un cuidado humanizado de nivel alto, aunque pocos fueron los que auto

percibían un nivel bajo. Es necesario continuar educando y evaluando este aspecto, para así garantizar una correcta formación integral.

Otro resultado encontrado en el estudio; demuestra que existe relación entre la dimensión autoconciencia y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería con un un p- valor de 0.004.

Resultados similares fueron encontrados por Park y Chung (2015), quienes en su investigación encontraron que existe relación entre habilidad de comunicación, la autoestima y la competencia clínica. Concluyeron que, para mejorar la competencia clínica de los estudiantes de enfermería, es necesario mejorar la habilidad de comunicación y la autoestima. De igual manera, Losa et al. (2017), muestra que existe una relación entre una autoestima, el autoconcepto de las enfermeras y sus habilidades sociales. Esta relación puede llegar a afectar de manera positiva o negativa la comunicación asertiva con los pacientes.

Frente a estos datos, Pico (2020) afirma que el primer paso para comprender a los demás es tomar autoconciencia y autoconocimiento personal. El autoconocimiento o autoconciencia no suele asociarse con la profesión de enfermería; sin embargo, la forma en que las enfermeras piensan y sienten acerca de sí mismas tiene implicaciones importantes a nivel personal y profesional; en otras palabras, afecta el estado de bienestar propio, la calidad de la atención brindada al paciente, la satisfacción laboral. (Van Eckert et al., 2012)

La espiritualidad brinda al ser humano la oportunidad de conocerse a sí mismo, ya que responde las preguntas ontológicas, además de brindar paz y armonía interna. Adicional a esto, Salgado (2014) demostró que la espiritualidad contribuye a una mejor autoestima.

Por otro lado, se encontró relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales y el cuidado humanizado con un p- valor de 0.016.

Resultados similares obtuvo Miguel y Vilchez, (2018), quienes demostraron que existe correlación entre la espiritualidad e inteligencia emocional en estudiantes universitarios. Aparte de ello, Arikhman, Machmud, Hasan y Bachtiar (2016) refieren que los trabajadores de centros de salud asocian las habilidades espirituales como un aspecto que conforma las habilidades blandas, las cuales son necesarias para brindar un cuidado holístico.

La espiritualidad tiene un rol importante en la vida, que no es posible separar y, por consiguiente, presenta una gran influencia en las decisiones que el individuo toma en el transcurrir de su vida (Grieco, 2010).

En el estudio, también se encontró relación entre la dimensión prácticas espirituales y el cuidado humanizado con un p- valor de 0.010. Resultados similares, fueron encontrados por Anchorena (2014), quien mostró que los estudiantes católicos practicantes entre 14 y 17 años presentan mayores niveles de inteligencia emocional-social que los no practicantes.

Según Gonzales (2004), existen dos tipos de prácticas espirituales: las de carácter extrínseco, como la asistencia a denominaciones religiosas; y las de

carácter intrínseco, estas son las actividades que permiten al ser humano tener una relación personal con Dios, tales como la fe, oración, lectura personal de las escrituras, entre otras actividades personales.

Por otro lado, White (2012) menciona que las personas que atienden a los enfermos necesitan de oración y estudio de la Palabra, para que su vida sea ejemplo de la Luz de Dios. Al tener una espiritualidad verdadera tendrán la clave para amar a los seres humanos como Dios los ama; no curando solo la enfermedad sino también el alma. Apoyando esta teoría, Quintero (2001) refiere que el cristianismo demuestra su amor a Dios por medio del cuidado y el amor a los pobres y enfermos. Afirma también que la enfermería recibió gran influencia del cristianismo; principalmente valores como la solidaridad, el respeto a la vida y el amor al prójimo.

Adicionalmente, se encontró relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado con un p- valor de 0.012,

Al respecto, Barreto et.al (2013) refieren que es necesario para el ser humano expresar abiertamente su complejidad, dinamismo, autenticidad y espiritualidad como parte de sus recursos y necesidades espirituales. Es la aceptación abierta de la propia espiritualidad que ejerce influencia directa en la inteligencia emocional.

No obstante, Daghan (2017) sustenta que es imprescindible para las enfermeras cuidar de sí mismas a través de la autoconciencia, la autorreflexión y el desarrollo de un sentido de satisfacción para que así brinden mejor atención de

enfermería espiritual; sin embargo, Bennett y Thompson, (2015) mencionan que la mejor forma de enseñar a brindar un cuidado espiritualidad a los alumnos es promover la propia espiritualidad del estudiante.

En el presente estudio, observamos que los estudiantes de enfermería poseen un nivel alto de espiritualidad, y no hubo diferencia con esta dimensión, por lo que los resultados hallados concuerdan con la teoría al demostrar que existe correlación las necesidades espirituales y el cuidado humanizado.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En relación con los objetivos, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Existe relación entre la espiritualidad y cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020, con un p - valor de 0.004.
- El 84,6% de los estudiantes de enfermería tiene un nivel de espiritualidad alto y 15,4% tiene un nivel bajo.
- El 54,7% de los estudiantes de enfermería tiene un nivel de cuidado humanizado alto; por otro lado, 30,8% tiene un nivel regular y un 14% un nivel deficiente.
- Existe relación entre de la dimensión autoconciencia y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020, con un p- valor de 0.004.
- Existe relación entre la dimensión importancia de las creencias espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020, con un valor de 0.016.
- Existe relación entre la dimensión prácticas espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020, p- valor de 0.010.

- Existe relación entre la dimensión necesidades espirituales y el cuidado humanizado que brindan los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020, con un p- valor de 0.012.

2. Recomendaciones

A la universidad, se recomienda continuar motivando, desarrollando las investigaciones sobre la espiritualidad y el cuidado humanizado; también, se deben hacer un seguimiento a dichas investigaciones ya que estas variables abarcan todos los aspectos del ser humano: físico, mental, social y espiritual.

A la Escuela Profesional de Enfermería, se recomienda incrementar las actividades espirituales y religiosas, así también, brindar ponencias o cursos sobre cuidado humanizado para poder incrementar los niveles de espiritualidad y cuidado humanizado en sus estudiantes, así garantizar la completa formación de profesionales de calidad.

A los estudiantes, futuros profesionales de la salud, se les recomienda poner mayor esfuerzo y prioridad en su vida espiritual, para poder disfrutar la armonía con Dios, el prójimo, la naturaleza e consigo mismo, para poder brindar un cuidado humanizado de manera espontánea, como fruto de su amor al prójimo.

Referencias

Alva, L. y Castillo, L. (2018). *Espiritualidad y estilo de vida en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión, Lima 2017*. (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión).

Albornoz, V., & Chiquez, J. (2018). *Condiciones laborales y habilidad del cuidado humanizado en el enfermero/a del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima 2018*. Universidad Privada Norbert Wiener.

Álvarez O, Román G. Sensibilidad. Valor condicional del Equipo de Salud para el Cuidado humano. Revista on Line. 2008; 9(4): 40-55 Disponible en <http://portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1187/1/Sensibilidad-Valor-condicional-del-Equipo-de-Salud-para-elCuidado-humano.html>

Arikhman, N., Machmud, R., Hasan, A., y Bachtiar. H. (2016). Dimension Model Development of Health Center Staff Soft Skills in Mediating Determinant Factors With Performance. International Journal of Scientific Research And Education, 4(11), 6032-6039. doi: <http://dx.doi.org/10.18535/ij sre/v4i11.06>

Anchorena, S. (2014). Diferencia de los niveles de inteligencia emocional-social entre los estudiantes católicos practicantes y no practicantes de un colegio privado. Revista de Investigación en Psicología, 17 (2), 159-170. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11264/10106> Annual Review of Psychology, 59, 507-536

- Babamohamadi, H., Ahmadpanah, S. y Ghorbani, R. (2018). Attitudes toward spirituality and spiritual care among Iranian nurses and nursing students: a crosssectional study. *Journal of Religion and Health*, 57(4), 1304–1314.
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0485-y>
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., y Oliver, A. (2013). Medicina Paliativa Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22(1), 25- 32. doi: 10.1016/j.medipa.2013.02.002
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca. p. 651.
- Bennett, V., y Thompson, M. L. (2015). Teaching spirituality to student nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(2), 22–36.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v5n2p26>
- Cabana, I., y Delgado, J. (2016). *Estresores laborales y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeros, servicio de emergencia, hospital III Yanahuara EsSalud, 2016*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa). Recuperado de
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4376>
- Calsin, M. (2017). *Percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia del*

Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno – 2016. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano). Recuperado de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3873>

Casimiro, Z., y Palma, D. (2016). *Calidad de cuidados humanizados que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de un Hospital Público de Huánuco- 2016.* (Tesis de licenciatura, Universidad de Huanuco). Recuperado de <https://core.ac.uk/reader/84496926>

Daghan, S. (2017). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care; an example of Turkey. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 420 –430. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0416-y>

Díaz, L., Muñoz, A. y Vargas, D. (2012). Reliability and validity of spirituality questionnaire by Parsian and Dunning in the Spanish version. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 20(3), 559–566. <https://doi.org/10.1590/S010411692012000300018>

Evangelista, B., Lopes, L., Costa, G., Abrão, F., Batista, de S. y Oliveira, C. (2016). Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. Escola Anna Nery - *Revista de Enfermagem*, 20(1), 176–182. <https://doi.org/10.5935/14148145.20160023>

González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (2), 19-29.

Recuperado de

www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/.../vol7no2art2.pdf

Gualdrón, M., Barrera, K., y Parra, N. (2019). Percepción de la enseñanza en cuidado humanizado vs la práctica formativa por estudiantes de enfermería. *Aibi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*, 7(1), 7–12.

Disponible en <https://revistas.udes.edu.co/aibi/article/view/507/989>

Hernández, R (2014), Metodología de la Investigación. Lima: Editorial el comercio.

Labrague, J., McEnroe-Petitte, M., Achaso, R. H., Cachero, S., y Mohammad, A. (2016). Filipino nurses' spirituality and provision of spiritual nursing care.

Clinical Nursing Research, 25(6), 607–625.

<https://doi.org/10.1177/1054773815590966>

Landman, A. (2016). Habilidades para el cuidado humanizado de estudiantes de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(1), 29–34. Disponible en <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/1190/1154>

Losa, E., López, D., Rodríguez, R., y Becerro, R. (2017). Relationships between social skills and self-esteem in nurses: a questionnaire study. *Contemporary Nurse*, 53(6), 681–690. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1441729>

Lujan, D., y Moisés, B. (2014). *Nivel de bienestar espiritual en profesionales de Enfermería asistenciales del Hospital Regional de Ayacucho, 2013*. (Tesis de

licenciatura, Universidad Alas Peruanas). Recuperado de
<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/1338>

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

Miguel, J., y Vilchez, E. (2018). Inteligencia emocional y espiritualidad en estudiantes universitarios ayacuchanos. (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas). Recuperado de
<http://hdl.handle.net/10757/624060>

Monje V., P., Miranda C., Oyarzün G., Seguel P., Flores G., Monje V., ... Flores G. (2018). Percepción de cuidado humanizado de Enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y Enfermería*, 24, 1–10.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532018000100205>

Paccotaípe, S. (2018). Percepción Sobre Cuidado Humanizado De Enfermería En Pacientes Atendidos En Hospitales Nacionales De Lima Norte. *Revista Peruana Salud Pública Comunitaria*, 1(2), 78–79. [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(14\)72746-2](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(14)72746-2)

- Paredes, Á. (2017). *Ética cristiana en la enfermería*. Lima - Perú: Fondo Editorial Universidad Peruana Unión.
- Park, H., y Chung, K. (2015). The Relationship among Self-esteem, Empathy, Communication Skill and Clinical Competency of Nursing Students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 16(11), 7698–7707.
<https://doi.org/10.5762/kais.2015.16.11.7698>
- Parsian, N., y Dunning, T. (2009). Developing and Validating a Questionnaire to Measure Spirituality: A Psychometric Process. *Global Journal of Health Science*, 1(1),2-11. Recuperado de
<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/1104>
- Pico Martínez, I. (2020). Autoconciencia personal: claves para conocerse a uno mismo. *PsicoPico*. Disponible en <https://psicopico.com/autoconciencia-personal-claves-conocerse-uno/>
- Pietro Grieco (2010). “Espiritualidad”. Grecia. Disponible en:
http://www.pietrogrieco.net/Concepto_de%20Espiritualidad.pdf
- Poblete, M., Valenzuela, S. y Merino, J. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan*, 12(1), 8–21. Recuperado de
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1647/2688>

Quintero, M. C. (2001). Enfermería en el mundo cristiano. *Aquichan*, 1(1), 4.

Disponible en

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972001000100012

Rivera, M. y Rodríguez, C. (2017). *Sentimientos sobre espiritualidad de los estudiantes del 2° y 6° semestre de la facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2016.* (Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María). Recuperado de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_e886bd2e42c87e5afe2fba96aad44e2d

Rodríguez, A. y Honores, A. (2016). *Cuidado humanizado que brinda la enfermera en emergencia del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo, 2016.* (Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2746>

Rodríguez, C., y Valenzuela, S. (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global*, 11(4), 316–322. Recuperado de <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.141391>

Romero, E., Contreras, M., y Moncada, A. (2016). Relación entre cuidado humanizado por Enfermería con la hospitalización de pacientes. *Hacia la*

promoción de la salud, 21(1), 26–36.

<https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.1.3>

Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., ... Jarvis, P. (2018). Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Education Today*, 67(May), 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.002>

Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>

Salís, C., y Borda, I. (2016). *Percepción de la calidad de cuidado humanizado del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, 2015*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos).

Santos, B., Silva, R., Pereira, E., Joaquim, F., y Goés, T. (2018). Nursing students' perception about humanized care: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2800–2807. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0845>

Silva, J. (2015). *A espiritualidade no cuidado em saúde: CONCEPÇÕES de estudantes de Medicina e de Enfermagem*. (Tesis de licenciatura, Universidade Federal da Paraíba). Recuperado de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7874>

- Suárez, J., y Rodríguez, L. (2018). *Actitud asumida por el profesional de Enfermería y el cuidado humanizado al paciente politraumatizado*. (Tesis de licenciatura, Universidad de Carabobo). Recuperado de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/6907/jsuarez.pdf?sequence=1>
- Tacilla, S., y Robles, M. (2015). *Felicidad y espiritualidad en miembros de una iglesia cristiana de Lima Este, 2015*. (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión). Recuperado de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/221>
- Tapia, W., y Guzmán, S. (2018). *Cuidado humanizado desde la percepción del paciente, familiar cuidador y enfermero. Hospital I el Buen Samaritano - Essalud 2017*. (Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo). Recuperado de <http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12423/1753>
- Ugarte, J. (2017). Cuidado humanizado de enfermería según opinión de las personas viviendo con Virus de la Inmunodeficiencia Humana en estado de SIDA. *Revista Ciencia y Arte de Enfermería*, 2(1), 40–46. <https://doi.org/10.24314/rcae.2017.v2n1.08>
- Van Eckert, S., Gaidys, U., Martin, C. (2012). Self-esteem among German nurses: does academic education make a difference? *Journal of Psychiatric and*

Mental Health Nursing, 19(10), 903–910. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01862.x>

White, E. (2012). *El ministerio de curación*. Lima: Servicio Educativo Hogar y Salud.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Cuidado humanizado desde la perspectiva del profesional de Enfermería

Instrucciones. Sr(a). Estudiante de Enfermería cuando usted esté respondiendo estos ítems, piense en su trato con los pacientes/clientes en los ambientes clínicos. Ponga un aspa o cruz en el número que mejor describa o exprese su opinión, según la siguiente escala de respuesta:

Desacuerdo

-3	Fuertemente en desacuerdo
-2	Moderadamente en desacuerdo
-1	Ligeramente en desacuerdo

Acuerdo

+3	Fuertemente en acuerdo
+2	Moderadamente en acuerdo
+1	Ligeramente en acuerdo

N°	Ítem	-3	-2	-1	+ 1	+ 2	+ 3
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado a mis clientes/pacientes.						
2	Si no me estoy relacionando bien con un cliente/paciente trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3	Me siento cómoda al “tocar” a mis clientes/pacientes cuando proporciono cuidado.						
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis clientes/pacientes.						
5	Clientes/pacientes pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré incomoda(o).						

6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado de un cliente/paciente, al mismo tiempo que lo escucho.						
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar el cliente/paciente como persona.						
9	Puedo mantenerme serena(o) y con energía para hacer sentir mejor a los clientes/pacientes.						
10	Soy capaz de entender a un cliente/ paciente en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los pacientes/clientes						
12	Carezco de confianza en mí habilidad para hablar con pacientes/clientes cuyos orígenes son diferentes al mío.						
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis pacientes/clientes las cosas pueden ser malentendidas o mal comprendidas en cualquier aspecto.						
14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con clientes/pacientes para suministrar un cuidado más individualizado.						
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis clientes/pacientes.						
16	Aun cuando siento confianza en mí misma respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con clientes/pacientes.						
17	Creo tener problemas para relacionarme con mis clientes/pacientes.						
18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis clientes/pacientes.						
19	Usualmente logro agradecerles a mis clientes/pacientes.						
20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los pacientes/clientes cuando lo necesito.						

21	Cuando trato de resolver un conflicto con clientes/pacientes, habitualmente lo hago peor.						
22	Si pienso que un cliente/paciente está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.						
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un cliente/paciente, dejo de trabajar con esa persona.						
24	A menudo encuentro difícil relacionarme con clientes/pacientes de culturas diferentes a la mía.						
25	He ayudado a muchos clientes/pacientes a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas						
26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con clientes/pacientes.						
27	A menudo me siento agobiada por la naturaleza de los problemas que los clientes/pacientes están viviendo.						
28	Cuando un paciente/cliente está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel.						
29	Aún cuando realmente trato, no puedo terminar los cuidados con clientes/pacientes difíciles.						
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidados a mis clientes.						

Cuestionario de Espiritualidad

Instrucciones. Apreciado estudiante de Enfermería continuación, se presenta una serie de preguntas personales, por favor marque con un aspa (X) la respuesta que considera adecuada según su opinión.

		Muy en Desacue rdo	En desacue rdo	En acue rdo	Muy de acue rdo
1	Creo que soy una persona valiosa				
2	Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas				
3	Siento que tengo muchas cualidades				
4	Tengo una actitud positiva conmigo mismo				
5	En general me siento satisfecho con la persona que soy				
6	Siento que soy una persona compasiva y amable				
7	En general soy una persona que cree en sí misma				
8	Creo que mi vida tiene algún significado				
9	Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles				
10	Pienso en aspectos positivos cuando evalúo mi vida				
11	La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida				
12	La espiritualidad me ayuda a				

	decidir quién soy				
13	La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general de mi vida				
14	La espiritualidad está integrada en mi vida				
15	Reflexiono para alcanzar la paz				
16	Leo libros de crecimiento espiritual y auto-ayuda				
17	Empleo el silencio para estar en contacto con mi yo interior				
18	Trato de vivir en armonía con la naturaleza				
19	A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente				
20	Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad				
21	Busco la belleza física, espiritual y emocional en la vida				
22	Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida				
23	Trato de alcanzar la paz y la armonía				
24	Realmente disfruto escuchar música				
25	Estoy buscando un propósito en la vida				
26	Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución				
27	Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean				

28	Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí				
29	Estoy desarrollando una visión particular de vida				

Anexo 2. Resultados descriptivos

Tabla 9. *Ítems del cuestionario de espiritualidad de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.*

	Muy en Desacuerdo		En desacuerdo		En acuerdo		Muy de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
E1	0	0.0%	0	0.0%	25	21.4%	92	78.6%
E2	7	6.0%	16	13.7%	41	35.0%	53	45.3%
E3	0	0.0%	1	.9%	42	35.9%	74	63.2%
E4	0	0.0%	3	2.6%	51	43.6%	63	53.8%
E5	0	0.0%	3	2.6%	52	44.4%	62	53.0%
E6	0	0.0%	0	0.0%	45	38.5%	72	61.5%
E7	0	0.0%	3	2.6%	52	44.4%	62	53.0%
E8	0	0.0%	1	.9%	30	25.6%	86	73.5%
E9	1	.9%	3	2.6%	55	47.0%	58	49.6%
E10	0	0.0%	3	2.6%	50	42.7%	64	54.7%
E11	0	0.0%	2	1.7%	39	33.3%	76	65.0%
E12	0	0.0%	2	1.7%	44	37.6%	71	60.7%
E13	0	0.0%	1	.9%	44	37.6%	72	61.5%
E14	0	0.0%	2	1.7%	48	41.0%	67	57.3%
E15	0	0.0%	0	0.0%	58	49.6%	59	50.4%
E16	0	0.0%	17	14.5%	66	56.4%	34	29.1%
E17	0	0.0%	11	9.4%	57	48.7%	49	41.9%
E18	0	0.0%	1	.9%	46	39.3%	70	59.8%
E19	1	.9%	20	17.1%	62	53.0%	34	29.1%
E20	0	0.0%	9	7.7%	56	47.9%	52	44.4%
E21	0	0.0%	3	2.6%	55	47.0%	59	50.4%
E22	2	1.7%	11	9.4%	60	51.3%	44	37.6%
E23	0	0.0%	4	3.4%	49	41.9%	64	54.7%
E24	0	0.0%	3	2.6%	24	20.5%	90	76.9%
E25	0	0.0%	4	3.4%	46	39.3%	67	57.3%
E26	0	0.0%	4	3.4%	46	39.3%	67	57.3%

E27	2	1.7%	11	9.4%	64	54.7%	40	34.2%
E28	0	0.0%	4	3.4%	57	48.7%	56	47.9%
E29	0	0.0%	2	1.7%	60	51.3%	55	47.0%

Tabla 10. *Ítems de la escala de autoeficacia del cuidado de los estudiantes de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020.*

	-3		-2		-1		1		2		3	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	11	9.4%	18	15.4%	13	11.1%	20	17.1%	20	17.1%	35	29.9%
P2	2	1.7%	2	1.7%	2	1.7%	9	7.7%	37	31.6%	65	55.6%
P3	1	.9%	3	2.6%	0	0.0%	8	6.8%	36	30.8%	69	59.0%
P4	1	.9%	0	0.0%	2	1.7%	8	6.8%	42	35.9%	64	54.7%
P5	3	2.6%	0	0.0%	3	2.6%	10	8.5%	30	25.6%	71	60.7%
P6	1	.9%	2	1.7%	2	1.7%	28	23.9%	48	41.0%	36	30.8%
P7	1	.9%	2	1.7%	3	2.6%	14	12.0%	53	45.3%	44	37.6%
P8	18	15.4%	20	17.1%	18	15.4%	12	10.3%	12	10.3%	37	31.6%
P9	1	.9%	0	0.0%	1	.9%	9	7.7%	41	35.0%	65	55.6%
P10	1	.9%	1	.9%	0	0.0%	7	6.0%	43	36.8%	65	55.6%
P11	0	0.0%	0	0.0%	1	.9%	10	8.5%	49	41.9%	57	48.7%
P12	14	12.0%	26	22.2%	15	12.8%	16	13.7%	19	16.2%	27	23.1%
P13	5	4.3%	26	22.2%	28	23.9%	9	7.7%	25	21.4%	24	20.5%
P14	3	2.6%	2	1.7%	0	0.0%	9	7.7%	51	43.6%	52	44.4%
P15	5	4.3%	10	8.5%	17	14.5%	11	9.4%	21	17.9%	53	45.3%
P16	7	6.0%	12	10.3%	19	16.2%	13	11.1%	28	23.9%	38	32.5%

P17	6	5.1%	6	5.1%	12	10.3%	16	13.7%	28	23.9%	49	41.9%
P18	8	6.8%	11	9.4%	3	2.6%	20	17.1%	48	41.0%	27	23.1%
P19	1	.9%	2	1.7%	2	1.7%	10	8.5%	44	37.6%	58	49.6%
P20	7	6.0%	26	22.2%	18	15.4%	13	11.1%	26	22.2%	27	23.1%
P21	5	4.3%	9	7.7%	14	12.0%	14	12.0%	18	15.4%	57	48.7%
P22	2	1.7%	2	1.7%	4	3.4%	14	12.0%	31	26.5%	64	54.7%
P23	8	6.8%	10	8.5%	24	20.5%	6	5.1%	24	20.5%	45	38.5%
P24	5	4.3%	7	6.0%	24	20.5%	13	11.1%	20	17.1%	48	41.0%
P25	5	4.3%	2	1.7%	5	4.3%	21	17.9%	50	42.7%	34	29.1%
P26	9	7.7%	23	19.7%	13	11.1%	5	4.3%	18	15.4%	49	41.9%
P27	10	8.5%	20	17.1%	36	30.8%	6	5.1%	13	11.1%	32	27.4%
P28	6	5.1%	5	4.3%	4	3.4%	22	18.8%	44	37.6%	36	30.8%
P29	10	8.5%	19	16.2%	32	27.4%	10	8.5%	23	19.7%	23	19.7%
P30	4	3.4%	14	12.0%	20	17.1%	12	10.3%	34	29.1%	33	28.2%

Anexo 3. Prueba de normalidad

Tabla 11. *Análisis de la normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	<i>P</i>
Espiritualidad	,097	117	,008
Cuidado humanizado	,089	117	,024

En la tabla 8 se observa que a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvieron en ambas variables un *p* – valor menor a 0.05, de lo que nos indica que la distribución no es normal. Por consiguiente, se utilizará una prueba estadística no paramétrica.

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento escrito

Espiritualidad y cuidado humanizado de los estudiantes de Enfermería de la una universidad privada, Perú, 2020.

Propósito y procedimientos:

Este proyecto está siendo realizado por los bachilleres de la carrera de enfermería Larico Calla, Glendy Adelita y Mamani Quispe, Dennis Victor bajo la supervisión de la asesora Dra. Keila Miranda Limachi Directora Académica de la escuela Profesional de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión. La información que brinde a través de los cuestionarios será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha informado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información brindada a través de los cuestionarios. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Preguntas e información

Se me ha comunicado que si tengo cualquier pregunta acerca de mi consentimiento o acerca del estudio puedo comunicarme con:

Glendy Larico Calla

Dennis Victor Mamani Quispe

Lima, Perú

Lima, Perú

UPeU

UPeU

glendylarico@upeu.edu.pe

dennismamani@upeu.edu.pe

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales del investigador. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

.....
Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Anexo 5. Autorización de las instituciones de estudio



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Una Institución Adventista

Lima, Ñaña, 21 de Febrero de 2020

OFICIO N° 00126-2020/UPeU/FCS/CIISA

Asunto: documento de conformidad del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud

El comité ético de la facultad de ciencias de la salud, de la Universidad Peruana Unión complace informar que el proyecto de investigación ***"Espiritualidad y cuidado humanizado de los estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de una universidad privada, Perú, 2020"*** de los investigadores Glendy Adelita Larico Calla, identificada con código universitario 201520101 y Dennis Victor Mamani con código universitario 201522358; asesorados por la Dra. Keila Ester Miranda Limachi identificada con DNI 41233864, ha sido **APROBADO** por el Comité Ético de Facultad de Ciencias de la Salud, después de presentar las correcciones requeridas por el comité. La recolección de los datos se realizará, considerando la integridad de los estudiantes. Los resultados obtenidos serán difundidos por los canales correspondientes.



Edgardo Santillana
Director de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Peruana Unión