

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Cuidado espiritual a pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos:
implicaciones para los cuidados de enfermería**

Tesis

Para obtener el Grado Académico de Doctor en Enfermería

Autor:

Mg. Delia Luz León Castro

Asesor:

Dra. Yolanda Elizabeth Rodríguez Núñez

Lima, setiembre de 2024

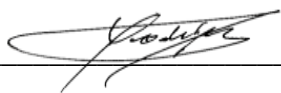
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE LA TESIS

Yo Dra. Yolanda Elizabeth Rodríguez Núñez, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

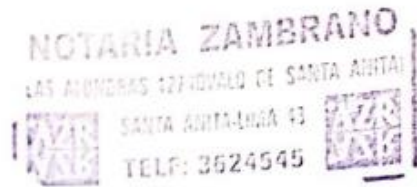
DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“CUIDADO ESPIRITUAL A PACIENTES CON COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS: IMPLICACIONES PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA”** de la autora Magister Delia Luz León Castro tiene un índice de similitud de 9% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 10 días del mes de setiembre del año 2024



Dra. Yolanda Elizabeth Rodríguez Núñez



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE DOCTOR 0137

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 10 días del mes de setiembre, del año 2024, siendo las 11:00 a. m. se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dña. Irene Zapata Silva y los demás miembros siguientes: Dña. Mónica Elisa Montes de la Riva como Secretario; Dña. Edelweis Ramal, Dña. María Angélica Paredes Aguirre, Dña. María J. Cabanillas Chávez y Dña. Yolanda Elizabeth Rodríguez Muñoz, con el propósito de llevar a cabo el acto público de la sustentación de tesis de posgrado titulada: Cuidado espiritual a pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos: implicaciones para los cuidadores de enfermería.

del Magíster: DELIA LUZ LEON CASTRO conducente a la obtención del Grado Académico de Doctor en: Enfermería

El Presidente del Jurado dio por iniciado el acto invitando al candidato a hacer uso del tiempo señalado por el Jurado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente del Jurado invito a los demás miembros del mismo a realizar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes que fueron absueltas por el candidato, el acto fue seguido de un receso de quince minutos para las deliberaciones y el dictamen del Jurado. Vencido el tiempo de las deliberaciones, el Jurado procedió a dejar constancia escrita del resultado en la presente acta, con el dictamen siguiente: Aprobado por Unanimidad con el mérito académico adicional de Sobresaliente. El Presidente del Jurado solicito al candidato ponerse de pie y procedió a poner en su conocimiento el resultado, terminado el mismo y sin objeción alguna, el Presidente del jurado dio por concluido el acto, en fe de lo cual firman al pie.

Mónica Elisa Montes de la Riva

.....
Presidente

.....
Secretario

.....
Miembro

.....
Miembro

.....
Miembro

.....
Candidato

La sustentación fue realizada de manera virtual

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a mi Dios, por ser mi mayor fuente de inspiración, por ser bueno conmigo, este logro es por él y para él, para seguir dedicando mi vida a su servicio.

A la Universidad Peruana Unión, la Escuela de Posgrado y la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, por los conocimientos impartidos, en las aulas por el trato humano en la persona de sus directivos y por el apoyo incondicional.

A mi asesora de tesis Dra. Yolanda Elizabeth Rodríguez Núñez por guiarme en la elaboración de esta investigación.

A mis dictaminadoras: Dra. Edelweiss Ramal, Dra. Angela Paredes Aguirre y Dra. María Teresa Cabanillas Chavez, por el aporte que enriqueció esta investigación.

También quiero agradecer de forma especial a la Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva, por sus palabras de ánimo en todo momento, por su apoyo y guía en la elaboración de esta investigación.

A mis docentes representados en la persona de la Dra. Irene Zapata Silva, Dra. Magda Núñez Vargas por todos los conocimientos impartidos en las aulas y por la amistad brindada.

Dedicatoria

Dedico esta investigación a mi abuelita María Acevedo Jara, que, aunque ahora ya no está, siempre me acompañó, me aconsejó y me guio en todo momento de su vida por la senda del Señor, fue una inspiración para decidir el tema de estudio de esta investigación.

A mis padres Walter León León y Graciela Castro Acevedo, quienes en todo momento nos inculcaron a mis hermanos a mí el estudio y la dedicación a todo lo que emprendamos.

También a mi esposo Willy Sumari Mamani y a mis hijos Wendy Marité y Willy Eben Ezer, por su compañía, su amor y acompañamiento en todo el proceso de este trabajo, a mis nietos Matías y Laura por ser ese pequeño motor que me impulsa a seguir adelante.

Índice

Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Capítulo I	12
Introducción	12
Planteamiento del Problema	12
Objeto de estudio.....	21
Preguntas norteadoras.....	21
Objetivos.....	21
Justificación.....	22
Capítulo II.....	25
Marco Teórico.....	25
Antecedentes.....	25
Antecedentes Internacionales	25
Antecedentes Nacionales	29
Referente Contextual.....	32
Organización Mundial de la Salud (OMS)	32
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).....	35
North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)	35
Constitución Política del Perú del Congreso de la República del Perú (CPP)	37
Ministerio de Salud (MINSA)	38
Colegio de Enfermeros del Perú (CEP)	39

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)	40
Asociación Peruana Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEM)	40
Iglesia Adventista del Séptimo día (IASD)	41
Referente Epistemológico	42
Leonardo Boff.....	42
Jean Watson	48
Calixta Roy	56
Referente Conceptual	58
Percepción.....	58
Cuidado de Enfermería	58
Cuidado Espiritual en el Contexto del Cuidado Integral de la Persona.....	62
Espiritualidad	69
Bienestar Espiritual.....	73
Cuidado Espiritual	74
Satisfacción de las necesidades espirituales	76
Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos	78
Cuidado espiritual y COVID.	80
Capítulo III.....	82
Metodología	82
Tipo de investigación	82
Abordaje Metodológico	82
Escenario de la Investigación	83
Sujetos de Estudio.....	84

Criterios de Inclusión y Exclusión.....	85
Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.....	85
Procedimiento de Recolección de Datos	86
Plan de Análisis	86
Criterios Éticos y de Rigor Científico	87
Criterios éticos	87
Rigor científico	87
Capítulo IV.....	89
Resultados y Discusión.....	89
Resultados.....	89
Discusión	90
Categoría I: Percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual	90
Categoría II: Prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera.	95
Categoría III: Percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual	107
Categoría IV: Beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19	109
Capítulo V.....	116
Conclusiones y recomendaciones	116
Conclusiones.....	116
Recomendaciones	118
Referencias bibliográficas.....	119
Apéndice	136

Índice de apéndice

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos	137
Apéndice B: Consentimiento informado	139
Apéndice C: Matriz de consistencia	140
Apéndice D: Base de datos	142

Resumen

La investigación tuvo como objetivo identificar y analizar las percepciones que tienen los profesionales de enfermería de la UCI del cuidado espiritual al paciente con COVID. El enfoque fue cualitativo, método descriptivo-exploratorio. Los participantes fueron 20 profesionales de enfermería que laboran en la UCI de un hospital del seguro de Lima. Los datos se obtuvieron por saturación, con la entrevista semiestructurada a profundidad. El instrumento fue un guía de recolección de datos. Emergieron 04 categorías empíricas: La primera categoría, percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual. La segunda categoría, percepción de prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera. La tercera categoría, percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con COVID-19 ante el cuidado espiritual y, la cuarta categoría destaca los beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19. En conclusión las profesionales de enfermería reconocen la trascendencia del cuidado espiritual que se manifiesta a través de las competencias espirituales cognoscitivas, procedimentales y actitudinales, realizadas muy conscientemente, las mismos que han ayudado a su crecimiento espiritual , jerarquizando sus valores y creencias, fortaleciendo las relaciones con pacientes y seres queridos en su integridad de mente, cuerpo y espíritu, siendo un compromiso importante brindar cuidados respetando la dignidad humana, que buscan el bienestar espiritual de los pacientes.

Palabras clave: Espiritualidad, cuidado espiritual, paciente COVID 19

Abstract

The objective of the research was to identify and analyze the perceptions that ICU nursing professionals have of spiritual care for patients with COVID. The approach was qualitative, descriptive-exploratory method. The participants were 20 nursing professionals who work in the ICU of an insurance hospital in Lima. The data were obtained by saturation, with the in-depth semi-structured interview. The instrument was a data collection guide. Four empirical categories emerged: The first category, the nurse's perception of spiritual care. The second category, perception of spiritual care practices provided by the nurse. The third category, the nurse's perception of how the patient with COVID-19 responds to spiritual care, and the fourth category highlights the benefits and limitations of the nurse in the practice of spiritual care for the patient with COVID 19. In conclusion, the nursing professionals nursing recognize the significance of spiritual care that is manifested through cognitive, procedural and attitudinal spiritual competencies, carried out very consciously, the same ones that have helped their spiritual growth, prioritizing their values and beliefs, strengthening relationships with patients and loved ones. in their integrity of mind, body and spirit, being an important commitment to provide care respecting human dignity, seeking the spiritual well-being of patients.

Keywords: Spirituality, spiritual care, COVID 19 patient

Capítulo I

Introducción general

Planteamiento del Problema

En el desenvolvimiento cotidiano, el ser humano coexiste uno junto al otro, siendo partícipes del influjo permanente de múltiples acontecimientos políticos, sociales, culturales y económicos, entre otros. Esto permea las distintas esferas de la vida humana. Sin embargo, esta influencia no siempre es favorable en términos de armonía, interacciones constructivas y promoción de entornos de vida saludables, propios de una cultura de paz y bienestar social (Galeano, 1998).

Por ello, Pérez (2016) precisa que, a nivel familiar, se experimenta cada vez y de manera lamentable, una mayor desestructuración de la familia. Por ejemplo, la pérdida de autoridad de los padres, el incremento de los problemas de comunicación y el abandono temprano de los roles parentales con consecuencias funestas en términos de problemas adictivos y variadas formas de violencia, que revelan cambios en la apreciación de la vida propia y de otros.

Por otra parte, en el ámbito laboral, los colaboradores realizan comportamientos similares en el desempeño de las distintas funciones, frente al uso del tiempo, los recursos organizacionales, la interrelación con los propios compañeros e incluso con sus jefes. No obstante, no siempre se mantiene con éxito el perfil de competencias requeridas en el orden de las nuevas tecnologías y metas de productividad. Las personas viven intensamente la experiencia laboral. Por lo tanto, experimentar niveles considerables de estrés, con agotamiento, pérdida de la perspectiva que integre a la vida, la falta de descanso adecuado y espacios de reflexión. Estos dificultan la recuperación del vigor personal.

En tal sentido, la enfermera en el ejercicio del cuidado y su rol ciudadano, no escapa a estos aspectos. En consecuencia, se produce un verdadero desequilibrio entre la capacidad de respuesta en el mundo complejo de las interrelaciones y el trabajo, así como el sentido de logro, impresionando en algunos momentos, como experiencia de vivir al límite de las posibilidades, de llegar exhausto al punto de no poder descansar y sentirse amenazado y con mucha desconfianza e incertidumbre en el entorno socio laboral.

En este marco, el cuidado es considerado la esencia del quehacer de enfermería, cuyo objetivo es cuidar a las personas, consideradas como seres holísticos, integrándose todas las dimensiones ya sea cognitiva, relacional, afectiva, emotiva, social ética y espiritual. Se les consideran seres holísticos ya que se instituyen relaciones con el entorno, así como con las otras personas con quienes interactúan, que esperan que se les brinden un cuidado integral y humano. Cuidar a la persona es acompañar, estar con ellos, evitar dejarlos solos, también es preocuparse cada día de sus necesidades ya sean biológicas, emocionales o espirituales, haciéndoles saber que nos interesamos por él (Prías, 2017).

Por lo tanto, el cuidado humano es muy necesario en el quehacer profesional, pues permite optimizar el cuidado brindado para favorecer su calidad de vida. Por consiguiente, el cuidado humanizado viene a convertirse en una filosofía de vida que se aplica en la labor profesional de enfermería, que se define como aquella acción que demanda de un valía personal y profesional enfocado al mantenimiento, recuperación, así como del autocuidado de la vida que se cimienta en la relación enfermera - paciente. El profesional de enfermería tiene la responsabilidad científico-filosófico-moral, para la protección de la dignidad y la preservación de la vida, a través del cuidado humanizado (Guerrero, 2016).

Sin embargo, en la vida real todavía se observa que los profesionales de la salud continúan practicando el modelo biomédico, que solo busca el tratamiento de la enfermedad de los pacientes, centrándose en la terapéutica, cirugías, otorgándole poco valor a la fe, así como a las creencias, la interrelación enfermera-paciente y a la espiritualidad. Pero, el enfoque mecanicista hacia los pacientes lo deshumaniza en el cuidado. De modo que, es necesario reformular el cuidado que brinda la enfermería a través de su rol la humanización a la persona (paciente) (Menéndez, 1996; citado por Retamoza, 2016).

Al respecto, Santana et al. (2017) menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS), reformuló el concepto de salud en su Constitución Política, en la que agregó la dimensión espiritual, a los que ya existía, las dimensiones físicas, mentales y sociales. En consecuencia, la espiritualidad fue valorada como un factor muy significativo en contextos de mucha dificultad, pues esto permite desarrollar capacidades a la persona en el sustento y el cuidado de su propia vida.

Por lo consiguiente, se vienen realizando investigaciones sobre la espiritualidad en el cuidado, Cabarcas et al. (2014) señalan que, el 64% dialogan aproximadamente una vez al día sobre temas espirituales con su familia o amigos, el 53% una vez por día, comunican problemas y alegrías considerando sus creencias espirituales, el 55% una vez al día examina algunos materiales sobre la espiritualidad y un 86% reza individualmente en privado al menos una vez al día. Con relación, a sus creencias espirituales se encontró que un 53% de los profesionales de enfermería creen que el perdón es importante para la espiritualidad, un 53% percibe la espiritualidad como una pauta en la toma de decisiones y un 64% piensa que la espiritualidad es muy significativa en la existencia de una persona.

A pesar de los progresos en el estudio de la dimensión espiritual, se observa la necesidad de incluirla en la formación profesional, al respecto Johnston (2018) menciona que Los requisitos de acreditación para las carreras de enfermería en diversos países, como Canadá, Reino Unido, Australia y Estados Unidos, han comenzado a incluir expectativas explícitas sobre la formación de los aspirantes en la evaluación y atención de las necesidades espirituales de los pacientes. Profesores de enfermería de naciones como Corea, los Países Bajos, Israel, Malta, Reino Unido y Taiwán han publicado artículos en los que describen cómo se enseña a los enfermeros a brindar apoyo espiritual. Estos informes suelen consistir en descripciones de talleres dirigidos a enfermeros en hospitales, los cuales incluyen evaluaciones previas y posteriores, o bien en explicaciones de asignaturas o currículos de grado. Por lo general, la formación abarca temas como la definición de espiritualidad, diferenciándola de la religión, promoviendo la conciencia y el bienestar espiritual personal, y abordando las necesidades espirituales de los pacientes. También se enseña cómo evaluar la espiritualidad del paciente y se ofrece una visión general de las terapias relacionadas con el cuidado espiritual, que incluyen la presencia, la derivación y colaboración con expertos en atención espiritual, la comunicación empática y el respeto por la diversidad religiosa. La evaluación de estas sesiones educativas o cursos ha mostrado con frecuencia un aumento en el bienestar espiritual tanto de los enfermeros como de los estudiantes de enfermería, lo que a su vez mejora sus actitudes hacia la atención espiritual que brindan. No obstante, aunque las actitudes hacia el cuidado espiritual suelen ser evaluadas, las habilidades y/o el conocimiento sobre la asistencia espiritual rara vez son objeto de evaluación.

Por su parte, Reig et al. (2016) coinciden referenciando que todo ello pone de manifiesto la relevancia que la espiritualidad tiene para la disciplina de enfermería, en estos últimos años se

vienen realizando tentativas para establecer estrategias para incluir en la formación profesional de enfermería el cuidado espiritual del paciente y/o familia.

Al respecto Boff (2001) menciona que, en el presente siglo, la espiritualidad se valora como una dimensión profunda del ser humano, como un punto de armonía en momentos de problema y tristeza. Como componente del cuidado, la espiritualidad, tiene variabilidad en su estructura y expresión, de tal manera que la expresión esencial, involucra además de las costumbres de vida, formas determinadas de manejar la información originada del entorno con quienes se relaciona siempre, que puede ser dinámicamente con uno mismo, con las otras personas y con un ser superior, para que consiga comprender el espacio vivenciado, así como darle significado. Entonces, la relación que se establece enfermero-paciente-familia se instituye en una atmósfera particular, única e irrepetible para que se pueden establecer las diferentes expresiones de espiritualidad que forman parte del referente de injerencia para conseguir la conformidad entre cuerpo-mente-espíritu.

Según la Ley N° 27669, del trabajo de la enfermera (o), en el artículo 5° del cuidado integral de enfermería, el cuidado integral de enfermería se brinda en las áreas asistenciales, área administrativa, área docente y área de investigación.

La enfermería tiene diversos campos de actuación a partir de su formación inicial, entre estos tenemos el área asistencial, docencia, investigación y administración, siendo pues profesionales de la salud, que desempeñan una labor que puntualiza un compromiso social asignado y asumido por un período indeterminado para encargarse del cuidado del paciente. La experiencia que ellos poseen son las que se produce en su formación (Espinosa, Gibert y Oria, 2016). Del mismo modo, utiliza su propio ser, el sí mismo para comunicarse, ponerse en el lugar del otro, orientar, gestionar recursos materiales y no materiales, a fin de canalizar o resolver

problemas del ser cuidado, jamás llevaría a cabo esta misión a plenitud sin lograr equilibrio en la relación saludable con el ser trascendente, los demás y ella misma, que constituye la esencia de la espiritualidad en el hombre.

Para Boff (2002) hablar sobre el cuidado enfermero encierra a una dimensión extensa, que puede ser abordado desde diferentes punto de vista fenomenológicos como son los enfoques sociales, políticos, económicos y espirituales, contemplando que el cuidado de enfermería debería ser abordado desde la dimensión espiritual lo que la hace aún más notable, ya que cuando las personas se hallan en un momento crítico en su estado de salud, se hunde en las profundidades de su ser y se formula una sucesión de preguntas, por esta razón, en este contexto es cuando se debe disponer de la espiritualidad.

Asimismo, en las unidades hospitalarias tanto públicas como privadas, quienes permanecen en el hospital se vuelven sensibles por la enfermedad y sus efectos, los mismos que comprometen a la persona en la totalidad de su ser. Tales situaciones generan la necesidad de cuidar desde una perspectiva integradora, por lo que se releva el papel de la dimensión espiritual. Sin embargo, se observa en el cuidado de enfermería que la espiritualidad, se reduce tan solo a la necesidad de apoyo religioso y los profesionales de enfermería lo desvían ya sea a un sacerdote o ministro de una iglesia, dejando de lado lo esencial del cuidado (Retamoza, 2016).

Hoy en día, se considera al cuidado espiritual dentro de los cuidados paliativos. A nivel mundial, solamente el 14% de las personas que precisan este tipo de apoyo lo reciben. Se ha observado que, la omisión desde la formación del profesional de enfermería y la falta de concientización respecto a los cuidados paliativos se torna en un impedimento significativo de los programas de mejora en relación al acceso a estos cuidados. Entonces como resultado del aumento de la carga que constituyen las enfermedades no transmisibles, así como el

envejecimiento y otros hacen ver que la necesidad mundial de cuidados paliativos. estos seguirán en aumento.

Actualmente por la pandemia del COVID-19, a causa de la elevada contagiosidad el número, cada vez más alto de casos ya confirmados así como de muertes a nivel mundial, es que las emociones y los pensamientos negativos se desarrollan poniendo en riesgo la salud mental de las personas, se sabe que tanto el personal de salud como los pacientes pueden llegar a tener temor a la muerte o presentar soledad, angustia e irritabilidad, sucede un aumento de las emociones negativas como la ansiedad, depresión e indignación . Por consiguiente, la disminución de las emociones positivas como la felicidad y satisfacción. Esto genera una vulnerabilidad en pacientes y el personal de enfermería produciéndose una necesidad de confianza en un ser superior en busca de seguridad, haciéndose necesario un cuidado integral destacándose el cuidado espiritual (Huarcaya, 2020).

La pandemia de COVID-19 ha revelado la creciente necesidad de servicios de cuidados espirituales, que optimizan la calidad de vida del paciente y su familiar cuando enfrentan problemas propios de una enfermedad latentemente letal. Se cree que anualmente cuarenta millones de individuos precisan cuidados paliativos, pero solo un 14% recibe esta asistencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a).

A raíz de la coyuntura que se está viviendo con esta pandemia del COVID 19, es de mucha importancia que en especial la enfermería que es quien más tiempo pasa con el paciente, sea muy cuidadoso para evitar se pueda contagiarse con esta enfermedad. Por esta razón, es esencial que se use meticulosamente las medidas de bioseguridad, una forma de cuidarse es utilizando el equipo de protección personal (EPP), para evitar todo contacto con el virus. Pero,

esto no debe llevar al cuidador a evitar relacionarse con el paciente y/o familia, porque sería como deshumanizar el cuidado enfermero.

Es así como surge la idea de investigar sobre el cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería en la atención que ofrece. Esto es motivante, pues las experiencias vividas en el ámbito familiar y profesional, provengo de una familia tradicionalmente cristiana, donde aprendí a confiar en Dios como un ser superior, dicha fe, se hizo presente especialmente en situaciones de enfermedades severas de índole personal y en algunos miembros de la familia, que por medio de las plegarias elevadas a Dios y el desarrollo de la espiritualidad. Esto se vivenciaba en la recuperación, en consecuencia, se considerada como un milagro de Dios y como esperanza y confianza por seguir viviendo.

A través de los años trabajando como enfermera ya sea en el área asistencial, docencia e investigación, he vivenciado y compartido muchos momentos de cuidado espiritual. Como docente de pregrado en una universidad cristiana, se pone especial énfasis en enseñar y motivar a los alumnos a brindar el cuidado espiritual a la persona cuidada, es así que, durante la supervisión de las prácticas pre profesionales, experimenté el hecho de que los estudiantes si brindaban cuidados espirituales a los pacientes a su cargo. Una de las experiencias fue la de una estudiante que cuidó una paciente cuadripléjica, debido a un fatal accidente de tránsito en el que se encontraba con uno amigo (quien murió en el acto) la paciente estaba en un estado muy grave, ya que tenía complicaciones multisistémicas, mientras la estudiante brindaba sus cuidados, observó que la paciente tenía un vacío y al conversar con ella, ésta expresó el deseo de ser perdonada por su esposo por un problema que hubo entre ellos. La estudiante propició el encuentro con su esposo, quien la perdonó y la paciente pudo descansar en paz.

Otra experiencia durante la supervisión de las prácticas de la asignatura de salud del adulto, estando en el servicio de cirugía, con un paciente en el periodo preoperatorio inmediato, durante la preparación del paciente, ya para ser pasado a sala de operaciones, el paciente estaba tan ansioso que comenzó a temblar, de tal forma que, parecía caerse de la cama, al ver esto tanto las estudiantes de enfermería y los demás profesionales de la salud que se encontraban en la habitación, que todos quedaron impactados por los movimientos, cogí su mano y comencé a hablarle con amor y firmeza, refiriéndole que se tranquilice, que Dios lo iba a acompañar, le pregunté si deseaba que yo orara por él, el paciente asintió con la cabeza e hice una oración con fuerza y a medida que iba orando, él se fue tranquilizando, hasta que se calmó totalmente, e incluso le dije al paciente, que en sala antes de ser operado los médicos también orarían con él para que Dios dirija su cirugía y se tranquilizó.

El hecho más impactante ocurrió hace algunos años atrás, cuando realice estudios de posgrado en una universidad nacional, estaba exponiendo sobre la importancia de los cuidados espirituales que brinda el profesional de enfermería, una compañera de estudios me cortó bruscamente y dijo: *“Tú crees, que nosotras las enfermeras vamos a perder tiempo tocando al paciente, rezando por él habiendo tantos pacientes que atender? no hay tiempo para esas cosas, es como perder el tiempo”*, pude percibir que tanto el paciente, la familia e incluso algunas enfermeras desconocen lo que implica habitualmente experimentar los estados especiales del bienestar, como la “salvación” o liberación como una virtud, producto de las interacciones dinámicas que ocurren en la interacción del cuidado de enfermería.

Es así como surgen inquietudes acerca de la dimensión espiritual en el cuidado que realiza enfermera, surgiendo las siguientes preguntas: ¿Qué es la espiritualidad para la

enfermera(o)? ¿Cómo se manifiesta en el quehacer profesional? ¿Cómo percibe el profesional de enfermería al cuidado espiritual?

Objeto de estudio

Percepción de los profesionales de enfermería de la UCI sobre el cuidado espiritual a pacientes con COVID-19.

Preguntas norteadoras

¿Cuál es la percepción del cuidado espiritual que brindan los profesionales de enfermería de la UCI en su labor profesional?

¿Cómo son las prácticas de cuidado espiritual que brindan los profesionales de enfermería de la UCI a los pacientes con COVID-19?

¿Cuál es la respuesta del paciente con COVID-19 a los cuidados espirituales brindados por los profesionales de enfermería de la UCI?

¿Cuáles son las implicancias que tiene el presente estudio para brindar el cuidado espiritual en pacientes COVID-19?

Objetivos

Identificar y analizar las percepciones que tienen los profesionales de enfermería de la UCI del cuidado espiritual al paciente con COVID-19.

Analizar las prácticas del cuidado espiritual que realizan los profesionales de enfermería de la UCI.

Identificar las respuestas del paciente COVID-19 que recibe el cuidado espiritual del profesional de enfermería

Determinar las implicancias del cuidado espiritual en la profesión de enfermería.

Justificación

La importancia de la presente investigación sobre la percepción del cuidado espiritual de enfermería, permitirá reconocer que brindar un cuidado integral y holístico a los pacientes en situaciones críticas como es el caso de la pandemia por COVID-19, es muy importante tanto para el paciente como para la misma enfermera; considerando que esta enfermedad es altamente letal y es el profesional de enfermería quien está las 24 horas del día con el paciente brindándole cuidados humanizados, alentadores y de esta manera lograr su acercamiento a un ser superior que es Dios.

Los resultados del estudio brindaran una oportunidad de reflexión para los profesionales de enfermería, sobre los cuidados que está brindando a los pacientes y de esta manera llevar a la práctica los cuidados espirituales, haciéndola parte esencial de los cuidados que brinda enfermería. Así como también llevará a la reflexión de los formadores de la profesión de enfermería para implementar en sus programas curriculares temas relacionados a la espiritualidad en el cuidado y sensibilizar para llevar a la práctica cotidiana de su quehacer profesional.

Permitirán identificar aspectos donde sea posible la socialización de saberes, inquietudes, oportunidades de crecimiento personal y profesional, dado el papel integrador que juega la dimensión espiritual en la vida profesional y su capacidad de ser transferido en la prestación de cuidados humanizados.

Las dificultades contribuyen en el ser humano a identificar su dimensión más sublime: la espiritual y a descubrir una paz más profunda en esas circunstancias evidentemente dolorosas y adquirir un conocimiento de la realidad mucho más integral. Con la emergencia de salud, debido a la pandemia del COVID 19, los pacientes se encontraban aislados, alejados de su familia,

conocedores que quizá nunca volverán a ver a sus seres queridos, todos estos sentimientos permiten que se incremente la necesidad de recibir ese cuidado integral, con énfasis en el apoyo emocional y espiritual, necesitan recibir palabras de esperanza y consuelo, al sentirse cerca de la muerte.

Retamoza (2016) menciona que en su experiencia profesional como enfermera asistencial y como docente, el cuidado enfermero que realiza con las personas hospitalizadas, está más ajustado al hacer, respecto al cuidado en el aspecto físico y tecnológico, centrado en un pensamiento biomédico, se preocupa más por la enfermedad, dejando de lado el cuidado de la persona como el único sujeto de cuidado, con todo esto reflexiona que hay una necesidad urgente de inclinarse por otras formas de cuidado emprendiéndola a partir de la ética, estética, cuidado humano, pensamiento complejo, corrientes de pensamiento emergentes, lo que va a permitir analizar y utilizar el cuidado holístico.

La presente investigación será de mucha utilidad para los profesionales de enfermería, ya que permitirá en primer lugar realizar un diagnóstico personal de cómo está la propia espiritualidad del enfermero para poder luego brindar un cuidado espiritual de calidad. Los grandes beneficiados serán tanto para los profesionales de enfermería como para los pacientes y familiares, ya que permitirá reconocer nuestra propia personalidad, así como la del paciente o familiar a través de las investigaciones, considerando el autocuidado espiritual y el cuidado espiritual ya que nadie puede dar lo que no tiene.

A raíz de la coyuntura por la pandemia de COVID-19, se ha observado que hay un despertar por parte de los profesionales de enfermería por investigar sobre esta variable, pero la mayoría de ellos se han centrado en revisiones bibliográficas, son muy escasos los estudios sobre

todo con un enfoque cualitativo. Por tanto, el presente estudio contribuirá el cuerpo de conocimientos de enfermería sobre el cuidado en la dimensión espiritual.

Según la OMS (2020) los cuidados paliativos contribuyen a mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias al enfrentar problemas físicos, psicológicos, sociales o espirituales asociados a una enfermedad potencialmente mortal. Asimismo, la calidad de vida de los cuidadores también experimenta una mejora significativa. La OMS considera que la dimensión espiritual no se toma en cuenta en el cuidado del paciente, el mismo que es importante en el caso de los pacientes con Covid, porque la persona se aferra a la vida y es la enfermera quien se encuentra en primera línea para el cuidado, siendo importante la capacitación al personal de salud en el cuidado espiritual al paciente con COVID-19.

Capítulo II

Marco Teórico

Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Castillo et al. (2023) en México, se llevó a cabo una investigación con el objetivo de describir el significado que el personal de enfermería otorga al cuidado espiritual brindado a pacientes en cuidados paliativos. El estudio fue de carácter cualitativo y descriptivo, y se realizó con enfermeras de instituciones de salud de segundo nivel de atención en el estado de Guanajuato. Utilizaron el muestreo por conveniencia con nueve participantes. Los datos se recolectaron con la entrevista semiestructurada audiograbada, se usó el análisis de datos temático; de sus resultados emergieron seis temas: Cuidar las necesidades de los pacientes, Significado de espiritualidad, Acompañamiento, alivio y apoyo, Cuidando el respeto de las creencias, Dificultades vividas en el cuidado espiritual y Necesidad de cambios en el cuidado espiritual. Concluyendo que el significado del cuidado espiritual de enfermería considera la conexión con la naturaleza y el universo y las creencias y prácticas; esta conexión nace en el cuidado de las necesidades propias que fomentan confort, la espiritualidad da sentido al cuidado espiritual como el acompañar, aliviar y apoyar teniendo en cuenta el respeto de las creencias. Se encuentran dificultades en el cuidado espiritual y una necesidad de cambios en el mismo para poder incorporarlo en el cuidado cotidiano.

Conde y Rodríguez (2022) en Ecuador, se propuso investigar con el objetivo de explorar el cuidado espiritual brindado por los profesionales de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital General Machala desde la perspectiva de los pacientes infectados por Covid-19. Con un enfoque cualitativo, fenomenológico. Se utilizó un muestro intencional para seleccionar a 8

pacientes recuperados por Covid-19. Los datos se recolectaron a través de entrevistas semiestructurada a profundidad. Los resultados evidenciaron cuatro categorías principales: Factores de sufrimiento espiritual en los pacientes con Covid-19; Necesidades espirituales de los pacientes con COVID-19; Satisfacción del cuidado espiritual brindado por enfermería; y, Principales barreras percibidas del cuidado Espiritual. Concluyendo que se evidenció que los pacientes recuperados por Covid-19 percibieron experiencias tanto positivas como negativas relacionado con el cuidado espiritual, siendo este un componente clave para evaluar las necesidades espirituales.

Pacheco Barrios (2021) en Argentina investigo con el objetivo de analizar las formas de cuidados y estrategias que utilizan los profesionales de Enfermería aborden el cuidado espiritual y acompañamiento al familiar de los enfermos con COVID-19. realizó un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo. En el cual se tomaron los reportes de prensa publicados entre el 23 de febrero 2020 y enero de 2021. De las entrevistas publicadas. Sus resultados se categorizaron de la siguiente manera: Sentimientos en cuanto al estado de salud de los pacientes; Forma de cuidado de enfermería en la dimensión de la espiritualidad de los familiares y pacientes; Percepción del paciente y/o su familia acerca del trato que reciben por parte del profesional de enfermería.

Campo y Rivas (2017) en Murcia, la investigación tuvo el objetivo de conocer los significados de la espiritualidad en pacientes que se encuentran en tratamiento por enfermedad oncológica. La investigación aplicó el método cualitativo, diseño fenomenológico, con una muestra de nueve participantes con diagnóstico de cáncer, el instrumento fue una guía, los datos se obtuvieron a través de la entrevista a profundidad, de análisis temático y usándose el método de CQR. Los resultados evidenciaron que todos los colaboradores se reconocen como

espirituales, esta dimensión es de mucha importancia para aceptar su proceso de enfermedad, para fortalecer las relaciones con seres queridos y su sanidad en el nivel físico y psicológico. También, se halló que los servicios de salud donde ellos fueron atendidos, no brindan este servicio y tampoco investigan al respecto, centralizándose en la dimensión biológica o solo en aliviar los síntomas del cáncer, deponiendo los aspectos significativos del paciente: sus creencias y prácticas acerca de la espiritualidad. En conclusión, se instituye que la espiritualidad es una concepción que subyace a la subjetividad de los individuos y cada práctica está fundada en lo que es ventajoso, influyendo concisamente en su propósito de vida.

Del mismo modo, Muñoz (2017) realizó una investigación titulada “Una visión de los cuidados espirituales de San Juan de Dios, influidos por San Juan de Ávila, desde las taxonomías enfermeras actuales”. El objetivo fue describir los cuidados espirituales de San Juan de Dios bajo la dirección de Juan de Ávila según taxonomía enfermera *NANDA I NIC, NOC*. La metodología empleada fue la historiográfica, a través de la historia de las mentalidades y con algunos aspectos del método biográfico moderno, para ver la influencia sociocultural sobre la persona concreta y viceversa. Para lo que se efectuó un análisis del contenido de documentos históricos donde se seleccionó aquellos más próximos en el tiempo para aproximación a un fenómeno acaecido en el pasado a través del análisis documental. Dentro de sus hallazgos se observó el desarrollo espiritual de Juan de Dios siguiendo la espiritualidad cristiana católica desde la mística. En ella se observa el desorden interno al tomar conciencia del desequilibrio de sus potencias, de ahí que comience paulatinamente un camino de autoconocimiento para poder liberarse de las esclavitudes de los placeres, el materialismo, la honra, los propios pensamientos y emociones, al asumir la responsabilidad de su vida. Por este motivo, comienza a obedecer a lo trascendente que

se manifestaba en su conciencia ayudado por los medios de crecimiento espiritual de la época, jerarquizando sus valores

Lo mismo ocurre con Fernández (2017) en Murcia, realizó un estudio sobre la “Dimensión espiritual en cuidados paliativos” su objetivo fue analizar la escenario actual sobre el papel que desempeña la dimensión espiritual en los cuidados paliativos. Se trata de un estudio con diseño metodológico cualitativo, el muestreo de distribuyo de la siguiente manera: se aplicaron los cuestionarios a 8 enfermos y 2 profesionales de la medicina de cuidados paliativos. Biografías por conversación a los 8 enfermos y 3 cuidadores en cuidados paliativos e Historias de vida por preguntas sólo a los 8 enfermos de cuidados paliativos. Sus resultados fueron que las necesidades espirituales de estos enfermos no son abordadas y por tanto el sufrimiento de ellos como de sus familiares va en aumento. Existe una ambigüedad en los significados de religión y espiritualidad en los enfermos de cuidados paliativos y una más clara diferencia en los profesionales médicos que se entrevistaron. Una de las barreras para el desarrollo del acompañamiento espiritual, es la falta de diferenciación entre el ámbito religioso y el espiritual. Parece que sigue vigente la falta de claridad al respecto, ya que el 62,3% confirma que “a veces” se realiza la distinción entre ambos términos, frente a un 12, 5% que responde “nunca” y un 12,5% que afirma “siempre”. El estudio concluye en que, los pacientes que reciben cuidados paliativos precisan ser cuidados por profesionales sanitarios que sepan descubrir y resguardar las necesidades espirituales para dar significado a sus vidas.

Asimismo, Terceño (2017) en Tarragona, realizó un estudio para comprender la experiencia del equipo de enfermería, sobre espiritualidad y necesidades espirituales de las personas atendidas en un hospital público de 638 camas. Fue un estudio fenomenológico hermenéutico. La muestra estuvo constituida por 38 participantes de la unidad oncohematología;

dos grupos focales de 6 profesionales y de 5 pacientes. El instrumento fue una entrevista que se realizó uno de los sacerdotes del centro, de muestreo teórico. Dentro de sus resultados se evidenció que el cuidado espiritual es un grupo de intervenciones de enfermería particulares del cuidado físico. También hubo 3 niveles de prácticas del equipo de enfermería que se relacionan con cuidado espiritual, la naturaleza del CE, la autopercepción ante el cuidado espiritual y el afrontamiento de cuidados espirituales.

De la misma forma, Vargas (2017) en Colombia, en su investigación tuvo el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención educativa cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado en personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, fue un diseño cuasi experimental, con pre y post prueba, la población estuvo conformada por enfermeras y auxiliares de enfermería de tres instituciones, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia se asignó 1:1 para el grupo experimental 112 y el control 110. En sus resultados se mostró que la efectividad de la intervención en cuanto a cambiar la percepción acerca de la espiritualidad y el cuidado espiritual con un nivel de significancia de 0,001. La autora concluye que, la intervención fue efectiva en modificar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Antecedentes Nacionales

Ríos Núñez (2024) en Trujillo, con el propósito de describir y analizar el cuidado de enfermería en la dimensión espiritual al adulto mayor hemodializado. Fue de tipo cualitativo, diseño descriptivo exploratorio; la muestra estuvo conformada por siete enfermeras y seis pacientes con tratamiento hemodialítico, se utilizó la entrevista semiestructurada. Tras analizar cada discurso emergieron las siguientes categorías: El cuidado espiritual y su relación con la religiosidad; El proceso de cuidar la relación con uno mismo y con los demás: una relación de

ayuda para trascender como persona; Los factores que limitan el cuidado en la dimensión espiritual, en conclusión se permitió reflexionar sobre los significados a los cuales el paciente hemodializado le atribuye al cuidado espiritual que recibe por parte del personal de enfermería, atribuyéndolo a la parte religiosa, creencia de un ser superior, interacción con calidez, confianza y esperanza que reciben de la enfermera como parte fundamental de su accionar, lo cual se ve reflejado en la atención que reciben sin olvidar la parte procedimental que ayuda en su tratamiento pero los cuales se tornan difíciles de abordar debido a la sobrecarga de trabajo, rutinizando su quehacer diario.

Rodríguez Villanueva (2024) en Trujillo realizó un estudio con el propósito de describir y analizar la percepción del cuidado espiritual que recibe el paciente por parte del profesional de enfermería en el servicio de hospitalización del Hospital Leoncio Prado de Huamachuco. El tipo de estudio fue cualitativo – descriptivo. Para recolectar los datos se utilizó la entrevista a profundidad, con una muestra de ocho pacientes adultos del área de hospitalización, emergiendo como resultados las siguientes categorías: sentido de la espiritualidad, cosmovisión de la naturaleza, compañía, confort, sentimientos de escucha, amabilidad, tranquilidad, paz y sentido de la fe en Dios. En conclusión, los hallazgos del estudio contribuyen a fortalecer el cuidado humanizado abocado al paciente, conociendo la trascendental importancia que tiene el generar un vínculo espiritual a través de la escucha, la amabilidad, el cariño, la calidez y el amor.

Sánchez Vera (2023) en su investigación tuvo el propósito de comprender el significado del cuidado humanizado para el profesional de enfermería en un servicio de emergencia en tiempos de COVID-19. Enfoque cualitativo tipo descriptivo-interpretativo, con el referencial filosófico de Emmanuel Lévinas. Escenario, Hospital de EsSalud (Seguro social de Salud) Callao-Perú, periodo de abril a diciembre 2020. Participaron ocho enfermeras del servicio de

emergencia. En la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido de Minayo. Se generaron dos categorías: “Reconociendo su vulnerabilidad como ser humano frente a la COVID-19” y “Brindando soporte psicoemocional al paciente COVID-19 y familia”. En conclusión, ante la situación crítica de los pacientes en el servicio de emergencia las enfermeras se sensibilizan con ellos, perdiendo el miedo al contagio de la enfermedad. El brindar atención a los pacientes con la COVID-19 y que no evolucionen favorablemente ocasiona en las enfermeras impotencia, carga emocional, estrés. Añadido a ello escuchar y sentir el dolor de los familiares les agrega mayor carga emocional.

En primera instancia, Ugaldez (2019), en su estudio tuvo el objetivo describir y analizar el cuidado espiritual que brindan las enfermeras a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia de este hospital. Tuvo un enfoque cualitativo descriptivo, la muestra 22 enfermeras, se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad. Emergiendo las siguientes categorías: la acción del cuidado con cuatro sub categorías: la espiritual de lo físico al afecto, la confianza y seguridad, derivando la atención espiritual al sacerdote o pastores, la dimensión debilitada por la indisposición del tiempo, cuidado de la dimensión espiritual rodeada por el descuido y la rutina. la segunda categoría respaldó el cuidado espiritual en un ser supremo y la religión y por último genera puntos para el aprendizaje y preocupación sobre el cuidado espiritual. concluyendo que el cuidado espiritual demanda preparación y autorreflexión con requerimiento desde el pregrado hasta la vida laboral.

Asimismo, Ceras (2018) realizó una investigación con el objetivo de determinar el cuidado espiritual de enfermería percibido por el paciente internado en el Hospital San Juan de Lurigancho 2018. Fue un estudio descriptivo y diseño no experimental, corte transversal, la población 200 pacientes de los servicios de Medicina y Cirugía; la técnica fue la encuesta, el

instrumento un cuestionario sobre cuidado espiritual. Las conclusiones fueron que el paciente no percibe el cuidado espiritual de forma apropiada, marcando que solo se observa el cuidado espiritual en la dimensión existencial a diferencia de la dimensión religiosa que suponían un cuidado inadecuado, por lo que, no se satisfacen en cuanto a sus necesidades.

Del mismo modo, De Lourdes (2016) en Trujillo, realizó la investigación con el objetivo de describir y analizar la dimensión espiritual del cuidado de enfermería para clientes hospitalizados. Fue un estudio cualitativo, método descriptivo, el instrumento fue una entrevista a profundidad, donde intervinieron 10 enfermeros de un hospital de México. El objeto de estudio fue la dimensión espiritual del cuidado de enfermería para los clientes hospitalizados desde la perspectiva de la enfermera. Boff y Watson fueron los autores que dieron el soporte teórico al presente estudio. Para los resultados se usó el análisis de discurso, los criterios éticos y de rigor científico. Los resultados, emergieron las siguientes categorías: La compasión, actitud clave para establecer cuidado espiritual. El cuidado espiritual establece una relación de ayuda para trascender como persona. El cuidado espiritual de enfermería establece espacios de comunicación, confianza, tolerancia, identidad con sus creencias y rituales religiosos. En conclusión, el cuidado espiritual del paciente se da en el momento de cuidar singular, crítico, de reflexión que se concretiza con indicativos de confianza, comunicación, aceptación, compasión para trascender y desarrollarse como persona cuidada, que religado al cuidado terapéutico y tecnológico contribuyen a su recuperación.

Referente Contextual

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS en un informe (1990) menciona que la espiritualidad se refiere a aquellos aspectos de la vida humana que están conectados con experiencias que van más allá de lo

percibido a través de los sentidos. Entonces esta dimensión de la vida humana viene a ser observada como un componente integrado juntamente con las esferas físicas, psicológicas y sociales, que a menudo se perciben vinculados tanto con el significado como con el propósito para aquellas personas que están al final de la vida y que se relaciona generalmente con la necesidad de perdón, de reconciliación y de afirmación en valores (Benito et al., 2016).

Asimismo, la OMS (2016) considera a los cuidados espirituales dentro de los cuidados paliativos, al respecto menciona que estos renuevan la calidad en la vida del paciente, así como de sus allegados cuando enfrentan problemas físicos, psicosociales y espirituales innatos a la enfermedad latentemente mortal. Asimismo, la OPS/OMS (2020) ha declarado “La creciente necesidad de servicios de cuidados paliativos, que mejoran la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, pero solo un 14% recibe esta asistencia”

Además, según la OMS (2020) estima que 40 millones de personas al año requieren cuidados paliativos, y el 78% de ellas provienen de países de ingresos bajos o medianos. Los cuidados paliativos representan un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de pacientes, tanto adultos como niños, y de sus seres queridos al enfrentar complicaciones asociadas con enfermedades potencialmente mortales. Estos cuidados previenen y alivian el sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento adecuado del dolor y otros problemas de tipo físico, psicosocial o espiritual.

La atención paliativa tiene como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento en todas sus formas: físico, psicológico, social o espiritual que enfrentan adultos y niños con enfermedades que amenazan o limitan la vida. Debido a la crisis provocada por el coronavirus, la demanda de

servicios de cuidados paliativos ha aumentado, lo que ha llevado a la adaptación de estos servicios para satisfacer las necesidades crecientes. Este seminario web abordará las experiencias en los servicios de cuidados paliativos durante la pandemia, tanto en América Latina como en los Estados Unidos (OMS, 2020b).

Los cuidados paliativos son un enfoque diseñado para mejorar la calidad de vida de los pacientes, tanto adultos como niños, y de sus familiares cuando enfrentan problemas asociados con una enfermedad potencialmente mortal. Estos cuidados previenen y alivian el sufrimiento mediante la detección temprana, la evaluación y el tratamiento adecuado del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales. Enfrentar la ansiedad implica preocuparse por problemas que van más allá de los síntomas físicos. Estos programas de cuidados paliativos emplean un enfoque de trabajo en equipo para ofrecer apoyo tanto a los pacientes como a los cuidadores, abarcando la atención a necesidades prácticas y proporcionando apoyo psicológico durante el duelo. Los cuidados paliativos buscan ayudar a los pacientes a vivir de la manera más activa posible hasta el final de su vida. Reconocidos dentro del marco del derecho a la salud, estos cuidados deben ser proporcionados a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona, prestando especial atención a sus referencias y necesidades individuales.

El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar servicios de salud de máxima calidad, esenciales para alcanzar un estado óptimo de bienestar integral en las dimensiones física, mental, social y espiritual del paciente. Estos cuidados buscan mejorar la calidad de vida, aliviar el sufrimiento del paciente y de su familia durante la etapa final de una enfermedad terminal.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Respecto a la espiritualidad, UNESCO (2018a) ha dado el primer paso en un proyecto de investigación sobre la espiritualidad como una dimensión humana trascendental para los seres humanos. Fue la inquietud de un equipo de personas de la sociedad civil organizada y vinculada a varias organizaciones, que tienen muchos deseos de sumar a todos los interesados en este tema de modo que, entre todos, de forma unida y colaborativa, fomenten que este tema de la espiritualidad sea parte de la agenda educativa y cultural de la Unesco y de la humanidad.

Estas son personas vinculadas e implicadas con los valores y proyectos de la Unesco que promocionan y ejercen la innovación del mundo a través de la cultura, la ciencia y la educación y siempre están cimentados. Además, en el desarrollo integral de las personas. Resguardan por lo tanto que la espiritualidad y el viaje interior que se estima, es un tema que se debe atender y enriquecer en todos los perímetros de la vida, la cultura, la salud, la educación, el arte, la ciencia, el trabajo, la empresa, ya que es una dimensión que debe ser desarrollada durante toda la vida para restaurar persistentemente la mente y de esta manera lograr el desarrollo humano, propio y colectivo (Unesco, 2018b).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

Para, Herdman et al. (2023) NANDA) ha incluido dentro de su clasificación 5 diagnósticos de enfermería que consideran la espiritualidad, los mismos que son:

Deterioro de la religiosidad

Riesgo de deterioro de la religiosidad

Disposición para mejorar la religiosidad

Sufrimiento espiritual

Riesgo de sufrimiento espiritual.

Además, La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (2018) considera el resultado Salud espiritual con código 2001 que son vinculaciones con el yo, con los otros, con el poder superior, con la naturaleza, con el universo que extiende y se apodera del yo. Dentro de sus indicadores encontramos:

200101: expresión de confianza

200102: expresión de esperanza

200103: expresión de significado y del fin de la vida

200104: expresión del punto de vista del mundo espiritual

200105: expresión de serenidad

200106: expresión de amor

200107: expresión de perdón

200109: oración

200110: culto

200111: participación en ritos y ceremonias

200112: interacción con líderes espirituales

200113: participación en meditación

200114: expresión a través de la música

200115: participación en lecturas espirituales

200116 relación con el yo interior

200117: relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias

200119: expresión a través del arte

200120: expresión a través de la lectura

200121: interacción con los otros para compartir los pensamientos, sentimientos y creencias

200122: satisfacción espiritual

Aunándose a ello, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (2013) considera la intervención NIC: Apoyo espiritual, código 5420, que viene a ser la ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural. Dentro de sus actividades considera:

Estar accesible a los recuerdos del paciente de soledad e impotencia

Animar la asistencia a servicios religiosos si lo desea

Fomentar el uso de recursos espirituales

Remitir al asesor espiritual elegido por el paciente

Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente

Expresar simpatía con los sentimientos del paciente

Proporcionar los objetos espirituales deseados de acuerdo a las preferencias del paciente.

Constitución Política del Perú del Congreso de la República del Perú (CPP)

La Constitución Política del Perú del Congreso de la República del Perú (CPP, 2017), en el Artículo 7º, menciona que: Todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona imposibilitada para cuidarse a sí mismo por una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de la dignidad, así como al régimen legal de amparo, cuidado, readaptación y seguridad.

Ministerio de Salud (MINSA)

Asimismo, el MINSA (2011) menciona que, durante décadas, el sistema de atención en salud en Perú estuvo fundamentado en el paradigma biomédico, enfocado principalmente en la enfermedad. Sin embargo, a partir de los años 2000, se identificó la necesidad de cambiar esta concepción, pasando de una visión puramente biomédica a un enfoque "biopsicosocial", que contempla la salud de manera más integral y holística.

Actualmente, se tiende a reforzar el concepto de modelo de atención integral en salud, explicitándose entre sus características principales su enfoque de salud familiar y comunitaria, que tiene el propósito de avanzar hacia la atención integral de la persona, inserta en su medio ecológico (familia y comunidad), garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familia, denominados “equipo básico de salud familiar y comunitaria” (EBSFC) que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la red de salud (Ministerio de Salud, 2011).

Esto significa que los problemas de salud deben ser comprendidos desde diversas perspectivas, no solo biológicas, sino también psicológicas, sociales, culturales y ambientales. Además, la complejidad de los problemas de salud revela las limitaciones del sector sanitario para abordarlos de manera integral. Por lo tanto, es necesario involucrar a todos los sectores implicados en el desarrollo social, político, técnico y económico en los distintos niveles de gobierno. El rol del estado es fundamental para intervenir en los determinantes sociales de salud, siendo una tarea esencial para lograr los resultados deseados en la salud de la población.

El MINSA (2020c) sostiene que en el caso del COVID - 19, ocasionado por el SARS 2, enfermedad que cuando se complica llega a producir la muerte. En este momento hay 220.975 personas fallecidas por coronavirus. Además el MINSA (2020a) incluyó la dimensión espiritual

en el Documento Técnico: Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica, dependiendo de la cultura de la persona, a través del enlace con las organizaciones comunitarias que brindan soporte espiritual. Cada hospital se vincula con las organizaciones comunitarias que ofrecen apoyo espiritual en la comunidad, adaptándose a las costumbres y creencias religiosas locales.

Colegio de Enfermeros del Perú (CEP)

Del mismo modo, el Colegio de Enfermeros del Perú. Consejo Regional, 2008) menciona que según la Ley del Trabajo de la Enfermera (o) Nro. 27669 en el Artículo 2: Rol de la Profesión de Enfermería, la enfermera (o) como profesional de la ciencia de la salud, interviene en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población. Artículo 3. Ámbito de la Profesión de Enfermería. La profesión de Enfermería se desenvuelve por medio de un conjunto de acciones que se orientan hacia la solución de los problemas de las esferas biológicas, psicológicas y social de la persona, familia y comunidad, desarrollándose esencialmente en las áreas: asistencial, administrativa, docente e investigación. Artículo 4. Normas aplicables al trabajo de la enfermera, rigiéndose sustancialmente por el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú, así como por la Ley General de Salud Nro.26842 y la Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Decreto Legislativo Nro. 276 y su reglamento y en el Sector Privado por las normas que le fueren aplicables.

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)

Al respecto resalta la importancia que tiene la humanización en los cuidados, pero considera que éste, no se ocasiona de modo espontáneo, sino que debe ser enseñado primero y después llevado a la práctica profesional (Prado y Alves, 2011). Hoy en día esta formación se contempla de modo formal en los planes de estudio, desde la filosofía, el modelo de cuidados y algunas asignaturas del currículo. Además, se debe tener en cuenta que ciertos aspectos se traspasan mediante el llamado currículo oculto, para indagar cómo está el proceso enseñanza aprendizaje no se debe perder de vista el actual contexto educativo universitario en el país, en el que están pronosticados cambios substanciales, ya sea en los conocimientos como en los métodos de enseñanza-aprendizaje. Todo esto obliga a redelimitar el contenido y la pedagogía de la formación de los futuros enfermeros (Guillén y Cuevas, 2012).

Asociación Peruana Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEM)

Menciona que las diferentes corrientes de pensamiento de la enfermería, coinciden en precisar que su centro de interés es el cuidado de la persona. Éste es considerado como un ser humano indisoluble, integral, que es poseedor de cultura y que atañe a un entorno de familia, así como social. Toda persona merece un cuidado científico y humanista que exige del profesional el dominio de competencias científico técnicas muy importantes para el trabajo que realiza, pero, al mismo tiempo, necesita el dominio de competencia para el relacionamiento adecuado con las personas a quienes presta servicio y con el equipo de salud. Con relación a esto "las teorizadoras de la escuela del cuidado humano opinan que los profesionales de enfermería puedan lograr reformar la calidad de los cuidados, si estos parten de dimensiones como la espiritualidad e integren los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

La enfermería tiene como misión proporcionar cuidados a individuos, grupos, familias y comunidades, tanto en situaciones de salud como de enfermedad. El cuidado de la salud se inserta en el ámbito social de la vida. En este contexto, la práctica de la enfermería, al igual que en otras profesiones, implica un compromiso para promover la calidad de vida, prevenir enfermedades, cuidar a los enfermos y ayudar a las personas a vivir con limitaciones, respetando su dignidad. Para cumplir con esta misión, las creencias y principios fundamentales de la responsabilidad ética humana y social son esenciales para la enfermera.

La enfermería es mucho más que ciencia y tecnología. Estamos convencidos de que, sin importar los avances futuros, el núcleo de la práctica seguirá siendo el mismo: los cuidados brindados por un ser humano a otros seres humanos, con conocimiento, sensibilidad y compasión. La enfermería nunca debe olvidar que cada paciente es una persona, un ser humano con dignidad intrínseca. Cada individuo tiene necesidades específicas que deben ser satisfechas plenamente, y no debe ser considerado simplemente como un receptor de asistencia sanitaria.

Iglesia Adventista del Séptimo día (IASD)

El enfoque sobre el cuidado espiritual de la IASD, según Johnston Taylor (2018b) sostiene que Durante casi siglo y medio, los adventistas han brindado cuidados espirituales a enfermos y personas en sufrimiento. Su enfoque en la atención de la salud permite extender la compasión de Jesucristo, ofreciendo beneficios a los demás y experimentando gozo y satisfacción personal como parte del servicio a Dios. Según la visión integral adventista del ser humano, el apoyo al bienestar físico o psicológico también debe incluir necesariamente el respaldo al bienestar espiritual. Además de numerosos hospitales, clínicas, enfermerías, servicios de atención domiciliaria y hospicios adventistas en todo el mundo, existen muchas instituciones educativas que forman a miles de estudiantes para proporcionar una atención integral.

Una característica distintiva de los programas de enfermería adventistas es la enseñanza a sus estudiantes para que ofrezcan cuidado espiritual. Puede que ese énfasis, así como el contexto religioso de la enseñanza, hace que la educación adventista en enfermería sea única (Johnston Taylor, 2018a).

Al respecto, Jones et al. (2018) menciona que la misión de la enfermería adventista, es promover la sanación, el bienestar y la restauración de la conexión entre los seres humanos y su Creador es una característica distintiva de la enfermería adventista. En esta declaración, el aspecto clave es la restauración de esa conexión espiritual. Los datos revelaron que los valores inherentes a la enfermería adventista incluyen valores altruistas como el amor, la empatía, la compasión, la excelencia, la bondad, la esperanza, la integridad, la dedicación, el servicio y el respeto. Además, resultó gratificante observar que también se destacan conceptos como igualdad, justicia, derechos humanos y caridad, los cuales reflejan una conciencia respecto a los problemas sociales contemporáneos que los enfermeros deben reconocer y abordar.

Referente Epistemológico

Esta investigación se basa en el pensamiento filosófico sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual, considerando a filósofos tales como Leonardo Boff, Jean Watson, Calixta Roy.

Leonardo Boff

Leonardo Boff (2012) define el ser espiritual, como un despertar de la dimensión más profunda que hay en nosotros, que nos hace sensibles a la solidaridad, a la justicia para todos, a la cooperación, a la fraternidad universal, a la veneración y al amor incondicional y controlar sus contrarios. El mismo autor refiere al cuidado como una cualidad de trato amoroso, amigable, protector y armonioso de la realidad, en lo personal, lo social y ambiental. El cuidado es la

inquietud, preocupación, ansiedad, contrariedad, estrés, temor y miedo que presentan personas con las que estamos implicados cariñosamente, por ende, nos son preciosas. El cuidado es la vivencia entre la prioridad de ser cuidado con la voluntad a cuidar, instaurando de esta manera un grupo de apoyo y protección lo que hace posible esta relación.

Además, menciona que el cuidado amoroso, el cuidado preocupación y el cuidado protección y apoyo son datos existenciales de la estructura propias del ser a través del tiempo, en el espacio e historia, siendo priores a otros actos y está debajo de todo lo que empezamos. El cuidado atañe a la esencia humana, por tal motivo no se puede ser erradicado.

Su teoría se basa en cuidar del propio espíritu y del espíritu de otros, dentro de las características del ser humano espíritu, menciona que los seres humanos son seres de trascendencia, la dimensión transpersonal o trascendental significa que el hombre no puede estar restringido a su realidad propia, ya que trascendencia es estar abierto totalmente a uno mismo, a los otros, al planeta tierra, así como al infinito, se refiere a la apertura total. En cuanto a la conexión con el todo, es la capacidad significativa que va a unir el ser humano - espíritu con la persona, el hombre, se considera inmerso en él y se distingue parte de él.

También considera que otra característica singular del hombre es su potencial de amar, el amor entra como un impulso cósmico. 1 Juan 4: 8 menciona "... Dios es amor". Así también, Boof refiere que el cuidado es la realización del sentimiento de amar. Amar es entregarse incondicionalmente al otro, si no se ama se desvanece el brillo, la alegría y el significado de la vida. El ser humano-espíritu puede perdonar, esto no es olvidar la herida que todavía sangra más bien es no estar preso de ella y tampoco estar cogido a ese pasado, personar es liberarse para el mañana y para nuevas expectativas.

Además, menciona que juntamente con el perdón viene la compasión, una de las más nobles características del espíritu. La compasión es tan necesaria ante el océano de angustias en el que se sumerge la humanidad y la madre tierra, asumir el lugar del otro, no dejarte sufrir solo, ofrecerle un hombro, darle la mano, llorar con él y colocarse solidariamente junto a él en su mismo camino.

Aunado a esto presenta al ser humano como un ser capaz de una gran síntesis ya que por su naturaleza el ser humano-espíritu es relacional, le cabe a él el realizar la suma entre la tierra y el cielo y entre lo inseparable y lo trascendente, entre la exterioridad y la interioridad.

En ese mismo contexto, cuidar el espíritu es lo mismo que existir la espiritualidad, ya que el espíritu viene a ser esa actitud tan tenue que está ligada a muchos contratiempos, ya que es lo más alto del ser, que se debe cuidar celosamente y preservarlo con todo el carácter infinito que tiene.

Asimismo, la espiritualidad va mucho más allá de la religión, es cuidar del espíritu lleva a trabajar el espíritu, se necesita librar la espiritualidad de su enmarque dentro de la religión, no hay religión sino hay espiritualidad; esta surge de una recóndita práctica espiritual, mientras que puede haber espiritualidad sin religión, entonces cuidar la espiritualidad es crear una actitud de iniciación permanente ante cualquier realidad.

De esta manera, Boff (2004a) considera siete resonancias del cuidado

El autor menciona en primer lugar al amor como un fenómeno biológico, el “Amor” es una de las palabras más gastadas de nuestro lenguaje y uno de los fenómenos interpersonales más desmoralizados en nuestra sociedad. Él explora el tema del amor desde la perspectiva enriquecedora de Humberto Maturana, quien considera el amor como un fenómeno biológico. Según Maturana, el amor está inmerso en el dinamismo de la vida, manifestándose desde sus

formas más primarias, hace billones de años, hasta sus expresiones más complejas en el ámbito humano. El amor es considerado un fenómeno cósmico y biológico que, al llegar al nivel humano, se manifiesta como una poderosa fuerza de congregación, simpatía y solidaridad. A través del lenguaje amoroso, las personas se conectan y recrean el sentimiento de cariño y pertenencia a un destino común y una dirección histórica compartida. Sin el cuidado esencial, este entramado del amor no surgiría, no se preservaría, ni se expandiría, ni permitiría la asociación entre los seres. Sin cuidado, no habría el ambiente propicio para la prosperidad de lo que realmente humaniza: el sentimiento profundo, la voluntad de cooperar y la búsqueda del amor.

La segunda resonancia es “La regla de oro: la justa medida” resalta que el sentido de la medida se manifiesta en diversos campos, desde la geometría hasta la religión. No obstante, es en la ética donde la justa medida tiene una importancia central, buscando el equilibrio óptimo entre el exceso y la carencia. Además, la medida se experimenta positivamente como la capacidad de utilizar de manera moderada las potencialidades naturales, sociales y personales, para que puedan perdurar y reproducirse a lo largo del tiempo. Esto solo es posible cuando se logra un equilibrio adecuado y una justa medida. La justa medida se alcanza mediante un reconocimiento realista, una aceptación humilde y una utilización óptima de los límites, lo que proporciona sustentabilidad a todos los fenómenos y procesos, tanto en la tierra como en las colectividades y las personas.

La tercera viene a ser la ternura, que viene a ser el sentimiento esencial del cuidado, es también la sabiduría que distingue, también es afecto que pretende conocer, la enfermera se va a sentir más entera profesionalmente se conocerá a través de la ternura y del afecto, hacia su cliente y su colaborador.

Asimismo, la cuarta resonancia es la caricia, que es el resultado del cuidado, así como del afecto, es esencial, porque se convierte en esa actitud que complace la esencia del ser cuidado otorgándole la confianza, la tranquilidad, integración y la confianza en la bondad y la acogida.

Continúa con la quinta resonancia que es la cordialidad que constituye la delicadeza de espíritu, es gentileza, trato y refugio; viene a ser la conducta gerencial de la enfermera, representa el modo de ser donde el corazón logra distinguir mucho más lejos de los acontecimientos, donde ve su conexión con la totalidad, comprende significados y manifiesta valores.

Considera en sexto lugar a la convivialidad se refiere a la capacidad para convivir el rendimiento efectivo y el cuidado afectivo. En el espacio de la gerencia, el producto de los servicios realizados por enfermería viene a situarse por el sentido de la convivencialidad, pues la ética que en que se basa garantiza el cuidado de las necesidades espirituales y sociales de las personas comprometida y por ende va a fortalecer la solidaridad.

Finalmente, la séptima resonancia es la compasión, que es la capacidad de distribuir la pasión del otro y con el otro, al ejercicio de la profesión, sobre todo en el área hospitalaria, enfermería halla oportunidades de sentir la realidad de la persona cuidada siendo capaz de compartir con él, sus sufrimientos y sus alegrías.

Estas resonancias son realmente, nociones parecidas que proceden del cuidado y lo evidencian en diferentes productividades para garantizar la humanización del ser humano.

Para Boff la meditación es muy importante, dice que la espiritualidad es silencio, es aperturar lugar para escuchar otro mensaje que proviene de lo más hondo de nuestro ser, o se de la conciencia del mismo Dios, la meditación no está ligada a ninguna religión, es un proceso de

búsqueda del yo, del ser verdadero, es el encuentro con el yo interior, que generalmente ocurre en la meditación

El cuidado del espíritu y de la espiritualidad implica no colocarse obstáculos en las vivencias con otras personas con las que compartimos la vida, lleva a cultivar la bondad, a querer bien, ser solidario, tener compasión y amor; vienen a ser los valores que forman el meollo de la espiritualidad que nos conducen a lo largo de la existencia.

Además, este filósofo menciona a la comunicación con el misterio y con Dios, se refiere a cuidar el espíritu, abrirse al enigma del mundo y al enigma más grande que es Dios, no se puede reducir la espiritualidad a solo leer y pensar sobre Dios, sino que hay que sentirlo en el corazón, conversar con él, escucharlo, escuchar aquella voz que se dirige a nosotros de todas direcciones, pero especialmente del llamado de nuestra conciencia. El resultado se hace sentir pronto a través de una vida más serena y de obtener esa paz que ningún medicamento puede causar, también es vivir nuestra vida como quien está siempre sobre la palma de la mano del hacedor.

También Boff se refiere al cuidado del ambiente social, cuidar el espíritu es cuidar el ambiente social y de los otros, para que la atmósfera que los rodea sea siempre humana y no inhumana, que busca solo el placer. Habla también de una ética y eco espiritualidad, dice que estamos viviendo una fase en donde es muy necesario un cambio de modelo, valores y una nueva ética sustentada por la espiritualidad, por el cuidado; una nueva experiencia del ser, un volverse para nuestro interior, buscando la entereza en un encuentro más humano, un mundo de esperanza, un mundo de cuidado.

Jean Watson

En cuanto a la teórica Jean Watson de la teoría de los cuidados transpersonales, su trabajo se ha considerado como filosofía, diseño, ética, paradigma, punto de vista, tratado, modelo conceptual, un marco y también una teoría (León, 2017).

Watson (1999, citado en Rayle y Marriner, 2011) en su teoría del cuidado humano considera los siguientes conceptos:

La interacción Enfermera-Paciente. Menciona que el ideal moral de la enfermería es preservar, promover y conservar la dignidad humana. El cuidado humano implica valores, voluntad y un deber de cuidar, además de conocimiento, prácticas de cuidado y resultados. Se considera un proceso intersubjetivo que responde al ciclo salud-enfermedad e involucra la interacción entre la persona y su entorno. Implica conocer los procesos del cuidado enfermero, el autoconocimiento y entender tanto el poder como las limitaciones en la relación de cuidado. El cuidado se define como un proceso interpersonal, con una dimensión transpersonal, entre la enfermera y el paciente

El campo Fenomenológico. Considera que el cuidado comienza cuando el profesional de enfermería ingresa al campo fenomenológico de la persona, su marco de referencia, su realidad subjetiva compuesta por aquella totalidad que es la experiencia humana y que reconoce las condiciones del ser espíritu-alma de la misma forma en que el paciente expresa aquellos sentimientos subjetivos.

La relación de cuidado transpersonal, viene a ser la unión espiritual entre dos personas que trascienden que considera a la persona, su tiempo, el espacio e incluso su historia de vida de persona, permitiendo tanto al paciente como a la enfermera ingresar en el campo fenomenológico de la otra persona.

Para Watson (1999) el cuidado transpersonal se determina por aquel compromiso moral que posee enfermería que es el de resguardar y engrandecer la dignidad humana, como al más profundo y más alto yo. Esto es el entendimiento del cuidado enfermero entregado para la conservación y ennoblecimiento del espíritu agregado, para evitar reducir a la persona cuidada al estado de un objeto. En esta relación, representa como enfermería va mucho más allá que solo realizar una evaluación objetiva, es mostrar interés hacia la parte subjetiva y más profunda de la persona respecto a su situación de salud propia. Esta proximidad recalca la unidad entre la persona y la enfermera, la asociación entre los dos individuos, es fundamental en la relación. Entonces, la inquietud del que da el cuidado y del que lo recibe, se enlazan en una búsqueda recíproca de significado e integridad, pudiendo ser también para la trascendencia espiritual de sufrimiento (Rivera et al., 2007).

El término Transpersonal, significa ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, ya que permite lograr vínculos espirituales mucho más profundos en el desarrollo del bienestar y la curación del paciente. Entonces, el objetivo de la relación transpersonal del cuidado concierne en guardar la dignidad de las personas, protegerlos y realzar su humanidad, su integridad, así como su armonía interior.

Esta teoría concibe la reverencia hacia las maravillas y enigmas de la vida, es un reconocimiento a la dimensión espiritual de la vida, y un primordial reconocimiento por el poder íntimo de los procesos del cuidado humano para lograr producir crecimientos y cambios, destaca el hecho de auxiliar a las personas a conseguir mayor auto conocimiento, pericia para la auto curación aparte de la condición externa de salud y autocontrol.

Considera el “Momento de cuidado”, como al foco en el lugar y el tiempo en que la enfermera/cuidador y otra persona (cuidado) conviven juntos creando de esta manera creada la

ocasión para el cuidado humano, donde ambos, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la probabilidad de ingresar juntos a una transacción humana a humano.

Para ella, el campo fenomenológico viene a ser la integridad de la experiencia humana, que consiste en los sentimientos, las sensaciones corporales, los pensamientos, las creencias espirituales, sus expectativas, sus consideraciones ambientales y el significado de las percepciones de sí mismo, todas estas se basan en su vida pasada, presente y futura imaginada de sí mismo. La enfermera, que es la que brinda el cuidado, necesita también estar al tanto del conocimiento propio y su auténtica presencia, es “estar ahí” en el momento de cuidado.

El momento de cuidado, finalmente va a permitir descubrirse así mismo, estas influencias y valores resaltan en la esfera espiritual de la vida, una capacidad para el incremento y el cambio. El respeto y estima por la persona y su vida, la libertad de decidir, como la importancia de la relación interpersonal-intersubjetiva entre la enfermera y su paciente; entonces estas influencias y valores forman las bases de los diez factores del Cuidado de Watson, que se utilizan en las intervenciones narradas en el proceso del cuidado humano. Cada uno de los elementos asistenciales, detallan el proceso de la forma como el paciente logra o conserva la salud o descansa en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y forman el cimiento ideológico de la ciencia del cuidado.

Watson (1999) conceptualiza los metaparadigmas: paciente, enfermería, salud, interacción y medio ambiente:

Cliente/Paciente de Sospechoso. Considera al individuo como a una unidad de cuerpo, mente, espíritu y naturaleza, también usa los términos vida, ser humano, personalidad, persona y yo; que la persona está unida a la concepción, que el alma tiene un cuerpo, que no está preso en el tiempo y espacio. La teórica asevera: “Propongo utilizar la mente, cuerpo y alma, en una

visión del mundo saliente en evolución-conexión de todo conocida como paradigma inherente convertidor holográfico del pensamiento, que a menudo se considera dual porque utiliza las tres palabras “cuerpo, mente y alma (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2018).

Enfermería. Describe a la palabra nurse como nombre y verbo, consiste en conocimiento, ideología, valores, filosofía, responsabilidad y trabajo, con cierto grado de pasión. Las enfermeras se interesan por comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, para promover y restaurar la salud y prevenir las enfermedades. Ella demanda a las profesionales de enfermería que puedan ir más allá de los procedimientos, tareas y técnicas que utilizan en su quehacer enfermero, cimentados como el trabajo de enfermería, en oposición a la esencia de la enfermería, significando que los aspectos en la relación enfermera-paciente se trasciben en un efecto terapéutico comprendido en el proceso de cuidado transpersonal.

Salud. Inicialmente, el concepto de Watson sobre la salud procedía de la OMS, que definió la salud como el bienestar físico, mental y social, incluyendo tres elementos: alto nivel de funcionamiento global físico, mental y social, también es un grado general de ajuste sostenimiento de la función diaria, como también la ausencia de la enfermedad, así como los esfuerzos que llevan a la ausencia de la misma.

En consecuencia, conceptualizó la salud como la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma, asociándose como el grado de coherencia entre el yo apreciado y el yo ejercitado. La dolencia no es precisamente enfermedad, es más bien la discordancia subjetiva entre el yo interior o el alma de una persona en cierto grado de discordancia entre las dimensiones de la persona, la mente, cuerpo y alma, de manera consciente e inconsciente, pues si la dolencia produce la enfermedad, dolencia y salud pues vienen a ser un fenómeno que no se ve esencialmente como un continuo.

Interacción Enfermero-Paciente: Watson describe el cuidado como el proceso intersubjetivo, considerando que el cuidado y el amor forman esa energía primera y mundial que empieza en el justo cuando se inicia la relación y la interacción enfermera paciente, no difiere entre el cuidado genérico o natural y el profesional. Ella habla del binomio cuidar-sanar: entonces es la persona cuidada quien aprecia el malestar y es quien puede y quien debe revelar la dirección del proceso terapéutico. Así la comprensión, la empatía, el deseo y la intencionalidad admitirán el cuidado profesional que va mucho más allá de solo administrar medicamentos, el registro terapéutico y el manejo. Más bien se trata de la interrelación libre y buscada sujeto a sujeto que beneficia la relación que se preocupa por el sostenimiento de la dignidad humana y que a la vez puede ser que lleve a la sanación o no, lo que siempre se debe dar en estas condiciones, es el cuidado humanístico (Olivé y Isla, 2015).

Medio ambiente. Watson describe que los espacios de curación deben utilizarse para apoyar a otros a aventajar a la enfermedad, así como el dolor y el sufrimiento, y hace el refuerzo de que el entorno y la persona están siempre conectados; cuando una enfermera ingresa en la unidad del paciente, se va a crear una fuerza magnética de perspectiva, también posee una visión extensa del entorno. La ciencia del cuidado es para mantener el planeta y no es para solamente mantener la humanidad. También es para pertenecer a un mundo espiritual perdurable de la naturaleza y de todas las cosas vivas; viene a ser el nexa primordial entre la humanidad y la vida propia, dentro del tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades.

De acuerdo a esto, De Lourdes (2016) menciona que desde esta perspectiva se resaltan algunas nociones teóricas de cuidado transpersonal de Watson, las cuales nos deja aportaciones muy valiosas a nuestra disciplina:

Cada toque y cada elección que se realiza lleva energía espiritual a la vida propia y a las de otros, la propia conciencia, como la intencionalidad y presencia hace la diferencia para bien o para mal. Mientras que la calma como la reflexión en el momento de cuidado, crean también calma y reflexión, así el cuidado y el amor generan lo mismo; el cuidado y los hechos de compasión y de amor conciben sanidad del propio ser y del otro. El cuidado transpersonal se torna transformador liberando para vivir y practicar el amor y el cuidado en nuestra vida.

Al ingresar a este espacio nuevo de amor se consideran las siguientes prácticas:

Suspender el rol y estatus: se debe enaltecer a las personas, sus talentos, propiedades, y contribución como algo fundamental del todo, hablando y escuchando, sin juzgar, trabajar del centrándose en el corazón; también trabajar hacia un significado compartido, valores comunes. Además, es oír con compasión y con corazón abierto sin obstáculos: oír la historia del otro es un regalo sanador del corazón.

Apasionarse a estar quieto, centrándose en el ser, mientras se va dando la bienvenida al silencio para reflexionar, contemplar la claridad. Reconociendo que la experiencia del cuidado amoroso transpersonal se extiende y vincula al humano con el humano, al espíritu con el espíritu, en donde la vida y trabajo ya no estarán fragmentados. Honrando la realidad de la que se forma parte en el viaje de cada uno: cada uno está en un viaje a la sanación y cuando se trabaja para sanarse a uno mismos, se contribuye a que se sane el todo.

Factores del cuidado. Según Raile y Marriner (2011) menciona que, Jean Watson, respecto a la práctica de la enfermería se aposenta en diez factores de cuidados que ayudan a las personas en sus reacciones y respuestas frente a una situación o problema de salud. Estos factores curativos de la ciencia del cuidado, son:

La formación de un sistema de valores humano altruista: que se define como la complacencia a través de la dádiva y el incremento del sentido del yo.

Infundir fe-esperanza: a través de este elemento se provee el fomento de un apoyo de enfermería integral, potenciando la salud de los pacientes, también puntualiza la función de la enfermera en el progreso de las interrelaciones eficaces con el paciente, así como en la promoción del bienestar socorriendo al paciente para que adopte conductas de búsqueda de la salud.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás: La identidad de los sentimientos lleva a actualizarse uno mismo mediante la autoaceptación del profesional de enfermería y del paciente. Asimismo, las enfermeras, cuando reconocen sus sentimientos y su sensibilidad se tornan más legítimas, genuinas y compasivos con los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda y confianza: La relación de confianza suscita y admite la expresión de sentimientos positivos y negativos. Además, implica tener afecto no posesivo, coherencia, empatía y comunicación eficaz. La coherencia lleva a ser honesto, real, genuino e incluso genuino.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos: el profesional de enfermería debe estar capacitada para emociones positivas y negativas, reconocer que el conocimiento intelectual y emocional de una situación son diferentes.

Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones: Usando el proceso enfermero, lleva un planeamiento científico para resolver los problemas en los cuidados de enfermería, aclarando la imagen que se tenía de las enfermeras como “Sirvientes de los médicos”. Hablar del PAE es igual a investigación, ya que es metódico y constituido.

Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal: Este viene a ser un concepto significativo de enfermería, puesto que aparta la asistencia de la curación, pues permite comunicar al paciente y dirigir hacia éste el compromiso con su salud y su bienestar. La profesional de enfermería proporciona este proceso con técnicas de enseñanza-aprendizaje, delineadas para asentar que el paciente logre su autocuidado, establezca sus necesidades personales y alcance la capacidad de crecer personalmente

Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual: Enfermería debe conocer ese efecto que tienen los factores tanto internos como externos en la salud y la enfermedad de las personas. El bienestar tanto mental como espiritual y los planteamientos socioculturales son nociones significativas para el entorno interior de la persona. Además, de las epidemiales, los indicadores externos también incluyen al confort, la seguridad, la intimidad y los ambientes límpidos y atractivos.

Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. Enfermería debe reconocer aquellas necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales, así como las interpersonales de ella y del paciente. Así los pacientes deben primero satisfacer sus necesidades más inferiores para luego tratar de satisfacer sus necesidades superiores, entonces se diría que la alimentación, la eliminación y la ventilación son necesidades biofísicas de orden inferior, pero la actividad e inactividad y la sexualidad son consideradas necesidades psicofísicas de orden inferior; mientras

que la autorrealización y las relaciones interpersonales también son necesidades psicosociales de orden superior.

Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas: Describe los hechos de la situación inmediata que van a conllevar a vislumbrar los fenómenos, la psicología existencial es la ciencia de la existencia humana que usa este tipo de análisis. Refiere que este elemento es difícil de concebir ya que se agrega para proveer esa experiencia que motiva el pensamiento que conduce al mayor conocimiento de uno mismo como de los demás.

Calixta Roy

Respecto a la espiritualidad basada en el Modelo de Adaptación de Calixta Roy, ella menciona que, en el mundo complejo y acelerado de hoy, la necesidad de espiritualidad es mayor que nunca. Este modelo de Roy (RAM) proporciona una base sólida para la espiritualidad, ya que nos permite mirar más allá del mundo material para tener una experiencia central de buscar un poder superior. Esta búsqueda está relacionada con la esencia del individuo y su relación con los demás, a través de la espiritualidad, se busca satisfacer, significado y propósito en la vida. Dicho modelo refleja la espiritualidad enraizada en la presunción filosófica de veracidad que ve la verdad en un creador con principios de unidad, diversidad y autoexpresión reflejada en toda la creación, la tierra y en las personas. Esta última tienen una necesidad básica de espiritualidad. Según el modelo, la espiritualidad es un factor o estímulo influyente para todo comportamiento adaptativo. La espiritualidad es también una estrategia para hacer frente y adaptarse. Las experiencias espirituales humanas comunes son maravillosas, asombrosas y de gratitud por la vida, junto con el reconocimiento de lo humano dependencia, finitud e interdependencia (Roy, 2018).

Las estrategias para la espiritualidad, en la práctica, incluye la comprensión. y valora la unidad, la diversidad y la autoexpresión, se basa en la comprensión de la espiritualidad de la tierra, las enfermeras usan el conocimiento, los valores y el compromiso de crear estructuras justas, luchar por una distribución equitativa de los recursos de la tierra y para promover la integración de personas con su entorno. En el modo de autoconcepto adaptativo, el ser personal incluye el ser moral-ético-espiritual, este aspecto de uno mismo abarca un sistema de creencias y una evaluación de quién es en relación con el universo. La persona se pregunta: "¿Por qué estoy aquí?" o, basado en un sistema de creencias particular, "¿Por qué Dios me hizo?" La característica de esta parte del yo personal incluye cómo se ve el yo en relación con las propias creencias éticas y sagradas y sistema de valores. Los procesos de autoconcepto se suman a la consistencia, la unidad y la organización del yo sobre el tiempo. El proceso de enfocarse en uno mismo es particularmente relevante para la espiritualidad, implica estar en contacto con uno mismo de una manera que emerge esperanza, energía, continuidad, significado, propósito y orgullo. Mediante este proceso, hay una conciencia de quién es y el lugar de uno como individuo entre otras personas en la sociedad. Se mueve el yo más allá del individualismo para percibirse a sí mismo como parte de los patrones comunes y las relaciones integrales de las personas y la tierra, e incluye la identidad de uno mismo dentro de los grupos.

Con la visión del modelo de Roy de la espiritualidad basada en la veracidad y la moral-ético-espiritual, pueden derivar enfoques para enfermería práctica, enfermería siempre transmitirá un profundo respeto por los demás demostrando empatía, humanidad, dependencia de Dios y el compromiso con la fe, cree en otro yo espiritual; no juzgar sobre cómo se expresa ese yo; y crea una relación de confianza. Algunas estrategias específicas para los individuos y las familias incluirán escucha activa; ayudar a que encuentre formas de conectarse con Dios, si lo

desea; prácticas religiosas; leer las Escrituras, según sea relevante; es un facilitador espiritual proteger los artículos religiosos del paciente; y refiriéndose a expertos en cuidado espiritual, según lo deseado.

Referente Conceptual

Percepción

La percepción se define como la capacidad de la persona para tener información sobre su ambiente desde los efectos que los estímulos producen en los sistemas sensoriales, permitiendo interactuar de manera adecuada con su ambiente. Es por ello que la percepción puede entenderse como un procesamiento de información: una serie de operaciones que transforman un elemento de entrada y otro de salida distinta sobre el entorno (Caycho et al., 2018).

Además, Camargo y Taipe (2017) menciona que la percepción es la forma como el cerebro interpreta los estímulos sensoriales que recoge mediante los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad del entorno. También, incluye a los procesos mentales a través del que la persona escoge, constituye e interpreta la información que proviene de los estímulos, pensamientos y también los sentimientos, a partir de su experiencia previa, de forma razonable o significativa.

Cuidado de Enfermería

Al respecto, el cuidado, es la piedra angular de la profesión de enfermería, tiene una excelente dinámica exegética, producida por el progreso de las relaciones terapéuticas profundas y armonía entre aquellos seres humanos que conllevan experiencias de vida, en el cuidado existe una interrelación mutua o compartida, es el cuidado de dos personas a la vez, en las que se reflejan un momento de interacción, una historia, un contexto, una huella familiar y un repertorio de experiencias (Veloza y Pérez, 2009).

El diccionario de la Real Academia Española refiere que el cuidado como atención, esmero, diligencia, solicitud y dedicación para hacer las cosas bien y todo a la perfección. Acción y resultado de cuidar o de cuidarse en resguardar, proteger o conservar una cosa o a alguien.

Etimológicamente este vocablo está compuesto del verbo activo transitivo “cuidar” y del sufijo “ado” que significa acción y resultado de, también procede del latín “cogitatus” que significa pensamiento.

Además, Vera y Cássia (2008) menciona que, el cuidado es una forma de relacionarse con el otro en su totalidad, ayudando al individuo en sus dimensiones físicas, morales, espirituales y con culturas diferentes, es además un resultado de deliberaciones y acciones de cuidar favoreciendo el crecimiento a través de actitudes morales. El cuidado humanizado es el objeto de estudio de la profesión de enfermería, está constituido por esas labores transpersonales e intersubjetivas con el propósito de optimizar, resguardar y salvaguardar la vida, ayudando a la persona a hallar un significado a su enfermedad, angustia, dolor y coexistencia y socorrer a otros a lograr el auto control, el auto conocimiento y la auto curación. El cuidado incluye, aparte de actividades técnicas y procedimientos, tareas y conductas que ayudan no solo para “estar con”, sino que también “ser con”. Se cree que los procedimientos, intervenciones y técnicas cumplidas con los pacientes, se describen como cuidados, en los momentos cuando los cuidados son manifestados a través del respeto, deferencia, gentileza, esmero, afecto, apoyo, interés y compasión. El cuidar viene a ser ese proceso interactivo que solo se crea en la interrelación con el otro, entonces, la forma de ser del cuidado, implica esa relación no solamente del sujeto-objeto, sino también del sujeto-sujeto, dicho esto el contexto del proceso de cuidado, se caracteriza por ser una relación de tipo profesional.

El amor, es la expresión más alta del cuidado enfermero, en relación a ello, Colliere (1993 citado por May y Hernández , 2015) refiere que cuidar es un acto de vida, cuidar representa una infinita variedad de intervenciones direccionadas a conservar y mantener la vida y consentir que esta continúe y se reproduzca. Además, señala que, es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero también es un acto de conexión que se va a dar a otra persona que puede requerir ayuda ya sea temporal o definitivo, para asumir sus necesidades vitales.

Al respecto, Torralba (1998) plantea siete tesis esenciales del cuidar como se expone a continuación:

- ✓ Cuidar es velar por la autonomía del otro, al ejercer el cuidado hay que permitirle al paciente expresarse y participar e ellos independiente de la opinión del cuidador.
- ✓ Cuidar es velar por las circunstancias del otro, se refiere no solo al conjunto de factores sociales y económicos, sino también al ambiente espiritual, así como los valores, las creencias e inclusive los ideales que permanecen en un definitivo contexto y que intervienen en el proceso de realización del paciente.
- ✓ Cuidar es resolver el conjunto de necesidades del otro, no solo aliviar las necesidades de orden físico sino psicológico, social y espiritual.
- ✓ Cuidar es preocuparse y ocuparse del otro, es posible si uno se imagina qué puede pasar en el futuro. Qué necesidades se pueden manifestar.
- ✓ Cuidar es preservar la identidad del otro, es respetar y promover los derechos de un ser singular de su identidad.
- ✓ Cuidar exige autocuidado, solo se puede cuidar de otra persona si quien cuida se siente adecuadamente cuidado, cuidar es dar apoyo, acompañar, dar protagonismo al

otro, transmitir consuelo, serenidad y paz todo esto es posible solo si el que cuida goza de una cierta tranquilidad espiritual.

- ✓ Cuidar se fundamenta en la vulnerabilidad, por eso nuestra capacidad de cuidar no es ilimitada, tiene límites que debemos conocer.

Entonces el cuidado, más que buenas intenciones, es entrega, postergación y servicio, requiere una preparación cognoscitiva y personal debe ser cultivado por profesionales. Es una unión potente del mismo “yo” y el otro, es fortalecerse, aprender del otro, respetando su cultura, sus creencia, su entorno. Asimismo, para entregar cuidados profesionales se debe en relación a la ética y moral del ejercicio profesional, poseer profundos conocimientos teóricos, sociales, antropológicos, éticos, morales, morales y disciplinares, entre otros (Grupo de cuidado, 2012).

De igual modo, para Waldow (2014a), el cuidado se establece como un modo de vida, de ser y de expresarse, también es una actitud ética y estética ante al mundo, es una responsabilidad de vivir en el cosmos y apoyar con el bienestar general, con la conservación de la naturaleza, el fomento de las potenciación del ser, de la dignidad humana y la espiritualidad (Alvarado et al., 2018).

Al mismo tiempo, Waldow (2014b) el cuidado es considerado como una práctica divina, como una actividad más elevada, o sea, la medida elevada de lo humano. Es por el cuidado que el ser es humano, afirmación que resurge con Heidegger. Por otro lado, el cuidado es referido como no rutinario y si es rutinario, no es cuidado. Implica experiencia e incluye al cuidado de uno mismo y de los demás seres. El cuidado del otro declara interceder por aquel de quien nos preocupamos; el cuidado ennoblece a aquel a quien involucra.

El cuidado en su encuentro mucho más amplio, que radica en una forma de ser y estar con otros, tiene particularidades existenciales y contextuales el modo de ser y estar con, de tal

manera que el cuidado se concibe en dos dimensiones que son la fenomenológica y la holística, por lo tanto, comprender el significado que la persona le otorga a sus vivencias en interacción con enfermería, que es quién la promueve para hallar su ser ahí, o en su caso provee cuidados ya sea de información, para mantener la salud así como de curación como un incentivo para lograr el cuidado de sí mismo, de igual manera, amplía el deseo de vivir, la autoridad de descubrir el mundo, comprenderlo y centrarse en él, en efecto, viene a ser un acto de vida que se desenvuelve en el contexto del ser humano.

Entonces, el cuidar se ha convertido en la clave para comprender, explicar e descifrar los cambios que han sucedido en el desarrollo de la humanidad y entender la relación que las personas mantienen con su entorno, es así que el término cuidado ha sido objeto de reflexión por varios filósofos desde el siglo pasado; por citar algunos: Heidegger afirma que el cuidado es circunstancial a la existencia humana, utiliza el término *surge* para significar cuidado, inquietud, preocupación por sí mismo e interés intelectual; del mismo modo Foucault refiere que cuidar de sí es conocerse, formarse, superarse así como cuidar a los demás. Mayeroff alude que el cuidado es consustancial al ser humano, permite el desarrollo mutuo ya sea del cuidador como del cuidado y por último, Boff argumenta que el cuidado es una actitud de amor hacia uno mismo y hacia los otros, instituye esa relación de cuidado amoroso, cuidado preocupación, cuidado protección y cuidado prevención (Rodríguez, 2014).

Cuidado Espiritual en el Contexto del Cuidado Integral de la Persona.

En lugar de reducir al paciente a un proceso de enfermedad, un enfoque de cuidado a la persona en su totalidad intenta comprender a los pacientes con sus propias historias, y complejidades en sus dimensiones físicas, emocionales, relacionales y espirituales. El fundamento espiritual es visto como una dimensión integradora de todas las demás dimensiones

del ser. Basándose en cuatro décadas de atención de pacientes con HIV/AIDS, el doctor Elder ha reflexionado de manera extensiva sobre los enfoques prácticos y bíblicos que implica enseñar técnicas de asistencia espiritual a los profesionales cristianos de Salud.¹⁹ Él recomienda que los educadores sean ejemplos y motiven a los estudiantes a seguir una serie de pasos en su práctica. Esto incluye (1) pedir al Espíritu Santo que les dé la pasión, amor e interés genuino por el cuidado de sus pacientes (2) permanecer comprometido en escuchar lo que el paciente y el Espíritu Santo dicen y (3) invitar a los pacientes a contar sus historias y estar atentos a escuchar la “angustia de su clamor” o el dolor asociado a sus experiencias. Después de que un paciente ha compartido su historia, él aconseja a los profesionales de salud que les hagan preguntas que inviten a un diálogo espiritual (Mamier et al., 2017).

Es una forma de atención multidisciplinaria e integrada, que se aplica también a los miembros de la familia, comunidad y no solo a los pacientes, es también acompañar, cuidar en sentido holístico, que viene considerar a las personas en todas sus esferas, física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. Acompañar de forma integral, involucra promover la salud relacional, en la dimensión social, acompañar holísticamente significa intentar crear salud espiritual. Para intervenir de forma holística se requiere la recuperación de la visión integral, hay que ir en contra de la mentalidad contemporánea, que va hacia la fragmentación y la super especialización (Alarcón Rivas, 2012).

La enfermera (o) es responsable de proporcionar cuidado integral al paciente, debe cuidar no solo la esfera física sino también la emocional, las respuestas humanas o un empeoramiento en su situación de salud o en escenarios de final de la vida. Debe cuidar también la esfera social, o de soporte afectivo y del entorno del paciente englobando a la familia y al entorno, facilitando la presencia de la familia, implicándola en el cuidado del paciente, como elemento de seguridad,

ya que es esta en muchos casos la que aporta información relevante sobre la situación previa del paciente y como elemento de sostenibilidad, ya que nuestra sociedad está repleta de cuidadores informales que día a día asisten y por tanto cuidan al paciente en sus casas, incluyendo el cuidado espiritual, los valores de la persona, lo que ha adquirido a través de la vida, así como lo que han hecho posible su proyecto vital (Bocanegra et al., 2013).

Mientras que Waldow (2014c) afirma que en el ámbito profesional, al pensar al ser de una manera integral, en la perspectiva del cuidado, las relaciones se modifican; la actitud profesional va más allá del conocimiento técnico. Esto significa percibir el otro como igual en su totalidad y singularidad, y esto incluye la subjetividad, que es la forma como las personas ven a la realidad e interactúan con ella, caracterizando el cuidado como una relación.

Cuando se habla de cuidado integral, se considera a un cuidado humanizado, para Waldow y Figueiró (2008a), el momento de cuidar es considerado de tipo transformador, en el cual ambos, tanto el ser cuidado y la cuidadora crecen. Ya que el ser cuidado presentara una actitud más objetiva y sosegada frente a su enfermedad, imposibilidad e incluso la muerte, resultado de una quieta y amistosa interrelación de confianza entre sus cuidadores. Es fundamental que, en el momento del cuidado, se cree un ambiente de confianza del ser cuidado, hacia la enfermería y con todos los demás cuidadores. El ser que recibe el cuidado se va a sentir más seguro y tranquilo y mostrará bienestar y comodidad. Entonces los que cuidan se sentirán realizados, poseerán sentimientos de gratificación y tendrán más conocimientos, en lo profesional como en lo personal, ya que cada nuevo encuentro será enriquecedor para ambos en esta relación. El rol del cuidador es esencial para disminuir la fragilidad y para conservar la autonomía y la dignidad del ser cuidado, asimismo, el enfermero es el encargado de obtener un ambiente de cuidado, que comprende acciones que mueven los recursos humanos en su más alta

posibilidad de relacionarse, como recursos materiales. La dimensión humana favorecida por el cuidado tiene carácter transformacional, de integración con el mundo, con el ambiente y con las personas (Vera y Cássia et al., 2008).

Humanizar significa “hacer humano, dar condiciones humanas, humanizar”, también se define como “tornar benévolo, afable, tratable” y aún “hacer adquirir hábitos sociales pulidos, civilizar”. Ya el humano, viene de naturaleza humana, significando también “bondadoso, humanitario”. Humanizar es afirmar lo humano en la acción y eso significa cuidado porque solo el ser humano es capaz de cuidar en la definición integral. Es decir, de forma natural y al mismo tiempo, consciente, conjugando de esta forma a los componentes racionales y sensibles. Por lo tanto, el cuidar es un acto humano, es a través del cuidado, que el ser se humaniza. Cuando se habla de atención humanizada se piensa en un proceso para promover que la persona vulnerable enfrente de forma positiva los desafíos vividos en su condición de enfermo y de la hospitalización (Waldow, 2014).

Asegura que la sensibilidad, la solidaridad y la compasión están asociadas tanto al cuidado en cuanto a la humanización, así como a la preocupación y el respeto por el otro, que es un ser vulnerable, articulándose de dos maneras: el cuidado competente y el cuidado personal. Por consiguiente, se deduce que ambos, competencia y sensibilidad, deben caminar juntos. Una vez más, se constata la proximidad de los dos conceptos, cuidado y humanización, destacando lo ya dicho sobre la calidad de ser el cuidado lo que humaniza al ser.

Según Watson (2013), el trabajo de enfermería está ajustada en relación a los cuidados transpersonales, enfermería es un arte, ya que cuando distingue y percibe los sentimientos del otro, será capaz de descubrir y concebir los sentimientos, será capaz de formularlos de modo parecido a lo que la otra persona experimenta. También, define enfermería como la ciencia

humana y el arte que estudia la experiencia salud-enfermedad a través de una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Sus metas se asocian con el crecimiento espiritual de las personas, lo que nace de la interacción, así como de la indagación del significado de las experiencias de cada persona, de descubrir el poder interno, la trascendencia y la auto curación.

Cuando hablamos del cuidado transpersonal se refiere a una unión espiritual entre dos personas que trascienden tanto a nivel de persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno y que permite tanto al cuidador como al ser cuidado entrar en el campo fenomenológico del otro. Al respecto Watson el considera al cuidado transpersonal de la siguiente manera:

Es la responsabilidad moral de la profesional de enfermería de resguardar y enaltecer la dignidad humana y al más profundo y más alto yo.

El conocimiento del cuidado de enfermería transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado. Por consiguiente, esto debe evitar de reducir a la persona al estado moral de objeto.

Asimismo, la teoría hace énfasis en el Momento de Cuidado ya que una ocasión de cuidado es el momento en el que la profesional de enfermería y la persona cuidada conviven juntas de tal manera que el momento el cuidado humano es creado, donde ambas personas, con sus únicos campos fenomenológicos, tienen la posibilidad de entrar juntos a una transacción humana-humano. Cuando Watson habla del campo fenomenal se refiere al marco de la persona en la totalidad de su experiencia humana, que consiste en las emociones corporales, sus pensamientos, los sentimientos, sus creencias espirituales, sus expectativas, así como sus consideraciones ambientales y el sentido o significado de sus propias percepciones, las mismas que están basadas en su historia, pasada, presente y futuras. Además, dice que la enfermera que

es la que da el cuidado también precisa estar al tanto de su propio conocimiento y de la auténtica presencia de estar presente en el momento del cuidado con su paciente.

Al respecto, Coto et al. (2016) mencionan que, ante la deshumanización en el cuidado, es necesario resaltar el aspecto humano, espiritual y transpersonal. Se basa en que el cuidado debe ser eficaz. El cuidado es un factor que resulta de satisfacer las necesidades humanas, promueve la salud y el crecimiento personal y de la familiar. También las respuestas del cuidado son cuando se ve a la persona como puede llegar a ser y no solo como es. El entorno del cuidado ofrece el desarrollo del potencial y permite elegir la acción de un momento determinado. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico a la conducta humana para crear o suscitar la salud y brindar los cuidados y la práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Según Rodríguez-Jiménez et al. (2014), Mayeroff asevera que los valores están sumergidos en el proceso de cuidar y crecer, cuando se va a cuida a otros, se desarrolla, el que cuida se autodetermina, cuando seleccionr los valores que van a cimientar su experiencia. La característica primordial del cuidado viene a ser el origen de la vida, la dignidad que lo lleva al respeto y a buscar el bienestar, por esto el cuidado humano es ayudar a la otra persona a crecer, independiente de quien fuera. Para Mayeroff, el cuidado significa tener compasión, empatía, aprecio, conocerse a si mismo y a otros, significa también ser capaz de sentir desde dentro, lo que la otra persona siente, y establecer qué solicita para desarrollarse. La eficacia moral del cuidado es la ética del compromiso, destaca que los valores se revelan en el cuidado y se articulan a través de las respuestas humanas del serhumano.

Por lo tanto, Mayeroff menciona que el cuidado se caracteriza porque:

- ✓ Conoce. Conocer representa comprender las necesidades del otro, así como ser capaz de cuidar de forma adecuada, es saber sus capacidades así como sus fortalezas para

expresar como la persona espera y este conocimiento puede ser tanto explícito como implícito.

- ✓ Alterna ritmos. Esto implica instituir esos movimientos de ida y vuelta en los momentos de cuidado, es concentrarse en los detalles algunas veces mientras que otras veces en el panorama más extenso de la persona. Del mismo modo, también es efectuar acciones o también no hacer nada y observar de forma permanente los ejercicios y omisiones para poder retroalimentarlas.
- ✓ Es paciente. Permite que el otro progrese a su propio ritmo, en su propio camino y en su propio tiempo.
- ✓ Es honesto. Tiene apertura a uno mismo, así como para los demás y percibirlos tal como realmente son y como soy yo mismo, en el cuidado se debe ser aténtico.
- ✓ Inspira confianza. Es consentir que el otro progrese en su propio tiempo, a su manera para mejorar, aunque esto implica un peligro y un brinco a lo desconocido, simboliza creer en el otro en donde ambos puedan crecer.
- ✓ Es humilde. Reconoce que siempre hay algo que aprender, incluyendo el aprendizaje de la persona y de sus propios errores, también representa destacar presuntuosas actitudes.
- ✓ Da esperanza, fundamentado en las posibilidades presentes y realistas, evitando confundirlos con una ilusión, si la esperanza no está presente corroe todo sentido de dignidad.
- ✓ Vaklor. Este aspecto es fundamental, pues se considera al cuidado como a un viaje hacia lo desconocido en la relación humana.

Espiritualidad

Al respecto, Potter et al. (2014a) señalan que, la palabra espiritualidad deriva de la palabra latina *espíritus*, que se refiere a la respiración o el viento, el espíritu da vida a una persona, significa lo que pasa en el centro de todos los aspectos de la persona. Sánchez (2004a) corrobora lo descrito por las autoras anteriores al mencionar que la palabra espiritual comparte la misma raíz que respirar, inspirar, expirar, lo cual puede significar una esencia fundamental, una necesidad que energiza y guía la acción y el pensamiento, el término espíritu, ha sido comprendido como el principio vital, el alma, el aliento del viento, la esencia, la cualidad suprema, aquello que da significado verdadero. Comprender esto requiere un análisis diferente del que tenemos por costumbre los profesionales de la salud, quienes, además, en una gran mayoría, afirmamos que en lo espiritual está lo más importante, pero en la práctica actuamos de forma contradictoria a diario buscamos, valoramos y somos valorados por aspectos materiales y contextuales.

De manera que, Winterkorn y Oliveira (2008) mencionan que la espiritualidad es la conciencia del yo interior así como de estar propenso a edificar significados a través de sensaciones de estar unidos a dimensiones que repercuten al ego y pueden ser ejercitadas en niveles tanto intrapersonales, como interpersonal y transpersonal, al cuidar de otros, te lleva al autoconocimiento, al descuidarse a sí mismo, lo puede llevar a descuidarse de los otros. Entonces es necesario estar consiente de uno mismo para escrutar en la espiritualidad aquel equilibrio para la vida, pudiendo ser hasta en el trabajo. Asimismo, se comprende que cuidar de uno mismo es fundamental, para sentirse bien en el ambiente de trabajo, para cuidar bien de los otros. Buscando armonizar produce más serenidad para el cuidador. Así la necesidad de conocer de sí

misma y descubrirse como un ser que necesita de cuidado, está de acuerdo con la comprensión de que la espiritualidad es auto conocimiento.

Del mismo modo, Boff (2004b) menciona que trascender trae un nuevo significado a la vida y que impulsa para logra niveles más altos de proyección positiva, la trascendencia es la transformación y expansión de sí mismo. El ser humano está formado por algo que trasciende a los sentidos, a las dimensiones físicas, del espacio y del tiempo y no es sólo cuerpo material.

Es aquella esfera del ser fundamental y trascendental que está formada por creencias y valores que incluye la religión, pero que no es igual a ella; viene a ser un conocimiento más extenso, es la dimensión única del ser humano, caracterizándose por esa relación con el yo, el otro, la naturaleza y la vida. La religión, la fe y la espiritualidad son nociones aisladas, pueden estar unidos por los conceptos de la trascendencia del ser; sin embargo, son utilizados sin discriminación, estableciendo confusión en su naturaleza. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida, busca respuestas a aquello que no se puede explicar con la razón y con el conocimiento, en determinados instantes y contextos de la vida alcanza una mayor significado, como en esas situaciones cuando se enfrentan la enfermedad y la muerte (Uribe y Lagoueyte, 2014a).

A menudo la espiritualidad se define como una conciencia del propio yo interno y un sentido de conexión con un ser superior, un estado natural o un propósito mayor que uno mismo; la espiritualidad es importante para ayudar a las personas a alcanzar el equilibrio necesario para mantener la salud y el bienestar y para afrontar la enfermedad. Conceptualizar la espiritualidad es muy complejo pues es único para cada persona, ya que va a depender de la cultura, del desarrollo, de las experiencias vitales, de las creencias y de las ideas para la vida. Considerando que la espiritualidad es una característica humana inherente y que existe en todas las personas,

sin importar sus creencias religiosas, ya que da a la persona la energía necesaria para descubrirse a sí misma, afrontar situaciones difíciles y mantener la salud (Potter et al. , 2014b).

Para Berman et al. (2013a) Espiritualidad es aquella parte del hombre que indaga el significado a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal (Reed, 1992). La espiritualidad generalmente supone la creencia en una relación con algún poder superior, una fuerza creadora, un ser divino o una fuente infinita de energía. Por ejemplo, una persona puede creer en “Dios”, “Alá”, el “Gran Espíritu” o un “Poder Superior”.

La espiritualidad incluye los siguientes aspectos, según Martsolf y Mickley (1998):

- ✓ Significado (tener un objetivo, dar sentido a la vida).
- ✓ Valor (tener creencias y normas apreciadas).
- ✓ Trascendencia (apreciar una dimensión que está más allá del propio ser).
- ✓ Conexión (relación con los otros, la naturaleza).
- ✓ Adquisición de una identidad (que incluye reflexionar, permitir que la vida se despliegue y saber quién es uno).

Reig-Ferrer et al. (2016) señala que para Watson la espiritualidad es el atributo fundamental del ser humano que pauta su estado físico y mental; deriva del latín espíritu, que significa aliento, aire, viento. Así también, presenta otra definición de espiritualidad planteada por Domberck en la que dice que el espíritu es lo que anima o da vida a una persona.

De la misma manera, Reed define la espiritualidad como aquella parte del hombre que busca el significado y la intención mediante la conexión interpersonal, transpersonal y agrega que se debe dar otra visión incluyendo la espiritualidad a la práctica del cuidado de enfermería (Reed, 2008, citado por Cabarcas et al., 2014).

Mientras que, ninguna definición de la espiritualidad captura la esencia completa del concepto, cada descripción es como una indicación de trayectoria a nuestra atención para entenderla durante el proceso del cuidado. En estos tiempos el gran desafío es integrar la espiritualidad y el cuidado espiritual en los currículos de estudio como en la práctica de la profesión, a través de la comprensión de su concepto, que viene a ser percibida como algo mucho más extenso que religión, aclarando que no debe ser excluida. La espiritualidad es percibida como un encuentro de autoconocimiento del ser con su esfera más creyente y sublime la espiritual, que viabiliza la conexión consigo mismo y con los demás, alcanzando recursos excepcionales que influirán en la vida humana y en su relación con el todo. Esto viene a ser la esencia, el centro del ser que incluye todos los aspectos de vida de manera unificadora (Winterkorn y Oliveira, 2008).

Al respecto Sánchez (2004b) considera la espiritualidad como un concepto comportamental que tiene por tanto dimensiones verticales y horizontales y se vivencia como un impulso unificador interno, que da significado. La dimensión vertical, tiene que ver con su relación con un ser o fuerza superior que es Dios y la dimensión horizontal es la relación con uno mismo, con los otros y con el entorno. Lo que corrobora lo que dicen los autores, que si la enfermera no desarrolla su propia espiritualidad con ese ser superior mucho menos va a lograr brindar un cuidado adecuado sobre todo en la dimensión espiritual.

La espiritualidad constituye el progreso de la dimensión espiritual del ser vivo, dejando claro que el hombre se organiza de una naturaleza material y otra espiritual que, aunque están unidas, tienen actividades que se desarrollan de un modo más específico una de la otra.

La espiritualidad es utilizada como sinónimo de religión, pero esta, posee un significado más amplio, ya que agrupa ideas filosóficas de la vida, de su significado, así como su propósito;

lo espiritual no es privilegio solo de los religiosos, sino que es una dimensión de todo ser humano.

La espiritualidad es variable. Las personas la experimentarán de forma diferente en diferentes momentos, es un elemento privado y personal que puede incluir desde un servicio religioso hasta un atardecer. Quizá por ello, la mayor parte de la gente no puede describir su espiritualidad de forma adecuada. A este respecto, Freud señaló que el alma como elemento espiritual está oculta, es inasequible, y es altamente influenciable, es lo que nos hace humanos. Debido a ella, la persona es llevada hacia adelante, algunas veces debido al dolor, algunas veces a pesar de él.

Es definida también como aquella fuerza dinámica que ayuda a la persona a crecer, permitiéndole cambiar de forma continua, comprendida en un proceso emergente, de volverse y hacer su ser trascendente, es a través de este proceso que la vida se embebe de significado y de un sentido de propósito para existir. Etimológicamente la palabra espiritual comparte la misma raíz que respirar, inspirar, expirar, lo cual puede significar una esencia fundamental, una necesidad que energiza y guía la acción y el pensamiento. El término espíritu, ha sido comprendido como el principio vital, el alma, el aliento del viento, la esencia, la cualidad suprema, aquello que da significado verdadero (Sánchez, 2004c).

Bienestar Espiritual

La salud espiritual o bienestar espiritual se manifiesta por una sensación de estar vivo en general, resuelto y satisfecho, es una forma de vida, que observa y vive la vida como agradable y con un objetivo, que busca opciones para el mantenimiento y el enriquecimiento de la vida, que se puede elegir libremente en cualquier situación, y que se enraíza profundamente en valores espirituales y/o creencias religiosas específicas (Berman et al., 2013b). Además, para Potter et al.

(2014c) el bienestar espiritual tiene dos dimensiones: La dimensión vertical que apoya la relación trascendente entre la persona y Dios o algún otro poder superior. Y la dimensión horizontal que describen las relaciones positivas y las conexiones que las personas tienen con los demás. El bienestar espiritual tiene un efecto positivo para la salud, los que experimentan bienestar espiritual se sienten conectados con los demás y pueden encontrar significado o propósito en sus vidas; el bienestar espiritual conduce a la salud espiritual. Las personas que son espiritualmente saludables experimentan alegría, son capaces de personarse a sí mismos y a los demás, aceptan la adversidad y la muerte, expresan una mejor calidad de vida y tienen un sentido positivo del bienestar físico y emocional.

Cuidado Espiritual

El cuidado espiritual es hacer los arreglos para satisfacer las necesidades espirituales de la persona cuidada, incluye ayudar a la gente a identificar y desenvolver su representación espiritual y su conciencia personal de espiritualidad y de sus componentes, así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales. Propiciar a través de una relación de cuidado la satisfacción de las necesidades espirituales (Sanchez, 2004).

Al respecto, Angelo et al. (2010a) mencionan que dar cuidado espiritual es propiciar a través de una relación del cuidado la satisfacción de las necesidades espirituales. Es ayudar a las personas a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad.

Igualmente, mencionan que dar cuidado espiritual es encontrar significado y propósito, se refiere a la tarea humana más grande, cada ser humano requiere cuidado espiritual que le permita crecer como persona que satisface sus necesidades espirituales. La religión puede ser un

medio o una forma de vida que apoye el cumplimiento de dichas necesidades (Angelo et al., 2010b).

La inclusión del cuidado espiritual dentro de los servicios de enfermería reconoce de manera más pragmática la nomenclatura para identificar las preocupaciones del paciente (el “diagnóstico”) y definir la terapéutica de enfermería. Por ejemplo, la Asociación de Diagnóstico de Enfermería Norteamericana, en su lista internacional de diagnósticos, que es ampliamente usada por los enfermeros, incluye seis diagnósticos que se relacionan con la espiritualidad y religiosidad del paciente (por ej., Angustia espiritual y Riesgo de religiosidad disminuida). Los enfermeros comprenden por lo general que el cuidado espiritual incluye “intervenciones” tales como el apoyo a las creencias y prácticas religiosas de los pacientes, facilitar la clarificación de valores cuando la fe se entrecruza con la toma de decisiones sobre el tratamiento, y la comunicación enfática sobre (Johnston Taylor, 2018a).

La vida y el ministerio de Jesús dejaron un ejemplo de cómo el cuidado espiritual es parte integral de la atención de los enfermos. Su enfoque al momento de sanar a dos paralíticos (Sanamiento en Betesda y Sanamiento en Capernaum) reflejan un verdadero enfoque “de atención integral de la persona”, conectando el bienestar físico, mental y espiritual. En ambas historias, Jesús es presentado como encargado de brindar ayuda espiritual. Sea que estos hombres eran conscientes o no de sus necesidades espirituales antes de ser sanados, o simplemente se aparecieron con las necesidades que sintieron para buscar sanamiento físico y esperanza, Jesús los vio como un ser integral y se conectó con ellos de manera auténtica y se ocupó de restaurarlos, no solo física sino también espiritual y mentalmente (Mamier et al., 2018).

Satisfacción de las necesidades espirituales

En cuanto a la satisfacción de las necesidades espirituales, Pérez (2016b) menciona que se deben aprender el canon de las necesidades espirituales, teniendo en cuenta que es un listado no cerrado. No obstante, ha habido intentos por marcar una guía para los profesionales. Benito et al. (2014) realizaron una investigación que dio como resultado la siguiente lista: Ser reconocido como persona, releer su vida, encontrarle sentido a la vida y el acontecer o búsqueda de sentido; liberarse de la culpabilidad, reconciliación, también es establecer la vida más allá de sí mismo, continuidad. auténtica esperanza, no ilusiones falsas, expresar sentimientos y vivencias religiosos, amar y ser amado.

El nivel de satisfacción con los cuidados recibidos es entendido como la opinión sobre el éxito de los servicios de salud en satisfacer las necesidades y expectativas. Se refiere a todas las experiencias relevantes y a los procesos asociados con la administración de cuidados para la salud. Este concepto se ha entendido como uno de los elementos clave del funcionamiento de los pacientes; por otro lado, también se ha encontrado relación entre la satisfacción con los cuidados que recibe el paciente y una mejora en su estado de salud, así como en la calidad de vida. La satisfacción con los cuidados recibidos es un concepto multidimensional, debido a que los pacientes pueden presentar distintas actitudes hacia los diferentes servicios recibidos y por lo tanto, el concepto debe ser evaluado con escalas que incluyan múltiples áreas (Castañeda-Hernández, 2014).

Es importante reconocer que tanto la satisfacción como la espiritualidad son dos dimensiones del ser humano que, todo profesional de la salud en general debe considerar durante el proceso de cuidado en lo particular el profesional de enfermería, desde una perspectiva holística hacer que estos aspectos formen parte del cuidado, y que sirvan de ayuda durante la

etapa de recuperación o acompañamiento al final de la vida. La meta es proporcionar al paciente crítico o en etapa terminal y su familia un cuidado comprensivo, que le ayude a lograr la armonía y encontrar un nuevo significado a la vida.

Según Henderson (1966), como se citó en Bellido, (2010) argumenta que, esta teoría persigue cuidar los valores y creencias incluidas las espirituales, que rigen las decisiones y elecciones trascendentes de las personas, contiene lo observado como significativo en la vida, la valoración de los conflictos en los valores, creencias y esperanzas relacionadas con la salud. Esta necesidad es importante porque todos necesitamos los valores y las creencias para desarrollarnos como tal. Además, que tiene una significativa relación con el estado de ánimo y de pertenencia a un grupo. Estas necesidades cooperan para a que las personas mantengan una interacción con el entorno, una armonía y un estado insuperable de salud. Así la necesidad de vivir y adoptar estilos de vida saludables según valores y creencias es una necesidad psicológica o espiritual más que fisiológica, debe ser satisfecha por la enfermería desde el respeto a sus valores, creencias y considerando que esta necesidad obtiene más valor en momentos de enfermedad, pudiendo instituir un soporte para ayudar a la persona a enfrentar y ajustarse a su situación actual y futura.

Entonces las personas como seres espirituales poseen necesidades espirituales, las necesidades espirituales son innatas en el ser humano ya que emergen del interior de una persona y se manifiesta de manera transversal en cada cultura. Así Selman et al. (2013) dice que se trata de necesidades de las personas creyentes, es la exploración de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de la esperanza, del sentido de la vida y la muerte, así como de querer transferir un mensaje al final de la vida (Rufino y Blasco, 2015).

Al respecto Leonor et al. (2015) mencionan que cuando las necesidades espirituales son abordadas de forma efectiva ayudan a las personas a encontrar significado, mantener la

esperanza y aceptar la muerte. De este modo, la espiritualidad debe asumirse como parte intangible del ejercicio profesional de enfermería junto al equipo multidisciplinario, principalmente por su permanencia al lado del paciente en el intrahospitalario, apoyando incluso a la familia que vive sentimientos encontrados por no saber cómo enfrentar la situación del paciente y la suya propia.

Profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos

Los profesionales de enfermería que laboran de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son un grupo que se enfrentan a diario con diversas situaciones de difícil manejo a las que deben dar respuesta. La enfermera que labora en UCI mantiene un contacto permanente con el sufrimiento de los clientes y sus familiares o allegados. Además, la necesidad de intervenir en situaciones de crisis, exceso de trabajo, déficit de recursos humanos y materiales y una gran presión asistencial; son circunstancias que llegan a sobrepasarse a los niveles de afrontamiento de las personas, ocasionando un desequilibrio en el bienestar físico, mental y espiritual (Sierra Leguía, 2014).

Hoy en día, el mundo entero está sufriendo la pandemia por el virus SARS-CoV-2, siendo este el que provoca la COVID-19, desde el punto de vista disciplinar, los cuidados enfermeros a estos pacientes en situación de agonía, radican en la atención holística que observa las necesidades tanto físicas, como emocionales, sociales y espirituales. Sus cuidados van dirigidos a mejorar la calidad de vida, proporcionarles comodidad y bienestar físico. Pero, también comodidad, así como bienestar espiritual. Siendo el dolor, el miedo, la soledad y la percepción del sufrimiento algunas de las características físicas y emocionales de las personas agonizante. Asimismo, el apoyo familiar es necesario para facilitar el proceso de duelo, siendo la familia también objeto de cuidados (Allande Cussó, 2020).

COVID 19.

La enfermedad de COVID-19 es causada por el coronavirus que es un virus que se ha descubierto muy recientemente, este nuevo virus, así como la enfermedad que provoca no eran conocidos hasta que estalló el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Hoy en la actualidad, es una pandemia que está afectando a muchos países en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020). Los coronavirus vienen a ser una familia extensa de virus que son causantes de enfermedades ya sea en animales como en los humanos. En los seres humanos, se conoce que son varios coronavirus los que causan las infecciones respiratorias que van desde el resfriado común hasta enfermedades muy graves como es el caso del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

Respecto a su sintomatología, los síntomas más frecuentes son: fiebre, tos seca y cansancio. Las manifestaciones menos frecuentes son: congestión nasal, cefaleas, conjuntivitis, dolor de la garganta, diarreas, pérdida del gusto o el olfato y erupciones de la piel, así como cambios en el color en los dedos de las manos y pies. Los síntomas comienzan gradualmente y suelen ser leves algunas veces, e inclusive algunas de los pacientes infectados solo suelen presentar síntomas muy leves (OMS, 2020c).

En su mayoría los pacientes, aproximadamente el 80% si se recuperan de la enfermedad sin ser necesario un tratamiento hospitalario, cerca de 1 de cada 5 personas que tienen el coronavirus terminan presentando cuadros graves y experimentan gran dificultad para respirar. Existe un grupo vulnerable a la enfermedad, dentro de ellos se encuentran a los adultos mayores y aquellos que sufren enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, problemas cardiacos o pulmonares y cáncer. Estos poseen más posibilidades de presentar cuadros graves. Pero, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma.

Por la gravedad y letalidad de la enfermedad, las personas de cualquier edad que presenten fiebre o tos y respiren con dificultad, dolor u opresión en el pecho o dificultad para hablar o moverse corresponde solicitar inmediatamente atención médica.

Cuidado espiritual y COVID.

Para Millás (2020) cuidar es poner diligencia, atención solicitud y todos los enfermos requieren cuidados menciona que “Puede haber enfermos incurables, pero nunca incuidables”. A nivel mundial, ha habido un crecimiento de las unidades de cuidados paliativos y ha permanecido manifiesto la necesidad de contar con ellas en los hospitales. No basta curar, es necesario cuidar.

En la actualidad, con la crisis de esta pandemia, se observa claramente la urgencia de estos cuidados, en especial para los pacientes que ingresan a las unidades de cuidados intensivos, así como para sus familiares. Los cuidados paliativos no se refieren sólo a terapias o medicamentos, también considera el acompañamiento familiar y asistencia espiritual. Se trata de aplicar la ética y tratar con humanidad y no solo de aplicar protocolos y salvar vidas. La Asociación europea de cuidados paliativos invita agregar los cuidados espirituales para los enfermos graves. Se deben garantizar como uno más de los cuidados paliativos tal y como han avisado algunos protocolos internacionales durante la pandemia del coronavirus.

Al respecto Allande (2020b) menciona que, los cuidados de enfermería a pacientes en situación agónica radican en una atención integral que contempla las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales. Las intervenciones tienen como finalidad mejorar la calidad de vida, proveer comodidad, bienestar físico, así como brindar comodidad y bienestar espiritual; el dolor, el miedo, la soledad y la apreciación del sufrimiento familiar son algunas de las

características físicas y emocionales de las personas agonizantes. Asimismo, se debe considerar a la familia para facilitar el proceso de duelo.

Este momento trascendente, el posible final de una vida humana se está prevaleciendo lo científico-técnico, dejando de lado las necesidades más profundas de la persona, que demanda con ansia, que es el de sentirse entendida, amada, asistida y fortificada para afrontar un momento decisivo. Es muy cierto que el tratamiento complejo requiere medidas extremas, pero nunca estos cuidados deben ir a costa de desatender al paciente a una soledad inhumana. Cuando el paciente se siente al final de su vida, la persona concibe la necesidad de abrir su alma y expresar lo más profundo de su ser a las personas que ama, pudiendo ser sus familiares y sus amigos. Además, busca colmar la sed de infinito que late en el fondo de su corazón. Por tal motivo, es inhumano abandonar a su suerte a los contagiados graves que están reclusos en lugares apartados dentro de los centros de salud, es un momento de confesión en el que vienen a la mente los éxitos y los fracasos, las alegrías y tristezas, dolores, angustias y satisfacciones de una vida que termina. Si nos ocupamos sólo del aspecto corporal, de que las constantes vitales sean adecuadas y los órganos funcionen lo mejor posible, de calmar el dolor físico, pero no proporcionamos el cuidado necesario al espíritu, no hemos cubierto integralmente las necesidades más hondas del ser humano (Millás, 2020).

Capítulo III

Metodología

Tipo de investigación

La investigación corresponde al enfoque cualitativo, que nace de la necesidad de tener elementos que ayuden a la comprensión de las vivencias de la espiritualidad que posee la enfermera en el desarrollo del ejercicio profesional en la que se da la complejidad del cuidado de enfermería, procurando nexos de las interacciones dinámicas que se dan para la mejora de la calidad del cuidado enfermero.

De esta manera el abordaje cualitativo es la que mejor se adapta al tema de estudio, al objeto y objetivos del mismo, los abordajes cualitativos se adecúan mejor a investigaciones de grupos y segmentos delimitados y focalizados como en este caso, bajo la óptica de los actores y del análisis de los discursos y documentos (De Souza, 2010).

Por otro lado, Do Prado et al. (2013) afirman que cuando el objeto de estudio incluye aspectos subjetivos como la dimensión de la espiritualidad y el cuidado de enfermería, el diseño cualitativo es el que nos acerca más a su esencia. La investigación cualitativa responde a cuestiones acerca de por qué las personas hacen lo que hacen; además busca entender el significado de la experiencia o explorar un fenómeno desde el punto de vista del otro.

Abordaje Metodológico

Esta investigación tiene un abordaje cualitativo, método descriptivo-exploratorio, estos estudios descriptivos indagan especificar las propiedades significativas de personas, grupos, comunidades y cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernández et al., 2014).

Asimismo Lenise et al., (2013) mencionan que los estudios exploratorios son utilizados para acrecentar el grado de confianza con fenómenos relativamente no muy conocidos, conseguir

información acerca las posibilidades de realizar investigaciones más completa acerca de un entorno particular de la vida real, además investigar problemas de la conducta humana que supongan concluyentes los profesionales de determinadas áreas, determinar conceptos o variables prometedoras, así como instaurar preferencias para futuras investigaciones.

Las investigaciones exploratorias o estudios exploratorios tienen por objetivo percibir el objeto de estudio como se presenta, así como su importancia y el entorno donde se implanta, este enfoque se direcciona a la mayor aproximación hacia el problema, con la finalidad de hacerlo más claro. También tiene como propósito perfeccionar las ideas o descubrir nuevas ideas, es considerablemente flexible, de modo que poseen consideración todos los aspectos que se relacionan con el objeto de estudio. La gran mayoría de las investigaciones exploratorias se realizan por medio del levantamiento bibliográfico, el análisis documental, también las entrevistas, la observación o también los cuestionarios, implicando a individuos que tuvieron alguna experiencia con el problema en estudio. Las investigaciones exploratorias concentran importantes hallazgos científicos, pues avisan los descubrimientos, la dilucidación de los problemas o revelan aquellos que no eran propios a pesar de son evidentes. La investigación que explora lo desconocido constituye en la actualidad un importante mecanismo en cláusulas de competitividad e innovación, de tal manera que la diferencia entre los pueblos pobres y ricos se establece en la actualmente por la capacidad de crear conocimiento científico.

Escenario de la Investigación

La investigación se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital del Seguro Social de Lima. Este hospital se fundó con la finalidad de atender adultos mayores, pero que en la actualidad por la coyuntura nacional se ha convertido en un hospital COVID.

Sujetos de Estudio

Los participantes de la investigación estuvieron conformados por 20 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se entrevistaron un total de 20 profesionales fueron 19 mujeres y un varón. En cuanto a la edad, 17 con edades que oscilan entre 25 a 30 años y tres de ellos entre 40 y 50 años. En cuanto al tiempo de servicio en la Unidad de cuidados Intensivos, 17 de ellos cuenta con 10 años y tres con más de 25 años de experiencia profesional.

La muestra cualitativa es una parte del colectivo o población elegida mediante criterios de representación socio estructural, que se somete a investigación científica social con la finalidad de lograr resultados legítimos para el universo. La muestra es construida por un procedimiento específico que determina un rigor, el método de elección de las unidades del universo que formarán parte de la muestra (Mejía, 2000).

Para efectos de la investigación el número de participantes fue obtenido de acuerdo a la técnica de saturación. Este tipo de muestreo permite definir el tamaño de la muestra cualitativa, donde las unidades de muestreo a seleccionar pueden ser individuos o colectivos, son individuos en las investigaciones basadas en entrevistas e historias de vida y son colectivos cuando en las investigaciones fundadas en grupos de discusión.

Bertaux (1993) desarrolló esta metodología con el propósito de establecer el número de casos en la investigación cualitativa, el punto de saturación es la metodología que facilita operativamente la determinación el tamaño de la muestra cualitativa; viene a ser el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que, a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetir, saturar el contenido del conocimiento anterior. La saturación del juicio, presume que se han determinado las pautas

estructurales que subyacen a un concluyente conjunto de métodos sociales, y los nuevos casos no meten correcciones ni complementos al conocimiento de la realidad estudiada, solo repiten el contenido de la pauta social definida.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión.

Enfermeras que acepten participar de la investigación.

Enfermera que trabajen en cuidados intensivos COVID.

Criterios de Exclusión.

Profesionales de enfermería que no trabajen en el área COVID.

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada a profundidad, Lenise et al. (2013) menciona que se utiliza la entrevista cuando los datos se consiguen expeditamente a través de contacto verbal ya sea en presencia del investigador o con el participante-sujeto e incluso por teléfono, carta como también correo electrónico. Entonces es el instrumento que se utilizó para conseguir respuestas a preguntas sobre cierto tema del que la persona que a ser entrevistada tenga algún dominio o conocimiento. Puede ser utilizado individualmente o a través de discusiones grupales, las entrevistas que se usan para estudios exploratorios pueden a ser menos estructuradas, se utilizan esencialmente las preguntas abiertas, o inclusive un guion semiestructurado con preguntas abiertas.

El instrumento fue una guía de recolección de datos para la entrevista que consta de 5 preguntas abiertas que se relacionan con los cuidados espirituales que brinda el profesional de enfermería a los pacientes con el coronavirus, así como las implicancias que tiene el presente estudio para brindar el cuidado espiritual en pacientes COVID.

Procedimiento de Recolección de Datos

Inicialmente se solicitó el permiso a la dirección del hospital a través de una solicitud, pidiendo permiso para la ejecución del instrumento, una vez obtenido el permiso se procedió a conversar por teléfono con cada licenciada para explicarle el proceso del trabajo y presentarles el consentimiento informado (Apéndice B) para pedirle que lo firmen, también se les explicó que las entrevistas se realizarán vía remota con la modalidad virtual a través del Meet Google, las mismas que fueron grabadas por la naturaleza de la investigación, luego se concertaron las citas con cada una de ellas para realizar las entrevistas.

Plan de Análisis

El análisis de los datos se realizó a través del descubrimiento, codificación y relativización de los datos obtenidos, el análisis de los datos de una investigación exploratoria puede convertir un grupo de información con el propósito de darles sentido, buscando identificar datos respecto al problema en estudio. También viene a ser el proceso de ordenar los datos recolectados, así como organizarlos en modelos, categorías y unidades descriptivas, al inicio estas informaciones deben ser sometidas a un proceso de disminución por medio de la selección, simplificación, abstracción y transformación de los datos originales que provienen de las observaciones de campo realizadas. A través de esta secuencia se organizaron de tal manera que el investigador pueda conseguir la toma de decisiones y lograr obtener conclusiones, que después serán interpretados, asignándole significado al análisis para explicar patrones. En este tipo de investigaciones se pueden utilizar varios modelos para analizar los datos, en el caso de esta investigación se va a realizar manualmente los que tienen distintas facetas y enfoques, los enfoques que más se utilizan en las investigaciones de enfermería han sido los modos del análisis de contenido. Esto se destaca en el análisis de contenido temático (Lenise et al., 2013).

Criterios Éticos y de Rigor Científico

Criterios éticos

En todo el desarrollo de la investigación se utilizaron los principios éticos, Paredes (2017) menciona que según el consenso general se sintetizan en:

Beneficencia-No maleficencia. Viene a ser el compromiso moral que tienen los seres humanos de hacer el bien a los otros, se rige por los deberes universales de hacer el bien y prevenir y no infringir daño o mal a nadie. Equivale a realizar un balance riesgo-beneficio. El principio de beneficencia tiene sentido completo y satisfactorio, cuando se basa en el amor.

Justicia. Es tratar a las personas con la misma consideración, sin hacer discriminación por ningún motivo. El enunciado del principio de justicia podría ser: Todos los seres humanos tienen iguales derechos a alcanzar lo necesario para su pleno desarrollo. El principio de justicia no significa que todos los seres humanos somos iguales, sino que tenemos, como personas humanas, los mismos derechos para satisfacer nuestras necesidades.

Autonomía. Todo ser humano tiene derecho a ser reconocido por los otros como autónomo, su autonomía es ontológica, es decir brota de su mismo ser. Vélez (2003, como se citó en Paredes 2017) señala que, la norma que debe regir su comportamiento parte de sí mismo.

Rigor científico

Según Lenise et al., (2013) menciona que dentro de los criterios de rigor se considerará:

La Credibilidad. Es el valor de la verdad, se denomina también como autenticidad, viene a ser también un requisito significativo, ya que permite demostrar los fenómenos y prácticas humanas, tal cual son percibidas. Es también el acercamiento que los resultados de deben tener en relación con el fenómeno estudiado, así pues, el investigador provee cometer suposiciones a priori sobre la realidad que se estudia. Este criterio se logra cuando los

descubrimientos son registrados como reales o verdaderos por las personas que participan en la investigación, por los informantes clave, y por otros profesionales sensibles al tema de estudio. Además, que está expresado por la relevancia que llegue a tener el estudio así como los aportes que los resultados generarán en el logro o demostración de nuevas teorías (Noreña et al., 2012).

La Auditabilidad. Viene a ser la destreza de otro investigador de que pueda seguir la pista o ruta de lo que el investigador original realizó.

Transferibilidad o Aplicabilidad. Consiste en trasladar los resultados del estudio a otros contextos, considerando que los fenómenos que se están estudiando estén profundamente vinculados a los instantes, a las circunstancias del contexto, así como a los participantes del estudio. La forma de conseguirlo es a través de la descripción profunda de las características del contexto en que se está realizando la investigación como también de los individuos que participan, que servirá para plasmar cotejos y manifestar lo que es común específico comparando con otras investigaciones, de esto proviene el valor de la aplicación del muestreo teórico o intencional que permite extender los objetos conceptuales que surgen del estudio e identificar los factores comparables con otros contextos. Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles de acuerdo al contexto en que se utilicen. Si se compara este criterio con el muestreo que se realiza en la investigación cuantitativa, más que una representatividad estadística lo que se busca es la saturación de los datos.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

Resultados

Después de codificar, clasificar y analizar los discursos obtenidos de las profesionales de enfermería que participaron en las entrevistas; emergieron las siguientes categorías empíricas:

Categoría I: Percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual

Subcategorías:

Subcategoría 1: Competencias Cognitivas

Subcategoría 2: Competencias procedimentales

Subcategoría 3: Competencias actitudinales

Categoría II: Prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera

Subcategorías:

Subcategoría 1: Oración y alabanza

Subcategoría 2: Canto o música cristiana

Subcategoría 3: Palabras de aliento y promesas bíblicas

Subcategoría 4: El acompañamiento y el contacto físico son expresiones alentadoras o esperanzadoras.

Subcategoría 5: Promoviendo el buen morir.

Subcategoría 6: Fortaleza y confianza en Dios para abordar el cuidado ante la pandemia

Subcategoría 7: La convicción ante el cuidado espiritual en la fase terminal como acción humanizadora

Subcategoría 8: Promoviendo la comunicación paciente- familia

Subcategoría 9: Promueve sentido esperanzador a través de la comunicación verbal y no verbal.

Categoría III: Percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual

Subcategorías:

Subcategoría 1: Expresión de paz espiritual

Subcategoría 2: Acompañamiento hasta el final de la vida

Categoría IV: Beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19

Subcategorías:

Subcategoría 1: Momento del cuidado espiritual

Subcategoría 2: Expresiones del paciente que alertan la necesidad del cuidado espiritual

Subcategoría 3: Limitantes ante los cuidados espirituales

Subcategoría 4: Sentir del enfermero al brindar cuidado espiritual

Discusión

Los hallazgos encontrados en bases de los testimonios manifestado por los sujetos de estudio destacan están relacionadas:

Categoría I: Percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual

Es expresada por competencias definidas por Soto-Fuentes (2014), quien indica que es un conjunto de saberes combinados, donde la enfermera/o profesional demuestra y aplica en forma efectiva una combinación de conocimientos, habilidades y juicio clínico en la práctica diaria o desempeño laboral. Asimismo, en la teoría de formación de Patricia Banner (1984), con sus cinco niveles del aprendizaje al compáralo con la educación del pregrado a la postgrado, siendo

su transformación de los saberes del profesional de enfermería más competente, eficiente y experto que resalta el proceso de aprendizaje, que va subiendo a niveles más altos en su conocimientos y habilidades, llevando al profesional de enfermería a adquirir de manera progresiva y eficiente la comprensión pertinente del enfermero posgradual para el actuar dentro del cuidado.

Subcategorías 1: Competencias cognitivas.

Los profesionales de enfermería perciben que el cuidado espiritual es brindar apoyo emocional hablando sobre los milagros de Dios, respetar el credo, creer en un ser superior, en su religiosidad, propiciar el perdón. Es la parte humana, es fortalecer la fe, la relación con Dios con el paciente y familia. Tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

[...]Es la parte humana de uno, de sentir el amor por el prójimo y hacia los demás E2.

[...]Es cuando el enfermero tiene sus propias creencias, cree en un ser superior y tiene una comunicación con él a través de la lectura de la Biblia, puede ser de que no pertenezca a ninguna religión, y lo evidencia a través de ese cuidado especial que es el cuidado espiritual E3.

[...]Es brindar apoyo al paciente hablando sobre los milagros de Dios E4

[...]Es hacer el bien en favor de otra persona, aportando salud tanto física como mental y espiritual E5

[...]Es respetar las creencias religiosas de nuestros pacientes E6

[...]Es brindar la seguridad, paz y también la fe de que ellos pueden recuperarse, no sólo con el paciente, sino que también con la familia que muchas veces son los que están en incertidumbre, dolor y angustia E11

Al respecto, Anggun et al. (2019) sostiene que las enfermeras perciben grandemente que el cuidado espiritual es una atención que tiene como objetivo facilitar las necesidades espirituales de los pacientes que incluyen la necesidad de adorar y aferrarse a derechos personales, creencias y valores.

Asimismo, Cuartas-Hoyos et al., (2019), menciona que el cuidado espiritual, parte de percibir la experiencia del proceso de enfermedad o etapa de fin de vida, para identificar las necesidades espirituales de las personas a través de la valoración con escalas validadas y el uso de diagnósticos relacionados con la dimensión espiritual. Las estrategias de manejo que incluyen

el cuidado espiritual comienzan con el acompañamiento y la escucha activa del paciente, de donde se derivan las intervenciones de segundo y tercer nivel descritas en la literatura. Se requiere preparación de los profesionales en enfermería para orientar planes de cuidado espiritual fundamentados desde el modelo que exponen Larson y colaboradores para el manejo de síntomas. Manchola et al (2016) refiere que el cuidado espiritual es una conexión entre la espiritualidad y el sentido de la vida, conceptos que trascienden la tradición cartesiana y biomédica del medio académico actual.

Subcategoría 2 Competencias procedimentales

Los profesionales de enfermería al ejecutar el cuidado espiritual describen que lo realizan a través de las oraciones y rezos, la lectura de la palabra de Dios, respetando la religión que tengan, mirando y tocando al paciente con amor. Tal como se evidencia en las siguientes afirmaciones:

- [...]Es orar con el paciente y ayudarles a ellos a orar a Dios, que tenga confianza en un ser superior para él. Es la escucha activa para saber lo que él necesita, dejarlo desfogarse, en especial con los pacientes COVID era así. E1*
- [...]Llevar la palabra de Dios, darles un apoyo más que emocional, espiritual E7*
- [...]Hablar al paciente sobre los milagros que Dios puede hacer en su vida, la paz que puede encontrar en él E4.*
- [...]Orientar y guiar al paciente a buscar y encontrar a Dios en esos momentos difíciles E5.*
- [...]Es respetar su credo, es propiciar el perdón E8.*
- [...]Dar simplemente un toque de mano, un abrazo, una mirada con amor E11.*
- [...]Hablar de la palabra de Dios al paciente durante su estancia en el servicio E12*
- [...]Es cuidar al paciente como si fuéramos nosotros mismos E14.*
- [...]Es hablar con el paciente que existe un Dios que le puede ayudar que confíe que todo va a salir bien. Ya que ellos ingresan a la UCI muy ansiosos, con mucho temor a la muerte o de lo que pueda pasar E18.*

Algunas estrategias específicas para los individuos y las familias incluirán escucha activa; ayudar a que encuentre formas de conectarse con Dios, si lo desea; prácticas religiosas como; leer las Escrituras, según sea relevante; es un facilitador espiritual proteger los artículos religiosos del paciente; y refiriéndose a expertos en cuidado espiritual, según lo deseado (Roy, 2018)

El cuidado espiritual inicia con el desarrollo del contacto humano en una relación piadosa que mejora la dimensión espiritual de la salud del paciente y amplía la posibilidad de mejorar su recuperación al promover la esperanza y la participación en el tratamiento. Las enfermeras deben conocer las creencias y prácticas espirituales de los pacientes, y deben estar preparadas para ofrecerles atención espiritual personalizada. Se ha demostrado que las enfermeras no han recibido educación en cuidado espiritual durante su formación; sin embargo, reconocen la importancia de abordar este cuidado en sus pacientes como parte de una atención integral y holística (Torres et al., 2023)

Según Cuartas-Hoyos et al., (2019), las estrategias de manejo que incluyen el cuidado espiritual comienzan con el acompañamiento y la escucha activa del paciente, de donde se derivan las intervenciones de segundo y tercer nivel descritas en la literatura. Se requiere preparación de los profesionales en enfermería para orientar planes de cuidado espiritual fundamentados desde el modelo que exponen Larson y colaboradores para el manejo de síntomas (Manchola et al., 2016).

Subcategoría 3 Competencias actitudinales.

Los profesionales de enfermería tienen una actitud con respecto al cuidado espiritual dando todo de sí, de acuerdo a sus creencias, a través del cuidado amoroso, para que el paciente encuentre la paz, orientándolo a buscar y encontrar a Dios, teniendo la seguridad que Dios tiene el control de sus vidas. Que lo describen de la siguiente manera:

[...]Es dar todo de nosotros, de acuerdo a los principios establecidos por Dios. Demostrando de esa forma el amor que se brinda a los pacientes con ese mismo amor que Dios nos dio E2.

[...]Es cuando el enfermero tiene sus propias creencias, cree en un ser superior y tiene una comunicación con él a través de la lectura de la Biblia, puede ser que no pertenezca a ninguna religión, y lo evidencia a través de ese cuidado especial que es el cuidado espiritual E3

[...]Brindar una atención amorosa, adecuada y con mucho respeto a sus creencias y fe E6

[...]Brindar apoyo al paciente para que pueda encontrar la paz, pues en ese momento no contábamos con medicamentos para combatir esta enfermedad E4.

[...]Orientar o guiar al paciente para buscar y encontrar a Dios en esos momentos, es brindar ese apoyo tanto emocional como espiritual E5

[...]Es fortalecer la fe de cada paciente y también de forma personal, fortalecer la relación con Dios, lograr que la persona pueda confiar E9

[...]Es aferrarnos a Dios, para que nos de esa fortaleza, para poder enfrentar la enfermedad, sobre todo con lo que hemos pasado que nos hemos sentido muchas veces desprotegidos, solos, porque no había visitas, no había familiares y lo único que nos quedaba era aferrarnos a nuestras creencias sobre todo a Dios E10.

[...]Es darles la seguridad de que Dios está al control de todo E11.

[...]Es ayudar a que los pacientes se den cuenta y que valoren su vida que Dios sea su fuente de querer seguir viviendo E12.

[...]Es cuidar al paciente con ese cariño con esa devoción como nos cuidaríamos a nosotros mismos E14.

[...]Es hacer que confíe en el ser que él cree en el caso de nosotros en Dios E20.

Jean Watson sostiene en su teoría, que el momento de cuidado, permite descubrirse así mismo, estas influencias y valores resaltan en la esfera espiritual de la vida, una capacidad para el incremento y el cambio. El respeto y estima por la persona y su vida, la libertad de decidir, como la importancia de la relación interpersonal-intersubjetiva enfermera-paciente (Raile y Marriner, 2018).

El cuidado espiritual se hace desde la autonomía personal, enfermería cuida a la persona, pareja, familia y grupos en la dimensión espiritual, acogiendo las necesidades espirituales, teniendo en cuenta los contextos culturales, sociales de cada persona. La espiritualidad representa ese encuentro respetuoso, responsable, amable, amoroso del profesional de enfermería con la persona vulnerable, con el ser humano que pasa por un momento de crisis (Morales y Palencia, 2021).

Para Benito et al., (2016), la actitud de hospitalidad, la presencia y la compasión son las herramientas del profesional que acompaña al paciente con necesidades espirituales. De este modo, se ofrece serenidad, confianza y tranquilidad; se da la mano para ayudarlo a que mire el miedo, la muerte o la amenaza a los ojos, y los pueda afrontar. Los pacientes en fase terminal tienen necesidades básicas y el proceso final de la vida coloca a la espiritualidad como una fuente de luz, de vida, de esperanza, de fuerza espiritual interior, que trasciende toda dimensión

física, emocional y social. Esto puede ser de gran ayuda para las cuestiones existenciales que van más allá de la preparación que pudiera o no tener el personal de salud (Ortiz y Meneses, 2015).

Categoría II: Prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera.

En la atención en salud, los profesionales de enfermería deben plantear estrategias en entornos multidinámicos, multiétnicos, multidisciplinarios, multiculturales, en cuanto al cuidado espiritual. Razón por la cual, el reto es pasar de lo teórico a lo práctico, desde el respeto mutuo por las creencias que cada individuo elige. La dimensión espiritual, es una dimensión que la profesión de enfermería contempla desde la ciencia y el arte del cuidado. La misión de los profesionales de enfermería es desarrollar procesos de atención a esta dimensión con el conocimiento científico, la humanización e integralidad que caracterizan el cuidado (Morales y Palencia, 2021).

Las competencias profesionales no solo son técnicas sino que también se requiere de habilidades sociales valiosas en el momento de ayudar, como el saber escuchar y hablar con el otro de forma empática para entenderlo desde sus dolencias físicas, estados de ánimo, sus emociones, formas de pensar y por qué no, desde los aspectos espirituales, teniendo en cuenta el respeto que amerita cada persona, por sus creencias, su cultura y su humanidad (Villalobos y Villalobos, 2022).

Subcategorías 1: Oración y alabanzas.

Los profesionales de enfermería realizan prácticas del cuidado espiritual, invitándoles a orar y orando por los pacientes y a través de las alabanzas. Los mismos que se evidenciaron con las siguientes experiencias:

[...]Hacíamos una oración inicial con mis compañeros y les pedía que ellas hagan también con los pacientes, en cuanto a los pacientes oraba con ellos, individualmente E1.

[...]Se hacían las oraciones para que ellos puedan por lo menos recibir a Dios en el último momento de vida que tienen todavía para que ellos puedan arrepentirse, aunque sea en el último momento, ya que el oído es el último sentido que se pierde y por lo menos se acerquen a Dios E2.

[...]Los invitaba para orar por ellos, para que Dios guíe a los médicos E4.

[...]Siempre iniciaba yo con una oración, oraba por él paciente o su familia porque estaban preocupados era un momento especial. les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios me permite orar, y orábamos E5.

[...]Antes de la sedación como hemos cuidado más pacientes entubados, les decíamos que hagan una oración personal, de forma interna, después hacíamos una oración pidiendo por su salud, para que todo esto salga bien E7.

[...]Al ingresar a los turnos revisamos los nombres de los pacientes y realizamos una oración específica por cada uno, y al salir del servicio volvemos a realizar una oración. Muchos de los colegas no son cristianos, sin embargo, realizábamos las oraciones con los colegas y pacientes E8.

[...]Hago con ellos oraciones, les tomo la mano y le digo mamita o papito, hablándole con cariño ¿Quieres que haga una oración? me dicen sí, sí; entonces hacemos una breve oración, si está el médico u otro miembro del personal está cerca yo les digo acérquense vamos a orar, se acercan, hacemos una breve oración E17.

[...]Oro con el paciente, primeramente, le preguntó ¿qué religión es? Y luego le digo si le gustaría que haga una oración la mayoría me dicen que sí. Al momento del ingreso a UCI están conscientes todavía, antes de la intubación, oramos con ellos cuando en realidad me toca estar con estos pacientes, oramos E18.

[...]Oro con ellos, en la UCI, me ha tocado pacientes despiertos, como también pacientes bien sedados como pacientes que están por morir y en cada una de esas ocasiones he tenido un actuar E19.

Se define a la oración como una forma de comunicación con la Divinidad o el Creador, siendo quizás la forma más frecuente de expresión religiosa. La Biblia orienta a sus creyentes sobre el uso de la oración: “¿Está alguno enfermo entre vosotros? Llame a los ancianos de la iglesia, y oren por él, ungiéndole con aceite en el nombre del Señor. Y la oración de fe salvará al enfermo, y el Señor lo levantará” (Efesios 5: 14-16). Actualmente es clasificada dentro de las terapias complementarias y/o alternativas. Un estudio conducido por el *Centers for Disease Control and Prevention's* y el *National Center of Health Statistics* de Estados Unidos encontró que la oración por motivos de salud era la terapia complementaria o alternativa más común (45,2% en los últimos 12 meses y 55,3% durante la vida) (Morales y Palencia, 2021).

La práctica de la oración hace hincapié en lo sagrado, reitera la gratitud y la alabanza, presenta las súplicas y las peticiones. Por lo tanto, en contextos dualistas entre tristeza y alegría, enfermedad y salud, la oración es el medio por el cual la esperanza se rescata en medio de una situación difícil. En este sentido, “la oración fue señalada como uno de los métodos de más utilizados por los pacientes en los procesos de enfermedad de salud”. Las experiencias positivas

resultantes de la práctica de la oración en contextos de enfermedad de salud “apuntan a una disminución de la ansiedad, la mejora en la capacidad de funcionamiento, la búsqueda de un comportamiento más asertivo y el apoyo espiritual para una vida con más significado y propósito” (Tetzlaff y Acyr, 2020).

La oración, es una intervención de enfermería, investigada y propuesta en la clasificación de intervención de enfermería (NIC) incorporados al diagnóstico enfermero: sufrimiento espiritual por el estado de salud crítico que se encuentra, en correlación con la puntuación en funcionamientos más altos. Se halla en esta intervención una autonomía que pueda obtener ventajas en salud, ya que aporta al alivio de la ansiedad, temor, llanto e insomnio en el tratamiento especializado en esta unidad crítica. Considerando que para realizar esta actividad se debe solicitar permiso para que el enfermero deba realizarla, observando la necesidad y la opinión del paciente, ya que no se puede asumir que todos los pacientes estén dispuestos a cualquier intervención de esta condición se debe preguntar para analizar de la situación clínica con su experiencia espiritual para realizar esta intervención con éxito (Ayamamani Condori, 2021).

En cuanto a la práctica espiritual de la oración Elena de White define la oración como “el acto de abrir nuestro corazón a Dios como a un amigo” de White (2004)). Esto habla tanto de la naturaleza experimental de la oración y su intimidad como de su naturaleza bidireccional. Cuando las personas abren su corazón a un amigo, se trata tanto de hablar como de escuchar. Para Elena de White, la oración implica que, cuando estamos en silencio, Dios nos habla. Por lo consiguiente la práctica del canto. Sin duda, sostiene que los Salmos fueron el núcleo de lo que cantó Jesús. Específicamente, Elena de White menciona “himnos de acción de gracias” (MC 34) como parte de la actividad de Jesús durante sus horas de trabajo en el taller de carpintería. Así,

Jesús cantaba no solo durante su tiempo especial de comunión en la mañana, sino también durante su tiempo de trabajo. Estamos llamados a hacer lo mismo.

Subcategoría 2 Canto o música cristiana.

Los enfermeros realizan prácticas del cuidado espiritual, haciéndoles escuchar cantos y música cristiana. Que se manifiestan a través de las siguientes experiencias:

[...]Haciendo que escuchen canciones cristianas, mostrándole las letras que le puedan motivar E9.

[...]En las mañanas a las 5:00 de la mañana yo siempre les ponía a mis pacientes canciones, ellos decían Señorita cuando usted nos pone esas canciones entramos en paz me gusta escuchar porque pienso que Dios está conmigo está ayudándome a salir de esto y voy a salir adelante. Hasta los nombres de las canciones se sabían E10.

[...]Ponía música por un momento o simplemente me ponía a cantar, cuando ellos despertaron, gracias a Dios tuvieron buenos resultados del cuidado, me impresioné mucho cuando uno de ellos me dijo: Yo te escuchaba, yo sentía cuando tú me hablabas y cantabas, hasta el día de hoy esa persona me lo agradece E11.

[...]Cantamos algunos no lo pueden hacer, pero nos escuchan a nosotros y es una manera de brindarles el aliento E15.

Investigaciones actuales sobre los beneficios de la utilización de la música en el cuidado, mostraron similares resultados: Umbrello et al. (2019) encontró que luego de utilizar la música como cuidado a pacientes reduce el estrés y la ansiedad en pacientes críticos. Asimismo Johnson et al. (2018) sostiene que la música aborda los mecanismos fisiopatológicos que sirve para prevenir el delirio en el entorno de UCI. Además para Fallek et al. (2020) sus resultados mostraron una reducción de la ansiedad y dolor después de cada sesión de musicoterapia. Este estudio encontró factible y efectivo introducir la musicoterapia junto a la cama para pacientes gravemente enfermos. También, Golino et al. (2019) manifiesta que, después de la intervención, se encontraron disminuciones significativas en la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, dolor autoinformado y ansiedad. No se observaron cambios en la saturación de oxígeno. Los resultados respaldan la musicoterapia activa como una intervención útil no farmacológica sin efectos secundarios en UCI.

La música es un potente agente de liberación emocional. Numerosos son los cambios que el fenómeno sonoro produce en la actividad cerebral, actuando en áreas tanto del hemisferio izquierdo, cerebro lógico, analítico, calculador, serial y especializado en el lenguaje, como del derecho, cerebro emocional, intuitivo, abstracto, artístico y metafísico, asociado a la afectividad. La música contribuye de forma considerable al contacto y a la adaptación al medio social, ya que mejora las relaciones interpersonales (Gutiérrez, 2015).

Subcategoría 3 Palabras de aliento y promesas bíblicas.

El personal de enfermería realiza las prácticas del cuidado espiritual, a través de palabras de aliento y las promesas bíblicas: leyendo porciones de la biblia, haciendo meditaciones al inicio del turno, entregando en sus manos versículos bíblicos. Que se manifiestan a través de las siguientes experiencias:

[...]Hacia una meditación corta, les leía promesas de la biblia, aunque estuvieran en coma o sedados E1.

[...]Se brindaba cuidado espiritual a través también de las palabras de ánimo E2

[...]Les decía que se encomienden a Dios, que Dios es bueno, dependiendo de la creencia que tengan E3.

[...]Les daba versículos de la biblia impresos en un papel y les entregaba, a veces les prestaba mi celular para que vea un video o un canto cristiano. Brindé el cuidado espiritual a través de las promesas de la biblia E4.

[...]Les decía que estén tranquilos porque hay un Dios que te está escuchando. Aun esté el paciente inconsciente le hablaba para que confíen en Dios E5.

[...]Les ponía la misa con el parlante para ya se escucharán E10.

[...]Les leía la biblia, un paciente me dijo sentirse bendecido, porque, el solo hecho de poder escuchar, saber qué orabas, que me leas la Biblia del saber qué hacías todo para poder salvarme no solamente espiritualmente, sino también, clínicamente, es impresionante E11.

[...]Le decía que pronto se va a recuperar con la palabra de Dios, que siempre piense en el poder de Dios, que el Señor todopoderoso le va a ayudar a luchar en esta batalla E12.

[...]Les mencionaba una cita bíblica, sinceramente yo si entraba con celular al área, aunque ingresaba toda forrada sí, y citaba citas bíblicas, también les llevaba un librito de lectura que mayormente tenía algunas citas bíblicas para que ellos lean E13.

[...]Cuando están mal siempre les digo no sé, de qué religión eres, pero yo solo te digo confía en Dios y trata de encomendarte a él E14.

[...]Les decimos por favor cálmate estamos contigo, te vamos a ayudar, les digo que se encomienden a Dios que recen y algunas veces no es tanto las palabras sino algunos gestos que tienen con nosotros, hasta nos agarran la mano, te aprietan la mano, les digo reza o pide por ti entrégate a Dios deja tu vida en sus manos como que se calman, y respiran profundo y ya comenzamos a poner los analgésicos y todo para entubarlo y se calman E15.

[...]Les decía que Dios quiere lo mejor para nosotros y que confíen y se aferren a la mano poderosa de Dios. Se les nota un poco más tranquilos más confiados a los pacientes E16.

[...]Les digo que entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción E17.

La espiritualidad desde el cuidado de enfermería es sinfonía, música, es el amor por el otro que siente, piensa, sufre, cuestiona, adolece, en donde los múltiples diagnósticos de enfermedad priman sobre la esencia de la vida. En este mundo moderno, los valores, las normas, las leyes, llevan a repensar el cuidado de la dimensión espiritual, donde la escucha, la mirada, el contacto hacen parte de ese reencuentro con el mundo interior, donde los seres humanos paciente- enfermera se unen en simbiosis para transformar las culturas, los mitos, los tabús, las barreras, que han llevado a que se pierda esa esencia espiritual del yo interno, del yo silencioso, del yo meditativo, del yo ético que puede generar esperanza en un estado de vulnerabilidad, que nos lleva a enfermar (Morales y Palencia, 2021),

La lectura bíblica realizada con los pacientes es un aspecto importante de la práctica de la salud, pues muchos pacientes reportan gusto leer materiales religiosos mientras están en el hospital”. Del mismo modo, para los profesionales de la salud, “dar consejo y consolar a los miembros de la familia se vuelve más fácil con la sabiduría y las palabras reconfortantes que encontramos en la Biblia. La Biblia proporciona una atención especial al cuidado de los enfermos (Tetzlaff y Acyr, 2020).

Las habilidades de comunicación en enfermería son claramente de suma importancia para la prestación de cuidados espirituales, y siempre la enfermera debe dar prioridad a esto. Es de destacar que, las enfermeras, tienen muchas de las habilidades necesarias para brindar atención espiritual (Cone et al., 2023).

Subcategoría 4; El acompañamiento y el contacto físico son expresiones alentadoras o esperanzadoras.

El personal de enfermería realiza las prácticas del cuidado espiritual, a través del acompañamiento, el contacto físico, la escucha activa, el toque humano, hablándoles con amor palabras de aliento. Que se manifiestan a través de las siguientes experiencias:

[...]Iba de cama en cama, escuchando me daba el tiempo de poderles escuchar E1.

[...]Les encomendaba a Dios, a la virgen, les decía que sigan adelante dándoles fuerza para que salgan adelante, les decía que confíen en Dios que lo hagan por su familia E3.

[...]Tomaba sus manos, logré que me cuente sus preocupaciones, lo único que yo podía hacer les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios E5.

[...]Cogiendo su mano, preguntándole cómo se siente si hay oportunidad, porque a veces tengo pacientes sedados que realmente no se pueden comunicar por su condición, pero de todas maneras siempre estamos hablando con ellos E14.

[...]Cuando ya están sedados pues con el toque de mi mano les paso crema les digo que confíen en Dios, les hablo al oído diciendo que colabore que muy pronto va a salir de todo esto E18.

La cuarta resonancia de Leonardo Boff, es la caricia, que es el resultado del cuidado, así como del afecto, es esencial, porque se convierte en esa actitud que complace la esencia del ser cuidado otorgándole la confianza, la tranquilidad, integración y la confianza en la bondad y la acogida (Boff, 2012).

Alvarado-Valle (2018 cita a Uribe y Gómez), quienes sostienen que la esencia del estar ahí, como estrategia para el cuidado espiritual, engloba técnicas de comunicación terapéutica como la presencia, la escucha activa, los momentos de silencio y el toque terapéutico.

Asimismo Castañeda-flores y Guerrero-castañeda (2019) sostienen que es muy significativo que, Durante el cuidado de enfermería, es fundamental prestar atención a la escucha activa como parte del cuidado. La enfermera debe estar atenta para escuchar al paciente hospitalizado, preguntar si está satisfecho con sus creencias y cómo estas pueden influir en su estancia hospitalaria. Este aspecto es crucial, ya que el apoyo emocional y la escucha activa están

relacionados con la manera en que el adulto mayor experimenta su espiritualidad en momentos difíciles de enfermedad.

Al respecto, el MINSA (2020a) elaboró un documento sobre “Orientaciones para brindar hospitalizados con infección psicossocial a pacientes por covid-19 y sus familiares, en cuanto a la escucha activa sostiene *“Diríjase a las personas que puedan necesitar apoyo. Pregunte qué necesitan y qué les preocupa. Escuche activamente a las personas, valide sus opiniones y ayúdelas a tranquilizarse. Considere la singularidad del contexto sociocultural en cada familia y paciente. Permitir a la persona narrar su experiencia ante la enfermedad, emociones, sentimientos y valores y expresarlos sin juzgarla”*.

Subcategoría 5: Promoviendo el buen morir.

Los enfermeros realizan las prácticas del cuidado espiritual, promoviendo el buen morir; por medio de las oraciones para acercarlos a Dios en el último momento de vida, diciéndoles que se aferren a Dios, que perdonen y se arrepientan que dejen su vida en las manos de Dios. Que se manifiestan a través de los siguientes testimonios:

[...]Se ora con ellos, para que puedan por lo menos recibir a Dios en el último momento de vida que tienen todavía les hacía una pequeña oración para que ellos puedan arrepentirse, aunque sea en el último momento, ya que el oído es el último sentido que se pierde y por lo menos se acerquen a Dios. Iba de cama en cama, le hacía una oración especial a cada paciente, porque yo sabía que eran pacientes de alto riesgo, sabiendo que sus vidas pendían de un hilo y sabía que en cualquier momento podía haber cualquier desenlace E2.

[...]Siempre antes de intubar a un paciente nosotros le pedimos que si son católicos que recen o que se encomienden porque nos hemos dado cuenta que eso los calma, antes de intubar porque no sabemos si va a salir o no, que se encomienden a lo que ellos más creen ¿no? A la fe que ellos tienen. Con esa sedación profunda siempre siento que ellos escuchan porque en varias oportunidades he visto que lloran, les decimos que no están solos que tengan fe y que crean bastante en Dios E14.

[...]Como los pacientes ingresan muy delicaditos ingresan pensando morir o Tal vez salvarse, pero más piensan morir, entonces ahí yo les digo que Dios quiere lo mejor para nosotros y que confíen y se aferren a la mano poderosa de Dios. Al menos eso yo hago y cuando los veo. Demasiado ansiosos también los invito a orar y al terminar de orar se les nota un poco más tranquilos más confiados a los pacientes E16.

[...]Cuando ingresa un paciente a la UCI muy ansioso, con mucho temor a la muerte, de lo que pueda pasar, hablamos con ellos de que existe un Dios que lo puede ayudar que confíe que todo va a salir bien. El paciente hasta logra agradecer, porque no sabemos si el paciente despertará y comienza luego el proceso de intubación y sedación, ellos muchas veces no despiertan, entonces es crítica esta hora de verdad el momento que hacemos la oración con ellos les pedimos que

entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción E17.

[...]Les damos palabras de ánimo y si ya están digamos por fallecer le hablamos de Dios y les digo que tienen que entregar su vida a Jesús E19

[...]Lo primero que les digo es que hay un ser que le quiere, que es Dios, que le ama se interesa por sus problemas que les puede dar bastante paz y paciencia. Los pacientes cuando vienen a la unidad de cuidados intensivos vienen despiertos, antes de dormirlo o sedarlos se les llama a hacer su entrega completa de su vida a Dios, para que él pueda dirigir en adelante su tratamiento y mientras están sedados les vamos hablando al oído porque, ese sentido es el último que se pierde, entonces les hablamos del amor de Dios E20.

Es común que los pacientes con enfermedades crónicas sientan la necesidad de explorar, compartir y encontrar una explicación para su enfermedad o la posibilidad de una muerte inminente. Aunque la muerte es un proceso natural, su proximidad a menudo se percibe como una amenaza. Sin embargo, en algunos casos, esta situación puede despertar el aspecto espiritual que ha permanecido inactivo durante gran parte de la vida del paciente. La religiosidad, las creencias y cualquier práctica propia de la cultura de las personas son factores protectores que, ante la frustración y el desánimo, devuelven la esperanza y el optimismo frente a la enfermedad, transformando de algún modo las situaciones críticas en experiencias positivas (Cuartas-Hoyos et al., 2019)

Subcategoría 6: Fortaleza y confianza en Dios para abordar el cuidado ante la pandemia.

Los enfermeros y enfermeras realizan las prácticas del cuidado espiritual, dándoles fortaleza y que confíen en Dios; con palabras de ánimo, basadas en las promesas de la biblia, ya sea que estén despiertos o sedados, Que se manifiestan a través de los siguientes testimonios:

[...]Se les brindaba las promesas bíblicas, en el servicio se hizo una pequeña biblioteca que les prestábamos a aquellos que estaban despiertos E1.

[...]Se brindaron palabras de ánimo, ya sea que estuvieran despiertos o dormidos, rezo con ellos y les digo que se encomienden a Dios, que Dios es bueno, dependiendo de la creencia que tengan. He tenido mucha pena ver a la gente sufrir, jadeaban y se desesperaban por respirar, les encomendaba a Dios, a la virgen, les decía que siga adelante dándoles fuerza para que salgan adelante, les decía que confíen en Dios que lo hagan por su familia E3.

[...]Les entregaba versículos de la biblia impresos en un papel, a veces les prestaba mi celular para que vea un video o un canto cristiano E4.

[...]Una fecha saliendo de turno estaba muy cansada, pero me di cuenta que una paciente estaba llorando tomé un tiempito para atender a la señora, logré que me cuente sus preocupaciones, lo único que yo podía hacer era decirles vamos a dejar todo esto en las manos de Dios me permites orar, y orábamos E5.

[...]Antes de la entubación, les decimos por favor cálmate estamos contigo, te vamos a ayudar, yo le digo que se encomienden a Dios que recen E14.

La pandemia nos ha confrontado con lo más humano de nuestra existencia, revelando una espiritualidad que había sido olvidada o desestimada. El Covid-19 nos ha llevado a explorar lo más profundo de nuestra esencia. Adoptar una actitud espiritual puede ser fundamental para la recuperación de la salud. La espiritualidad en tanto dimensión que le otorga sentido a la experiencia de vivir; se ha convertido en un aspecto fundamental para encarar la enfermedad y la muerte, formando parte de la capacidad de simbolización del ser humano para transformar, cambiar, comprender desde la fuerza espiritual, las contingencias más grandes que tenemos que afrontar los humano/as (González M, 2020).

Subcategoría 7 La convicción ante el cuidado espiritual en la fase terminal como acción humanizadora.

El personal de enfermería realiza las prácticas del cuidado espiritual, motivándolos a que entreguen su vida a Dios, en la fase terminal de sus vidas. Que se manifiestan a través de las siguientes experiencias:

[...]Se les llama a hacer la entrega completa de su vida a Dios, para que él pueda dirigir en adelante su tratamiento y mientras están sedados les vamos hablando al oído porque, ese sentido es el último que se pierde, entonces les hablamos del amor de Dios E20.

Con lo que respecta al cuidado y acompañamiento espiritual, por parte del profesional de enfermería, de los pacientes que se encuentran en uno de los momentos más vulnerables de su vida, debido a su enfermedad “en fase terminal”, debe ser brindado con calidez e interés empático, con el fin de crear una conexión trascendente que permita formar una percepción integradora entre fe, espiritualidad, bienestar y la interdependencia con las otras dimensiones que rodean el ser humano (Gallego et al., 2021).

Humanizar el proceso de morir en una situación de pandemia no implica encontrar una solución a la muerte, ya que a menudo no hay una solución. Humanizar la muerte significa reconocer que quien está muriendo es una persona, no un ser anónimo que muere sin ser conocido y sin un sentido de identidad. Por este motivo, la despedida de un enfermo conforma un elemento esencial en la perspectiva humanizadora desde la que ha de enfocarse el proceso de morir (García, 2020)

Subcategoría 8 Promoviendo la comunicación paciente- familia.

Los enfermeros realizan prácticas del cuidado espiritual, promoviendo la comunicación entre el paciente y su familia a través de video llamadas, la lectura de cartas de sus familiares y brindando información a la familia a través de llamadas cuando el paciente estaba sedado. Que se manifiestan a través de las siguientes declaraciones:

[...]A través de las video llamadas; sucede que estaba una paciente en una cama y su esposo estaba en otra cama, entonces le ayudaba a través de mensajitos le poníamos las video llamadas E1.

[...]Permitía las llamadas por el celular entonces llamaban a sus familiares llorando E5. Había momento que si llegaban cartas de sus hijos le leía, le hacía sentir que pronto se va a recuperar E12.

[...]Fomentando las videollamadas para que puedan ver a sus familiares por el tiempo que ahora están aislados, por esta patología, ellos tienen un recuerdo bello y bonito de un ser que no se ve, pero que les da esa fuerza para seguir adelante E13.

[...]Algunas veces hasta si tenemos una carta de sus familiares nos damos ese tiempo para leerles esas cartas, la mayoría de los familiares les mandan a los pacientes sus rosarios, estampitas, algún devocionario algo, entonces nosotros tratamos de que el paciente lo vea, lo perciba que están allí y bueno y cuando están conscientes E14.

[...]En los pacientes COVID que prácticamente están todos sedados, nosotros hacemos llamadas a la familia, no todos los días, pero si, se les brinda ese apoyo E15.

Debido al aislamiento por la pandemia por COVID 19, que se atravesó recientemente, la conexión entre los pacientes con Covid-19 y sus familiares se limitó a una videoconferencia ya que el hecho de mantener contacto visual con una persona significativa, ayuda indudablemente a su proceso de recuperación (Conde y Rodríguez, 2022).

Aunque en algunos hospitales pudo haber asistencia espiritual por vía telemática, telefónica y por último también presencial, al principio de la pandemia y debido al colapso, se

privó de este servicio y asistencia a muchos pacientes, García (2020) sostiene que Parte de la humanización en periodos críticos como el vivido con la pandemia por COVID, consiste en no excluir a las familias para que puedan permanecer con sus seres queridos en el momento de la muerte. Para ello habría que disponer de EPIS para todas las familias de tal modo que estas puedan, no solo acompañarlos durante la enfermedad, sino que también deben asistir a la muerte y despedirse de sus parientes.

Subcategoría 9 Promueve sentido esperanzador a través de la comunicación verbal y no verbal.

Los profesionales de enfermería realizan prácticas del cuidado espiritual, promoviendo el sentido esperanzador a través de la comunicación verbal orando con ellos por su dependencia de Dios y la comunicación no verbal a través del toque de sus manos. Que se manifiestan a través del siguiente testimonio:

[...]Cuando los pacientes críticos llegan a la unidad, llegan muy necesitados, desaturando les falta el oxígeno vienen para intubarse entonces decidí como enfermera cristiana, hacer con ellos una pequeña oración, les tomo la mano y le digo mamita o papito, según sea varón o mujer, hablándole con cariño ¿Quieres que haga una oración?, me dicen sí, entonces hacemos una breve oración, si está el médico cerca o quien esté cerca yo les digo acérquense vamos a orar, se acercan, hacemos una breve oración y el paciente hasta logra agradecer, porque no sabemos si el paciente despertará y comienza luego el proceso de intubación y sedación, ellos muchas veces no despiertan, entonces es crítica esta hora de verdad el momento que hacemos la oración con ellos les pedimos que entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción E17

La escucha se transforma en un momento crucial de respeto, individualidad e interés por los sentimientos expresados por el paciente (Loza, 2022). Al acoger al paciente en su cuidado, las enfermeras deben hacerlo con hospitalidad, presencia y compasión, ofreciendo esperanza sin recurrir a falsas expectativas. Se trata de transmitir al paciente que siempre estarán dispuestas a actuar y a hacer todo lo posible, asegurándole que no estará solo, incluso en los momentos más difíciles. En los sucesivos encuentros es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar

abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia (Pérez-García, 2016c).

La escucha es un acto espiritual, ya que está impregnada de competencia interior. Estudios han demostrado que los profesionales de la salud que practican una escucha atenta y respetuosa tienen una influencia positiva en el proceso de curación de sus pacientes. Además, se ha validado que el impacto de ser escuchado acerca de sus problemas y emociones contribuye significativamente a la satisfacción de los pacientes. Otro hallazgo importante es que los pacientes vinculan de manera significativa la escucha de sus cuidadores con la percepción de que estos realmente se preocupan por ellos y por su bienestar.

Categoría III: Percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual

Este cuidado es esencial, no solo porque mejora la percepción de las necesidades de los pacientes, sino por su potencial terapéutico, dado que los enfermos refieren sentirse acompañados, tenidos en cuenta, respetados en su dignidad, y reciben luces sobre el sentido y significado de su existencia, lo cual propicia mayor alivio, consuelo y aumento en la velocidad de recuperación (Rosas y Díaz, 2017).

Subcategoría 1: Expresión de paz espiritual.

Los enfermeros perciben las respuestas del paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual, con expresiones de paz; evidenciando confianza, calma, esperanza, paz interior, tranquilidad, deseo de vencer a la enfermedad. Que se manifiestan a través de las siguientes declaraciones:

*[...]Se sentían con más confianza yo percibía en ellos se sentían tranquilos El
[...]Los pacientes sedados o en estado de coma, cuando se ora por ellos es como que el corazón se les aceleraba, eso lo observé en los monitores que la FC aumenta, Y esto ha pasado no solo con*

uno sino con varios pacientes. El paciente escucha y cuando dejaba de orar el paciente se iba calmando E2.

[...]Los pacientes indicaban tener esperanza en que Dios puede hacer milagros, así como, en las historias donde Jesús sanó a los enfermos y que también podía sanarlos de la enfermedad E4.

[...]Se sentían más tranquilos, más calmados, dejaban de llorar, estaban menos ansiosos, y agradecidos por los cuidados que se les brindaba. Después de orar por ellos dormían más tranquilos E5.

[...]El apoyo espiritual les ayudó a controlar la ansiedad que tienen, sienten esa paz interior y que por ende les ayuda en su recuperación E8.

[...]El cuidado espiritual les daba paz y tranquilidad, lograban la calma y tranquilidad E9.

[...]Yo los percibía relajados, menos ansiosos, más comprometidos, con más fortaleza, decían licenciada esta enfermedad no me va vencer, yo voy a salir adelante no me va vencer, los notaba más contentos, más entregados a luchar contra la enfermedad E10.

[...]Más tranquilos cuando despertaban decían que habían escuchado cuando les hablábamos E13.

Algunos lloraban y como que se agitaban cuando les hablaba de que tengan confianza en Dios, luego se tranquilizaban E15.

[...]Cuando están despiertos se les observa más tranquilos y los sedados con signos vitales más estables E20.

Una de las virtudes que contribuye al bienestar espiritual está relacionada con las sensaciones de plenitud y paz, las cuales permiten al enfermo disfrutar de la vida a pesar del dolor y la fatiga. Esto, a su vez, ayuda a reducir la tristeza, el vacío existencial y la desesperanza. Incluso en la recta final de la vida es muy importante seguir forjando la espiritualidad, por lo tanto, esta permite secundar la capacidad de trascender mitigando (Gallego et al., 2021)

Los pacientes reconocen fácilmente cuando las enfermeras son genuinamente afectuosas, por lo que brinda atención integral centrada en el paciente con compasión, respeto y actitudes abiertas hacia los pacientes y sus familias es esencial para el cuidado espiritual (Cone et al., 2023).

Subcategoría 2: Acompañamiento hasta el final de la vida.

Los enfermeros perciben las respuestas del paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual, a través del acompañamiento al final de la vida, en pacientes críticos; antes de ser intubados se oraba con ellos, se les decía que confíen en Dios. Que se manifiestan a través de las siguientes declaraciones:

[...]Antes de intubar a un paciente, le pedimos que si es católico que rece o que se encomienden porque nos hemos dado cuenta que eso los calma, antes de intubar porque no sabemos si va a

salir o no, y si no son católicos que se encomienden a lo que ellos más creen ¿no? A la fe que ellos tienen E14.

[...]Cuando ellos llegan a la unidad, llegan muy necesitados están desaturando les falta el oxígeno vienen para intubarse, les tomo la mano y le digo con cariño ¿Quieres que haga una oración?, entonces hacemos una breve oración, y el paciente hasta logra agradecer, porque no sabemos si el paciente despertará y comienza luego el proceso de intubación y sedación, ellos muchas veces no despiertan, entonces es crítica esta hora de verdad el momento que hacemos la oración con ellos les pedimos que entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción E17.

Los acontecimientos y sentimientos asociados con el final de la vida son personales e individuales. En este contexto, el cuidado de enfermería juega un papel crucial en la creación de una experiencia del final de vida tranquila y serena. Las enfermeras evalúan e interpretan las manifestaciones que reflejan la experiencia del FV de la persona e intervienen de la manera adecuada para conseguir o mantener una experiencia serena, aunque el enfermo no pueda expresarse verbalmente; para aumentar la calidad de vida y lograr una muerte tranquila (Raile y Marriner, 2018).

Henderson establece en su teoría que la enfermera tiene la responsabilidad de satisfacer las necesidades básicas especialmente la dimensión espiritual para prepararlo para el buen morir (Raile y Marriner, 2018) En ese sentido, el acompañamiento es esencial para el cuidado del paciente que requiere satisfacer sus necesidades vitales, además de la comodidad, confort y bienestar (Ortiz y Meneses, 2015).

Categoría IV: Beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19

Subcategoría 1 Momento del cuidado espiritual.

El profesional de enfermería brindó cuidado espiritual en su mayoría mencionó que, en todo momento, otros refirieron que, en el momento del confort, durante las noches. Que se manifiestan a través de las siguientes declaraciones:

[...]El cuidado espiritual lo brindaba en cualquier momento del día E1.

[...]Aprovechaba el momento de brindar confort o en el baño del paciente porque es el momento del contacto más cercano con él E2.

[...]Cuando los atendía, cuando les brindaba los cuidados de enfermería E3

[...]Lo hacía al mediodía cuando almorzaban, también a eso de las 5 o 6 de la tarde, terminando el tratamiento E5.

[...]Yo creo que es en todo momento uno brinda el cuidado espiritual, también, considero que nuestra actitud es importante ya que reflejamos mucho nuestra forma de ser, y también ellos muestran mucha disposición E6.

[...]Generalmente por las noches, como el día hacíamos las visitas y hacía las recetas, durante la noche aprovechaba para brindar el cuidado espiritual E7.

[...]Personalmente no había un horario establecido, pero yo realizaba el cuidado al inicio del turno ya sea por el día o por la noche, pero eran al inicio de turno, yo sé que los pacientes estaban sedados y no pueden responder, sin embargo, ellos escuchaban por eso aprovechaba en realizar una oración y si encontraba a algún familiar también realizaba la oración con el familiar siempre E8.

[...]Lo hacía por las mañanas con un pequeño culto, posteriormente al terminar mis actividades, acercándome a cada uno de mis pacientes a leerles la palabra de Dios y orar con cada uno de ellos alrededor de las 4:00 pm más o menos y al terminar el turno me despedía de cada uno de ellos orando E11.

[...]Después de la medicación sobretodo en la tarde porque es más tranquilo E12.

[...]Durante el día cuando le hacíamos los cambios posturales, el baño, el confort E16

Para muchos pacientes, la espiritualidad representa una fuerza constante y fortalecida que trasciende lo que no se puede explicar racionalmente. En determinados momentos de su enfermedad, esta dimensión espiritual cobra una mayor importancia y significado, brindando a los pacientes una sensación de propósito y profundidad en su proceso. El cuidado Espiritual que brinda enfermería va a depender de la valoración que realice el profesional al iniciar su cuidado “que le permite reconocer signos y síntomas de alarma, al igual que manifestaciones respecto al equilibrio emocional del paciente. Por ejemplo, si a la entrevista esta retraído o muy molesto, si sus respuestas son cortas, con voz baja, si solo quiere estar con los ojos cerrados y no desea dialogar”, actitudes que nos dicen que el paciente necesita apoyo espiritual (Velasquez, 2018).

Subcategoría 2 Expresiones del paciente que alertan la necesidad del cuidado espiritual.

El profesional de enfermería percibió los beneficios del cuidado espiritual a través de las expresiones del paciente COVID, evidenciándose expresiones no verbales como: cambios en los monitores en el caso de pacientes críticos sedados, llanto posteriormente al recibir el CE, los

pacientes que salen de la etapa crítica agradecen porque recuerdan que les animaban y oraban con ellos a pesar que estaban dormidos (sedados). Que se manifiestan a través de las siguientes declaraciones:

[...]He percibido que cuando el paciente recibía las oraciones es como que el corazón se les aceleraba un poco más, es lo que pude observar en los monitores como que el corazón aceleraba, esa experiencia le hemos visualizado acá a través de los monitores. Y esto ha pasado no solo con uno sino con varios pacientes. Entonces decía que sí, que el paciente me estaba escuchando y cuando dejaba de orar el paciente se iba calmando E2.

[...]Durante el pase de turno estaba muy cansada y me di cuenta que una paciente estaba llorando (yo pensé en mi corazón, señor, no tengo tiempo, pero tengo que tomarme este minuto para poder preguntarle a la señora qué es lo que le sucede, le dije cuéntame qué cosa te sucede tomando su mano, tomaba sus manos, logré que me cuente su dolencia, su preocupación, lo único que yo podía hacer les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios me permites orar, y orábamos y se quedó más tranquila E5.

[...]Es más cuando están entubados y yo sé, tengo la percepción de que ellos de todas maneras por más que estén con ese sueño profundo ¿no? Con esa sedación profunda siempre siento que ellos escuchan porque en varias oportunidades he tenido he visto se les sale como una lagrima, palabras no hay muchas, pero son cositas que nosotros tratamos, les decimos que no están solos que tengan fe y que crean bastante en Dios E14.

[...]La gente se muestra más dispuesta a escuchar, más receptiva de las cosas espirituales, antes se les hablaba y si, si decía, pero ahora te agraden de corazón cuando un paciente se recupera no se cansa de agradecer como estamos expuestos con riesgos y peligros nos insta a prepararnos más, a orar más, a confiar más en Dios, porque de lo que uno se alimenta puede compartir de lo que no tiene no puede compartir E16.

[...]Ahora la gente está más asequible a hacer una oración a compartir la palabra en la medida que sea posible. He sentido un cambio como de una medida de emergencia E17.

Las personas con enfermedades de COVID-19 experimentan cambios repentinos en sus vidas, lo que genera estrés psicosocial, dudas, temores de una muerte inminente y una necesidad de trascender, entre otros aspectos. Conocer estos elementos es crucial para que los cuidados de enfermería sean holísticos, seguros y humanizados, y así favorecer la recuperación óptima del paciente. Considerando que los pacientes llegan a la UCI consientes, con gran incertidumbre, angustia, miedo y pensando que al ser entubados no van a despertar más (Echevarría, 2022)

Subcategoría 3 Limitantes ante los cuidados espirituales.

Las limitantes ante el cuidado espiritual que tuvieron los enfermeros fue el uso de EPP, el miedo a contagiarse y el factor tiempo por la cantidad de pacientes enfermeros con esta epatología. Que se manifiestan a través de las siguientes declaraciones:

[...]El EPP, ya que estábamos con nuestras máscaras y los equipos de filtros, lo único que se veían eran nuestros ojos. Hemos cuidado muchos pacientes en tiempo de pandemia no había tiempo aparentemente E5.

[...]Nosotros estábamos con el EPP no podían ver nuestro rostro y algunos médicos también nos apoyaban con la oración y esperábamos que el paciente quede dormido. Además, por el tiempo dado que manejábamos tres pacientes entubados el tiempo no nos alcanzaba E7.

[...]Al inicio nos encontrábamos muy asustados, muy desconfiados de que en cualquier momento nos pudiéramos contagiar, ahora el trabajo es muy distinto íbamos a trabajar con nuestro uniforme liviano y ahora todo lo que tenemos que cargar, con los riesgos y cuidados que debemos de tener E16.

[...]Por la naturaleza de la enfermedad muchos de ellos no despiertan, y no se logró evaluar el cuidado espiritual brindado E17.

En tiempos recientes, enfrentamos una situación inédita debido a la pandemia, donde el miedo es una constante. Aunque el miedo al contagio ha sido común durante epidemias, en este caso se intensifica debido a las características particulares del virus. Detrás del miedo al contagio se encuentra el temor a la muerte, uno de los principales temores humanos. El riesgo de contagio con COVID-19 es constante porque no se puede determinar con precisión el momento del contagio, lo que expone a las personas a riesgos, complicaciones y a la gravedad de la enfermedad, que en muchos casos puede ser letal. Este contexto genera un miedo adicional en las enfermeras, quienes, al estar en contacto cercano y prolongado con los pacientes, enfrentan un mayor riesgo. Esta preocupación es mayor sobre todo por el temor de ser un foco de infección para sus familiares que conviven con ella, que en muchos casos son vulnerables a la enfermedad (Sánchez Vera & Santos Falcón, 2021).

Durante la pandemia de COVID-19, los profesionales de enfermería enfrentaron un nuevo desafío, marcado por el miedo a infectarse e infectar a otros. Además, tuvieron que lidiar con la dificultad de gestionar las condiciones y relaciones de los pacientes en un entorno altamente estresante. El trabajo intensivo en este contexto agota física y emocionalmente a las enfermeras, pero siguen mostrando el espíritu de dedicación y sintiendo una gran responsabilidad con los pacientes para superar la pandemia, con resiliencia y espíritu de compromiso profesional para superar las dificultades (Blanco-Nistal et al., 2021).

Es válido reconocer los crecientes casos de sufrimiento espiritual en pacientes con diagnóstico de COVID-19. Sin embargo, el cuidado espiritual a menudo se pospone bajo el pretexto de bajo conocimiento del equipo multidisciplinario y del equipo de enfermería sobre la espiritualidad y el cuidado de prácticas espirituales que se pueden implementar para evitar el sufrimiento espiritual de los pacientes (Dantas et al., 2022).

Asimismo, también la utilización de Equipos de protección personal dificultaba muchísimo el poder comunicarse con el paciente, el oírlo de forma correcta (el enfermero con su EPP y el paciente con su máscara de alto flujo) el hecho de no poder brindar una sonrisa, o dar un toque de manos, el hecho hasta de saber si es hombre o mujer quien los atendía, causaba mucha zozobra en el paciente crítico (Franco et al., 2021).

Subcategoría 4: Sentir del enfermero al brindar cuidado espiritual.

El sentir del profesional de enfermería al brindar el cuidado espiritual fue de fortaleza, de reforzar la confianza en Dios, satisfacción al compartir el amor a Dios, activó y aumento la espiritualidad, un despertar hacia lo espiritual. Que se evidencian a través de los siguientes testimonios:

[...]En realidad, me ayudó bastante. yo creo que no solamente a mí sino a los compañeros, me fortaleció, me ayudó a crecer, ver los milagros porque veíamos a pacientes muy críticos. Yo creo que me fortaleció y a confiar más en Dios E1

[...]Es una emoción saber que el paciente me está escuchando y que por lo menos estoy haciendo algo por la vida de ese paciente E2.

[...]Yo me siento satisfecha porque de esta manera estoy predicando y brindado el amor de Dios a cada uno de ellos E4.

[...]Me fortalecía bastante, tenía esperanza ha sido una experiencia única, el poder acompañar al paciente hasta en su último suspiro E5.

[...]Agradezco a Dios por preservarme la vida, fue una gran bendición poder compartir con los pacientes el amor de Dios.

Es una alegría cuando vemos que el paciente se recupera, se siente un alivio y mucha calma E7.

[...]Me mantiene espiritualmente más activa, me hace sentir bien, también me siento más tranquila al realizar el apoyo, me siento satisfecha y feliz E8.

[...]Para mí fue enriquecedor, me ayudó a crecer espiritualmente, me hace sentir que puedo dar cuidados con mi profesión y también de la mano de Dios, me siento muy feliz de brindar ese apoyo y recibir la gratitud de los pacientes E11.

[...]A mí como persona me consuela bastante, porque, quisiera dar más, quisiera hacer algo más, pero no se puede E14.

[...]Siento que ahora estoy más enfocada, en la fe que yo tengo, el cobijo que yo me he dado en la oración para fortalecerme. Muy agradecida a Dios porque incluso mi esposo y yo nos enfermamos, he sentido que mis oraciones han sido escuchadas. Mi esposo incluso ingreso a UCI y Dios me lo devolvió.

[...]Me ha ayudado a reforzar mi confianza en Dios, me satisface ver a pacientes recuperándose, saliendo de alta, y aunque otros descansan me queda la seguridad de que se han ido confiando en el poder de Dios E18.

[...]En enfermería hay un despertar por las cosas espirituales. Hasta en mi hogar estamos más cercanos, más compenetrados E19.

Al respecto, De White (2012) sostiene “El amor que Cristo infunde a todo nuestro ser es un poder vivificante, da salud a cada una de nuestras partes vitales: el cerebro, el corazón y los nervios. Las energías más potentes de nuestro ser despiertan y entran en actividad, libra el alma de culpa y tristeza, de la ansiedad y congoja que agotan las fuerzas de la vida, con él vienen la serenidad y la calma, implanta en el alma un gozo que nada en la tierra puede destruir: el gozo que hay en el Espíritu Santo, u gozo que da salud y vida”.

De manera similar a lo afirmado por Swanson, quien considera que el cuidado es una forma de relacionarse con el otro, en la que surgen sentimientos de compromiso y responsabilidad. En este enfoque, los procesos fundamentales de conocimiento, estar presente, actuar, posibilitar y mantener creencias reflejan claramente la cosmovisión del cuidado. Que trasciende hacia el otro, en tiempo y espacio, tal y como lo afirma Leonardo Boff, al referir a los individuos como seres esencialmente de cuidado, donde la salud de uno depende la salud del otro, dependencia que es asumida conscientemente como solidaridad, en el que pone en descubierto la corresponsabilidad de las acciones, así como la reflexión espiritual sobre el significado y amor a la vida (Perez-Toriz et al., 2021).

Asimismo, Raile y Marriner (2018) sostiene lo afirmado por Jean Watson en su teoría del Cuidado Transpersonal, que el cuidado humano que incluye: el conocimiento de sí mismo, necesidades reconocidas por la misma persona, proceso de cuidado, así como el sentido de la espiritualidad de la persona, ya que esto ayuda a los profesionales de enfermería, así como a la

persona cuidada a descubrir el significado y la armonía en un escenario complejo, por otra parte, se destacan las habilidades del profesional de enfermería que favorecen el vínculo del cuidado transpersonal.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo identificar y analizar la percepción de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el cuidado espiritual a pacientes con COVID, emergiendo, las siguientes categorías: percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual. prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera. percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente ante el cuidado espiritual y beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19.

Los profesionales de enfermería consideran que las competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales percibidas, son atribuidas a sus propia experiencia, creencias, religión y costumbres. La pandemia ha permitido brindar las competencias en cuanto al cuidado espiritual como consecuencia de conocimientos teóricos-prácticos previos y la familiaridad de la especialidad en cuidados intensivos que producen procesos conscientes en sentido amplio de las situaciones emergentes como es el de la pandemia, teniendo formación específica en espiritualidad y la propia espiritualidad/religiosidad de la profesional de enfermería.

En cuanto a la práctica sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera en la unidad de cuidados intensivos a paciente con COVID 19, las expresiones revelan que existe la necesidad de satisfacer aspectos espirituales como la oración, alabanzas, canto o música cristiana precisa en su lecho expresar palabras de aliento y promesas bíblicas para dar soporte emocional se vincula con el acompañamiento y el contacto físico proporciona expresiones alentadoras o esperanzadoras en el paciente quien en los diversos casos sus expresiones son de agradecimiento sincero. En esta

misma línea, las acciones promueven el buen morir a través de la fortaleza y confianza en Dios para abordar el cuidado que se le ofrece ante temor de morir por causa de la pandemia.

Por otro lado, la percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con el Coronavirus ante el cuidado espiritual el paciente-familia responde con expresión de paz espiritual seguridad y confianza en las acciones del cuidado que le ofrece. Además, valora las acciones de la enfermera que proporciona a través de una sonrisa, gesto de amabilidad, la observa con detenimiento expresando admiración o, todo lo contrario. El acompañamiento la presencia es un elemento que proporciona serenidad y tranquilidad que se cuenta con la disponibilidad de ayudar al otro ante situaciones adversas.

Finalmente, beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con el coronavirus. En las áreas críticas, la prioridad es condición de salud de la persona. Sin embargo, la experiencia de vivir entre el riesgo de perder la vida es un dilema de posibilidades e incertidumbre. Por lo que la persona necesita prepararse para aceptar los diagnósticos y muerte.

Esta situación de inestables emociones desbordantes e inesperada, requieren de un momento de supervivencia y de refugio para el camino a la trascendencia en su mayoría hacia Dios para el tránsito entre la vida y la muerte. La fortaleza de esa fe trae consigo paz existencial por lo que cualquier momento es ideal para compartir expresiones de amor y fe motivadores y esperanzadora para el paciente y el enfermero. Compartir patrones culturales que difieran de mi aceptación es un tema que necesita desarrollar cuidados culturales que implica el abordaje del respecto de las costumbres creencias en el otro.

Se concluye que las profesionales de enfermería reconocen la trascendencia del cuidado espiritual que se manifiesta a través de las competencias espirituales realizadas muy

conscientemente, las mismos que han ayudado a su crecimiento espiritual , jerarquizando sus valores y creencias, fortaleciendo las relaciones con pacientes y seres queridos en su integridad de mente, cuerpo y espíritu, siendo un compromiso importante brindar cuidados respetando la dignidad humana, que buscan el bienestar espiritual de los pacientes.

Recomendaciones

Se sugiere fortalecer las competencias espirituales desde la formación académica de los enfermeros, así como también entrenar en el ámbito hospitalario el cuidado espiritual para garantizar el bienestar espiritual en los pacientes críticos y en el profesional de salud que labora en estas unidades. Ya que algunos participantes son egresados de nuestra institución y reconocen que fueron formadas en pregrado para brindar cuidado espiritual

Se recomienda que las prácticas del cuidado espiritual que brinda el enfermero deben ser personalizadas involucrando a la familia en el proceso. Pues, durante la pandemia la familia no pudo participar directamente con el cuidado del paciente, solo lo hacían por telellamada, pero según las experiencias de los mismos enfermeros cuidadores mencionaron que al brindar cuidado espiritual al paciente incluso al familiar los reconfortaba y referían tener más fortaleza.

Se recomienda, la realización de este tipo de investigaciones sobre el cuidado espiritual brindado por enfermería, ya que se ha observado a través de la entrevista, que ha habido un despertar en el personal de enfermería en brindar el cuidado espiritual a los paciente y familia. Evidenciándose inclusive que ellas mismas refirieron la gran necesidad de autocuidado espiritual, reconociendo que no podemos dar lo que no tenemos

Referencias bibliográficas

- Alarcón Rivas, H. A. (2012). *Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/Sida en el Hospital Nacional Dos de Mayo*.
- Allande Cussó, R. . N. N. C. . P. de S. A. Ma. (2020). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *ELSEVIER Enfermería Clínica*, 1–6.
- Alvarado-Valle, Eduardo.; Rodríguez-Jiménez, Sofía.; Cárdenas-Jiménez, M. ., & Pacheco-Arce, A. L. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. En *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* (Vol. 26, Número 1).
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181j.pdf>
- Alvarado-Valle, E., Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., & Pacheco-Arce, A. L. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(1), 56–61.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181j.pdf>
- Anggun, F., Novieastari, E., & Nuraini, T. (2019). Perception on spiritual care: Comparison of the nursing students of public university and religious-based university. *Enfermeria Clinica*, 29(52), 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.009>
- Antayhua Ortiz, A. L. A., & Meneses La Riva, M. E. (2015). Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional. *Cuidado y Salud*, 2(2), 203–212.
- Asociación Peruana Facultades y Escuelas de Enfermería, Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Enfermería: Formación ética para la vida*. 78. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ayamamani Condori, E. (2021). *Evidencias sobre la espiritualidad como una forma de cuidados de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos* [Universidad Peruana Cayetano

Heredia].

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11454/Evidencias_Ayamama_niCondori_Edith.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Benito, E., Dones, M., & Babero, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13(2–3), 367–384. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54442>

Berman, Audrey .; Snyder, Shirlee J.; Kozier, Barbara.; Erb, G. (2013). *Fundamentos de enfermería* (8va ed.). Pearson.

<https://suretkasoluciones.wixsite.com/librosmedicinapdf/post/fundamentos-de-enfermería-conceptos-proceso-practicas-kozier-y-erb-9na-edición-volumen-2-pdf-mega>

Blanco-Nistal, M. M., Tortajada-Soler, M., Rodríguez-Puente, Z., Puente-Martínez, M. T., Méndez-Martínez, C. ., & Fernández-Fernández, J. A. . (2021). Percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería en el contexto de la crisis del COVID-19. *Enfermería Global*, 20(4), 44–60. <https://doi.org/10.6018/eglobal.479441>

Bocanegra Pérez, Ana.; Rojas Jiménez, Ana.; Rios, Angeles Angeles.; Martín Reyes, Beatriz.; Sánchez Almagro César Pedro.; Coca Boronat, Enrique.; Sanchez Roper, Eperanza.; Rodríguez Ruiz, Hugo José.; Rodríguez Morales, Inmaculada.; Tello García Javier Je, V. (2013). *Cuidados de Enfermería en la atención Extrahospitalaria Grupo regional de Cuidados de EPES. Diciembre 2013 1 de 109.*

Boff, L. (s/f). *Saber Cuidar*. Recuperado el 9 de septiembre de 2018, de

<http://www.rumbosostenible.com/wp-content/uploads/Saber-Cuidar-Libro-de-Leonardo-Boff.pdf>

Boff, L. (2012). *El cuidado necesario* (1a ed.). TROTTA.

<https://doi.org/10.5040/9798400693434.0006>

- Cabarcas, C. Moreno, L. Rojas, M., Consuegra, N. Pallares, O. Missath, S., Payares H, O., & Missath, S. (2014). Práctica de la espiritualidad en el cuidado de enfermería en área de hospitalización. *Rev. salud mov*, 6(1), 23–30.
- Campo Campo, Ana María.; Rivas Salazar, D. (2017). *Significado de la espiritualidad en pacientes con enfermedad oncológica*.
http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8393/Significados_espiritualidad_pacientes.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castañeda-flores, T., & Guerrero-castañeda, R. F. (2019). *Comte Spondile, A. Diccionario filosófico. Barcelona: Paidós; 2003. 10(3)*, 1–11.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n3/2346-3414-cuid-10-3-e724.pdf>
- Castañeda-Hernández, M. A. (2014). Satisfacción con el cuidado y bienestar espiritual en el paciente con cáncer. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.*, 3(22), 121–122.
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/3/4
- Castillo Mancera, F., Domínguez García, J. F., Rodríguez Rodríguez, M. G., Luna Gómez, Y. A., & Guerrero Castañeda, R. F. (2023). Artículo Original. *Gaceta Médica Boliviana*, 46(2), 13–19. <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.654>
- Colegio de Enfermeros del Perú. Consejo REgional. (2008). *Código de Enfermeros del Perú*. Colegio de Enfermeros del Perú. <http://ceptumbes.org.pe/documento/1.pdf>
- Conde Sarango, M. A., & Rodríguez Díaz, J. L. (2022). Percepciones del cuidado espiritual de enfermería por pacientes recuperados por Covid- 19. Una exploración fenomenológica. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*, 15(4), 549–554.
<https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2022.154.1632>

- Cone, P. H., Lassche-Scheffer, J., Bodil, B., Kuven, B. M., McSherry, W., Owusu, B., Ross, L., Schep-Akkerman, A., Ueland, V., & Giske, T. (2023). Strengths and challenges with spiritual care: Student feedback from the EPICC Spiritual Care Self-Assessment Tool. *Nursing Open*, 10(10), 6923–6934. <https://doi.org/10.1002/nop2.1946>
- Congreso de la República del Perú. (2017). Constitución Política Del Perú. *Constitución Política Del Perú 1993*, 1–136. <http://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucionparte1993-12-09-2017.pdf%0Ahttp://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucion1993-01.pdf>
- Coto Ixtepan, Jovana Gisselle.; García Velasco, Rosa.; Meza Bautista, Carolina.; Peláez Melo Osanna.; Ronquillo Ronquillo, A. C. (2016). *Teoría Del Cuidado Humano - Jean Watson* (p. 16). <https://es.scribd.com/doc/313098980/Teoria-Del-Cuidado-Humano-Jean-Watson>
- Cuartas-Hoyos, P., Charry-Hernández, R.-L., & Ospina-Muñoz, P. (2019). Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(1), 1–17. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>
- D. Aarón Muñoz Devesa. (2017). *Una visión de los cuidados espirituales de San Juan de Dios, influidos por San Juan de Ávila, desde las taxonomías enfermeras actuales*. <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2459/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dantas, A. C., Araújo, J. N. M. de, Borges, B. E. C., Silva, A. B. da, Medeiros, H. P. da S., Melo, L. C. de, & Vitor, A. F. (2022). Spiritual care in patients hospitalized with COVID-19: scoping review. *Rev Rene*, 23, e81367. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222381367>
- De Lourdes, R. P. (2016). Dimensión espiritual del cuidado de enfermería. En *Universidad Nacional de Colombia*. (Vol. 4, Número None). Universidad Nacional de Trujillo.

- De Lourdes Retamoza, P. (2016). *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería para el cliente hospitalizado*. [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5898/TESIS DOCTORAL PATRICIA DE LOURDES RETAMOZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5898/TESIS_DOCTORAL_PATRICIA_DE_LOURDES_RETAMOZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- de White, E. G. (2004). *El camino a Cristo* (As. C. E. Sudameericana (ed.)).
https://www.adven7.org/books/pdf/el_camino_a_cristo.pdf
- De White, E. G. (2012). *El Ministerio de Curación*. Asociación Casa Editora Sudamericana.
<https://elministeriodecuracion.tripod.com/ElMinisterioDeCuracion.pdf>
- Dezorzi, Luciana Winterkorn.; Crossseti Oliveira, M. D. G. (2008). SPIRITUALITY IN SELF-CARE FOR INTENSIVE CARE NURSING PROFESSIONALS A ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO DE SI PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA. *Latino Americana de Enfermería*, 16(2). www.eerp.usp.br/rlae
- Do Prado, Marta Lenise.; de Souza, María de Lourdes.; Monticelli, Marisa.; Cometto, María Cristina.; Gómez, P. F. (2013). *Metodología y didáctica Investigación cualitativa en enfermería . Metodología y didáctica*.
- Echevarría Schmidt, H. (2022). *Dimensión espiritual y tiempos de calidad de vida en pacientes postextubados COVID-19 en una clínica de Lima*. <https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00>
- Espinosa Aguilar, Anibal.; Gibert Lamadrid, María Del Pilar.; Oria Saavedra, M. (2016). El desempeño de los profesionales de Enfermería Nursing professionals' performance. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(1), 87–97. <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu>
- Fallek, R., Corey, K., Qamar, A., Vernisie, S. N., Hoberman, A., Selwyn, P. A., Fausto, J. A., Marcus, P., Kvetan, V., & Lounsbury, D. W. (2020). Soothing the heart with music: A feasibility study of a bedside music therapy intervention for critically ill patients in an urban

hospital setting. *Palliative and Supportive Care*, 18(1), 47–54.

<https://doi.org/10.1017/S1478951519000294>

Fernández-Marcote Sánchez, Rosa María.; Álvarez Munárriz, Luis.; Sánchez Sánchez, F. (2017).

Dimensión espiritual en cuidados paliativos [Universidad de Murcia].

<http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2017/07/TESIS-CUIDADOS-PALIATIVOS-Y-DIMENSION-ESPIRITUAL-ROSA-FDEZ-MARCOTE.pdf>

Franco Coffré, J. A., Mariño Cano, H., Morán Asencio, R. P., & Yugcha Andino, G. E. (2021).

El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID 19. *Polo del conocimiento*, 6(10), 457–469.

<https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3214/7122>

Galeano, E. (1998). *Patatas Arriba La Escuela del Mundo al Revés*.

https://resistir.info/livros/galeano_patas_arriba.pdf

Gallego, Y., Agudelo, A. M., & Vallejo, J. (2021). Acompañamiento espiritual a pacientes en

fase terminal: una perspectiva desde la humanización de salud. *Revista Universidad Católica de Oriente*, 32, 20.

García Sánchez, E. (2020). Humanizar la Muerte en Tiempos de Crisis Sanitaria: Morir

Acompañado, Despedirse y Recibir Atención Espiritual. *Cuadernos de bioética : revista oficial de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 31(102), 203–222.

<https://doi.org/10.30444/CB.62>

Golino, A. J., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T. M., Meadows,

A., Zhang, Z., & Friesen, M. A. (2019). Impact of an active music therapy intervention on intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 48–55.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2019792>

- González M, M. C. (2020). Covid -19 -Ciencia-Espiritualidad y Salud: el camino de regreso a casa. *Salud bienestar colect*, 4(3), 22–38.
<https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/97/91>
- Guerrero-Ramírez, R., Riva, E. M.-L., De, M., & Cruz-Ruiz, L. (2016). Cuidado humanizados de enfermería según la teoría de Jean Watson del servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima - Callao,2015. En *Rev enferm Herediana* (Vol. 9, Número 2).
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
- Guillén, D. M., & Cuevas, L. (2012). Aportaciones del humanismo en la formación de las enfermeras. *Revsta Iberoamericana de Educación e investigación en Enfermería*, 2(2), 42–45.
- Gutiérrez, A. M. (2015). La música en el desarrollo de la espiritualidad y la religiosidad. Una aproximación al Cristianismo y al Budismo. *Revista de Ciencias de las Religiones*, 20, 91–110. <https://doi.org/10.5209/rev-ILUR.2015.v20.50406>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takao Lopes, C. (2023). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación* (12a ed.).
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (S. A. D. C. V. INTERAMERICANA EDITORES (ed.); Sexta Edic). MCGRAW-HILL.
- Herrera, B. S., & De Enfermería, F. (s/f). *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería*.
- Hibner, J. (1975). Obliczanie Przepiec Laczeniowych Bezpiecznikow Aparatowych Przy Pradzie Przemiennym. *Przegl Elektrotech*, 51(11), 453–454.
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones Sobre La Salud Mental En La Pandemia De Covid-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 1, 1–8.

- Johnson, K., Fleury, J., & McClain, D. (2018). Music intervention to prevent delirium among older patients admitted to a trauma intensive care unit and a trauma orthopaedic unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.007>
- Johnston Taylor, E. (2018a). Enseñanza espiritualmente sensitiva en el área de enfermería. *Revista de Educación Adventista*, 44(1), 1–13. <http://dx.doi.org/10.1186/s13662-017-1121-6>
<https://doi.org/10.1007/s41980-018-0101-2>
<https://doi.org/10.1016/j.cnsns.2018.04.019>
<https://doi.org/10.1016/j.cam.2017.10.014>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apm.2011.07.041>
<http://arxiv.org/abs/1502.020>
- Johnston Taylor, E. (2018b). Enseñanza espiritualmente sensitiva en el área de enfermería. *Holistic Nursing Practice*, 22(3), 154–159. <https://jae.adventist.org/es/2018.2.4>
- Jones, Patricia S.; James, Barbara R.; Owino, Joyce.; Abemyil, Marie.; Paredes de Beltrán, Angela.; Ramal, E. (2018, diciembre). Un marco distintivo para la enfermería adventista. *Revista Educación Adventista*. <https://jae.adventist.org/es/2018.2.2>
- José Carlos Bellido Vallejo Enfermero Área Quirúrgica Complejo Hospitalario de Jaén José Francisco Lendínez Cobo, C. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN* (1a ed.). www.enfermeriajaen.com
- León, J. (2017). *El significado del ser y el quehacer de su profesión para la enfermera de un hospital castrense*. 189. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6874/Leon_rj.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Loza Sosa, J. M. (2022). Percepción de profesionales de enfermería sobre la satisfacción de necesidades espirituales del paciente con cáncer. *Revista Científica de Salud UNITEPC*, 9(1), 39–47. <https://doi.org/10.36716/unitepc.v9i1.103>

- Mamier, I. ., Ramal, E. ., Petersen, A. B., & Elder, H. (2017, octubre). *Invitación a un diálogo espiritual: Una perspectiva de Loma Linda*. Educación Adventista.
<https://jae.adventist.org/es/2018.2.5#>
- Mamier, I., Ramal, E., Berit Peterson, A., & Elder, H. (2018). Invitación a un diálogo espiritual. *Revista de Educación Adventista 44:1*, 44(1).
<https://www.journalofadventisteducation.org/es/2018.2.5>.
- May Utis, S.; Hernández Martínez, N. (2015). Cotidianeidad del cuidado de enfermería: un análisis conceptual de espiritualidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(3), 78–84. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200007>
- Mejía Navarrete, J. (2000). El muestreo de la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 165–180.
- Millás Mur, J. (2020). Cuidados paliativos integrales en tiempos de COVID-19. *UDEP*.
<http://udep.edu.pe/hoy/2020/cuidados-paliativos-integrales-en-tiempos-de-covid-19/>
- Ministerio de Salud. (2011). Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. En *Minsa*. <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020a). *Documento Técnico: Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica*.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/687500/R.M._N__254-2020-MINSA.PDF
- Ministerio de Salud. (2020b, diciembre 13). *Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud*. Sala Situacional COVID-19 Perú. https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- Morales Contreras, B. N., & Palencia Sierra, J. J. (2021). Dimensión espiritual en el cuidado enfermero. *Enfermería Investiga*, 6(2), 51–59.
<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1073/987>

- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12, 263–274.
<http://jbposgrado.org/icuali/Criterios de rigor en la Inv cualitativa.pdf>
- Olivé, Ferrer. Carmen; Isla, P. M. P. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Rol de Enfermería*, 2(38), 43–48.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65766/1/647485.pdf>
- OPS/OMS. (2020, junio 19). *Seminario web: Cuidados Paliativos durante COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/es/node/71350>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, octubre). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*.
- Organización Mundial para la Salud. (2020). *Cuidados paliativos*. OMS.
<https://doi.org/10.15448/2357-9641.2020.1.33815>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (2020, octubre 14). *La pandemia por COVID-19 revela la creciente necesidad de servicios de cuidados paliativos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/noticias/14-10-2020-pandemia-por-covid-19-revela-creciente-necesidad-servicios-cuidados-paliativos>
- Ortega Jiménez, M., Ojeda Vargas, M. G., Ortiz Domínguez, A., & Guerrero Castañeda, R. F. (2016). Espiritualidad y cuidado de enfermería / Spirituality and nursing care. *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 5(10), 231.
<https://doi.org/10.23913/ricsh.v5i10.86>
- Pacheco Barrios, M. C. (2021). *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería al enfermo de covid-19 en fase aguda o terminal y su familia*.

[https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/4358/Pacheco%2C María Camila.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/4358/Pacheco%2C%20Mar%C3%ADa%20Camila.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Paredes Aguirre de Beltrán, A. (2017). *Ética cristiana en la enfermería* (F. E. 2017 Universidad Peruana Unión (ed.)).

https://books.google.com.pe/books/about/Ética_cristiana_en_la_enfermería.html?id=h73PxgEACAAJ&redir_esc=y

Pérez-García, E. (2016a). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Cuidados Humanizados*, 5(2), 2393–6606.

<https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>

Pérez-García, E. (2016b). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Cuidados Humanizados*, 5(2), 41–45.

<https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>

Pérez-García, E. (2016c). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedades en etapa terminal . *Cuidados Humanizados*, 5(2), 41–45.

<https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>

Perez-Toriz, J. E., Báez-Hernández, F. J., Flores-Merlo, M., Nava-Navarro, V., Morales-Nieto, A., & Zenteno-López, M. A. (2021). El significado del cuidado enfermero en el contexto de la pandemia COVID-19. *Revista de Enfermería SANUS*, 5(1), 1–13.

<https://doi.org/10.53684/csp.v1i1.10>

Potter, Patricia A.; Perry, Anne griffin.; Stockert, Patricia A.; Hall, A. M. (2014). *Fundamentos de Enfermería* (Elsevier (ed.); 8va ed.).

<https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788490225356/Fundamentos+de+Enfermería+Ed+8º>

- Prado, M., & Alves, M. (2011). Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería: Vocalías, y Finalidades. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 1(1), 18–21. www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/6/la-asociacion-latinoamericana-de-escuelas-y-facultades-de-enfermeria-vocalias-y-finalidades/#
- Prias Vanegas, H. E. (2017). Cuidado humanizado: Un desafío para el profesional de enfermería. *Revista Salud*, 3(1), 26–30.
<https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575/620>
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). Teorías intermedias en Enfermería. En *Modelos y teorías en enfermería*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2018). *Modelos y teorías en Enfermería* (9a ed.). Elsevier.
- Reig-Ferrer, A.; Fernández-Pascual, M.D.; Santos-Ruiz, María.; Arredondo-González, C.P.; Cabañero-Martínez, M.J.; Cabrero-García, J. ., & Ramos-Pichardo, J. D. (2016). *Integración de los cuidados espirituales en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención educativa*. <https://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes-2016/documentos/tema-2/807582.pdf>
- Ríos Núñez, C. P. (2024). *Significado del cuidado de enfermería en la dimensión espiritual al adulto mayor hemodializado – Hospital EsSalud Trujillo*. [Universidad Nacional de Trujillo]. <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/68743612-0b26-4012-892c-701287c22194/content>
- Rivera Álvarez, L. N., & Triana, Á. (2007). *Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica de Country*. https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE

_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf

Rodríguez-Jiménez, S. Cárdenas-Jiménez, M.; Pacheco-Arce, A.L.; Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145–153. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(14\)70927-3](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(14)70927-3)

Rodríguez-Jiménez, S.; Cárdenas-Jiménez, M.; Pacheco-Arce, A.L.; Ramírez-Pérez, M. (2014). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 11(4), 145–153. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706314709273>

Rodríguez Villanueva, A. M. (2024). Cuidado espiritual del profesional de enfermería según perspectiva de los usuarios de un hospital [Universidad Nacional de Trujillo]. En *Lexus*. <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9ba22adb-849b-4cb7-ad18-eb1dc2f24332/content>

Rosas Jiménez, C. A., & Díaz Díaz, Á. (2017). La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo. *Persona y Bioética*, 21(2), 280–291. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2017.21.2.8>

Roy, C. (2018). Spirituality based on the roy adaptation model for use in practice, teaching and research. *Aquichan*, 18(4), 393–394. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.1>

Rufino Castro, M. ., & Blasco Blasco, T. (2015). *Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo*. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/289640/mrc1de1.pdf?sequenc>

Sanchez, B. (2004). Dimesnsión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *Aquichan*, 4, 6–9. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v4n1/v4n1a02.pdf>

- sánchez, B. (2004). *Dimensión Espiritual del Cuidado de Enfermería en situaciones de cronicidad y muerte* (Editorial Universidad Nacional de Colombia (ed.); primera).
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>
- Sánchez Herrera, B. (2004). *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte* (1era ed.). Universidad Nacional de Colombia.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>
- Sánchez Vera, K. M. (2023). *Significado del cuidado humanizado a pacientes con COVID-19 para la enfermera de un servicio de emergencia de un hospital de EsSalud*.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/19400/Sánchez_vk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez Vera, K. M., & Santos Falcón, G. C. (2021). Significado del cuidado humanizado para la enfermera en un servicio de emergencia en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1), e4368. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4368>
- Santana Biondo, Chrisn.; Antunez Ferraz, Mariana Oliveira.; Miranda Silva, María Lucía.; Danha Yarid, S., Ferraz, A., Lucia, M., Silva, M., & Yarid, S. D. (2017). Espiritualidad en los servicios de urgencia y emergencia. *Rev. bioét. (Impr.)*, 25(3), 596–602.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422017253216>
- Sierra Leguía, L. A. (2014, octubre). *La espiritualidad y el cuidado de enfermería*. Ciber Revista.
- Terceño López, C. (2017). *Vivencia de la atención espiritual del equipo de enfermería en un hospital público*.
<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/460764/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Tetzlaff de Gerone, L. G., & Acyr de Gerone, J. (2020). Un estudio sobre la espiritualidad en el cuidado de la salud. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Cnhecimento*, 1, 137–156. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-de-la-religion/salud-desde-una-perspectiva-teologica>
- Torres Contreras, C. C., Vargas Escobar, L. M., Triana Rodríguez, J. Y. ., & Cañon-Montañez, W. (2023). Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura. *Revista Cuidarte*, 14(2), 1–15. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2635>
- Umbrello, M., Sorrenti, T., Mistraletti, G., Formenti, P., Chiumello, D., & Terzoni, S. (2019). Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: A systematic review of randomized clinical trials. *Minerva Anestesiologica*, 85(8), 886–898. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.19.13526-2>
- UNESCO. (2018, mayo). *Espiritualidad y UNESCO*. <https://centrohenrikenaerts.com/wp-content/uploads/Informe-Espiritualidad-y-UNESCO.pdf>
- Uribe Velásquez, S. P., & Lagoueyte Gómez, M. I. (2014). “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avances en Enfermería*, 23(2), 261–270. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a10.pdf>
- Vargas-Escobar, L. (2017). Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*, 17(1), 30–41. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.4>
- Velasquez Chafloque, F. (2018). *Percepción del cuidado espiritual de pacientes atendidos por enfermeros del Servicio de Medicina, Hospital Regional Docente Las Mercedes 2017*. [http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4946/Velasquez Chafloque Fiorella Noemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/4946/Velasquez%20Chafloque%20Fiorella%20Noemi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Veloza Gómez, M. del M., & Pérez G., B. (2009). La espiritualidad: componente del cuidado de

enfermería. *Hallazgos*, 6(11), 151–160. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15332/s1794-3841.2009.0011.08>

Villalobos Guiza, M. N., & Villalobos Guiza, N. R. (2022). “DASEIN Y SORGE”: Significado del cuidado espiritual en la práctica enfermera una mirada judeo-cristiana. *CuidArte*, 11(21), 06–18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2022/cui2221b.pdf>

Waldow, Vera Regina.; Figueiró Borges, R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 16(4).
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_18.pdf

Waldow, V. R. . D. C. R. . B. C. G. . R. L. E. . H. N. F. . N. V. M. . A. de O. P. . C.-M. R. (2014). *Cuidado de Enfermería. Reflexiones entre dos orillas* (1era ed.).
<http://ciberindex.com/index.php/proT/article/view/pt20141/pt20141>

Watson, J. (2013). *Filosofía y teoría del cuidado transpersonal*. Teorías filosóficas.
<http://teoriasfilosoficasenfermeria.blogspot.com/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado.html>

Winterkorn Dezorzi, L., Oliveira Crossetti, M., & Graça., D. (2008). Espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva. *Latino-am-Emfermagen*, 16, 7.
www.eerp.usp.br/rlae

Apéndice

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN Escuela de Posgrado Unidad de Posgrado Ciencias de la Salud

PRESENTACIÓN: estimada(o) licenciada (o) de Enfermería la presente entrevista tiene la finalidad de recabar su opinión sobre el cuidado espiritual y sus implicancias para la profesión de enfermería.

INSTRUCCIONES: se le pide por favor la mayor sinceridad posible en sus respuestas.

Entrevista sobre Percepción de las enfermeras intensivistas sobre el cuidado espiritual a pacientes con COVID19

I. Datos socio demográficos:

1. Sexo:

- a. Masculino.
- b. Femenino.

2. Edad

- 20 – 30 años ()
- 31 – 40 años ()
- 41 – 50 años ()
- 51 – 60 años ()
- > 61 años ()

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Separada
- d. Viuda
- e. Divorciada

4. Religión

- a. Católica

- b. Evangélica
- c. Otros. Especifique _____

5. Experiencia profesional

- a. 0 – 5 años
- b. 6 a más años.

6. Grados de estudios _____

7. Servicio _____

II. Datos específicos:

1. ¿Qué es para Usted la espiritualidad?
2. ¿Qué es para usted el cuidado espiritual?
3. ¿Qué cuidados espirituales realiza Usted con los pacientes?
4. ¿Cómo brinda el cuidado espiritual a los pacientes con Covid 19?
5. ¿Cuáles son los resultados que tiene el cuidado espiritual en su experiencia profesional?

Apéndice B: Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “**Cuidado espiritual a pacientes con COVID-19 en cuidados intensivos: implicaciones para los cuidados de enfermería**”. Este trabajo académico está siendo realizado por la Mg. Delia Luz León Castro, bajo la asesoría de la Dra. Yolanda Rodríguez de Guzmán. La información otorgada será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

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.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: _____ DNI: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Apéndice C: Matriz de consistencia

Preguntas norteadoras	Objetivos	Metodología	Resultados
<p>¿Cuáles es la percepción del cuidado espiritual que brinda la enfermería en su labor profesional?</p> <p>¿Cómo son las prácticas de cuidado espiritual que brindan los profesionales de enfermería de la UCI a los pacientes con Covid?</p> <p>¿Cuál es la respuesta del paciente con Covid a los cuidados espirituales brindados por los profesionales de enfermería de la UCI?</p> <p>¿Cuáles son las implicancias que tiene el presente estudio para brindar el cuidado espiritual en pacientes Covid?</p>	<p>Identificar y analizar las percepciones que tienen los profesionales de enfermería de la UCI del cuidado espiritual al paciente con Covid.</p> <p>Analizar las prácticas del cuidado espiritual que realizan los profesionales de enfermería de la UCI.</p> <p>Identificar las respuestas del paciente Covid que recibe el cuidado espiritual del profesional de enfermería</p> <p>Determinar las implicancias del cuidado espiritual en la profesión de enfermería</p>	<p>Enfoque: Cualitativo</p> <p>Método: descriptivo exploratorio</p> <p>Escenario: UCI de un hospital del seguro de Lima</p> <p>Sujeto de estudio: profesionales de enfermería que laboran en la UCI</p> <p>Técnica: entrevista semi estructurada</p> <p>Instrumento: guía de recolección de datos</p>	<p>Categoría I: Percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual</p> <p>Subcategorías 1: Competencias Cognitivas</p> <p>Subcategoría 2 Competencias procedimentales</p> <p>Subcategoría 3 Competencias actitudinales</p> <p>Categoría II: Prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera</p> <p>Subcategorías 1: Oración y alabanzas</p> <p>Subcategoría 2 Canto o música cristiana</p> <p>Subcategoría 3 Palabras de aliento y promesas bíblicas</p> <p>Subcategoría 4 El acompañamiento y el contacto físico son expresiones alentadoras o esperanzadoras</p> <p>Subcategoría 5 Promoviendo el buen morir</p> <p>Subcategoría 6 Fortaleza y confianza en Dios para abordar el cuidado ante la pandemia</p> <p>Subcategoría 7 La convicción ante el cuidado espiritual en la fase terminal como acción humanizadora</p> <p>Subcategoría 8 Promoviendo la comunicación paciente- familia</p> <p>Subcategoría 9 Promueve sentido esperanzador a través de la comunicación verbal y no verbal</p> <p>Categoría III: Percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual</p> <p>Subcategoría 1 Expresión de paz espiritual</p> <p>Subcategoría 2 Acompañamiento hasta el final de la vida</p> <p>Categoría IV: Beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19</p> <p>Subcategoría 1 Momento del cuidado espiritual</p>

Subcategoría 2 Expresiones del paciente que alertan la necesidad del cuidado espiritual
Subcategoría 3 Limitantes ante los cuidados espirituales
Subcategoría 4.
Sentir del enfermero al brindar cuidado espiritual.

Apéndice D: Base de datos

Categorías	Subcategorías	Testimonios de los sujetos de estudio
Categoría I: Percepción del enfermero sobre el cuidado espiritual	Subcategorías 1: Competencias cognitivas	<p>E1: Es brindar apoyo emocional</p> <p>E2: Es la parte humana de uno, de sentir el amor por el prójimo y hacia los demás.</p> <p>E3: Es cuando el enfermero tiene sus propias creencias, cree en un ser superior y tiene una comunicación con él a través de la lectura de la Biblia, puede ser de que no pertenezca a ninguna religión, y lo evidencia a través de ese cuidado especial que es el cuidado espiritual.</p> <p>E4: Es brindar apoyo al paciente hablando sobre los milagros que Dios</p> <p>E5: Es hacer el bien en favor de otra persona, aportando esa salud tanto física mental y espiritual</p> <p>E6: Es respetar las creencias religiosas de nuestros pacientes</p> <p>E7: El cuidado espiritual es llevar un poco de la palabra de Dios, darles un apoyo más que emocional, es espiritual</p> <p>E8: Es el apoyo espiritual que le brindamos al paciente, es respetar su credo, es propiciar el perdón.</p> <p>E9: Es fortalecer la fe de cada paciente y también de forma personal, fortalecer la relación con Dios, lograr que la persona pueda confiar.</p> <p>E10: Es darle fortaleza al paciente mediante sus creencias religiosas, pueden ser de diferentes religiones, cuando el paciente ingresa es bueno saber una parte de El</p> <p>E11: Es brindar la seguridad, paz y también la fe de que ellos pueden recuperarse, no sólo con el paciente, sino que también con la familia que muchas veces son los que están en incertidumbre, dolor y angustia.</p> <p>E12: Es el apoyo psicológico brindándole la palabra de Dios al paciente durante su Estancia en el servicio</p> <p>E13: Cuidado espiritual no solamente es la religiosidad sino una creencia, un valor de la persona.</p> <p>E14: Es alimentar esa fe que tú tienes, día a día, es proteger y seguir cultivando esa fe que cada uno tiene.</p> <p>E15: Es el cuidado de la parte espiritual de cada paciente.</p> <p>E16: Es muy importante porque con tantas muertes que hay, encontramos gente muy asustada, sin esperanza, pero cuando uno le habla de la confianza en Dios y la tranquilidad que debe tener en confiar en él.</p>

Subcategoría 2 Competencias procedimentales

E17: La enfermera debiera tener una formación espiritual, por eso es necesario que cada enfermera tenga una comunión personal con Dios para poder nosotros compartir el cuidado espiritual con nuestros pacientes

E18: El cuidado espiritual es darles el soporte espiritual orar con ellos rezar, brindarles el soporte la confianza de que existe un Dios maravilloso, para que ellos puedan depositar toda su confianza.

E19: Creo que no lo hacemos, muy enfocados como debería, más nos abocamos a la parte de la salud física porque es prioritario también, ¡teniendo en cuenta el contexto donde nos estamos desarrollando eh!

E20: Es ver la parte de la creencia del paciente respetar las creencias del paciente

E1: Hacer una oración por el paciente realizar escucha activa para que podamos saber lo que él necesita.

E2: Es dar todo de nosotros, lo que hemos aprendido de acuerdo a los principios bíblicos, de acuerdo a los principios establecidos por Dios

E4: Paciente hablando sobre los milagros que Dios puede hacer en su vida, la paz que puede encontrar

E5: Abarca el poder orientar o guiar al paciente para buscar y encontrar a Dios en esos momentos difíciles que tiene y el poder que nosotros como enfermeros podemos darle con nuestro cuidado espiritual

E6: Brindar una atención amorosa, adecuada y con mucho respeto a sus creencias y fe.

E7: Es llevar un poco de la palabra de Dios, darles un apoyo más que emocional, es espiritual

E10: Es darle confianza y lo más importante para mí es preguntarle de que religión es para poder darle ese apoyo emocional y espiritual.

E11: Para mí es darles simplemente un toque de mano, un abrazo, una mirada con amor.

E12: Brindándole la palabra de Dios al paciente durante su estancia en el servicio

E13: Ayudándole a orar, o que tenga confianza en un ser superior para él.,

E14: Es el cuidado que le damos al prójimo al paciente como si fuéramos nosotros mismos

Subcategoría 3 Competencias
actitudinales

E15: Es interesarnos en los cultos, meditaciones, oraciones, llamadas de aliento, también la oración intercesora, llamadas telefónicas que son como una visitación,

E16: Es la confianza en Dios y la tranquilidad que debe tener en confiar en él,

E17: Es tener comunión personal con Dios para poder nosotros compartir el cuidado espiritual con nuestros pacientes darle ánimo, acercarlo al creador de alguna manera por medio de una oración, en el momento de mayor aflicción.

E18: Es darles el soporte espiritual orar con ellos rezar, brindarles el soporte la confianza de que existe un Dios maravilloso, para que ellos puedan depositar toda su confianza,

E20: Es sobre todo respetar las creencias del paciente

E1: Es realizar una escucha activa para que podamos saber lo que él necesita, dejarlo desfogarse, en especial con los pacientes COVID era así

E2: Podemos demostrar de esa forma el amor y el énfasis que se brinda a los pacientes con ese mismo amor que Dios nos dio.

E3: Es cuando el enfermero tiene sus propias creencias, cree en un ser superior y tiene una comunicación con él a través de la lectura de la Biblia, puede ser que no pertenezca a ninguna religión, y lo evidencia a través de ese cuidado especial que es el cuidado espiritual.

E4: Es brindar apoyo al paciente para que pueda encontrar la paz, pues en ese momento no contábamos con medicamentos para combatir esta enfermedad.

E5: Es orientar o guiar al paciente para buscar y encontrar a Dios en esos momentos, es brindar ese apoyo tanto emocional como espiritual

E6: Es brindar una atención amorosa, adecuada y con mucho respeto a sus creencias y fe

E7: Es hacer que se sientan aliviados de todas las molestias que sienten.

E8: Es el apoyo espiritual que le brindamos al paciente, es respetar su credo, es propiciar el perdón.

E9: Es fortalecer la fe de cada paciente y también de forma personal, fortalecer la relación con Dios, lograr que la persona pueda confiar

E10: Es aferrarnos a Dios, para que nos de esa fortaleza, para poder enfrentar la enfermedad, sobre todo con lo que hemos pasado que nos hemos sentido muchas veces desprotegidos, solos, porque no habían

Categoría II: Prácticas sobre el cuidado espiritual que brinda la enfermera

Subcategorías 1: Oración y alabanzas

visitas, no había familiares y lo único que nos quedaba era aferrarnos a nuestras creencias sobre todo a Dios.

E11: Es darles la seguridad de que Dios está al control de todo.

E12: Es ayudarlo a que los pacientes se den cuenta y que valoren su vida que Dios sea su fuente de querer seguir viviendo

E14: Es cuidar al paciente con ese cariño con esa devoción como nos cuidaríamos a nosotros mismos.

E15: Es cuidar de cada uno cumpliendo la misión que Dios nos ha encomendado

E16: El cuidado espiritual es muy importante en esta época más aun todavía, cuando lo realizamos se nota que la gente se relaja un poco más, ya no está tan tensa.

E17: Es acercarlo al creador de alguna manera por medio de una oración en el momento de mayor aflicción del paciente.

E18: Cuando ingresa un paciente a la UCI muy ansioso, con mucho temor a la muerte, de lo que pueda pasar, hablamos con ellos de que existe un Dios que lo puede ayudar que confíe que todo va a salir bien

E19: Que la salud espiritual es muy importante más siento que no le estamos dando la debida importancia

E20: Es hacer que confíe en el ser que él cree en el caso de nosotros en Dios.

E1: En primer lugar, nosotros como enfermeros Hacíamos una oración y les pedía yo que hagan también con los pacientes, en cuanto a los pacientes oraba con ellos, individualmente

E2: se le hacen las oraciones para que ellos puedan por lo menos recibir a Dios en el último momento de vida que tienen todavía y hacerle una pequeña oración para que ellos puedan arrepentirse, aunque sea en el último momento, ya que el oído es el último sentido que se pierde y por lo menos se acerquen a Dios. Iba de cama en cama, le hacía una oración especial a cada paciente, porque yo sabía que eran pacientes de alto riesgo, sabiendo que sus vidas pendían de un hilo y sabía que en cualquier momento podía haber cualquier desenlace, también hacíamos oraciones grupales.

E3: Rezo con ellos y les digo que se encomienden a Dios, que Dios es bueno, dependiendo de la creencia que tengan,

E4: Yo los invitaba para orar por ellos, para que Dios guie a los médicos

E5. Siempre iniciaba yo con una oración, oraba por él paciente o su familia porque estaban preocupados era un momento especial. les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios me permites orar, y orábamos

E6: Le pedía su permiso para realizar una oración para su pronta recuperación.

E7: Antes de la sedación como hemos manejado más pacientes entubados, les decíamos que hagan una oración personal, de forma interna, después hacíamos una oración pidiendo por su salud, para que todo esto salga bien, dado que nosotros estábamos con el EPP no podían ver nuestro rostro y algunos médicos también nos apoyaban con la oración y esperábamos que el paciente quede dormido.

E8: Realizando oraciones con el paciente, al ingresar a los turnos revisamos los nombres de los pacientes y realizamos una específica oración por cada uno, y al salir del servicio volvemos a realizar una oración. Muchos de los colegas no son cristianos, sin embargo, realizábamos las oraciones con los colegas y pacientes.

Recuerdo un caso, que después de un intento de tres veces, la primera vez que hicieron el procedimiento la respuesta fue negativa, en la segunda vez también, y en la tercera vez cuando todos creían que sería negativo yo hice una oración y decía no sé qué vaya a ocurrir, pero Dios tiene la última palabra y pude ver el milagro de Dios, y cuando la señora salió de la entubación dijo que habían personas que le hablaban de Dios, quizá no fui la única porque otras colegas también hablaban de Dios, en ese momento me identifique, me hizo sentir tan bien y ahí yo decía, estoy haciendo un buen trabajo y Dios por algo nos envía al lugar de trabajo, bueno para mí esa fue una experiencia que nunca olvido.

E10: No sé si todas las colegas lo hacían, pero a mí me gustaba empezar el día pidiendo a Dios en mis oraciones

E11. Me acercaba al paciente y oraba con ellos

E12: Rezaba con el paciente.

E13: Oro con ellos, rezamos juntos.

E14: Rezamos juntos.

E15: Se les brinda el apoyo por medio de la oración, les digo que si son cristianos recen y que se encomienden porque nos hemos dado cuenta que eso los calma.

Subcategoría 2 Canto o música
cristiana

E16. Cuando los veo demasiado ansiosos les invito a orar y al terminar de orar se les nota un poco más tranquilos más confiados a los pacientes.

E17: Hago con ellos oraciones, les tomo la mano y le digo mamita o papito, hablándole con cariño ¿Quieres que haga una oración? me dicen sí, sí; entonces hacemos una breve oración, si está el médico u otro miembro del personal está cerca yo les digo acérquense vamos a orar, se acercan, hacemos una breve oración.

E18: Yo oro con el paciente, primeramente, le preguntó ¿qué religión es? Y luego le digo si le gustaría que haga una oración la mayoría me dicen que sí. Básicamente como ingresan para la UCI para entubarlos, obviamente que al momento del ingreso están conscientes todavía, antes de la intubación, oramos con ellos cuando en realidad me toca estar con estos pacientes, oramos.

E19: yo oro con ellos, en la UCI, me ha tocado pacientes despiertos, como también pacientes bien sedados como pacientes que están por morir y en cada una de esas ocasiones he tenido un actuar.

E20: Cuando los pacientes vienen a la unidad de cuidados intensivos vienen despiertos, antes de dormirlo o sedarlos hacemos la oración

E1: Les pongo música cristiana

E4: Les pongo música cristiana

E9: mostrándole canciones cristianas, mostrándole las letras que le puedan motivar.

E10: En las mañanas a las 5:00 de la mañana yo siempre les ponía a mis pacientes canciones cristianas y les ponía todo volumen porque adentro no había tele, no habían nada y ellos a veces traían algunas radios Entonces yo les ponía canciones cristianas muy bonitas para que ellos entren en paz, como ellos decían Señorita cuando usted nos pone esas canciones entramos en paz me gusta, decía me gusta escuchar Porque pienso que Dios está conmigo está ayudándome a salir de esto y voy a salir adelante. Hasta los nombres de las canciones se sabían.

Sobre todo, con la música es con lo que más me ayudaba yo; cuando yo hacía mi turno noche, también cuando empezaba la higiene a las 5 de la mañana a esa hora yo ponía la música. Cuando me tocaba turno diurno antes de empezar la visita médica de 7:00 a 8:30 de la mañana, me decían licenciada póngame la música entonces yo les ponía.

E11: lo que yo hacía era poner música por un momento o simplemente me ponía a cantar, cuando ellos despertaron, gracias a Dios tuvieron

Subcategoría 3 Palabras de aliento
y promesas bíblicas

buenos resultados del cuidado, me impresioné mucho cuando uno de ellos me dijo: Yo te escuchaba, yo sentía cuando tú me hablabas y cantabas, hasta el día de hoy esa persona me lo agradece.

E13: Canciones, también para que distraigan su mente

E15: cantamos algunos no lo pueden hacer, pero nos escuchan a nosotros y es una manera de brindarles el aliento

E19: Llevo mi guitarra y les canto, cánticos cristianos en la UCI de una clínica cristiana

Pero se me hace más difícil en la UCI de un hospital nacional, yo trato de incorporar esto al hospital, pero no es tan fácil, porque, tienen otras políticas y porque ahí no puedo ingresar mi guitarra y como soy nueva y como que no entro en confianza, en lo posible les canto y les hago orar y no solo con ellos sino con el mismo personal que necesita también bastante

E1: hacíamos primero una meditación corta, les leía promesas de la biblia, aunque estuvieran en coma o sedados.

E2: se brindaba cuidado espiritual a través también de las palabras de ánimo

E3: les digo que se encomienden a Dios, que Dios es bueno, dependiendo de la creencia que tengan.

E4: les daba versículos de la biblia impresos en un papel y les entregaba, a veces les prestaba mi celular para que vea un video o un canto cristiano. Brindé el cuidado espiritual a través de las promesas de la biblia.

E5: Les decía que estén tranquilos porque hay un Dios que te está escuchando. Aun esté el paciente inconsciente le hablaba para que confíen en Dios,

E10: usted podría ponernos la misa en tal sitio podía a este puede conectarse y ahí por favor y yo les ponía con el parlante para ya se escucharán

E11: Yo les leía la biblia, Recuerdo que un paciente me dijo sentirse bendecido, porque, el solo hecho de poder escuchar, saber qué orabas, que me leas la Biblia del saber qué hacías todo para poder salvarme no solamente espiritualmente, sino también, clínicamente entonces por eso es impresionante.

E12: Le decía que pronto se va a recuperar con la palabra de Dios, que siempre piense en el poder de Dios, que el Señor todopoderoso le va a ayudar a luchar en esta batalla.

E13: Les mencionaba una cita bíblica, sinceramente yo si entraba con celular al área, aunque ingresaba toda forrada sí, pero si lo entraba, y citaba a veces citas bíblicas, también a veces les llevaba un librito de lectura que mayormente tenía algunas citas bíblicas para que ellos lean.

E14: yo siempre los persigno cuando están mal siempre les digo no sé de qué religión eres, pero yo solo te digo confía en Dios y trates de encomendarte a él.

E15: Tratamos de comunicarnos, les decimos por favor cálmate estamos contigo, te vamos a ayudar, yo le digo que se encomienden a Dios que recen y algunas veces no es tanto las palabras sino algunos gestos que tienen con nosotros, hasta nos agarran la mano, te aprietan la mano, como yo le digo reza o pide por ti entrégate a Dios deja tu vida en él, pon todo en sus manos entonces como que se calman, como que ya respiran profundo y ya comenzamos a poner los analgésicos y todo para entubarlo y se calman.

E16: Les decía que Dios quiere lo mejor para nosotros y que confíen y se aferren a la mano poderosa de Dios. Se les nota un poco más tranquilos más confiados a los pacientes.

E17: Cuando no estábamos en pandemia yo podía conversar con ellos y algunos tienen biblia, o si no tenía biblias en el servicio les podía leer alguna promesa bíblica, tenía yo en la UCI un rinconcito especial donde había biblias y había lecciones que escribíamos en las guardias, ¡Qué lindo!

Les digo que entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción.

E18: les digo que confíen en Dios, que tengan fortaleza, confianza, que todo va a salir bien, que Dios los va a ayudar, uno es la oración y lo otro es hablar con ellos

E19: Les damos palabras de ánimo y si ya están digamos por fallecer le hablamos de Dios y les digo que tienen que entregar su vida a Jesús. en lo posible les canto y toco mi guitarra

Subcategoría 4 El
acompañamiento y el contacto
físico son expresiones alentadoras
o esperanzadoras

E20: , lo primero que les digo es que hay un ser que le quiere, que es Dios, que le ama se interesa por sus problemas que les puede dar bastante paz y paciencia y luego oramos más que todo con el paciente

E1: iba de cama en cama, escuchando me daba el tiempo de poderles escuchar

E2: yo personalmente iba de cama en cama

E3: les encomendaba a Dios, a la virgen, les decía que sigan adelante dándoles fuerza para que salgan adelante, les decía que confíen en Dios que lo hagan por su familia.

E5: les decía cuéntame qué cosa te sucede tomando su mano, tomaba sus manos, logré que me cuente su dolencia, sus preocupaciones, lo único que yo podía hacer les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios

E14: agarrándole la mano, preguntándole cómo se siente si hay oportunidad porque a veces tengo pacientes que realmente no se pueden comunicar por su condición, pero de todas maneras siempre estamos hablando con ellos.

E18: cuando ya están sedados pues con el toque de mi mano les paso crema les digo que confíen en Dios, les hablo al oído diciendo que colabore que muy pronto va a salir de todo esto

Subcategoría 5 Promoviendo el
buen morir

E2: Se ora con ellos, para que puedan por lo menos recibir a Dios en el último momento de vida que tienen todavía les hacía una pequeña oración para que ellos puedan arrepentirse, aunque sea en el último momento, ya que el oído es el último sentido que se pierde y por lo menos se acerquen a Dios. Iba de cama en cama, le hacía una oración especial a cada paciente, porque yo sabía que eran pacientes de alto riesgo, sabiendo que sus vidas pendían de un hilo y sabía que en cualquier momento podía haber cualquier desenlace.

E14: Siempre antes de intubar a un paciente nosotros le pedimos que si son católicos que recen o que se encomienden porque nos hemos dado cuenta que eso los calma, antes de intubar porque no sabemos si va a salir o no, y si no son católicos que se encomienden a lo que ellos más creen ¿no? A la fe que ellos tienen.

Con esa sedación profunda siempre siento que ellos escuchan porque en varias oportunidades he visto que lloran, palabras no hay muchas, pero son cositas que nosotros tratamos, les decimos que no están solos que tengan fe y que crean bastante en Dios.

Subcategoría 6 Fortaleza y confianza en Dios para abordar el cuidado ante la pandemia

E16: Como los pacientes ingresan muy delicaditos ingresan pensando morir o Tal vez salvarse, pero más piensan morir, entonces ahí yo les digo que Dios quiere lo mejor para nosotros y que confíen y se aferren a la mano poderosa de Dios. Al menos eso yo hago y cuando los veo. Demasiado ansiosos también los invito a orar y al terminar de orar se les nota un poco más tranquilos más confiados a los pacientes.

E17: Cuando ingresa un paciente a la UCI muy ansioso, con mucho temor a la muerte, de lo que pueda pasar, hablamos con ellos de que existe un Dios que lo puede ayudar que confíe que todo va a salir bien. El paciente hasta logra agradecer, porque no sabemos si el paciente despertará y comienza luego el proceso de intubación y sedación, ellos muchas veces no despiertan, entonces es crítica esta hora de verdad el momento que hacemos la oración con ellos les pedimos que entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción

E18: Cuando ingresa un paciente a la UCI muy ansioso, con mucho temor a la muerte, de lo que pueda pasar, hablamos con ellos de que existe un Dios que lo puede ayudar que confíe que todo va a salir bien

E19: Les damos palabras de ánimo y si ya están digamos por fallecer le hablamos de Dios y les digo que tienen que entregar su vida a Jesús

E20: lo primero que les digo es que hay un ser que le quiere, que es Dios, que le ama se interesa por sus problemas que les puede dar bastante paz y paciencia

Los pacientes cuando vienen a la unidad de cuidados intensivos vienen despiertos, antes de dormirlo o sedarlos se les llama a hacer su entrega completa de su vida a Dios, para que él pueda dirigir en adelante su tratamiento y mientras están sedados les vamos hablando al oído porque, ese sentido es el último que se pierde, entonces les hablamos del amor de Dios.

E1: palabras de promesas bíblicas, en el servicio se hizo una pequeña biblioteca que les prestábamos a aquellos que estaban despiertos.

E3: A través de palabras de ánimo, ya sea que estuvieran despiertos o dormidos, rezo con ellos y les digo que se encomienden a Dios, que Dios es bueno, dependiendo de la creencia que tengan. He tenido mucha pena ver a la gente sufrir, jadeaban y se desesperaban por respirar, les encomendaba a Dios, a la virgen, les decía que siga adelante dándoles

<p>Subcategoría 7 La convicción ante el cuidado espiritual en la fase terminal como acción humanizadora</p>	<p>fuerza para que salgan adelante, les decía que confíen en Dios que lo hagan por su familia.</p> <p>E4: yo les daba versículos de la biblia impresos en un papel y les entregaba, a veces les prestaba mi celular para que vea un video o un canto cristiano.</p> <p>E5: Recuerdo una anécdota durante el pase de turno estaba muy cansada y me di cuenta que una paciente estaba llorando (yo pensé en mi corazón, señor, no tengo tiempo, pero tengo que tomarme este minuto para poder preguntarle a la señora qué es lo que le sucede, le dije cuéntame qué cosa te sucede tomando su mano, tomaba sus manos, logré que me cuente su dolencia, sus preocupaciones, lo único que yo podía hacer les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios me permites orar, y orábamos. Hemos cuidado muchos pacientes en tiempo de pandemia no había tiempo aparentemente.</p> <p>les decía Usted va a poder, ánimo! ¡No pierda la fe! y yo sentía que estaba mejor; le decía a Dios gracias con tanta alegría.</p> <p>E14: Antes de la entubación, les decimos y eso tiene que ser con el toque porque, sabemos que está mal, tratamos de comunicarnos, les decimos por favor cálmate estamos contigo, te vamos a ayudar, yo le digo que se encomienden a Dios que recen y algunas veces no es tanto las palabras sino algunos gestos que tienen con nosotros, hasta nos agarran la mano, te aprietan la mano, como yo le digo reza o pide por ti entrégate a Dios deja tu vida en él, pon todo en sus manos entonces como que se calman, como que ya respiran profundo y ya comenzamos a poner los analgésicos y todo para entubarlo y se calman</p> <p>E20: se les llama a hacer su entrega completa de su vida a Dios, para que él pueda dirigir en adelante su tratamiento y mientras están sedados les vamos hablando al oído porque, ese sentido es el último que se pierde, entonces les hablamos del amor de Dios.</p>
<p>Subcategoría 8 Promoviendo la comunicación paciente- familia</p>	<p>E1: las videollamadas; sucede que estaba una paciente en una cama y su esposo estaba en otra cama, entonces le ayudaba a través de mensajitos le poníamos las video llamadas.</p> <p>E5: Permitía las llamadas por el celular entonces llamaban a sus familiares llorando</p> <p>E12: había momento que si llegaban cartas de sus hijos le leía, le hacía sentir que pronto se va a recuperar</p>

Categoría III: Percepción del enfermero sobre cómo responde el paciente con COVID 19 ante el cuidado espiritual

Subcategoría 9 Promueve sentido esperanzador a través de la comunicación verbal y no verbal

Subcategoría 1 Expresión de paz espiritual

E13: fomentar videollamadas para que puedan ver a sus familiares por el tiempo que ahora están aislados ¿no? por esta patología, que tienen que es el virus ¿no? ellos tienen un recuerdo bello y bonito de una entidad que no específicamente no se ve, pero que les da esa fuerza para seguir adelante.

E14: algunas veces hasta si tenemos una carta de sus familiares nos damos ese tiempo para leerles esas cartas, la mayoría de los familiares les mandan a los pacientes sus rosarios, estampitas, algún devocionario algo, entonces nosotros tratamos de que el paciente lo vea, lo perciba que están allí y bueno y cuando están conscientes

E15: En los pacientes COVID que prácticamente están todos sedados, nosotros hacemos llamadas a la familia, no todos los días, pero si, se les brinda el apoyo.

E5: Celebramos los días festivos, como el día del maestro, el Día del Padre, el día de la madre, el personal multidisciplinario, íbamos como caravanas haciendo unos pequeños presentes con papel con un mensaje escrito de parte de todo el personal llevamos como una como una cantata, una serenata y cantamos Estas son las mañanitas y feliz día del padre y vieran cuánto emoción ellos mostraban en ese lugar donde estaban ahí postrados echados efectivamente sentían el calor de nosotros, el aprecio que nosotros teníamos hacia esos pacientes.

E1: En ese sentido se sentían con más confianza yo percibía en ellos se sentían tranquilos y les decía estamos haciendo todo lo mejor para que usted se recupere

E2: He sentido en el caso de los pacientes sedados o en estado de coma, que cuando el paciente recibía las oraciones es como que el corazón se les aceleraba un poco más, es lo que pude observar en los monitores como que el corazón aceleraba, esa experiencia le hemos visualizado acá a través de los monitores. Y esto ha pasado no solo con uno sino con varios pacientes. Entonces decía que sí, que el paciente me estaba escuchando y cuando dejaba de orar el paciente se iba calmando

E3: Los pacientes se sentían con más ánimo con ganas de luchar por su vida.

E4: Bueno los pacientes indicaban tener esperanza en que Dios puede hacer milagros, así como, en las historias donde Jesús sanó a los enfermos y que también podía sanarlos de la enfermedad

E5: Se sentían más tranquilos, más calmado, dejaban de llorar, estaban menos ansioso, y agradecidos por los cuidados que se les brindaba. Después de orar por ellos dormían más tranquilos

E6: En todo momento los pacientes se aferraban a la vida y en Dios, en ese momento les daba palabras de ánimo, también, hacíamos las gestiones para conseguir y brindarles una biblia para que puedan leer y también oraba con ellos.

E7: Observé que el paciente cambia su estado de ánimo cuando recibía el cuidado espiritual, se quedaban más tranquilos y serenos y también, vi que influye en su recuperación.

E8: El apoyo espiritual les ha ayudado mucho, les ayudó a controlar la ansiedad que tienen, sienten esa paz interior y que por ende les ayuda en su recuperación.

E9: El cuidado espiritual les daba paz y tranquilidad, porque, al inicio al saber que tienen la enfermedad se desesperan, lograba la calma y tranquilidad. También ellos estaban más tranquilos

E10: Yo los percibía relajados, menos ansiosos, más comprometidos, con más fortaleza, decían licenciada esta enfermedad no me va vencer, yo voy a salir adelante no me va vencer, los notaba más contentos, más entregados a luchar contra la enfermedad.

E11: Bueno los pacientes que estaban a mi cargo se sentían felices y gratificantes, creo que tiene hambre de conocer, les gusta mucho el hecho de que haya alguien que ore por su persona y tienen la seguridad y confianza, también, depositan su confianza y seguridad en el poder que tiene Dios para poder transformar y salvar vidas.

E12: Al inicio Nostalgia, después del cuidado espiritual con más valor, más valentía

E13: Más tranquilos cuando despertaban decían que habían escuchado cuando les hablábamos

E14: Los que se recuperaban se les observaba más tranquilos, más serenos cuando se les daba cuidados espirituales.

E15: Algunos lloraban y como que se agitaban cuando les hablaba de que tengan confianza en Dios, luego se tranquilizaban.

E16: Después de **orar** y al terminar de **orar** se les nota un poco más tranquilos más **confiados** a los pacientes.

E17: Por la naturaleza de la enfermedad muchos de ellos no despiertan, y no se logró evaluar el cuidado espiritual brindado

Subcategoría 2 Acompañamiento hasta el final de la vida.

E18: Más serenos, más tranquilos

E19: Se muestran más serenos, más confiados

E20: Cuando están despiertos se les observa más tranquilos y los sedados con signos vitales más estables

E16: al terminar de orar se les nota un poco más tranquilos más confiados a los pacientes.

E14: siempre antes de intubar a un paciente nosotros le pedimos que si son católicos que recen o que se encomienden porque nos hemos dado cuenta que eso los calma, antes de intubar porque no sabemos si va a salir o no, y si no son católicos que se encomienden a lo que ellos más creen ¿no? A la **fe** que ellos tienen.

E17: cuando ellos llegan a la unidad, llegan muy necesitados están desaturando les falta el oxígeno vienen para intubarse entonces yo he decidido como enfermera cristiana, hacer con ellos una pequeña oración les pregunto, les tomo la mano y le digo mamita o papito, según sea varón o mujer, hablándole con cariño ¿Quieres que haga una oración? Le pregunto, me dicen sí, sí; entonces hacemos una breve oración, si está el médico cerca o quien esté cerca yo les digo acérquense vamos a orar, se acercan, hacemos una breve oración y el paciente hasta logra agradecer, porque no sabemos si el paciente despertará y comienza luego el proceso de intubación y sedación, ellos muchas veces no despiertan, entonces es crítica esta hora de verdad el momento que hacemos la oración con ellos les pedimos que entregue su vida a Dios, que ponga su confianza en él, es lo único que nos queda, yo creo que es lo mínimo que puedo hacer por mi paciente, que vuelva los ojos a Dios en estos momentos de aflicción

Categoría IV: Beneficios y limitaciones del enfermero ante la práctica de los cuidados espirituales al paciente con COVID 19

Subcategoría 1 Momento del cuidado espiritual

E1: En cualquier momento del día

E2: Lo hacía siempre en el momento del confort o en el baño del paciente porque es el momento del contacto más cercano con Él.

E3: Cuando los atendía, cuando les brindaba los cuidados de enfermería

E4: Lo realizábamos en grupo, cuando realizábamos el confort antes de que el paciente sea sedado.

E5: Al mediodía cuando almorzaban, y a eso de las 5 o 6 de la tarde, terminando el tratamiento

E6: Yo creo que es en todo momento uno brinda el cuidado espiritual, también, considero que nuestra actitud es importante ya que reflejamos

mucho nuestra forma de ser, y también ellos muestran mucha disposición.

E7: Cuando hacíamos el confort, generalmente por las noches, como el día hacíamos las visitas y hacía las recetas, durante la noche aprovechaba para brindar el cuidado espiritual.

E8: Bueno personalmente no había un horario establecido, pero yo realizaba el cuidado al inicio del turno ya sea por el día o por la noche, pero eran al inicio de turno, yo sé que los pacientes estaban sedados y no pueden responder, sin embargo, ellos escuchaban por eso aprovechaba en realizar una oración y si encontraba a algún familiar también realizaba la oración con el familiar siempre.

E9: En todo momento desde que ingresas, saludas y bueno yo pongo música cristiana, cuando uno entra al área covid hay ese temor de contagiar a la familia, por eso se oraba para encomendarnos a Dios.

E10. En todo momento desde que iniciaba el día dependiendo del turno

E11: Bueno lo hacía por ejemplo en las mañanas con un pequeño culto, posteriormente después de terminar mis actividades yo lo hacía personalmente acercándome a cada uno de mis pacientes a leerles un poco y orar con cada uno de ellos alrededor de las 4:00 pm más o menos y al terminar el turno me despedía de cada uno de ellos orando.

E12: Después de la medicación sobretodo en la tarde porque es más tranquilo

E13: Desde que el paciente ingresa a UCI, ya que no sabía si iba a despertar por la gravedad de la enfermedad.

E14: Cuando el paciente ingresa a UCI y cada vez que tenía contacto con él

E15: Cada vez que me acercaba a su cama

E16: Durante el día cuando le hacíamos los cambios posturales, el baño, el confort

E17: En todo momento que se tenía contacto con el paciente

E18: Al inicio y al término del turno

E19: Cuando me acerco a los pacientes para hacer cuidados personalizados

E20: Cuando llegaba los saludaba y también al terminar les dejaba una promesa bíblica

Subcategoría 2 Expresiones del paciente que alertan la necesidad del cuidado espiritual

E2: He percibido que cuando el paciente recibía las oraciones es como que el corazón se les aceleraba un poco más, es lo que pude observar en los monitores como que el corazón aceleraba, esa experiencia le hemos visualizado acá a través de los monitores. Y esto ha pasado no solo con uno sino con varios pacientes. Entonces decía que sí, que el paciente me estaba escuchando y cuando dejaba de orar el paciente se iba calmando

E5: durante el pase de turno estaba muy cansada y me di cuenta que una paciente estaba llorando (yo pensé en mi corazón, señor, no tengo tiempo, pero tengo que tomarme este minuto para poder preguntarle a la señora qué es lo que le sucede, le dije cuéntame qué cosa te sucede tomando su mano, tomaba sus manos, logré que me cuente su dolencia, sus preocupaciones, lo único que yo podía hacer les decía vamos a dejar todo esto en las manos de Dios me permites orar, y orábamos y se quedó más tranquila.

E14: Es más cuando están entubados y yo sé, tengo la percepción de que ellos de todas maneras por más que estén con ese sueño profundo ¿no? Con esa sedación profunda siempre siento que ellos escuchan porque en varias oportunidades he tenido he visto se les sale como una lagrima, palabras no hay muchas, pero son cositas que nosotros tratamos, les decimos que no están solos que tengan fe y que crean bastante en Dios.

E16: La gente se muestra más dispuesta a escuchar, más receptiva de las cosas espirituales, antes se les hablaba y si, si decía, pero ahora te agradan de corazón cuando un paciente se recupera no se cansa de agradecer como estamos expuestos con riesgos y peligros nos insta a prepararnos más, a orar más, a confiar más en Dios, porque de lo que uno se alimenta puede compartir de lo que no tiene no puede compartir.

E17: Ahora la gente está más asequible a hacer una oración a compartir la palabra en la medida que sea posible. He sentido un cambio como de una medida de emergencia.

Subcategoría 3 Limitantes ante los cuidados espirituales

E5: EL EPP, ya que estábamos con nuestras máscaras y los equipos de filtros, lo único que se veían eran nuestros ojos. Hemos cuidado muchos pacientes en tiempo de pandemia no había tiempo aparentemente.

E7: nosotros estábamos con el EPP no podían ver nuestro rostro y algunos médicos también nos apoyaban con la oración y esperábamos que el paciente quede dormido. Además, por el tiempo dado que manejábamos tres pacientes entubados el tiempo no nos alcanzaba,

Subcategoría 4.
Sentir del enfermero al brindar
cuidado espiritual

E16: Al inicio nos encontrábamos muy asustados, muy desconfiados de que en cualquier momento nos pudiéramos contagiar, ahora el trabajo es muy distinto íbamos a trabajar con nuestro uniforme liviano y ahora todo lo que tenemos que cargar, con los riesgos y cuidados que debemos de tener

E17: Por la naturaleza de la enfermedad muchos de ellos no despiertan, y no se logró evaluar el cuidado espiritual brindado

E19: Creo que no lo hacemos, muy enfocados como debería, más nos abocamos a la parte de la salud física porque es prioritario también, ¡teniendo en cuenta el contexto donde nos estamos desarrollando eh! bueno en la UCI requiere mucho pues de la salud física considero que la salud espiritual es muy importante más siento que no le estamos dando la debida importancia

Se me hace más difícil en la UCI de un hospital nacional, yo trato de incorporar esto al hospital, pero no es tan fácil, porque, tienen otras políticas y porque ahí no puedo ingresar mi guitarra y como soy nueva y como que no entro en confianza, en lo posible les canto y les hago orar y no solo con ellos sino con el mismo personal que necesita también bastante

E1: En realidad, me ayudó bastante. yo creo que no solamente a mí sino a los compañeros formamos un lindo grupo, yo creo que me fortaleció, me ayudó a crecer, ver los milagros porque veíamos a pacientes muy críticos. Yo creo que me fortaleció y a confiar más en Dios.

E2: Es una emoción saber que el paciente me está escuchando y que por lo menos estoy haciendo algo por la vida de ese paciente, y sabiendo de una u otra manera a través de la oración en el momento que uno más necesita de la persona que se le hable más de Dios.

E3: Me siento satisfecha, tranquila, al momento de ayudarles.

E4: Yo me siento satisfecha porque de esta manera estoy predicando y brindado el amor de Dios a cada uno de ellos.

E5: Me fortalecía bastante, tenía esperanza ha sido una experiencia única, el poder acompañar al paciente hasta en su último suspiro Agradezco a Dios por preservarme la vida, fue una gran bendición poder compartir con los pacientes el amor de Dios.

E6: Yo me siento bien, siento que apporto y ayudo a mis pacientes, me siento satisfecha con la atención que brindo a cada uno de ellos

E7: Es una alegría cuando vemos que el paciente se recupera ya que cuando ingreso se encontraba muy mal, sin embargo, se recuperan se van bien, además cuando compartes la palabra de Dios y realizas la oración pidiendo por la salud del paciente sientes un alivio en él y yo también siento una calma.

E8: Personalmente a mí, me mantienen espiritualmente más activa, me hace sentir bien, también me siento más tranquila al realizar este tipo de apoyo al decirle palabras de consuelo a esta persona que no tiene esperanza, pero yo me siento satisfecha y feliz.

E9: Si porque yo también tenía que estar fortalecida para sentir, porque, no solo, es decir, sino también hacer.

E10: Me sentía muy bien, porque veía los resultados en mis pacientes, ellos estaban más contentos, más alegres, apoyaban más en el tratamiento, yo me sentía muy contenta muy aliviada por que ver esa carga adentro es un panorama muy diferente al que vemos en las noticias, el momento en el que estábamos con ellos se veían muchas cosas y experiencias diferentes pero con lo que yo hacía se sentía que hacía y los ayudaba un poco más en abrirse y era más cómodo, era una situación muy triste sin embargo pudimos salir airosos. Fue muy triste pero ahí se vio que enfermería es el pilar en un hospital.

E11: Considero que es enriquecedor, es un crecimiento espiritual muy fuerte me hace sentir que puedo dar cuidados con mi profesión y también de la mano de Dios puedo hacer muchas cosas, me siento muy feliz de brindar ese apoyo y recibir la gratitud de los pacientes.

E12: Me siento como que yo, como profesional cumplo una de las funciones que no solamente es la parte de brindar la parte administrativa o la parte humana me siento más comprometida con el trabajo de enfermería.

E13: Bueno en mi vida profesional indagar más allá de lo natural esta enfermedad nos ha llevado más allá porque sabemos que no hay un tratamiento específico para esta enfermedad, por lo tanto, motivamos a los pacientes a orar.

E14: A mí como persona me consuela bastante, porque, quisiera dar más, quisiera hacer algo más, pero no se puede, pero el hecho de sentir que por ejemplo ese paciente si en caso falleciera me da un poco de

tranquilidad saber que le hemos hecho rezar o que yo he rezado un padre nuestro un ave maría a su lado antes de morir.

Siento que ahora estoy más enfocada, es más la fe que yo tengo, el cobijo que yo me he dado en la oración para fortalecerme. Muy agradecida a Dios porque incluso mi esposo y yo nos enfermamos, he sentido que mis oraciones han sido escuchadas. Mi esposo incluso ingreso a UCI y Dios me lo devolvió.

E16. La gente se muestra más dispuesta a escuchar más dispuesta, más receptiva de las cosas espirituales, antes se les hablaba y si, si decía, pero ahora te agraden de corazón cuando un paciente se recupera no se cansa de agradecer como estamos expuestos con riesgos y peligros nos insta a prepararnos más, a orar más, a confiar más en Dios, porque de lo que uno se alimenta puede compartir de lo que no tiene no puede compartir.

E17. Como profesional esto ha impactado mi vida, ver gente sufrir e irse tan rápido, están hablando y de pronto verlo terminarse. Yo le ruego a Dios que me de tranquilidad porque yo también tengo aflicción, cuando veo que la gente muere y muere, entonces a mí también me afligen entonces yo digo señor ya termina esto, no permitas que ya siga muriendo la gente, le ruego y tengo compañeras que se acercan y me conversan entonces las abrazo y oran conmigo.

E18: Me ha ayudado a reforzar mi confianza en Dios, me satisface ver a pacientes recuperándose, saliendo de alta, y aunque otros descansan me queda la seguridad de que se han ido confiando en el poder de Dios.

E19: El aporte de enfermería en estos tiempos es muy importante, más que todo, la parte espiritual. Hasta en mi hogar estamos más cercanos, más compenetrados. En enfermería Hay un despertar por las cosas espirituales.

E20: Me he dado cuenta que la parte espiritual es muy importante y me estimula a dar más de mí, prepararme para brindar un buen cuidado espiritual.
