

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

**SIGNIFICADO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA QUE SE DESEMPEÑA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

**CLAUDIA PATRICIA GUEVARA ARMENTA
SANDRA MILENA MESA RODRÍGUEZ**

**BOGOTÁ, COLOMBIA
2012**

**SIGNIFICADO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA QUE SE DESEMPEÑA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

**CLAUDIA PATRICIA GUEVARA ARMENTA
SANDRA MILENA MESA RODRÍGUEZ**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA

DIRECTORA
Magister **MÓNICA VELOZA GOMEZ**
CODIRECTORA
Magister **LUCY MUÑOZ DE RODRÍGUEZ**

BOGOTÁ, COLOMBIA

2012

TABLA DE CONTENIDO

1. MARCO DE REFERENCIA.....	5
1.1. Área problema.....	5
1.2. Descripción del problema de investigación	5
1.3. Justificación	20
1.4. Pregunta de investigación.....	22
1.5. Objetivo general	22
1.6. Definición de conceptos.....	23
1.6.1. Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería ..	23
1.6.2. Servicio de urgencias	23
1.6.3. Profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias	23
2. MARCO CONCEPTUAL.....	24
2.1. Cuidado espiritual.....	24
2.2. Profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias	43
3. MARCO DE DISEÑO	49
3.1. Diseño de la investigación	49
3.2. Muestreo y recolección de la muestra	50
3.2.1. Muestra	53
3.2.2. Criterios de inclusión.....	53
3.2.3. Técnicas de recolección de la información	53
3.2.3.1. Observación	54
3.2.3.2. Entrevista.....	55
3.2.3.3. Notas de campo	57
3.2.3.4. Inmersión al campo.....	57
3.2.3.4. Procedimiento de la entrevista	58
3.3. Análisis de datos.....	60
3.3.1. Proceso de análisis de los datos.....	61
4. RIGOR METODOLÓGICO.....	63
5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	66

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS.....	70
7. CONCLUSIONES	125
8. RECOMENDACIONES	127
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
ANEXO A.....	134
ANEXO B.....	136

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Área Problema

Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.

1.2. Descripción del Problema de investigación

La práctica profesional de enfermería se desarrolla en un amplio escenario en donde el cuidado constituye el eje central de la relación terapéutica que se establece entre seres humanos quienes interactúan ante diferentes situaciones de salud-enfermedad.

Cuando se considera la dinámica del cuidado en un servicio de urgencias, este puede adquirir una connotación de carácter práctico representada en la priorización, la rapidez en el actuar y la objetividad en aras de poder manejar o controlar una serie de vivencias que generalmente ponen en peligro la vida de las personas, aquí la relación terapéutica requiere de un cuidado en donde se destaque la esencia del ser humano y el reconocimiento de su integralidad y dignidad por parte del profesional de enfermería.

En este ámbito de interacción en donde el paciente y el enfermero están presentes, el cuidado debe tener una identidad representada en los significados de cuidado holístico, cuidado humano, cuidado de la salud humana, cuidado integral todos ellos, como referencia para hacer alusión al cuidado espiritual.

Respecto al cuidado espiritual, se hace alusión a este desde diferentes perspectivas como son la identificación de las necesidades espirituales del paciente y de sus cuidadores, como una dimensión de quien brinda cuidado, así como de quien es receptor del mismo y la responsabilidad profesional del enfermero con relación a la espiritualidad (1,2).

Pinzón (1), hace alusión al cuidado espiritual desde esta perspectiva... “el proporcionar cuidado espiritual en enfermería no es, pues, algo ligado solamente a lo que el otro merezca y necesite, ni a lo que para el otro sea posible o no. Está ligado a lo que yo como cuidador y como persona merezco y necesito, a lo que me he capacitado para hacer, y a las capacidades que puedo desarrollar, a lo que puedo llegar a ser y a mi propia búsqueda de trascendencia”. Plantea por demás el hecho de que no es posible atender eficazmente las necesidades espirituales de los otros a quienes se cuida, sin conocer antes las nuestras como enfermeros, al auto-valorarnos, al conocer las creencias y valores propios.

De otra parte, considera que el cuidado espiritual requiere ciertas condiciones (Millison y Thieffrey), citados por Pinzón (1)

- Atreverse a comprometerse con la dimensión espiritual de la persona cuidada.
- Ser consciente de la propia espiritualidad.
- No imponerle al enfermo los valores espirituales propios.
- Aceptar que alguien poco religioso llegue a ser más religioso durante una crisis o por causa de ella.
- Alentar a las personas a quienes se cuida para que expresen su espiritualidad, incluso si esta manifestación se opone a la del cuidador.
- Aceptar la ambivalencia de ciertos deseos del enfermo.
- Ser uno mismo, apoyado por un equipo de trabajo.
- Saber soltar cuando se requiere ser relevado del cuidado.
- Haber hecho un trabajo de duelo si ello fuere necesario, en especial cuando se trabaja con enfermos críticos o en situación terminal.
- No buscar una gratificación a través de la relación con la persona cuidada (por ejemplo, llenar un vacío dejado por otra persona), sino establecer la relación terapéutica basado en el ser del otro.

El considerar estas condiciones relacionadas con el cuidado espiritual, permite evaluar la trascendencia que posee éste con relación a las características particulares que tiene la relación terapéutica que se establece entre la persona y el profesional de enfermería, en donde está presente un proceso de autovaloración con relación a la dimensión espiritual propia de cada ser humano y en este caso haciendo referencia al profesional de enfermería como quien brinda el cuidado. Esta apreciación conlleva a plantear cómo el profesional de enfermería debe tener presente en su quehacer un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo, todo ello enmarcado en el conocimiento de sí mismo como ese ser terapéutico que se presenta al otro como su cuidador.

Adicionalmente se hace referencia a dos planteamientos que permiten establecer un componente analítico para abordar la conceptualización del cuidado espiritual en un contexto particular como lo es un servicio de urgencias; “la espiritualidad se relaciona con la noción holística del cuidado que abarca todas las dimensiones del ser humano y los grandes esfuerzos para incluir nuevos abordajes que atiendan a las competencias tecnológicas y también a las competencias ontológicas que son esenciales para la madurez y la sobrevivencia de la enfermería como profesión” Winterkorn, L. (3); por su parte Mc Sherry considera cómo los pacientes buscan en el equipo de salud identificar a la persona que pueda ser el recurso espiritual; por consiguiente todo el personal que conforma el equipo de salud, debe estar en capacidad

para ser seleccionado. La idea de los pacientes al hacer esta búsqueda es diferenciar entre una enfermera dura o ruda que solo mira la condición del paciente y otra enfermera que se enfoca más en lo individual...” (2).

Otros planteamientos complementarios producto de la indagación relacionada con el cuidado espiritual, hacen referencia a cómo los cuidados de enfermería implican la atención a las necesidades espirituales de los pacientes. Para proporcionar esta atención, las enfermeras han de estar bien informadas sobre el contenido de la atención espiritual y los factores personales, profesionales, culturales y políticos que influyen en ella (4). El reto consiste en lograr la interacción entre la espiritualidad y los cuidados de enfermería en la práctica cotidiana. La espiritualidad en enfermería implica el cuidado del paciente considerando sus necesidades físicas y personales. Las enfermeras tienen más probabilidades de ofrecer cuidado espiritual de enfermería, cuando ellas mismas se sienten cómodas con su propia espiritualidad. (5)

De otra parte, en el estudio sobre las actitudes hacia el cuidado espiritual entre el personal de enfermería en una clínica sueca de oncología (6), se identifica en forma clara el papel que la espiritualidad, por parte del personal de enfermería, juega en el cuidado holístico; se considera que ésta hace parte de la atención integral. Además destaca la religiosidad personal como una de las actitudes relacionadas con el cuidado espiritual y alienta, de acuerdo a otras

investigaciones relacionadas con el estudio, al desarrollo de la propia religiosidad por parte del enfermero para poder aumentar la conciencia sobre su propia dimensión espiritual a fin de mejorar la capacidad de realizar el cuidado espiritual.

Se destaca también la normatividad relacionada con el desarrollo del ejercicio profesional, en donde se enfatiza la responsabilidad en cuanto a la identificación de las necesidades espirituales de los pacientes y sus cuidadores, por parte del profesional de enfermería. (7, 8, 9). Adicionalmente se ha considerado la participación de la enfermera en el abordaje integral de la espiritualidad; además de cuidar a los pacientes, se considera la responsabilidad con los cuidadores (10) por lo tanto es preciso identificar en ellos actitudes, signos y síntomas que puedan expresar una necesidad espiritual. Por tanto aquí se amplía la dinámica espiritual no solo con relación al cuidado del paciente, sino también hacia los cuidadores.

Otra apreciación relacionada con el cuidado espiritual hace alusión a ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad, así como ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales. (11)

Estas consideraciones crean un preámbulo para la reflexión personal que invita no solo a reconocer la importancia del cuidado espiritual dentro del ámbito del cuidado, sino también a considerar por parte del profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias, la propia espiritualidad, las propias necesidades espirituales de tal manera que el cuidado espiritual se afiance en una característica personal que sustente la fundamentación del cuidado espiritual, en donde prevalezca la dignidad y el respeto por las personas que hacen parte del escenario de las relaciones terapéuticas cuya pretensión es generar bienestar ante cualquier circunstancia producto de la dinámica de las situaciones de salud-enfermedad que vivencia el ser humano.

La riqueza interpretativa de estos planteamientos permite identificar en primer momento un referente acerca del posicionamiento que el cuidado espiritual puede tener en la disciplina profesional de enfermería, considerando cómo a partir de su interpretación teórica es posible clarificar y fortalecer su desarrollo en la práctica en donde se considera siempre la interacción en el binomio paciente-enfermero, como seres espirituales.

De otra parte, las apreciaciones relacionadas con el cuidado espiritual, permiten considerar cómo a través de este se hace visible la integralidad del ser humano, como ser único y trascendente con capacidad de interactuar con el entorno en una relación interpersonal de doble vía en donde se da y se recibe,

se identifican fortalezas y debilidades, se tiene la oportunidad de crecer, de fortalecerse mutuamente y de reconocer en este el soporte que se requiere ante las diferentes situaciones que se vivencian durante el desarrollo del proceso de la vida, todo ello producto de la capacidad que tiene el hombre para interpretar y manejar en forma personal su interacción con el entorno.

Vale la pena reafirmar la premisa en cuanto a que en cualquier ámbito de interacción en donde el paciente y el enfermero estén presentes, este debe tener una identidad representada en el cuidado espiritual.

Se ha hecho alusión hasta el momento al significado que para la disciplina profesional de enfermería tiene el cuidado espiritual, la fuerza e implicaciones de su referente teórico para la práctica. Además es importante considerar que sucede con su visibilidad en el desarrollo del ejercicio profesional.

Considerando la experiencia personal de las investigadoras producto del ejercicio profesional en servicios de urgencias y lo expresado por algunos pacientes y sus familiares, con relación a la percepción del cuidado recibido, pareciera que esta se desdibuja o desvirtúa hacia un imaginario negativo, donde priman las acciones técnicas y administrativas sin visualizarse la esencia del cuidado espiritual.

En forma desafortunada lo que perciben algunos pacientes y sus familias cuando son atendidos en un servicio de urgencias, en indagaciones informales con ellos, hace referencia a una atención brindada con dureza, frialdad e indiferencia, en donde puede estar primando la influencia de algunos aspectos que son propios del quehacer del profesional de enfermería que se desempeña en este servicio, como son el uso de tecnología de punta, la destreza y agilidad en la realización de procedimientos, la toma oportuna y veraz de decisiones. La primacía de estos aspectos puede estar interfiriendo en la percepción del cuidado espiritual; por lo tanto, este no es evidente en los momentos de cuidado.

Al respecto, Pinzón considera en su libro, *El Cuidado Espiritual en Enfermería: ¿utopía o esperanza?*, lo siguiente: “La inclusión del cuidado espiritual surge de la necesidad de enfocar al ser humano como un todo y, por consiguiente, de que el cuidado que se proporciona (y que nos proporcionamos) sea integral; esta necesidad es, con frecuencia, dejada de lado y, como consecuencia se da una gran prelación a los aspectos biológicos, haciendo que el cuidado integral no pase de ser una bonita afirmación presente en las discusiones académicas pero prácticamente ausente en el mundo real”. (1).

Adicionalmente consideraciones como ...las enfermeras que laboran en los servicios de urgencias combinan la teoría, la capacidad de liderazgo,

trabajo, conocimiento, iniciativa, capacidad de aprendizaje, la madurez y estabilidad emocional para actuar de manera objetiva en situaciones inesperadas, y las enfermeras deben contar con los conocimientos científicos, prácticos y técnicos, para que puedan tomar decisiones rápidas y concretas, transmitir seguridad a todo el personal y especialmente la reducción de los riesgos que amenazan la vida del paciente (12), refuerzan una conceptualización del cuidado espiritual hacia referentes teóricos, limitando significativamente su referente práctico.

Es posible considerar cómo en el escenario de la práctica de urgencias se privilegia el conocimiento de realidades exteriores, físicas y mensurables, dejando de lado las realidades subjetivas e intangibles propias del ser humano, representadas por medio del cuidado espiritual. Esta situación particular se constituye en fuente de indagación al considerar el significado que con relación al cuidado espiritual, tiene el enfermero de urgencias y cuál puede ser su influencia en el desarrollo de su ejercicio profesional.

Como complemento a lo planteado anteriormente, se destacan algunos contenidos en donde se presentan consideraciones como... "...en cuanto al cuidado espiritual, este no está separado del proceso de cuidado. Algunos profesionales de la salud manifiestan que el cuidado espiritual se oculta a menudo y es realizado en forma inconsciente durante el desarrollo de las rutinas y las interacciones en el día a día con los pacientes" (2).

Balddachino (7) en su artículo, Competencias de Enfermería para el Cuidado Espiritual, hace referencia a la complejidad del cuidado espiritual y plantea su desarrollo dependiendo del personal de enfermería consciente de la singularidad del paciente con respecto a la conexión entre mente, cuerpo y espíritu, de la evaluación de lo espiritual en el estado de los pacientes durante la enfermedad y de la aplicación de la atención integral. Estas apreciaciones refuerzan en los enfermeros el considerar la importancia del cuidado espiritual, de tal forma que fortalezca en los pacientes la motivación para encontrar significado y propósito en tiempos de enfermedad. Se requiere entonces de profesionales de enfermería sintonizados con su propia espiritualidad, para de esta manera ser más competentes en el momento de brindar cuidado espiritual.

En otros estudios relacionados con el tema, se identifica la situación no definida en cuanto a la claridad del rol que el profesional de enfermería desempeña con relación al cuidado espiritual;... “es evidente la carencia de un escenario de cuidado en donde el receptor del cuidado, así como de quien lo brinda, vivencien la presencia de la espiritualidad como componente del cuidado....; parte de este planteamiento se encuentra en referencias como cuando se expresa “se ha observado que las enfermeras, aunque oficialmente asumen la responsabilidad de la atención espiritual, en la práctica a menudo solo se ocupan de las dimensiones psicológica y física relacionadas con las experiencias de la enfermedad del paciente (9). En el estudio sobre las actitudes hacia el cuidado espiritual entre el personal de enfermería en una

clínica sueca de oncología, se plantea el no ejercicio de la atención integral en donde está presente la espiritualidad (6). El estudio brasilero relacionado con la espiritualidad de los profesionales de enfermería en terapia intensiva (3), destaca en su primer informe, la importancia de la espiritualidad en el cuidado de sí, como posible preámbulo para hacer alusión a la importancia de la espiritualidad para cuidar al otro.

Otras investigaciones plantean la falta de claridad en cuanto a las cuestiones espirituales en los cuidados de enfermería;... la espiritualidad propia de la enfermera puede desempeñar un papel importante en la prestación de la atención y en la práctica de enfermería, pero se deben considerar diferentes factores que influyen en la asistencia espiritual de tal forma que se pueda aclarar la responsabilidad por parte del profesional de enfermería en este sentido (4). En la literatura de enfermería se identifica que la espiritualidad y la atención espiritual son parte del dominio de enfermería, pero aún quedan preguntas por responder sobre el contenido y las fronteras de la atención espiritual en enfermería (4).

De otra parte, la atención espiritual en el proceso de enfermería está presente pero no clara, parece muy diversa y depende en gran medida de la expresión personal de cada enfermera. Chiu, declaró que la espiritualidad es un fenómeno universal, sin embargo la confusión y la incompreensión del concepto siempre están presentes; por esta razón el incorporar la espiritualidad en el

cuidado de enfermería no permite definir e identificar las necesidades espirituales de los pacientes (5).

Como parte de la complejidad en cuanto a la identificación del cuidado espiritual, y en específico la atención de los asuntos espirituales, que al parecer no es evidente en el acto de cuidar, se consideran otros aspectos álgidos al respecto, identificados en la revisión de la literatura científica.

Pinzón, considera como parte de esta situación, la multiplicidad de conceptos con relación a la espiritualidad lo que hace que sea relegada o se diluya en el hacer, y de otra parte la existencia de una serie de circunstancias que complejizan la situación (1):

- Creer que los asuntos espirituales no son competencia de la profesión puesto que corresponden al ámbito privado.
- Una sensación de incomodidad tanto en el receptor de cuidados al compartir los asuntos espirituales con los profesionales de enfermería, como en estos últimos.
- La formación científica y tecnológica no da espacio suficiente a lo espiritual y deja vacíos en la información, tanto a nivel de conocimiento como de habilidades.

- El exceso de responsabilidades relacionadas con el cuidado de enfermería, lo que no deja tiempo para abordar esta dimensión.
- El temor a acercarse a un campo considerado íntimo.
- Un medio sociocultural que atribuye poco valor a lo trascendente y lo desplaza frente a los aspectos corporales y materiales en general.

Otra perspectiva al respecto de esta complejidad que aunque no se relaciona con el contexto de un servicio de urgencias está relacionada con la atención espiritual, es la que plantea el Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en su libro “El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos” (13), en el aparte, *Las dificultades para el desarrollo de la atención espiritual*. El grupo considera dos tipos de dificultades; de una parte la propia naturaleza de la espiritualidad, como algo inefable e intangible, que pertenece a un nivel de experiencia vivencial, que no cabe en las palabras. De otra parte, las características del paradigma propio al ámbito clínico. Se trabaja en un entorno clínico donde el paradigma dominante es el científico, basado en el experimento y por tanto en la cuantificación y la medición objetiva. La espiritualidad por tanto trasciende el marco de lo “científico”, se acerca más a la experiencia humana vivencial que requiere una aproximación distinta.

Es evidente la dificultad existente, a pesar del contenido teórico presente en la literatura científica de enfermería, en cuanto a identificar el cuidado espiritual desde la perspectiva de quien brinda el cuidado, el profesional de enfermería. El cuidado espiritual se conceptualiza y considera como un referente conocido, presente y casi obvio en la interacción paciente-enfermero, pero difícilmente se sustenta su real presencia al brindar cuidado.

Al considerar la literatura científica de enfermería relacionada con el cuidado espiritual, se identifica una limitada indagación y por lo tanto vacíos de conocimiento acerca del significado del cuidado espiritual por parte de quien brinda cuidado. Existen en la literatura de enfermería, variedad de estudios en donde se indaga acerca de la espiritualidad por parte de quien recibe cuidado, el paciente; se encuentra información en donde se destaca la relación y la importancia que la espiritualidad tiene para el cuidado de enfermería en cuanto a la identificación de las necesidades espirituales presentes en el paciente y en su familia, la intervención de enfermería desde el cuidado espiritual, la normativa para enfermería con relación a la espiritualidad y el cuidado, información que al parecer no ha sido generada desde la óptica personal del profesional de enfermería acerca de su sentir espiritual, acerca del significado del cuidado espiritual como componente inherente a la dinámica de vida del profesional de enfermería.

Los estudios relacionados con el cuidado espiritual, han sido insuficientemente abordados desde la fuente primaria representada por el profesional de enfermería, planteando una situación compleja que impide visualizar y comprender, ampliamente, el significado que para la profesión de enfermería tiene el cuidado espiritual desde las diferentes perspectivas de carácter personal, social, académico y científico.

Por lo tanto en este estudio se plantea la reflexión en cuanto al significado que para el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias, tiene el cuidado espiritual.

1.4. Justificación

Como se mencionó anteriormente con relación a la revisión de la literatura científica, no se encontraron estudios en donde se indague en forma específica acerca del significado del cuidado espiritual, en este caso relacionado con el desempeño del profesional de enfermería en un servicio de urgencias, escenario en donde enfermeros, pacientes y familias vivencian situaciones críticas de salud-enfermedad que impactan en forma importante el devenir de los ciclos vitales y en paralelo el desarrollo de los proyectos de vida.

El significado que le otorga el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias, al cuidado espiritual, puede jugar un papel importante no solo en el fortalecimiento de su vida personal, sino también en el fortalecimiento de su quehacer como cuidador, que implícitamente trasciende el manejo de la situación de salud-enfermedad por parte de los receptores de sus cuidados, en este caso el paciente y su familia.

El indagar respecto al significado del cuidado espiritual dinamizará en el profesional de enfermería su reconocimiento como ser integral, lo que redundará en el rol asistencial propio de su ejercicio profesional. El cuidado espiritual, se constituye en referente importante para el crecimiento personal y el fortalecimiento de la relación terapéutica que establece el profesional de enfermería con el paciente y su familia.

Mediante el desarrollo de esta investigación y considerando su relevancia social, es posible destacar su contribución en cuanto a la generación de información que permita evidenciar el cuidado espiritual en el ejercicio de la práctica profesional del enfermero en el servicio de urgencias.

Esta investigación es de interés para enfermería, por cuanto hasta el momento no se han encontrado estudios que aborden en forma específica el significado del cuidado espiritual en los profesionales de enfermería que se

desempeñan en los servicios de urgencias. El conocimiento generado no solo redundará en la profesión de enfermería, sino también en otras disciplinas que se relacionan con la atención en salud de tal forma que se puedan conformar equipos interdisciplinarios cuyos referentes sean el paciente y su familia, quienes vivencian situaciones de salud – enfermedad agudas o críticas.

De otra parte el estudio ampliará el escenario de indagación para la disciplina de enfermería, representado en el cuidado espiritual, como plataforma de fortalecimiento para áreas como la investigativa y la académica.

1.3. Pregunta de investigación

¿Qué es el significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias?

1.5. Objetivo general

Describir el significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.

1.6. Definición de conceptos

Para el desarrollo del presente estudio, se tomarán como referencia los siguientes conceptos:

1.6.1. Significado del cuidado espiritual en el profesional de Enfermería:

Es la percepción personal del profesional de enfermería donde se expresa cómo es el cuidado espiritual, su sentido y trascendencia, por medio del establecimiento de relaciones terapéuticas con los seres humanos a quienes cuida y que aportan significado a la existencia humana.

1.6.2. Servicio de urgencias: Área institucional que presta servicios de salud a la persona y familia, quienes vivencian una situación de urgencia en su condición de salud.

1.6.3. Profesional de Enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias: Enfermera o enfermero quien posee conocimientos y experiencia laboral que lo califica para brindar cuidado en un servicio de urgencias.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Cuidado espiritual

El cuidado espiritual como concepto relevante para la disciplina profesional de enfermería, requiere de parte de los enfermeros una conceptualización analítica en pro del desarrollo de un ejercicio profesional que fortalezca y enriquezca en forma permanente la relación terapéutica. En el presente estudio hacen parte de esta percepción analítica conceptos como el cuidado y la espiritualidad, referentes que hacen parte de la dinámica de vida del profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias, en donde mediante la interacción personal con el paciente y su familia se comparten situaciones críticas, difíciles y complejas que ponen en peligro la vida. De esta manera el marco conceptual de este proyecto de investigación hace referencia a los conceptos de cuidado y espiritualidad, como preámbulo del concepto central, cuidado espiritual, el cual direcciona el desarrollo del estudio.

El cuidado como concepto central para Enfermería, posee una gama de definiciones en donde la interacción entre el profesional de enfermería y la persona representada en el paciente, crea un importante referente para llegar a la conceptualización del mismo.

Algunas definiciones de cuidado planteadas como una aproximación general hacen alusión a: El Cuidado de Enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio de la Carrera de Enfermería. Cuidar es a la vez una ciencia y un arte que exige conocimientos y actitudes especiales. El cuidado de enfermería es recíproco, interactivo e integrativo, en él las experiencias vividas y trascendentes contemplan la interacción entre personas totales con sus sentimientos, pensamientos y expresiones (14). El cuidado puede ser entendido como un acto de interacción humana recíproco e integral, que guía el conocimiento y la práctica de enfermería (15). El cuidado es una transacción terapéutica, interpersonal, única y recíproca de orientación presente y futura, que es multidimensional, contextual y refuerza patrones continuos de experiencia, cuyos resultados se pueden resumir en: crecimiento del sujeto del cuidado y del cuidador y aumento del potencial para el autocuidado (16).

Al considerar estas definiciones es evidente la importancia de la interacción que se genera entre quien recibe el cuidado y quien lo brinda, de tal forma que se puede llegar a identificar lo que Pinzón (1) denomina, características particularmente útiles o fundamentales para proporcionar un cuidado adecuado: despojarse de prejuicios, capacidad para escuchar y centrarse en el otro, capacidad para la empatía, compasión, reconocer las habilidades, los conocimientos y limitaciones con las que se cuenta para cuidar del otro, uso del tacto, la sonrisa, el optimismo y el buen humor. Además considera la tarea de cuidar que en nuestra condición de seres humanos y de

ciudadanos involucra el cuidado de la tierra, el cuidado de la sociedad, el cuidado de nosotros mismos y el cuidado de los otros.

Al considerar lo planteado anteriormente con relación al cuidado, se identifica como eje dinamizador del mismo a la relación terapéutica que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente y su familia, quienes en forma particular mediante su interacción generan procesos de trascendencia, integración, reconocimiento y crecimiento mutuos, expresados a través de pensamientos, sentimientos y acciones que potencian los momentos de cuidado en forma única; se enfatiza entonces por qué el cuidado se constituye en ciencia y arte para enfermería.

El concepto de espiritualidad es abstracto y posee una gran riqueza interpretativa por lo que es importante considerar interesantes y variados planteamientos generados desde la óptica de diferentes disciplinas como la teología (1 estudio), psicología (1 estudio), sociología (1 estudio) y enfermería (32 estudios), en donde se le referencia como un concepto amplio y subjetivo relacionado con el ser humano, como un aspecto intangible de la vida misma.

Inicialmente se hace alusión a la palabra espíritu; Hall, la desglosa a partir de su procedencia del latín spiritus, ruaj en hebreo y pneuma en griego, con el significado de respiración o fuerza de vida, adicionalmente describe

también la palabra alma, cuya raíz en griego es psique; este autor manifiesta que la diferencia entre estas palabras, denota la que hace referencia a alma porque está relacionada con la profundidad, la autoconciencia y la integridad; mientras que el espíritu es más una expresión externa, relacionada con la altura, la conciencia de Dios y la sanidad. Esta diferenciación es uno de los argumentos que por ejemplo el Consejo de Enfermería y Obstetricia del Reino Unido en el 2004, utilizó para describir parte del concepto de atención integral en “donde se reconoce a la persona como un ser completo, con problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales...” (17)

De otra parte Casaldáliga (18), expresa lo siguiente... “la espiritualidad de una persona o de una realidad o situación determinada, la podemos percibir por el carácter o forma de ser y por el ambiente del contexto o realidad; es patrimonio de todos los seres humanos e incluso quienes dicen rechazarla, dado el conocimiento de que el ser humano no es un ser exclusivamente material; es algo más que la vida biológica, es el ser humano con sus interacciones en un contexto cultural y social”.

En específico, la disciplina profesional de enfermería ha conceptualizado la espiritualidad desde diferentes perspectivas, desde la perspectiva de las teorías de enfermería como concepto central de sus modelos conceptuales y teorías, desde la perspectiva del cuidado como proceso intangible, desde la perspectiva de la investigación como permanente fuente de indagación y en

forma general desde la perspectiva de la academia considerando su componente teórico.

Considerando en cierta forma la evolución histórica relacionada con su conceptualización, se destaca lo planteado por Florence Nightingale para quien la espiritualidad era parte del cuidado holístico de los pacientes por lo cual manifestaba que "... la espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene una persona". Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad, Macrae, 1998. (19)

Por su parte Tanyi (20), considera que la espiritualidad como componente inherente al ser humano, es un concepto subjetivo, intangible, multidimensional y de naturaleza subjetiva. Así mismo la define, como la indagación personal sobre el significado y el propósito en la vida, la cual puede estar o no relacionada con la religión. Supone conexión para la autoselección y las creencias religiosas, prácticas que dan significado a la vida, por lo tanto inspiran y motivan el logro de un ser óptimo. Esta conexión brinda confianza, esperanza, paz y empoderamiento. Los resultados son disfrute, esperanza en uno mismo y en los otros, fortaleza y aceptación ante la mortalidad, bienestar espiritual y físico y la habilidad para trascender a través de la existencia.

En forma complementaria con el anterior planteamiento y desde la perspectiva de la sociología, se hace alusión a la relación entre espiritualidad y religión... “la religión y la espiritualidad son fuentes de visiones del mundo y de la vida; representan creatividad política y social, son fuerzas de cohesión y de polarización; generan impulsos de políticas sociales y de desarrollo; se prestan como instrumentos de referencia política y legitimación”. (21) Esta apreciación está más ligada a la manera como se utiliza la espiritualidad desde otros contextos mundiales y está encaminada en una dimensión social del ser humano (entorno).

Adicionalmente como lo plantea Sánchez (22) “el término espiritualidad que es muchas veces utilizado como sinónimo de religión, tiene un sentido mucho más amplio y más complejo que esta y agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida, su significado y su propósito. Lo espiritual no es prerrogativa de los creyentes, sino una dimensión dentro de cada persona”.

De otra parte Burnard (23) y Carson (24) identificaron en su estudio los atributos de la espiritualidad, siendo éstos: creencia y confianza, conectividad, fortaleza interna y paz. Creencia y confianza podrían suponer creencia en un ser superior o en Dios. Podría suponer también creer en relaciones significativas, autoselección de valores y metas, o creencia en el mundo sin conocimiento de Dios.

Hungelman y Col.(25) hacen alusión al bienestar espiritual y lo definen como un sentido de interconexión armoniosa entre sí mismo, los otros, la naturaleza, y el Ser último que existe a través y más allá del tiempo y del espacio. Esa interconexión se logra mediante un proceso de crecimiento integrado y dinámico que lleva a la realización del fin último y el significado de la vida.

Adicionalmente Highfield (26) hace referencia a la espiritualidad como una “fuerza dinámica que mantiene a la persona creciendo y cambiando de manera continua involucrada en un proceso emergente, de volverse y hacer su ser trascendente”.

Amplían las conceptualizaciones anteriores, los elementos identificados relacionados con la definición de espiritualidad en diferentes investigaciones realizadas por autores enfermeros como Burkhardt M.A (27), Reed (28), Emblen J. D. (29), Dossey B.M., Keegan L.; Guzzetta C. E. y Kolkmeier L.G. (30), Harrison R. L (31)., Relf (32), quienes determinan en forma general los siguientes elementos: trascendencia, misterio, conectividad, significado de propósito en la vida, poder superior y relaciones interpersonales.

Reed (1992), describe la espiritualidad como la inclinación para hallar significado en la vida por medio de un sentido de interrelación con algo mayor

que el mismo ser, que trasciende el yo y lo fortalece, de una manera que empodera y no devalúa al individuo. Este sentido de interrelación puede ser intrapersonal (del individuo consigo mismo), interpersonal (con el mundo: los otros y la naturaleza) o transpersonal (con un ser trascendente: Dios, o un poder mayor que los orígenes comunes propios); en estas interrelaciones está presente la trascendencia, vista como una facultad del individuo (28). Esta conceptualización hace sinergia con el planteamiento acerca de la relación terapéutica y su necesaria alusión cuando se considera el acto de enfermería, brindar cuidado, al considerar como parte de la integralidad del ser humano, la triada de interrelación consigo mismo, con el otro y con un ser superior, interrelación que permite el empoderamiento del profesional de enfermería y del paciente, ante las diferentes vivencias producto de la interacción con el entorno. Este planteamiento se complementa con lo expresado en cuanto a que la espiritualidad en un sentido más amplio, es una parte del fundamento ontológico de la enfermería, es considerada como una característica básica de la humanidad, por lo tanto puede ser considerada como un fenómeno humano pertinente a la disciplina de enfermería.

En la teoría de la salud como expansión de la conciencia, Margaret Newman, considera la espiritualidad como una de las metas de enfermería, en donde la persona trasciende de los límites físicos a la dimensión espiritual, proceso que se logra mediante la expansión de la conciencia por medio de una

relación de simultaneidad entre la enfermera y el paciente (33) citado por Veloza y Pérez. (34)

Al considerar los anteriores planteamientos, emerge la espiritualidad como un aspecto central inherente al cuidado; la espiritualidad contiene expresiones de gran riqueza conceptual, complementarias entre sí y con un fin, que sería soportar las diferentes vivencias producto de la interacción dinámica entre la persona y su entorno.

En el estudio de Martsolf y Mickley (33) citado por Veloza y Pérez en su artículo, La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería (34), se presentan conceptualizaciones de algunas teóricas de enfermería, en donde la espiritualidad es un concepto relevante en enfermería:

- Jean Watson: Su Teoría del Cuidado Humano, se basa en la existencia espiritual y en las orientaciones fenomenológicas que se describen en la filosofía oriental. Como parte de la dimensión espiritual, Watson elaboró el concepto de alma: "... se refiere al espíritu, al interior o a la esencia de la persona la cual se une a un sentido de autoconocimiento, a un alto grado de conciencia, de fortaleza y poder que puede tener la capacidad de expandir y permitir a la persona la trascendencia..."

Otro concepto relevante es el de la salud, definida como la armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu. Cuando se logra esta armonía se tiene una mayor cercanía con lo Divino.

- Betty Neuman: Una de las variables representativas del sistema humano es la espiritualidad, considerada como un componente innato de la estructura básica del ser humano, que no siempre es reconocido o desarrollado por el cliente. La espiritualidad es como una semilla con un enorme potencial en la persona. La combinación del espíritu humano, el espíritu de Dios y los eventos de la vida catalizan esa semilla para que se reorganice el ser humano.
- Margaret Newman: Un concepto mayor dentro de la teoría de la salud como expansión de la conciencia, es el de la espiritualidad considerada como una de las metas de enfermería, en donde la persona trasciende de los límites físicos a la dimensión espiritual, proceso que se logra mediante la expansión de la conciencia a través de una relación de simultaneidad entre la enfermera y el paciente.

El considerar estos planteamientos, permite visualizar la espiritualidad como componente importante en la dinámica del brindar cuidado por parte del profesional de enfermería, al potenciar la creación de una relación de simultaneidad con el paciente, en donde indiscutiblemente en forma bidireccional se presenta un fortalecimiento en la experiencia de vida.

La espiritualidad no se manifiesta mediante un patrón común o lineal, se manifiesta en forma subjetiva, amplia e inmaterial a través de la interpretación de su riqueza conceptual, sus elementos, particularidades y atributos, lo que permite su interpretación como estrategia para intervenir en variedad de situaciones que surgen como producto de la interacción del ser humano con su entorno.

Amplía la conceptualización de espiritualidad, el referente interpretativo presente en la literatura científica. Es así como, desde una perspectiva psicológica, Ellison se refiere a la espiritualidad como bienestar espiritual y lo define como un sentido de armonía interna que incluye la relación con el propio ser, con los otros, con el orden natural o un poder superior manifiesto mediante expresiones creativas, rituales familiares, trabajo significativo y prácticas religiosas. Lo anterior representa la calidad de vida espiritual conformada por dos dimensiones, una de tipo religiosa que hace referencia a la autovaloración de la relación con Dios y una dimensión existencial que hace referencia a la satisfacción y el propósito de la propia vida. (35)

En forma complementaria, Meraviglia describe dos dimensiones de la espiritualidad: la dimensión vertical en su conexión con Dios o un Ser supremo, y la dimensión horizontal en su relación con uno mismo o la naturaleza. Esta dimensión refleja los valores y las creencias supremos de los sujetos. (36)

De otra parte, Jarel también hace alusión al bienestar espiritual y lo define como un sentido de interconexión armoniosa entre sí mismo, los otros, la naturaleza, y el Ser último que existe a través y más allá del tiempo y del espacio. Esa interconexión se logra por medio de un proceso de crecimiento integrado y dinámico que lleva a la realización del fin último y el significado de la vida. (25)

Marsha Fowler propone la siguiente definición de espiritualidad: “La espiritualidad significa encuentro con uno mismo, encuentro con otro, encuentro con lo trascendental o lo sagrado. En consecuencia, cualquier discusión de espiritualidad debe enmarcarse dentro de la espiritualidad tanto del proveedor como del receptor del cuidado en la cualificación de esos encuentros. (37)

Dezorzi comprende la espiritualidad como un encuentro de autoconocimiento del ser con su dimensión más fiel y bella – la espiritual- que posibilita una conexión consigo mismo y con el cosmos, donde se alcanzan recursos inigualables que influyen en la vida humana y en sus relaciones con el todo. (38)

Los planteamientos que en torno a la espiritualidad se relacionan con la interacción persona – entorno, interacción representada en la relación terapéutica que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente y

su familia, permiten identificar como parte de la integralidad del ser humano unos elementos comunes traducidos en la relación con uno mismo, con los otros y con un ser superior, mediante expresiones de relación, interconexión, dimensiones, encuentro y conexión, que finalmente permiten considerar el sentido de trascendencia, de crecimiento personal y de posicionamiento ante la dinámica de vida.

Finalmente y desde la perspectiva de enfermería se presentan algunas definiciones de espiritualidad producto de procesos analíticos ligados a experiencias de cuidado por parte de los profesionales de enfermería, planteamientos que pretenden ampliar el referente interpretativo de este importante concepto, que como parte de la integralidad del profesional de enfermería, seguramente se hace presente en el cuidado.

Stoll (1989)	<i>«Es mi ser, lo que soy... motivados y capacitados por el valor, el culto y para comunicarse con lo sagrado, lo trascendente. Involucra lo vertical (relación trascendente) y una dimensión horizontal (experiencias de relación con Dios, a través de las propias creencias, valores, interacciones con otros, y con la naturaleza»).</i>
--------------	--

<i>O'Brien (1982)</i>	<i>"Esta dimensión de la persona tiene que ver con los fines últimos y los valores; lo que se inspira en el deseo de trascender el ámbito de lo material".</i>
<i>Amenta (1986)</i>	<i>"Lo espiritual es el yo, la esencia de la persona, el Dios interior, la parte con lo trascendente. Es la parte final de cada individuo que anhela la conciencia, significado, valor, propósito, la belleza, la dignidad, la relación y la integridad".</i>
<i>Goddard (1995)</i>	<i>"Integradora de energía".</i>
<i>Cunningham & Eagan (1996)</i>	<i>"La dimensión interior de la persona, el núcleo más profundo, donde una persona experimenta la realidad última; la dimensión de la experiencia humana que enriquece nuestra existencia ordinaria".</i>
<i>Pargament (1997)</i>	<i>"Una búsqueda de lo sagrado".</i>
<i>Parse (1998)</i>	<i>"Silenciamiento, mientras se mueve más allá de</i>

	<i>lo inmediato”.</i>
<i>Narayanasamy (1999)</i>	<i>"La espiritualidad tiene sus raíces en la conciencia que es parte de la composición biológica de los humanos. La espiritualidad está presente en todas las personas y también puede manifestarse como la paz interior y la fuerza derivadas de la relación percibida con un Dios trascendente o una realidad última”.</i>
<i>Burkhardt and Nagai-Jacobson (2000)</i>	<i>"La esencia de nuestro ser que impregna nuestra vida en relación con el desenvolvimiento de nuestra conciencia, de quienes y qué somos, nuestro propósito en el ser, nuestros recursos internos y el transcurrir de nuestra vida"</i>
<i>Dossey et al. (2000)</i>	<i>"Una fuerza unificadora de una persona; la esencia del ser que impregna toda la vida y se manifiesta en el ser, conocer y hacer; la interconexión con el yo, los demás, la naturaleza y Dios-Vida Fuerza absoluta y trascendente”</i>
<i>Sellers (2001)</i>	<i>"La fuerza motivadora que busca el significado y</i>

	<i>propósito en la vida mediante vínculos con la espiritualidad”</i>
<i>O’Hara (2002)</i>	<i>”Una dimensión fundamental de la persona, animando la forma de pensar, actuar y vivir. Es crear una integración de las dimensiones intrapersonal, interpersonal y transpersonal”</i>

Tabla 1. Definiciones de espiritualidad. Tomado literalmente de (5)

Estas apreciaciones respecto a la espiritualidad, enriquecen y fortalecen su conceptualización y permiten ampliar la visión del cuidado desde la perspectiva humana e integral del profesional de enfermería, en donde también está representada la relación interpersonal que se establece entre el paciente y el profesional de enfermería.

La espiritualidad posee una riqueza interpretativa, que permite conceptualizarla como un fenómeno humano pertinente a la disciplina de enfermería, como un aspecto relevante del cuidado de enfermería, que bien puede constituir el referente para plantear el concepto de cuidado espiritual.

El concepto cuidado espiritual, ha venido evolucionando en forma relevante para la profesión de enfermería, desde hace más o menos 3 décadas;

esta circunstancia cuenta con un precedente importante relacionado con la conceptualización del paciente como un ser biopsicosocial y espiritual.

Producto de la revisión de la literatura de enfermería relacionada con el concepto, se presentan las siguientes conceptualizaciones: Winterkorn, L. (3)“la espiritualidad se relaciona con la noción holística del cuidado que abarca todas las dimensiones del ser humano y los grandes esfuerzos para incluir nuevos abordajes que atiendan a las competencias tecnológicas y también a las competencias ontológicas que son esenciales para la madurez y la sobrevivencia de la enfermería como profesión” por su parte Mc Sherry considera cómo los pacientes buscan en el equipo de salud identificar a la persona que pueda ser el recurso espiritual; por consiguiente todo el personal que conforma el equipo de salud, debe estar en capacidad para ser seleccionado. La idea de los pacientes al hacer esta búsqueda es diferenciar entre una enfermera dura o ruda que solo mira la condición del paciente y otra enfermera que se enfoca más en lo individual...” (2).

Otros planteamientos complementarios producto de la indagación relacionada con el cuidado espiritual, hacen referencia a cómo los cuidados de enfermería implican la atención a las necesidades espirituales de los pacientes.

Sánchez en su libro “Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte”, hace alusión al cuidado espiritual como hacer los arreglos para satisfacer las necesidades espirituales de la persona cuidada. El cuidado espiritual incluye ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual, su conciencia personal de espiritualidad, así como ayudar a las persona a satisfacer sus necesidades espirituales. (11)

Collado (39) en su artículo, Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería, considera que el cuidado espiritual al paciente debe ser ofrecido en todo momento, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto por el ser humano que lo necesita; debe ser planificado de acuerdo con las necesidades previamente identificadas durante la fase de valoración.

Apreciaciones complementarias al concepto hacen referencia a la intervención de enfermería.... “las enfermeras han de estar bien informadas sobre el contenido de la atención espiritual y los factores personales, profesionales, culturales y políticos que influyen en ella” (4). “El reto consiste en lograr la interacción entre la espiritualidad y los cuidados de enfermería en la práctica cotidiana. La espiritualidad en enfermería implica el cuidado del paciente considerando sus necesidades físicas y personales. Las enfermeras tienen más probabilidades de ofrecer cuidado espiritual de enfermería, cuando ellas mismas se sienten cómodas con su propia espiritualidad” (5).

Adicionalmente, en el estudio sobre las actitudes hacia el cuidado espiritual entre el personal de enfermería en una clínica sueca de oncología (6), se identifica en forma clara el papel que la espiritualidad por parte del personal de enfermería, juega en el cuidado holístico; se considera que ésta hace parte de la atención integral. Además destaca la religiosidad personal como una de las actitudes relacionadas con el cuidado espiritual y alienta de acuerdo a otras investigaciones relacionadas con el estudio, al desarrollo de la propia religiosidad por parte del enfermero para poder aumentar la conciencia sobre su propia dimensión espiritual a fin de mejorar la capacidad de realizar el cuidado espiritual.

De otra parte se destaca también la normatividad relacionada con el desarrollo del ejercicio profesional, en donde se enfatiza la responsabilidad en cuanto a la identificación de las necesidades espirituales de los pacientes y sus cuidadores, por parte del profesional de enfermería. (7, 8, 9).

En forma complementaria desde una visión médica, Beca (40) en su artículo, El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud, manifiesta que el cuidado espiritual debería ser considerado parte intrínseca del tratamiento, lo que implica elaborar una historia espiritual del enfermo, estimar sus necesidades en este ámbito e incorporar sus inquietudes y valores en intervenciones concretas dentro del plan de cuidados.

El conjunto de apreciaciones anteriormente planteadas aunque limitadas en su cantidad, permite considerar el importante posicionamiento y visibilidad que debe tener en el cuidado, identificándose como aspecto fundamental del mismo.

2.2. Profesional de enfermería que se desempeña en el servicio de urgencias

En la literatura científica de enfermería existen planteamientos que permiten considerar en un sentido amplio, la importante presencia del profesional de enfermería en el ámbito de la atención en salud y dentro de este el correspondiente al servicio de urgencias.

La conceptualización del profesional de enfermería abarca dimensiones de tipo personal y social, estas dimensiones en forma complementaria permiten reconocer la importancia de la persona humana del enfermero, como representante de la profesión de enfermería.

Florence Nightingale, en 1859, expresó al respecto.... "si la enfermera es un ser inteligente y no una mera transportadora de dietas al paciente, dejémosla poner en práctica su inteligencia".

Roy, define enfermería como... “una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general”. (41)

Neuman, considera la enfermería como una profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés (p. 14). La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra. (42)

Newman, considera que la misión de la enfermera es ayudar a los clientes a mantenerse en contacto con el significado de sus vidas, identificando sus propios patrones de relación; adicionalmente afirma: ...”la enfermera se acerca a los clientes en estas situaciones de decisión crítica en sus vidas y participa con ellos en el proceso de expandir la conciencia”. (43)

Para Reed, el papel de la enfermera consiste en ayudar a las personas (mediantes procesos interpersonales y de la gestión terapéutica de los diferentes entornos), a desarrollar las habilidades que son necesarias para promover la salud y el bienestar. (44)

En cuanto a la legislación colombiana, la Ley 266 de 1996 define la enfermería como... "una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar". (45)

La Ley 911 de 2004, Código Deontológico de Enfermería, en el aparte: El acto de cuidado de enfermería; plantea lo siguiente... "El acto de cuidado de enfermería tiene un carácter esencialmente humano, coordina y hace efectivo el conocimiento científico y tecnológico del equipo de enfermería y del equipo de salud en beneficio de la persona que cuida". (46)

El análisis correspondiente al contenido de estos planteamientos, destaca el carácter social y el compromiso de cuidado propio al profesional de enfermería en donde está implícito un quehacer por el otro a través del desarrollo de procesos interpersonales, en donde también están implícitas características propias a la naturaleza humana tanto de quien recibe el cuidado, como de quien lo brinda.

El servicio de urgencias de una institución hospitalaria se constituye en escenario para el desarrollo del ejercicio profesional de enfermería e implica considerar una logística compleja en donde aparte del componente -

conocimiento y tecnología, es preponderante destacar el componente humano como elemento esencial en la prestación de un servicio social por parte del profesional de enfermería, en donde se desatacan sus calidades humanas y altruistas.

A continuación se presentan algunas consideraciones relacionadas con las características generales de un servicio de urgencias:

El servicio de urgencias es un área hospitalaria equipada para proporcionar una atención rápida en caso de emergencias. La atención de urgencias es la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud, para la atención de usuarios (47).

Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento a cualquier hora del día y de la noche. Estos servicios deben disponer de una infraestructura para la atención oportuna y con calidez especialmente para aquellos pacientes que solicitan atención por eventos agudos y graves. (48)

En Colombia según la resolución 412 de 1992 se considera un servicio de urgencias, como la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto

humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad. (49)

Se aprecian por tanto las condiciones en cuanto a planta física y logística para atender a pacientes que presentan situaciones de salud que pueden poner en peligro su vida, en donde en forma general se hace alusión a una infraestructura que cuente con recursos físicos y humanos para la atención oportuna y con calidez, en donde al parecer está implícito el carácter humano de la atención en salud.

Los diferentes planteamientos que con relación a este aspecto se identifican en la revisión de la literatura científica, hacen alusión a una persona que debe ser competente en el desarrollo de actividades propias a este tipo de servicio.

La enfermera general que labore en una unidad o servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento de atención médica, requiere demostrar documentalmente que ha acreditado satisfactoriamente cursos afines a la atención de urgencias. (50)

La Enfermería en urgencias se define como: “la provisión de cuidados especializados de enfermería a una variedad de pacientes en las diferentes etapas de la vida enfermos o con lesiones. El estado de salud de dichos pacientes puede ser estable o inestable, sus necesidades complejas y requerir de vigilancia estrecha o cuidados intensivos”. (51)

Las enfermeras que laboran en los servicios de urgencias combinan la teoría, la capacidad de liderazgo, trabajo, conocimiento, iniciativa, capacidad de aprendizaje, la madurez y estabilidad emocional para actuar de manera objetiva en situaciones inesperadas. Adicionalmente las enfermeras deben contar con los conocimientos científicos, prácticos y técnicos, para que puedan tomar decisiones rápidas y concretas, transmitir seguridad a todo el personal y especialmente la reducción de los riesgos que amenazan la vida del paciente. (12)

Al considerar estos planteamientos se destaca la presencia de un profesional de enfermería quien interviene en la atención de las personas que experimentan situaciones que amenazan su vida, a través de un bagaje de conocimientos, habilidades y experticia, en donde está implícito el aspecto humano como factor diferenciador del cuidado brindado por el profesional de enfermería.

3. MARCO DE DISEÑO

3.1. Diseño de la investigación

En la investigación se utilizó un diseño de tipo cualitativo con metodología descriptiva-interpretativa. La investigación cualitativa permite el conocimiento del ser humano de una manera integral, involucrando su medio ambiente. Permite obtener información de los fenómenos en el contexto natural tal y como ocurren desde la perspectiva de los participantes; de esta manera se pretende describir e interpretar las experiencias de la persona en su vida cotidiana.

Los estudios interpretativos utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio (52).

En la investigación cualitativa el paradigma interpretativo se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social. Este paradigma intenta sustituir las nociones científicas de explicación, predicción y control del paradigma positivista por las acciones de comprensión, interpretación, significado y acción. Los investigadores de orientación

interpretativa se centran en la descripción y comprensión de lo que es único y particular del sujeto más que en, lo generalizable (53).

Por consiguiente en este estudio se pretendió describir e interpretar el fenómeno de la naturaleza humana, representado por el cuidado espiritual desde el significado que le otorga el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.

3.2. Muestreo y recolección de la información

En el muestreo se consideraron los principios de pertinencia, adecuación, conveniencia, oportunidad y disponibilidad, a fin de permitir comprender y recolectar la información necesaria para el estudio (54).

A continuación se hace alusión a cada uno de los principios:

- **Pertinencia:** Este criterio hace referencia a la identificación y logro de la selección de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación, estos participantes aportan los suficientes conocimientos y la experiencia relacionada con la temática de la investigación. Para efectos de este estudio los participantes están representados por los profesionales de enfermería que se desempeñan en un servicio de urgencias, quienes poseen los conocimientos y la

experiencia en cuanto al significado del cuidado espiritual en el desempeño de su ejercicio profesional; los participantes cumplieron con los criterios de inclusión estipulados en el estudio.

- **Adecuación:** Este criterio hace mención a la oportunidad de contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y rica descripción del fenómeno, de acuerdo a la selección de los participantes. En el estudio, los participantes poseen la información suficiente para lograr la descripción del fenómeno de estudio.
- **Conveniencia:** Este criterio indica la elección del lugar, la situación o el evento que más faciliten la labor de registro, sin crear interferencias; permite adoptar una alternativa para posicionar al grupo que se busca analizar, mediante una oportuna y bien definida ubicación mental y cultural, por medio del cual se obtenga una comprensión clara de la realidad que se está estudiando. Se contó con una infraestructura y espacio adecuados que permitieron la obtención de la información. Los participantes en el estudio se encontraban ubicados en un servicio de urgencias, brindando cuidado, escenario que permitió la mejor obtención de la información requerida para el desarrollo del estudio.
- **Oportunidad:** Este criterio hace alusión al momento justo y el lugar preciso, que permitan recolectar la información suficiente para la

investigación. El escenario representado por el servicio de urgencias, reunió las características idóneas en cuanto a locación, logística y recurso humano representado en el profesional de enfermería, para la recolección de la información.

- Disponibilidad: Este criterio hace referencia al acceso libre y permanente a los lugares, situaciones o eventos que demanda la investigación. Para efectos del presente estudio, se contó con la aprobación de la institución de salud, en cuanto a la disponibilidad del servicio de urgencias, 24 horas, de acuerdo a las demandas relacionadas con el desarrollo de la investigación.

De esta manera la información requerida para el estudio, se obtuvo del grupo de profesionales de enfermería que se desempeñan en las tres jornadas laborales en el servicio de urgencias de una institución de salud. Se obtuvo información suficiente para lograr desarrollar una rica y completa descripción del significado del cuidado espiritual, en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.

La recolección de la muestra se realizó en el municipio de Chía, en una institución de salud de carácter privado donde laboran los participantes, el estudio incluyó 9 Profesionales de Enfermería, entre los 23 y 38 años de edad, 2 hombres y 7 mujeres, con experiencia en el servicio de urgencias

comprendida entre los 11 meses y 3 años. La totalidad de los participantes profesan la religión católica.

3.2.1. Muestra

La muestra se obtuvo por saturación teórica a partir del análisis de la información obtenida por parte de los participantes, mediante la observación y la entrevista.

3.2.2. Criterios de Inclusión

- Profesional de Enfermería
- Experiencia mínima de 4 meses en el servicio de urgencias

3.2.3. Técnicas de recolección de la información

Para la recolección de la información se contactó una institución de salud con el fin de obtener la autorización para desarrollar la investigación. Se solicitó consentimiento a los profesionales de enfermería para su participación y éste fue firmado. Se acordó el sitio y la hora de encuentro para la recolección de la información. Se tuvieron en cuenta las siguientes técnicas de recolección:

3.2.3.1. Observación

Se realizó una observación no participante durante el desarrollo de la entrevista, con el fin de captar toda la información que se relacionara con el entorno y la dinámica de la entrevista. En el presente estudio se tuvo en cuenta el contexto de urgencias, en donde el enfermero interactúa con el paciente, interacción en donde se presentan reacciones, actitudes y realidades que se vivencian al brindar cuidado; de esta manera las investigadoras pudieron tener una apreciación de la información recolectada. Así como lo plantea Sandoval (54), el contar con un registro estructurado sobre los aspectos más relevantes de la realidad humana, permite describir las interacciones entre los actores, la identificación de las estrategias y tácticas de interacción social, la caracterización de las condiciones del entorno físico y social y la identificación de las consecuencias de los diversos comportamientos sociales observados.

Durante el trabajo de campo se realizó la observación y percepción de sí mismo, la observación y la percepción de otras personas (sentimientos, ideas, dudas, reacciones, errores, problemas, dificultades y facilidades personales), expresiones ante las preguntas, percepción del contexto social (situaciones conflictivas, problemas, dificultades y facilidades con otras personas o en el contexto); se consideraron en la observación las apreciaciones de las investigadoras, incluyendo además la forma como es recibido el investigador, el grado de disponibilidad del participante, la postura adoptada durante la

entrevista, gestos, señales corporales y/o cambio de tono de voz, de humor, todo esto aportó elementos significativos para la comprensión del contexto en el que se realizó la entrevista (55).

3.2.3.2. Entrevista

La entrevista según Gaskel, es un intercambio de ideas, significados y sentimientos sobre el mundo y los eventos, cuyo principal medio son las palabras. Es una interacción en la cual se exploran diferentes realidades y percepciones, donde el investigador intenta ver las situaciones de la forma como la ven sus informantes, así como comprender porque se comportan de la manera en que dicen hacerlo (56). Bonilla, considera que la entrevista es un instrumento útil para indagar y comprender un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados, sin imponer previas categorías (57)

En los estudios cualitativos, las entrevistas tienen el doble propósito de reconstruir la perspectiva del grupo estudiado, al tiempo que se obtiene la información necesaria para responder el problema de investigación.

Un tipo de entrevista utilizada en la investigación cualitativa propuesta por Hernández, hace referencia a la entrevista abierta, la cual se utilizó en la presente investigación.

La entrevista abierta se fundamenta en una guía general de contenido, en donde el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla (el entrevistador es quien maneja el ritmo, la estructura y el contenido de los ítems). (58).

Este tipo de entrevista se desarrolló con cada uno de los participantes, planteando una pregunta guía de base, dando opción a nuevas preguntas, que permitieran describir el significado del cuidado espiritual de los profesionales de enfermería que se desempeñan en un servicio de urgencias. Esta descripción está ligada a la subjetividad de los participantes en cuanto a la descripción de sus puntos de vista, análisis, percepción y sentimientos relacionados con el tema.

Pregunta guía

¿Quisiera usted compartir conmigo, qué es cuidado espiritual?

3.2.3.3. Notas de Campo

Se tomaron notas de campo durante el desarrollo de la entrevista. Estas permitieron describir con precisión y tan literalmente como fue posible lo que se observó con relación al desarrollo de la entrevista, de tal forma que se le pueda dar sentido a los datos (59).

Se realizó un registro adecuado y permanente del lugar, fecha, escenario y ambiente donde se obtuvo información precisa y exacta acerca de lo que el participante expresó, lo que permitió no plantear apreciaciones personales, sino las expresadas por los participantes, enriqueciendo de esta manera la información para la investigación.

3.2.3.4. Inmersión al campo

Una vez elaborada la pregunta guía, se realizó la inmersión al campo mediante la utilización de la observación, la entrevista y las notas de campo, con el fin de crear un ambiente de confianza entre los participantes y las investigadoras y así lograr profundizar mediante el planteamiento de preguntas que surgieron de acuerdo a las respuestas obtenidas, antes de llegar a los informantes; de tal forma que se logró recolectar la mejor y mayor información relacionada con el estudio.

Las entrevistas se realizaron de acuerdo a las pautas establecidas por la institución de salud y la disponibilidad de los participantes en cuanto a los horarios de la jornada laboral, así como al deseo de participar en forma voluntaria.

Una vez desarrolladas las entrevistas se realizó su transcripción textual, así como la lectura y escucha de las mismas en varias oportunidades; posteriormente se corroboró la información obtenida con los participantes, para proseguir en simultáneo con el análisis de la información (análisis de contenido) a partir de la transcripción textual e identificación de los códigos, las categorías y las temáticas correspondientes.

3.2.3.5. Procedimiento de la entrevista

Para la realización de la entrevista se estableció el siguiente procedimiento:

- Solicitud de autorización por parte de la institución de salud.
- Contacto con los profesionales de enfermería a través de la Coordinación de Enfermería de Urgencias.
- Solicitud de autorización de los participantes en el estudio.
- Generación de un ambiente de confianza con los participantes.

- Inducción de las preguntas a las entrevistas.
- Grabación de la entrevista.
- Transcripción de la entrevista
- Análisis de la entrevista

Para la realización de las entrevistas se solicitó la autorización a cada uno de los participantes, posteriormente se realizó la transcripción para conservar la mayor fidelidad de los datos.

Cada entrevista tuvo una duración promedio de 30 minutos, se realizaron en un espacio anexo al servicio de urgencias de la institución, que permitió el desarrollo de las mismas en un ambiente de privacidad y confort, sin interrupciones e interferencias.

Durante el proceso se tuvo la asesoría de una investigadora con amplia experiencia en investigación cualitativa; méritos requeridos para garantizar la credibilidad y la utilidad de la información producida.

La muestra se recolectó a través de saturación teórica a partir del análisis de la información obtenida de los participantes.

3.3. Análisis de Datos

Una vez efectuada la entrevista y la transcripción completa de los datos verbales, se procedió al análisis de contenido en donde se realizó un proceso de lectura en más de una ocasión, con el fin de hallar sentido a la información.

La transcripción es un paso necesario para la interpretación de los datos recolectados mediante grabaciones para hacer un análisis exhaustivo del lenguaje; se debe transcribir la cantidad y exactitud de información que requiera la pregunta de investigación. (60)

El análisis de contenido latente, permite identificar, codificar y categorizar los datos (54).

La codificación se refiere al proceso de identificar palabras, frases, temas o conceptos dentro de los datos de tal manera que los patrones subyacentes puedan ser identificados y analizados. El investigador se familiariza con los datos y organiza la información (54). En esta investigación se empleó el tipo de codificación abierta la cual permite revisar todos los segmentos del material para analizar y generar – por comparación constante – categorías iniciales de significado. Se eliminó así la redundancia y se desarrolló evidencia para las categorías (sube el nivel de abstracción). Las categorías se basan en los datos recolectados (entrevistas, observaciones y anotaciones). Las categorías tienen

propiedades representadas por subcategorías, las cuales son codificadas (las subcategorías proveen detalles de cada categoría) (58)

La categorización hace referencia al agrupamiento en categorías, archivos separados o carpetas, de los códigos establecidos por similitud conceptual (54).

De otra parte se realizó la triangulación a través de la consideración de la observación no participante y la elaboración de notas de campo, en simultáneo con el desarrollo de la entrevista abierta, utilizando la pregunta guía. La triangulación permite utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección que contribuyan al análisis y abordaje de la construcción del significado del fenómeno de la investigación.

3.3.1. Proceso de análisis de los datos

Una vez se logró la saturación de la muestra, al realizar 9 entrevistas, se procedió al análisis de los datos donde se tuvo en cuenta el punto de vista de los participantes a quienes se les permitió “describir el significado del cuidado espiritual”.

El análisis de la información fue realizado a través de un esquema donde se inicia con una primera entrevista, seguido de una inmersión de los datos mediante la lectura de las transcripciones.

Se realizó la codificación por medio del análisis de las entrevistas y el diario de campo, para la identificación de temas claves, posteriormente se separaron los temas significativos en las descripciones de los participantes en el estudio, se redactaron memos, (comentarios relacionados con los descriptores y los códigos).

A continuación se agruparon los códigos para establecer las categorías y subcategorías, para esta agrupación de códigos se tuvo en cuenta la reducción de los datos. (58)

4. RIGOR METODOLÓGICO

El rigor metodológico se considera fundamental en la investigación cualitativa para el reconocimiento de su validez y la valoración de todo el proceso desarrollado; le confiere a la investigación, los méritos requeridos para garantizar su credibilidad y la utilidad de la información producida.

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad. (61)

- La credibilidad se logra cuando el investigador, mediante observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. El criterio de credibilidad se puede alcanzar porque generalmente los investigadores, para confirmar los hallazgos y revisar algunos datos particulares, vuelven a los informantes durante la recolección de la información. La experiencia indica que, por lo general, a los informantes les gusta participar en esa revisión, pues ellos quieren reafirmar su participación y

desean que los hallazgos sean lo más creíbles y precisos para ellos. En este sentido, la mayoría de los informantes son capaces de corregir los errores de interpretación de los hechos y para ello se ocupan de dar más ejemplos que ayudan a clarificar las interpretaciones del investigador. En la presente investigación este criterio se consideró mediante el logro de un nuevo contacto con los informantes, a fin de confirmar los hallazgos, mediante el reconocimiento de la información suministrada como verdadera y real.

- La auditabilidad, es también considerada por otros autores como confirmabilidad. Guba y Lincoln (62) se refieren a un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares. Este criterio se consideró en la investigación, mediante la intervención de otros investigadores cuya perspectiva les permite plantear conclusiones similares a las planteadas por parte de las investigadoras. Durante el desarrollo del estudio se contó con la asesoría permanente de la Directora y la Codirectora del mismo, quienes intervinieron en el proceso; mérito requerido para garantizar la credibilidad y la utilidad de la información producida.

- La transferibilidad o aplicabilidad, se debe tener en cuenta para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln (62) indican como a través de este criterio se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. En la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son quienes determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente al relacionado con el estudio. Para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

La socialización de los resultados de esta investigación podrá constituirse en referencia para los lectores expertos, quienes consideraran si los resultados se pueden transferir a otros contextos representados por los servicios de urgencias de otras instituciones de salud.

5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Es relevante considerar el aspecto ético en el proceso y desarrollo de la investigación. Los principios, valores, derechos y deberes que fundamentan las profesiones y ocupaciones en salud, se enmarcan en el contexto del cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano, y en la promoción de su desarrollo existencial, procurando su integridad física, genética, funcional, psicológica, social, cultural y espiritual sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideológica política y de un medio sano. (63)

La resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Ley 84 de 1989, manifiestan que este tipo de investigación solo necesita consentimiento informado no escrito, debido a que no representa ningún riesgo para los seres humanos. (64)

Sin embargo es importante contar con el consentimiento informado como una forma de respeto por el manejo de la información proporcionada por los participantes, para lo cual se diseña un formato con todos los requerimientos que este exige.

Se debe tener en cuenta que la investigación se hace con seres humanos; por lo cual se deben contemplar los principios bioéticos de autonomía, beneficencia no maleficencia, justicia y confidencialidad. (63)

- Autonomía: El respeto por las personas es el primer principio y este exige que cada individuo sea tratado como un ser único y como un ser igual a todos los individuos. No se pretende interferir en los propósitos, la privacidad o los comportamientos individuales de cada persona. En la presente investigación se respetó la libre expresión de pensamientos, sentimientos y acciones relacionadas con la indagación correspondiente a la investigación.
- Beneficencia no maleficencia: Se define en la virtud de hacer el bien y de no hacer daño. Es importante que se identifique en la práctica de enfermería, las reglas morales que reconocen el principio de beneficencia no maleficencia; en este caso, proteger y defender los derechos de los participantes, prevenir que suceda algún daño, suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio. Durante el desarrollo de las entrevista los investigadores no emitieron juicios valorativos que generen malestar o inconformidad por parte de los participantes.
- Justicia: El principio de justicia estipula la igualdad de trato entre los iguales y la diferencia de trato entre los desiguales, sin distingo de raza, género o edad, conforme a sus necesidades. De acuerdo a este principio

todos los participantes en la investigación, tuvieron igual oportunidad de participar en el desarrollo de las entrevistas.

- Confidencialidad. El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. En la presente investigación, la información que se obtuvo a través de las entrevistas se manejó de manera confidencial por parte de las investigadoras y no se utilizará con fines diferentes al estipulado en el presente proceso investigativo.

Adicionalmente se contemplan las normas éticas de la CIOMS que se refieren a la consideración en cuanto a que el estudio no ofrece riesgo para los participantes en tanto no contempla el desarrollo de procedimientos o técnicas que puedan afectar a los individuos en sus aspectos orgánicos o psicológicos (65). Posterior a la explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la investigación, sobre el papel de las investigadoras y el papel de la institución con su respectivo Comité de Ética e Investigación, los participantes pudieron participar en forma voluntaria y dieron su autorización por escrito mediante el consentimiento informado. También se dio la posibilidad del retiro voluntario cuando cada participante así lo deseara.

Una vez finalizada la investigación, se informó a cada uno de los participantes los resultados de la misma, conservando el carácter de confidencialidad de la información.

Se suministró información detallada acerca de los siguientes aspectos:

- Tipo y propósito de la investigación.
- Procedimiento a ser utilizado en cuanto a la obtención de la información individual. (Tipo de instrumento y contenido, lugar, hora y tiempo asignado para su desarrollo)
- Proceso de selección para ser incluido en la investigación como sujeto de estudio.
- Garantía de confidencialidad de la información suministrada.
- Uso irrestricto de la información para la investigación y no para otros fines.

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

El significado que los profesionales de enfermería participantes del estudio le asignaron al cuidado espiritual está dado por una interpretación que hacen de este, explicándolo con sus particularidades, su finalidad y el sentido que la religión tiene en el cuidado espiritual. Adicionalmente se ubica a la enfermera en el cuidado espiritual resaltando sus cualidades, su actuar, las consecuencias del actuar y el escenario de la práctica del cuidado; finalmente se considera al paciente-familia en el cuidado espiritual donde el paciente se percibe como un ser integral, la familia como apoyo y sujeto de cuidado y las respuestas del paciente y la familia al cuidado espiritual.

A continuación se presenta el proceso de categorización, con el correspondiente análisis de los datos surgidos de las entrevistas y la observación, en el cual se tuvo en cuenta el conocimiento sustantivo de los participantes (descriptores), los códigos organizados por su similitud conceptual y el contenido de los memos (con notas de campo y observaciones). Como complemento para la denominación de las categorías y subcategorías, se consultó el diccionario de la Real Academia Española.

Después de la interpretación y análisis de los datos, se establecieron las siguientes categorías:

Interpretando el cuidado espiritual

Paciente- familia en el cuidado espiritual

La enfermera en el cuidado espiritual

A continuación se presentan cada una de estas categorías, con sus respectivas subcategorías y códigos, en diagramas con sus respectivas descripciones, análisis y discusión. La contrastación con la literatura científica se realizó en los casos en que esto fue posible; algunas de las interpretaciones manifestadas por los participantes, comparadas con la literatura corroboran la información hallada; por el contrario, algunas de las interpretaciones identificadas representan el sentir por parte de los participantes, y como tal son difíciles de comparar con la literatura científica.

Categoría 1

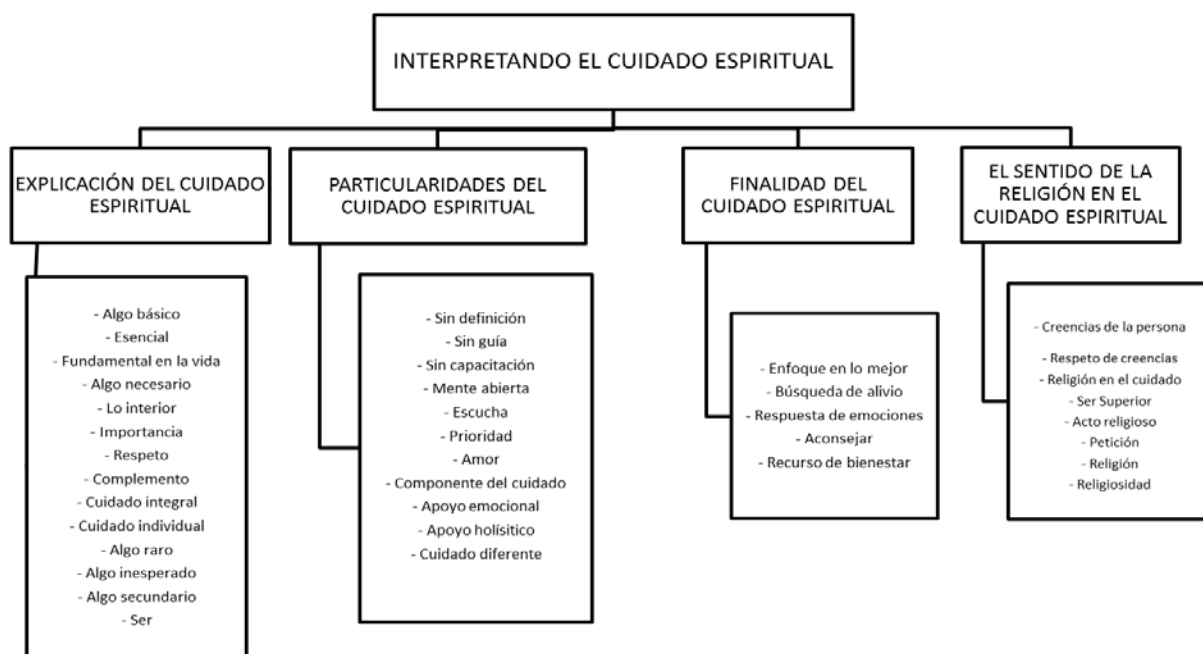
Interpretando el Cuidado Espiritual

Esta categoría contiene los conceptos, ideas y opiniones que los profesionales de enfermería expresaron con relación al cuidado espiritual. De acuerdo a la Real Academia Española, interpretar es concebir, ordenar o expresar de un modo personal la realidad. Es decir el significado del cuidado espiritual parte de la interpretación que los enfermeros del estudio expresaron acerca del cuidado espiritual y que en esta investigación se ha denominado como: "Interpretando el cuidado espiritual".

Las subcategorías propuestas son: Explicación del Cuidado Espiritual, Particularidades del Cuidado Espiritual, Finalidad del Cuidado Espiritual y El sentido de la Religión en el Cuidado Espiritual.

A continuación se presenta el diagrama de la categoría con las subcategorías y los correspondientes códigos.

Diagrama 1.



Fuente: Guevara, C.; Mesa, S. Datos tomados de la investigación
:Significado del Cuidado Espiritual en el Profesional de Enfermería que se desempeña en un Servicio de Urgencias.

Subcategoría 1

Explicación del Cuidado Espiritual

Esta subcategoría describe las declaraciones que sobre el cuidado espiritual manifestaron los profesionales de enfermería. Para ellos, el cuidado espiritual, se explica como un cuidado holístico, individual, como algo fundamental y básico en la vida, como complemento que incluye respeto por el otro, como lo interior; algo raro e inesperado.

El cuidado espiritual explicado como cuidado holístico, cuidado individual, cuidado integral hace referencia al cuidado que se brinda al paciente visualizándolo como un todo y a su vez como una individualidad, como un ser único e irrepetible que vivencia en forma particular, diferentes situaciones de salud-enfermedad en compañía del profesional de enfermería a través del desarrollo de la relación terapéutica.

- *“... Un cuidado más enfocado a la persona como tal...”* (P₁E₇)
- *“...Básicamente lo que se da es apoyo y cuidado holístico...”* (P₆E₁)
- *“...Cada persona es individual...”* (P₈E₁)
- *“...Pero no creo que para ayudar y para brindar cuidado espiritual haya un protocolo, con cada persona hay que entrar diferente, dependiendo del momento en el que está viviendo y de sus creencias en parte...”*
(P₁E₂)

El cuidado espiritual, es explicado como algo fundamental y básico en la vida, como lo interior, es decir algo similar a lo que la respiración significa para la vida, por lo tanto no es algo difícil, confuso e inexplicable, pues es ese algo implícito en el cuidado espiritual que le denota espontaneidad, particularidad, especificidad y distinción. Lo anterior constituye un llamado hacia algo que no se puede dejar de hacer, algo propio y representativo del cuidado de enfermería.

- *“...Es básico porque es fundamental en la vida como lo es respirar y hacer todo lo fisiológico...” (P₁E₂)*
- *“...El cuidado espiritual básico es como... lo esencial que hay en una persona...” (P₁E₂)*
- *“...Lo espiritual es algo que necesita el ser humano para poder estar vivo...” (P₁E₂)*

El cuidado espiritual como un complemento, hace referencia al acompañamiento realizado por un sacerdote al paciente en el momento de cuidado, situación que produce un efecto de complementariedad en el cuidado en pro de la situación del mismo y su familia. Esta complementariedad es favorecida y potenciada por el profesional de enfermería a través de la relación terapéutica representativa de una dinámica en donde están presentes creencias, ideales, valores y deseos, traducidos en las circunstancias propias de una vivencia particular como es la que se tiene en un servicio de urgencias.

- *“...Nosotros le brindamos el cuidado de enfermería y si quieren que alguien venga a hablar con ella les ayudamos con el sacerdote y que los acompañará en ese trance que estaba viviendo...” (P₁E₂)*
- *“...Se busca a un padre o a un sacerdote...se delega por la parte religiosa...mayor jerarquía en la iglesia...” (P₂E₂)*

- *“...Yo me acerqué a saludarla únicamente y después ella me dijo no había tenido nunca la oportunidad de hablar con alguien como para hablar...”* (P₁E₂)
- *“...Uno les trata de decir: “pero tiene problemas, quiere hablar con alguien o sea hay momentos en que uno no tiene que esperar a que ellos le, lo busquen a uno sino uno”...”* (P₃E₁)

El cuidado espiritual explicado como algo inesperado, hace parte de un referente en donde predomina la idea de una intervención centrada en lo físico e instrumental, lo cual impide visualizar la integralidad de la persona en cuanto a sus requerimientos espirituales. Es algo que se presenta en forma súbita e inesperada y ante lo cual los profesionales de enfermería deben ser sensibles.

- *“...En medio de la tensión física uno no da espacio para eso, en el momento que uno menos se espera se puede brindar cuidado espiritual...”* (P₉E₁)
- *“...Preguntarle a los familiares que cree, que religión tiene él para de acuerdo a eso podernos enfatizar en buen cuidado y el final de todo sino se hicieron las cosas pertinentes poderlas hacer a priori luego del cuidado...”* (P₂E₁)

Otra explicación que se le dio al cuidado espiritual es el respeto, que de acuerdo a la Real Academia Española es el acatamiento que se hace de

alguien. El respeto es importante en el momento de brindar cuidado espiritual y se refleja en el buen trato dado a los pacientes.

- *“...Adicional a un cuidado espiritual es un buen trato...”* (P₆E₁)

Subcategoría 2

Particularidades del cuidado espiritual

Lo particular de acuerdo con la Real Academia Española hace referencia a algo propio o que le pertenece con singularidad. Lo que le es propio al cuidado espiritual es expresado por los participantes, a través de los siguientes códigos: cuidado diferente, apoyo emocional, componente del cuidado, prioridad, amor, escucha, mente abierta, necesidad de definición, necesidad de capacitación, necesidad de guía.

El apoyo emocional, el apoyo holístico, la mente abierta, la escucha activa y el amor son particularidades del cuidado que hacen parte de la relación terapéutica, a tener en cuenta una vez se ha estabilizado la condición clínica de la persona.

- *“...Cómo brindas cuidado espiritual en tus actividades diarias: “Brindando apoyo moral, apoyo emocional, una escucha activa, también un silencio, un silencio activo en los pacientes...”* (P₄E₁)

- *“...Brindar a mis pacientes ese apoyo emocional...”* (P₆E₁)
- *“...La espiritualidad es amor, es paz...”* (P₇E₁)
- *“...El apoyo holístico es mirar todas las situaciones que envuelven a mi paciente para tratar de que lo que lo está descompensando tratar de solucionar...”* (P₆E₁)
- *“...Creo que la parte espiritual, la manejamos luego de estabilizar al paciente...”* (P₂E₁)

La escucha activa y mente abierta se expresaron como las particularidades preámbulo para estar atentos a lo expresado por los pacientes, sin juzgarlos ni reprocharles, escucharlos cuando lo necesiten y estar siempre disponibles para ellos, además de tener una actitud libre de prejuicios para considerar sus creencias y centrarse en el cuidado que se brinda a cada uno de manera individual; se hace referencia a considerar su dignidad y el respeto por su individualidad. Estas particularidades aportan referentes para consolidar la relación terapéutica como mecanismo mediante el cual el profesional de enfermería brinda cuidado espiritual.

- *“...Yo la escuché y Yo no le decía nada, ni la reproché, ni la juzgué ni nada...”* (P₁E₂)
- *“...La persona necesita hablar con alguien y pues uno los escucha...”* (P₇E₁)

- *“...Se necesita tener una mente abierta pero a la vez muy centrada...”*
(P₆E₁)
- *“...Cuidado espiritual es escuchar a esa persona...”* (P₇E₁)
- *“...El cuidado espiritual pienso que en ese momento, es en ese momento prima el paciente de por sí...”* (P₂E₁)

Respecto al cuidado diferente se prioriza el cuidado espiritual constituyéndose en parte del cuidado y así mismo se genera la diferenciación entre el actuar del médico y el del profesional de enfermería, como otra de las particularidades de este cuidado.

- *“...Le voy a dar un cuidado diferente al del médico...”* (P₄E₁)

La capacitación hace referencia a la importancia de recibir una información, una preparación específica para brindar el cuidado espiritual; adicionalmente no se conocen guías que direccionen este cuidado, lo que genera incertidumbre por parte del enfermero ante la expectativa de la necesidad de brindar cuidado espiritual, recurriendo al sacerdote o ignorando este sentir y esta necesidad por parte del paciente y su familia, anteponiendo tal vez el componente de lo biológico y lo físico.

- *“...Nosotros no estamos capacitados para eso, si muchas veces no estamos capacitados para decir que murió un paciente, mucho menos vamos a estar capacitados de tocarle la parte espiritual...”* (P₂E₂)

- *“...Pero no hay un protocolo definido para “venga, empecemos así, así como cuando uno va a hacer de pronto un procedimiento en enfermería no...” (P₁E₂)*
- *“...En el cuidado como tal no hay unas características definidas o Yo no las tengo...” (P₁E₂)*

Subcategoría 3

Finalidad del cuidado espiritual

Esta subcategoría describe el fin para el cual se brinda cuidado espiritual por parte de los participantes; esta finalidad se describe como un recurso de bienestar, el aconsejar, respuesta de emociones, búsqueda de alivio y enfocarse en lo mejor.

Los participantes expresaron cómo al brindar cuidado espiritual es posible hacer sentir mejor a los pacientes, brindar alivio, satisfacer una gama de necesidades sentidas de tipo fisiológico, emocional, social, espiritual, aconsejar considerando sus creencias, valores y principios, todo en pro de generar bienestar y opciones de manejo desde una mirada proactiva, aún ante las circunstancias adversas que hacen parte de la vivencia de una situación de salud – enfermedad, compleja y difícil.

- *“...Solo debería responder a una necesidad, lo brinda como pensando en ofrecer algo más, en ofrecer algo que los haga sentir mejor, a los pacientes...”* (P₉E₁)
- *“... Aconsejando teniendo en cuenta las creencias de los pacientes...”* (P₄E₁)
- *“...Sentir que puedo dar cariño...”* (P₆E₁)
- *“...Las personas ya de edad buscan como un alivio a su vida...”* (P₇E₁)
- *“...Nosotros podemos brindar esa partecita espiritual que va a ayudar a que ese paciente mejore satisfactoriamente...”* (P₂E₁)

Subcategoría 4

El sentido de la religión en el cuidado

Esta subcategoría describe cómo la religión se hace presente cuando se brinda cuidado espiritual como parte de la interacción enfermera-paciente; y se relaciona con las creencias de las personas, respeto de creencias, religión en el cuidado, ser superior, acto religioso, petición, religión y religiosidad.

Para los participantes en este estudio, las creencias son el firme asentimiento y conformidad con algo, refleja el apoyo emocional que se le

brinda a la persona que siempre está con los pacientes, los tiene en cuenta en el momento de brindar cuidado espiritual y lo hace de acuerdo con sus creencias como personas y como profesionales. Así mismo la religión hace parte del conjunto de creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ellas. Conocer las creencias, la diversidad y libertad de creencias permite orientar los cuidados de acuerdo a la condición de salud-enfermedad y proporcionar ayuda oportuna en ese momento.

- *“...Mis creencias como mujer y pues como persona...”* (P₄E₁)
- *“...El cuidado espiritual se brinda de acuerdo a las creencias religiosas...”* (P₄E₁)
- *“...Con las mías (creencias) le voy a avanzar un cuidado diferente...”* (P₄E₁)
- *“...Teniendo en cuenta a mis creencias como enfermera...”* (P₄E₁)
- *“...Cada uno cree en lo que quiere”* (P₇E₁)
- *“...Uno tiene también que cuidar esa parte y hacer respeto de su religión...”* (P₈E₁)
- *“...En pacientes como no creyentes en Dios...es muy difícil meterse porque eso es irrespetar sus creencias...”* (P₆E₁)

- *“...Esa cercanía que tiene con un ser especial para que lo ayude a salir delante de su enfermedad en el momento, esa creencia que tiene ese paciente” (P₂E₂)*

Tal como lo expresaron los participante las creencias y la religión hacen parte fundamental cuando se brinda cuidado espiritual, por consiguiente se ve reflejado por actos de religiosidad que son manifestados por las actividades que realizan y hacen parte de su rutina, como son: la bendición, la oración solicitante, el culto; actos que proporcionan ayuda a los pacientes cuando lo requieren y representan las acciones que realiza una persona con relación a sus creencias, además se expresan de una manera activa mediante de los rituales propios de su religión.

- *“...Religión es ya cada uno su, como vive la vida diaria...” (P₃E₁)*
- *“... Pedirle a Dios que le ayude a ese paciente, le ayude en ese trance mientras está aquí en urgencias con nosotros...” (P₁E₁)*
- *“...Yo desde que salgo de mi casa lo que siempre hago es pues la bendición...” (P₁E₁)*
- *“...Religión es como todo el culto que practica el paciente...” (P₂E₁)*

Lo anteriormente expuesto demuestra como la interpretación del cuidado espiritual hace alusión a un conjunto de sucesos que permiten dar un significado al cuidado espiritual, a partir de unas características que hacen parte del brindar este cuidado, como son la explicación, las particularidades, la finalidad y el sentido de la religión.

El cuidado espiritual, es un concepto que se ha desarrollado a través de diferentes planteamientos emitidos por teóricas e investigadoras de enfermería, cómo parte del cuidado holístico e integral brindado a los pacientes permitiendo que se haga visible en la integralidad del ser humano. Estos planteamientos hacen referencia también a como los cuidados de enfermería responden a las necesidades espirituales de los pacientes.

Burnard (1998) y Carson (1989) identificaron en su estudio que la espiritualidad es: creencia y confianza, conectividad, fortaleza interna y paz. Tal como lo expresaron los participantes en este estudio, la explicación relacionada con el cuidado espiritual se conceptualiza como algo básico, esencial, fundamental en la vida y como lo interior del ser, es algo inesperado, como algo que denota respeto, es un cuidado holístico diferente e inesperado; conceptos que son propios del ser humano, por ende del profesional de enfermería y parten de la integralidad del ser. (23,24)

Diferentes autores (1, 23,24) expresan la importancia del cuidado integral como componente referente para atender las respuestas humanas de índole biológica, psicológica, social y espiritual; aspectos presentes al brindar cuidado espiritual. Esto direcciona hacia una observación del paciente como un ser integral, para brindar un cuidado individual, personalizado donde se evalúen las necesidades propias de acuerdo a la condición de salud.

Sánchez, manifiesta que el cuidado espiritual "...es como hacer los arreglos para satisfacer las necesidades espirituales de la persona cuidada e incluye ayudar a la gente a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y conciencia personal de espiritualidad". Esto se traduce en ese ofrecer algo más que haga sentir mejor al paciente y su familia y por ende influye también en el crecimiento espiritual del profesional de enfermería presente al brindar cuidado espiritual. (11)

De acuerdo a lo expresado por Sánchez, el cuidado espiritual es poder ofrecer al paciente un cuidado oportuno, individualizado, que cumpla con sus expectativas y necesidades, lo que redunda en mantener niveles de satisfacción durante la vivencia de salud - enfermedad.

Balddachino en su artículo, Competencias de Enfermería para el Cuidado Espiritual, hace referencia a la complejidad del cuidado espiritual y

plantea su desarrollo dependiendo de personal de enfermería consciente de la singularidad del paciente con respecto a la conexión entre mente, cuerpo y espíritu, de la evaluación de lo espiritual en el estado de los pacientes durante la enfermedad y de la aplicación de la atención integral (7).

Para Watson, el término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior. (66)

Las apreciaciones planteadas por diferentes teóricas (1,11,24) refuerzan lo que los participantes expresan en este estudio, al manifestar que el cuidado espiritual debe ir de la mano del cuidado integral del paciente, considerando todas sus dimensiones, manteniendo una relación transpersonal que permite conservar la integridad del ser humano teniendo en cuenta su situación de salud.

Otro aspecto a destacar en este estudio, son las apreciaciones que los profesionales de enfermería tienen acerca de las particularidades del cuidado espiritual que le son propias y por lo tanto lo hacen singular.

Los participantes en el estudio manifiestan que al brindar cuidado espiritual, se adolece de una definición, una guía, una capacitación previa; estos aspectos tienen una implicación importante en la formación del profesional de enfermería ya que el concepto de cuidado espiritual es tan personal, amplio y complejo, que no permite un proceso rígido y limitante para su abordaje ; pero así mismo permite una conceptualización amplia y dinámica que invita a un abordaje personalizado implícito en la capacidad de brindar cuidado espiritual como parte del quehacer de enfermería (7,24,66).

De otra parte, es cuestionable crear protocolos para brindar cuidado espiritual, esta situación genera incertidumbre e inquietud, pues de acuerdo a las mismas concepciones de ser algo inesperado, espontáneo e individual, el crear un estándar del mismo, hace que estas concepciones no se perciban y por lo tanto se pierda parte de la esencia del cuidado espiritual. Adicionalmente, generar un estándar limita la libertad en la expresión de la esencia de los pacientes sujetos del cuidado del profesional de enfermería.

Esta particularidad hace evidente una de las debilidades relacionadas con el cuidado espiritual y es la necesaria capacitación al respecto aun ante la complejidad y subjetividad del tema, para posicionar el liderazgo por parte de enfermería ante este importante referente del cuidado. Ante la falta de capacitación en lo referente al cuidado espiritual, el profesional de enfermería no se siente en capacidad plena de brindarlo.

Por otra parte, Pinzón plantea lo siguiente: "...Si bien hay situaciones en las que un aspecto en particular es prioritario, frecuentemente el aspecto biológico, el cuidado de enfermería debe abarcar siempre todas las dimensiones, dado que las necesidades relacionadas con lo espiritual pueden ser independientes de la naturaleza del problema de salud por el que atraviesa la persona, y en los enfermos en estado terminal el cuidado espiritual es uno de los aspectos centrales. (1)

El cuidado espiritual, tal como lo expresa Pinzón(1) abarca diferentes situaciones donde el componente biológico prima, no obstante, las necesidades espirituales hacen parte de la naturaleza propia de la persona y como tal también deben hacer parte del cuidado espiritual brindado por el profesional de enfermería, si se considera la integralidad del ser humano.

Además se debe considerar que para brindar cuidado espiritual, es importante mantener una mente abierta y una escucha activa, con el fin de generar una relación terapéutica donde el paciente perciba que el profesional de enfermería le está brindando toda la información, seguridad y confianza que requiere durante su atención a fin de satisfacer también sus necesidades espirituales.

La finalidad del cuidado espiritual se centra en satisfacer las necesidades espirituales del paciente, en buscar un alivio más oportuno, en proporcionar un consejo útil y lo más importante en lograr una condición de bienestar consigo mismo y con los demás. Este planteamiento se relaciona y complementa lo expresado por Pinzón, quien considera que el cuidado espiritual fortalece y acompaña al sujeto en la búsqueda de trascendencia y de sentido, a través de las relaciones que establece consigo mismo, con los otros, con el mundo, con un Ser Superior. Al respecto la intervención del profesional de enfermería potencia esta trascendencia y búsqueda de sentido. (1)

La trascendencia y la búsqueda de sentido que Pinzón plantea, van de la mano con las creencias y actos religiosos que el paciente manifiesta, porque permiten que el mismo trascienda en la búsqueda de sentido ante lo que sucede a su alrededor.

Con relación a lo anterior, La Declaración Universal de los Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, sustenta en su artículo 18 "...«Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectiva, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia». (67)

De otra parte, Vásquez, plantea en su artículo: “El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante”, la existencia de dos dimensiones que inciden en la diversidad cultural y que se tienen en cuenta en el cuidado de enfermería de las cuales se resalta: “...la etnicidad y la religión son modeladores de los valores, creencias y prácticas relacionadas con la salud...” (68).

Navas y Villegas, en su revisión bibliográfica relacionada con la Espiritualidad y Salud, hacen alusión al concepto de religiosidad como un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñado para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente (Dios, alto poder o última verdad o realidad), con el fin de nutrir o entender la responsabilidad de la persona con los demás, con la vida y con la comunidad. Adicionalmente concluyen cómo las prácticas religiosas pueden ayudar a las personas a sobrellevar el estrés del día a día, y especialmente, a aquellas sometidas al estrés agudo. (69)

Benson, citado por Navas y Villegas, quien desde hace 30 años investiga sobre el poder de la oración, focalizado específicamente en el efecto que la meditación tiene sobre el cuerpo, reporta, que todas las formas de oración producen una respuesta de relajación que combate el estrés, calma el cuerpo y promueve la sanación. (69)

Por su parte Tanyi, considera que la espiritualidad como componente inherente al ser humano, es un concepto subjetivo, intangible, multidimensional y de naturaleza subjetiva. Así mismo la define, como la indagación personal sobre el significado y el propósito en la vida, la cual puede estar o no relacionado con la religión. Supone conexión para la autoselección y las creencias religiosas, prácticas que dan significado a la vida, por lo tanto inspiran y motivan el logro de un ser óptimo. (20)

Concluyendo con el sentido de la religión en el cuidado espiritual Farrel en su investigación "Culture care of the potawatomi Native Americans Who have Experienced Family Violence" referencia a Leininger, quien identifica los rituales y ceremonias como una forma de cuidado relacionado con la espiritualidad. Estos rituales de cuidado se utilizan para revelar la sabiduría interior, se utilizan herramientas con poderes espirituales como los trajes indígenas, la oración, las hierbas y las plumas; este tipo de herramientas les ayudan a descubrir la realidad más profunda de la vida y traer paz y armonía. (70)

Diferentes autores (67, 68, 69,71) hacen alusión al sentido que tiene la religión en el cuidado espiritual, lo que complementa lo identificado en el estudio en cuanto a la importancia de tener en cuenta las creencias religiosas y la libertad del culto religioso al brindar cuidado espiritual, esto incide en la

interpretación personal del cuidado de la salud en donde está presente la dimensión espiritual.

Categoría 2

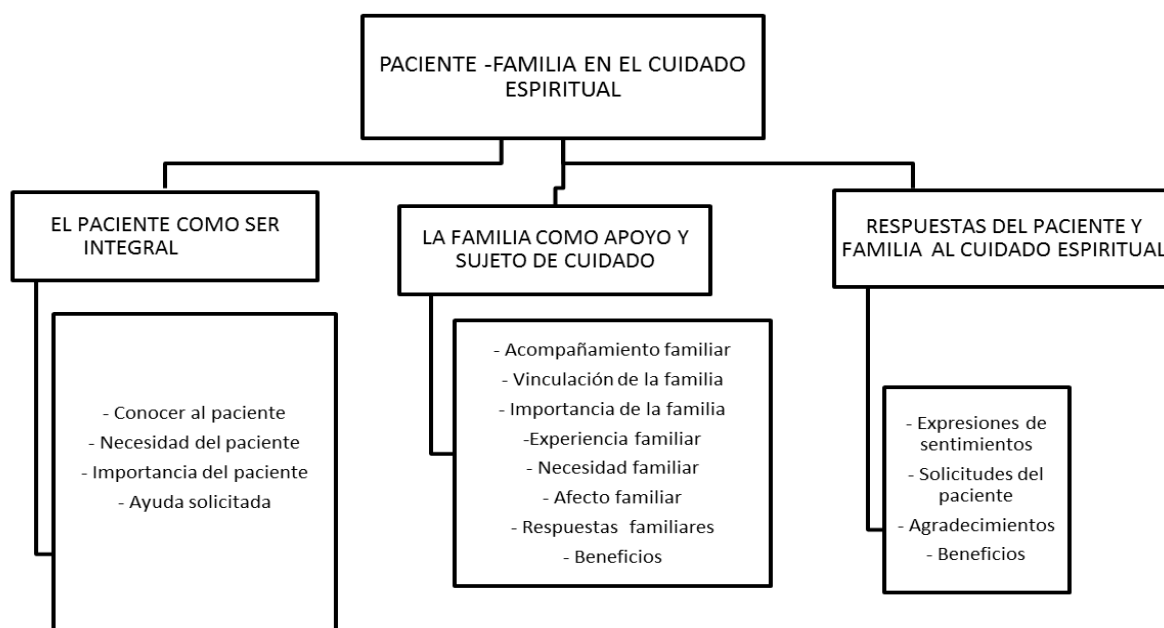
Paciente-familia en el cuidado espiritual

Esta categoría contiene los conceptos, ideas y opiniones que los participantes en este estudio expresaron con relación al paciente-familia en el cuidado espiritual y de esa manera se ha denominado en esta investigación. Es decir, el significado del cuidado espiritual parte de la interpretación que los enfermeros del estudio expresaron acerca de los pacientes y su familia cuando se les brinda cuidado espiritual y que en esta investigación se ha denominado como: "Paciente-Familia en el Cuidado Espiritual".

Las subcategorías propuestas son: El paciente como ser integral, La Familia como apoyo y sujeto de cuidado y Respuestas del paciente y familia al cuidado espiritual.

A continuación se presenta el diagrama de la categoría con las subcategorías y los correspondientes códigos.

Diagrama 2.



Fuente: Guevara, C.; Mesa, S. Datos tomados de la investigación :Significado del Cuidado Espiritual en el Profesional de Enfermería que se desempeña en un Servicio de Urgencias.

Subcategoría 1

El paciente como ser integral

En esta subcategoría se presenta como interpretaron los participantes al paciente como un ser integral cuando es receptor del cuidado espiritual, teniendo en cuenta conocer al paciente, la necesidad del paciente, la importancia del paciente y la ayuda solicitada; el diccionario de la Real Academia Española define lo integral como un todo. Lo anterior se constituye en una variedad de aspectos y circunstancias que se manifiestan al brindar cuidado espiritual.

El conocer, permite a los profesionales de enfermería reconocer en los pacientes su diversidad, su importancia, las condiciones y características que les son propias en el momento de brindar cuidado espiritual. Al igual que le permite identificar las señales y ayudas que los pacientes manifiestan para brindarles cuidado espiritual de manera adecuada, individual y de acuerdo a sus necesidades.

- *“...Con que paciente es con el que Usted se va a enfrentar y nada, tratar de intervenir de la manera más prudente y conveniente para el paciente...” (P₄E₁)*
- *“...Creo que con el simple hecho de ir preguntarle al paciente cómo se siente emocionalmente, espiritualmente y físicamente...” (P₂E₁)*
- *“...Cuando brinda cuidado espiritual en sus actividades diarias...detalla a ese paciente y depende como uno lo vea brinda el cuidado espiritual...” (P₄E₁)*
- *“...Si uno ve ese entorno pero uno ve que hay al frente un paciente que quiere, que necesita un cuidado espiritual entonces uno simplemente trata como de suprimir esas influencias del entorno que no contribuye para nada al compromiso del paciente o no al compromiso sino al mejoramiento del paciente...” (P₄E₁)*

Otro aspecto importante que permite describir al paciente como un ser integral son las necesidades y las condiciones que se identifican en él para brindar cuidado espiritual, presentes también de acuerdo a la vivencia de la enfermedad, una de ellas hace alusión a la soledad, que de acuerdo a los profesionales de enfermería participantes en el estudio, se identifica por medio del cuidado espiritual.

- *“...No se enferman tanto de su enfermedad que tienen sino de su soledad...”* (P₇E₁)
- *“...El paciente con mucho dolor o el paciente sin dolor pero ansioso por saber su diagnóstico, ese paciente también necesita apoyo espiritual...”* (P₄E₁)
- *“...La experiencia que llevo pues por pacientes que ya están con, ya los han pronosticado con muerte, estos pacientes generalmente, son pacientes que todavía escuchan...”* (P₂E₁)

Subcategoría 2

La familia como apoyo y sujeto de cuidado

Esta subcategoría representa el sentido que los participantes le asignaron a la familia como apoyo y sujeto de cuidado. Para los profesionales de enfermería, la familia es interpretada como un aspecto importante de la vivencia salud-enfermedad de los pacientes, así mismo la vinculación de la

familia en el cuidado, permite que ésta sea un medio para brindar el cuidado espiritual y se realiza a través de: la importancia de la familia, la necesidad familiar, la experiencia familiar, la vinculación de la familia, el acompañamiento familiar, el afecto familiar y los beneficios.

La importancia de la familia hace referencia al grado de relevancia que se le asigna a la misma cuando el profesional de enfermería brinda cuidado, porque para realizar una intervención de enfermería efectiva es necesaria la participación de la familia durante la atención del paciente teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales y espirituales de los pacientes.

- *“...Me gusta como mezclar la parte familiar, y la parte personal porque con todo este ciclo el paciente va a salir adelante...Mezclar es como tomar un poquitico de cada parte del paciente de conocerlo en sí...”*
(P₂E₂)

De acuerdo a lo expresado por los participantes en el estudio, la hospitalización del paciente se traduce en una situación que afecta a la familia, quien también necesita y solicita que se le brinde cuidado espiritual. Por lo tanto la familia se constituye en demandante de cuidado espiritual.

- *“...Los familiares son los que piden más la ayuda espiritual y no el mismo paciente; Pero los familiares si nos buscan a nosotras...”* (P₃E₁)

- *“...El familiar puede necesitar el apoyo espiritual hablándole también a los familiares y vinculando también a los familiares al cuidado del paciente...” (P₄E₁)*
- *“...Yo pude darle cuidado a mi abuela, ese cuidado espiritual, muchas veces los pacientes me lo piden y puedo hacerlo...” (P₃E₁)*
- *“...Los familiares son los que piden más ayuda espiritual y no el mismo paciente. Pero los familiares si nos buscan a nosotras...” (P₃E₁)*

La vinculación y acompañamiento por parte de la familia, se describe como la participación que permite a los familiares apoyar el cuidado de enfermería y así mismo ser un medio para poder brindar cuidado espiritual de acuerdo a la necesidad del paciente.

- *“...Hablándole también a los familiares y vincularlos también a los familiares al cuidado del paciente...” (P₄E₁)*
- *“...Se brindaría cuidado a través de la familia...” (P₄E₁)*
- *“...Creo que un buen aporte, es su grupo familiar que esté al lado del paciente y al lado de la persona que brinda la creencia...” (P₂E₁)*

El afecto familiar, es una forma de expresión de sentimientos hacia el paciente y como soporte emocional, influye en su estado de ánimo produciendo un efecto benéfico ante la situación de salud vivenciada.

- *“...Uno dice que espiritualidad es solo rezar, pero de pronto el espíritu de la persona está un poquito agobiado es por su parte afectiva...”*
(P₈E₁)
- *“...El familiar puede necesitar el apoyo espiritual...”* (P₄E₁)
- *“...Trabajando el estado moral y anímico de los familiares y el paciente para contribuir a mejorar la salud del paciente, o la situación en la que esté en ese momento...”* (P₄E₁)

Subcategoría 3

Respuestas del paciente y familia al cuidado espiritual

Esta subcategoría describe lo expresado por los participantes en cuanto a las respuestas del paciente y familia con relación al cuidado espiritual; la Real Academia Española define respuesta como la acción con que alguien corresponde a la de otra persona. En el estudio las respuestas se interpretan a través de la expresión de sentimientos, solicitudes de los pacientes y familiares, agradecimientos, y beneficios que los pacientes manifiestan cuando se les brinda este cuidado.

La expresión de sentimientos son las respuestas afectivas de los pacientes y familiares al ser receptores del cuidado espiritual, lo que permite a los profesionales de enfermería brindar un cuidado más apropiado de acuerdo

a la condición clínica, permitiendo una intervención cálida y oportuna. En algunas ocasiones el brindar cuidado espiritual propicia en los pacientes y familia bienestar y permite que ellos lo manifiesten.

- *“...No Yo no quiero que me acompañe” o “si muchas gracias Yo no soy de esa religión, pero gracias por la oración que me dio” o “venga acompañeme, porque ahorita necesito al menos que me acompañe...”*
(P₁E₁)
- *“...Porque me preocupo a veces por los patienticos, que a veces están llorando entonces uno va y dice que tiene, le duele mucho...”* (P₈E₁)
- *“...La seguridad de que la oración que hagamos le vamos a dar un descanso a la persona...”* (P₁E₂)
- *“...Yo no quiero que Usted me acompañe en una oración porque Yo no soy católico...”* (P₁E₂)
- *“...En la medida en que el paciente acepte de pronto que quiera que uno le hable...”* (P₈E₁)

El agradecimiento de los pacientes y las respuestas familiares al ser receptores del cuidado espiritual permiten el reconocimiento a los profesionales de enfermería, este es un hecho que fortalece al enfermero en su valía y en el reconocimiento del ejercicio de la profesión.

- *“...Generalmente se acercan a uno, con una simple sonrisa, con un simple gracias con eso Yo creo que queda todo saldado...”* (P₂E₁)
- *“...Primero pasa la etapa de duelo, ya después la familia está como en la etapa de resignación...”* (P₂E₁)
- *“...Ellos me dicen hay gracias jefe o se van gracias jefe sea la forma del agradecimiento es lo que uno dice que de pronto pudo ayudar...”* (P₈E₁)
- *“...Ellos vinieron a despedirse de mi me agradecieron...”* (P₅E₁)

El beneficio como resultado del cuidado espiritual, se traduce en la expresión de una mejoría de acuerdo a la situación de enfermedad que se está viviendo.

- *“...Para que él mejore su enfermedad y así salga a mejorar su calidad de vida...”* (P₂E₂)
- *“...Sino es espiritual que al menos señor que crea que esto que existe, mejora su calidad de vida...”* (P₂E₂)
- *“...Cuidado espiritual es permitir que la persona exprese sus sentimientos en cuanto a creencias y respetárselas...”* (P₈E₁)
- *“...Los pacientes se sienten beneficiados y se sienten recompensados...”* (P₆E₁)

Lo anteriormente expuesto, permite considerar como el binomio paciente-familia se constituye en referente importante cuando se brinda cuidado espiritual. El paciente y la familia son demandantes y participes del cuidado espiritual como sujetos de cuidado.

Para algunas teóricas e investigadoras de enfermería, el paciente como ser integral es visto como un organismo biológico, racional y pensante; un ser holístico, con partes que funcionan como una unidad que interactúa con el entorno. Es una persona con capacidad de conocerse, con la facultad de utilizar ideas, palabras y símbolos para pensar, que se comunica con otros seres y con Dios, conservando sus creencias y costumbres. (72,73). Estas conceptualizaciones, permiten a los profesionales de enfermería conocer y reconocer a la persona como un ser integral y dinámico, con quien se desarrolla una interacción recíproca al ser receptor del cuidado espiritual.

Con relación a la familia como apoyo y sujeto de cuidado, Oliveira (2006) en su artículo “Experiencias de interacción para las familias que viven con la enfermedad de sus hijos y la hospitalización” describe en sus resultados lo siguiente: “...la familia siente satisfacción cuando percibe que puede contar con los profesionales de la salud no sólo para cuidar del niño, sino también contar con sus cualidades y posibilidades para ayudar a atender las necesidades de la familia en su conjunto...”. (74); adicionalmente “... en la experiencia de la familia, cuando se establece una relación de confianza, esta se caracteriza por

acciones de transparencia, receptividad sensible, cálido interés en las dudas y los sentimientos...” (74)

En cuanto a las necesidades de la familia, diferentes autores han identificado las siguientes: seguridad, información y proximidad; los profesionales de enfermería tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia. Adicionalmente se destaca lo siguiente “...la familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo, por ello cuando una persona entra en un hospital, es importante no solo cuidar al paciente sino también a su familia...” igualmente manifiestan que la presencia de la familia en el cuidado resulta beneficioso para el paciente. (75,76)

El apoyo de la familia en el cuidado proporciona una terapia y contribuye a mejorar la situación de salud de los pacientes debido al apoyo emocional, físico y espiritual que le proporcionan, adicionalmente la compañía de la familia proporciona tranquilidad, ayuda y ánimo en el estrés causados por la enfermedad y por los efectos de la terapia en la Unidad de Cuidados Intensivos. (76)

Es importante brindar cuidado espiritual al paciente y a su grupo familiar, quien a su vez es parte activa y complemento del cuidado brindado por los profesionales de enfermería.

Respecto al afecto como sentimiento que se destaca en la familia con relación al cuidado espiritual, este se identifica como un componente de la salud familiar y es definido por la O.N.U. como la capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia. (75)

En el artículo “Atención de Enfermería en Salud Familiar” se describe el proceso de curación como un proceso influenciado por conductas de autocuidado, por creencias de salud propias de la familia y se concluye que los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental en la resolución de los problemas de salud. El cuidado como afecto, es una emoción acompañada de sentimientos de compasión o empatía, lo que beneficia tanto al paciente como a la enfermera de acuerdo con la situación del paciente. Este cuidado es un esfuerzo bidireccional entre la enfermera y el paciente. Se parte de la idea de que en toda relación de cuidado están presentes la comunicación, el respeto y el compromiso (77,78). Cuando el paciente es receptor del cuidado espiritual, experimenta conductas propias que le permiten beneficiar su estado de salud y su estado emocional; aquí el grupo familiar por medio de las expresiones de afecto, demuestra cuál es su interés en la recuperación de la salud de su ser querido.

Categoría 3

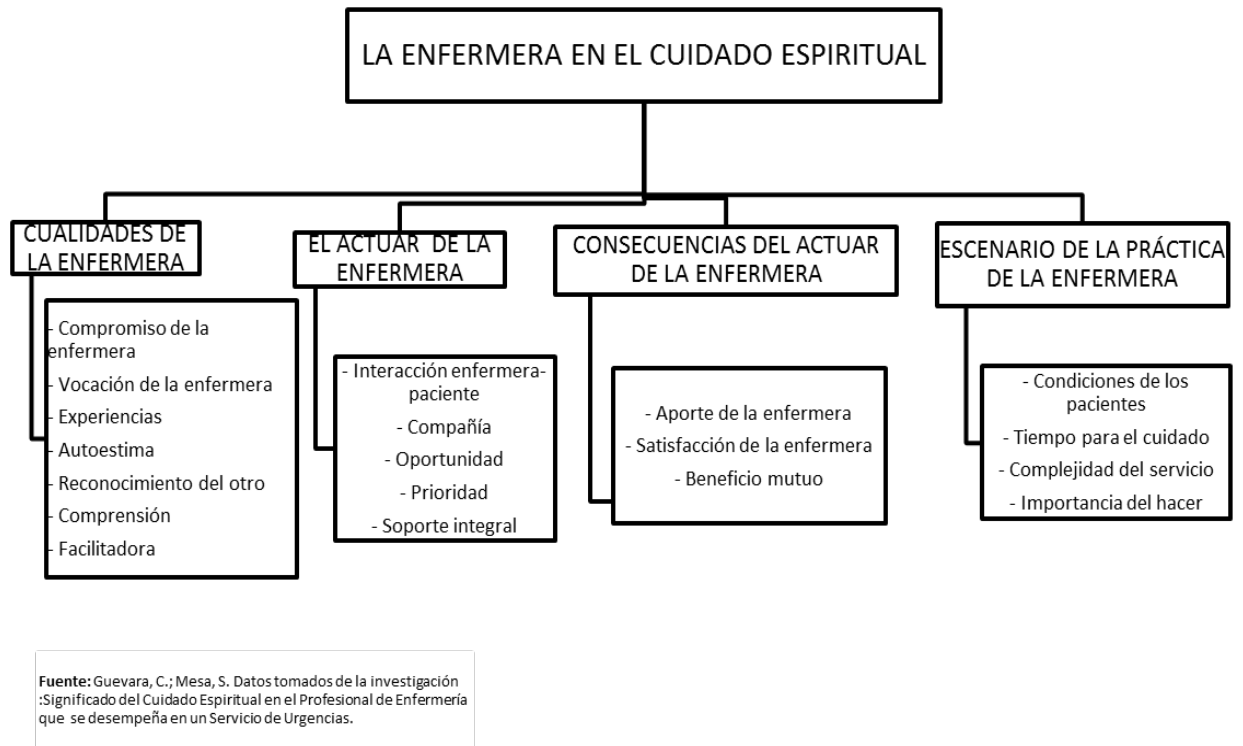
La enfermera en el cuidado espiritual

Esta categoría permite hacer una descripción de la enfermera en el cuidado espiritual a partir de las apreciaciones y opiniones que los profesionales de enfermería expresaron. Es decir, el significado del cuidado espiritual parte de las particularidades que identificaron a los enfermeros del estudio con relación al cuidado espiritual y que en esta investigación se ha denominado como: “La enfermera en el cuidado espiritual”.

Las subcategorías propuestas para esta categoría son: Cualidades de la Enfermera, El Actuar de la Enfermera, Las Consecuencias del Actuar de la Enfermera y el Escenario de la Práctica.

A continuación se presenta el diagrama de la categoría con las subcategorías y los correspondientes códigos.

Diagrama 3



Subcategoría 1

Cualidades de la enfermera

En esta subcategoría los participantes hicieron alusión a las diferentes características que le son particulares al profesional de enfermería como sujeto que brinda cuidado espiritual, donde se rescatan aspectos propios de la profesión. En el diccionario de la Real Academia Española, una cualidad hace referencia a cada uno de los caracteres, naturales o adquiridos, que distinguen a las personas, a los seres vivos en general o a las cosas.

Las cualidades que manifestaron los participantes en este estudio sobre las enfermeras hacen alusión al compromiso, la vocación, las experiencias, la

autoestima, el reconocimiento por el otro, la comprensión y el ser facilitador; estas cualidades hacen referencia a la condición propia de la profesión y a los componentes o aspectos particulares que diferencian al profesional de enfermería cuando brinda cuidado espiritual.

El compromiso que el profesional de enfermería adquiere cuando ejerce su rol, requiere de ciertos aspectos para cumplir con el objetivo del cuidado, este se centra en satisfacer las necesidades propias del paciente, en tener buena actitud y disposición para el cuidado; por consiguiente un profesional de enfermería atento, alerta y colaborador, está dispuesto incondicionalmente a brindar cuidado espiritual, considerando en todo momento las circunstancias del paciente y su familia.

De acuerdo a lo que expresaron los participantes, el compromiso por parte del profesional de enfermería se basa o se sustenta en la vocación de servicio, en el don y el quehacer diario, aspectos en donde se enmarca la capacidad de servicio en la atención de los individuos que necesitan ser cuidados (80).

- *“...Hacer lo que tiene uno que hacer...”* (P₇E₁)
- *“...El deber de uno es escuchar darles un motivo de vida...”* (P₇E₁)
- *“...Y les colaboro a mis pacientes... en lo que necesiten espiritualmente”*
(P₁E₁)

- *“...No tenemos todo el tiempo pero si trata uno de hablar con ellos...”*
(P₃E₁)
- *“...No siempre uno da, no está presto para dar una palabra de aliento a los familiares o a la persona...”* (P₉E₁)
- *“...Soy enfermero es como la vocación de uno...”* (P₇E₁)
- *“...El dar el don que tiene uno ahí...don de la vida...”* (P₇E₁)

De esta manera la enfermera debe tener la capacidad para brindar cuidado espiritual; los conocimientos, la experiencia y la seguridad son herramientas que permiten realizar una valoración integral del paciente y así brindar un cuidado asertivo. Los participantes lo manifestaron de la siguiente manera:

- *“...Darle como la seguridad al paciente...”* (P₁E₁)
- *“... Nosotros estar en la capacidad de decirle al paciente que se aferre a Dios que mejore que esa parte espiritual que él la fortalezca...”* (P₂E₂)
- *“...Las creencias que he adquirido a través de la experiencia...”* (P₄E₁)

Tan importantes y relevantes son las cualidades de una enfermera, que los participantes del presente estudio, las enunciaron como aquellas que expresan toda la comprensión que el profesional de enfermería posee cuando brinda cuidado espiritual: la nobleza, las palabras de aliento, el acercamiento, la confianza y el ser amigable. Esto le permite al profesional de enfermería

destacarse como una persona con actitudes propias, en el momento de brindar cuidado:

- *“...Colocarse en los zapatos de la persona...” (P₅E₁)*
- *“...Tener un poquito de nobleza...” (P₅E₁)*
- *“...Si uno tiene ese espíritu debe tener ese corazón bueno debe ser una persona buena...” (P₇E₁)*
- *“...Cuidado espiritual es dar una frase de aliento...” (P₉E₁)*
- *“...El acercamiento a cada paciente, sin esperar nada a cambio...” (P₃E₁)*
- *“...Hay pacientes que tienen muchas cosas en su corazón y no son capaces de expresárselo a sus familiares por ejemplo, entonces también eso puede ser un cuidado...” (P₃E₁)*
- *“...No soy capaz de decírselo a mi familiar pero tengo a una enfermera, un profesional que me va a ayudar a quitarme esa herida acá en mi corazón...” (P₃E₁)*

Otra cualidad hace referencia a la autoestima como una característica personal que incide al brindar cuidado espiritual, permitiendo la percepción de este como un proceso sincero, cálido y confiable, características que afloran en la relación terapéutica que se establece con el paciente.

- *“...Uno debe quererse a uno mismo...” (P₇E₁)*

- *“...Como que le tienen más confianza a uno y uno puede brindar más cuidado...”* (P₈E₁)
- *“...Como que les gana uno confianza con la paciente...”* (P₈E₁)
- *“...Cuidado espiritual es como orientar a los pacientes y a la familia...”* (P₅E₁)
- *“...Cuidado espiritual es tener una comunicación constante con el paciente...”* (P₉E₁)

Subcategoría 2

El actuar de la enfermera

En esta subcategoría los participantes hicieron referencia a funciones, actos, y/o acciones particulares que las enfermeras ejecutan cuando brindan cuidado espiritual. En el diccionario de la Real Academia Española la palabra actuar, corresponde a ejercer funciones propias de su cargo u oficio. Poner en acción. Obrar, realizar actos libres y conscientes.

Las acciones que realiza el profesional de enfermería para los participantes en este estudio, están basadas en la interacción enfermera-paciente, en el ofrecimiento de compañía cuando él lo necesite, en la oportunidad de brindar cuidado, en la prioridad de los pacientes de acuerdo a su condición de salud y el soporte integral que se tiene presente cuando se brinda cuidado espiritual.

Algunas de las funciones que la enfermera tiene en cuenta para brindar cuidado espiritual, es la de permitir una relación enfermera- paciente fluida de acuerdo a las condiciones de salud; esta relación se basa en una interacción en donde se buscan mejores oportunidades de comunicación y se genera la confianza necesaria para que el paciente interactúe en forma abierta, espontánea y tranquila.

- *“...Nosotras las enfermeras somos las primeras que brindamos el cuidado al paciente...”* (P₃E₁)
- *“...Generar como el espacio para que uno pueda hablar...”* (P₆E₁)
- *“...Hay mucho que hacer pero hay tiempos como el de ayer y el de hoy que ha habido espacios, hay espacios en el que uno puede mientras uno está administrando la medicación uno puede preguntarle, hablarle que son ratitos pequeñitos pero pueden ser muy sustanciosos para la persona y para uno como jefe...”* (P₈E₁)
- *“...Yo me siento bien y me agrada cuando puedo tener tiempito y hablar con las pacientes...”* (P₈E₁)
- *“... Brindar el cuidado oportuno en el momento cuando ellos lo están deseando cuando lo están necesitando...”* (P₉E₁)

La interacción entre el profesional de enfermería y el paciente, genera espacios de confianza, permite que la enfermera tenga más oportunidad de

relacionarse con el paciente, proporciona un ambiente propicio para la expresión de sentimientos, dificultades y necesidades relacionadas con la vivencia de salud-enfermedad. Por tanto se crea un ambiente de bienestar, asociado con las actividades propias del quehacer profesional cuando se brinda cuidado espiritual: compañía, oración, orientación, apoyo; disminuyendo así los niveles de angustia y preocupación.

- *“...Si él necesita algún momento no sé algún acompañamiento, alguna oración o alguna cosa que si sea de lo espiritual como tal, acompañarlo también es algo básico...” (P₁E₁)*
- *“...Yo me acerqué a saludarla únicamente y después ella me dijo no había tenido nunca la oportunidad de hablar con alguien como para hablar...” (P₁E₂)*
- *“...Hay momentos en que ellos se sienten muy solos y con lo único que, como que refuerza eso es con nosotras...” (P₃E₁)*
- *“...Uno les trata de decir pero tiene problemas, quiere hablar con alguien o sea hay momentos en que uno no tiene que esperar a que ellos le, lo busquen a uno sino uno estar al lado de ellos...” (P₃E₁)*
- *“...Lo primero pues como te digo es acercarme al paciente saludarlo...” (P₁E₂)*

Cada momento que se comparte con el paciente, invita a la identificación de necesidades, de las condiciones de salud para priorizar, evaluando una

serie de circunstancias de índole biológica que requieren atención oportuna, aun inmediata, pero sin desconocer la integralidad de la persona en sus componentes psicosociales y espirituales; de esta manera es posible plantear el referente de cuidado espiritual.

- *“...El niño murió pero uno en el momento pues no piensa sino hágale el tubo, los medicamentos, la vena y ya después, pues todos nos quedamos...uy juepucha...”* (P₁E₂)
- *“...Creo que la parte espiritual, la manejamos luego de estabilizar al paciente...”* (P₂E₁)
- *“... Que Yo le dijera abuela, la cogía de las manos y le decía (llanto) váyase tranquila, váyase tranquila que todo va a salir bien...”* (P₃E₁)

Subcategoría 3

Las consecuencias del actuar de la enfermera

En esta subcategoría los participantes hicieron referencia a aquellas consecuencias producto del actuar del profesional de enfermería cuando brinda cuidado espiritual. Señala aquellos hechos o circunstancias que se generan al brindar cuidado espiritual, en donde se observa el aporte del profesional, la satisfacción y los beneficios que se obtuvieron al interactuar con los pacientes.

Como consecuencias del actuar del profesional de enfermería se

destacan la satisfacción que se manifiesta de forma mutua en la interacción que se establece con el paciente y su familia en donde se expresan sentimientos de alegría, gratitud, sensación de tranquilidad, satisfacción del deber cumplido.

- *“...Es algo muy bonito cuando a uno lo llaman y: Yo quiero que Usted me coja de la mano y me quiero ir...” (P₃E₁)*
- *“...Como sentirme tranquila de que podía hacer algo por ella...” (P₃E₁)*
- *“...Yo me quedé con esa alegría de verla y, irse tranquila para el cuidado de Dios...” (P₃E₁)*
- *“...Siente eso que la persona ha mejorado y siente el gusto de que uno le hable...” (P₇E₁)*
- *“...Sentir esa alegría de uno de que uno está dando su cuidado porque de verdad quiere...” (P₇E₁)*
- *“...Se siente uno tanto satisfecho como uno que hace otra labor...” (P₈E₁)*
- *“...Me siento muy bien, me lo hacen saber los familiares porque es algo importante para ellos y para el paciente...” (P₉E₁)*
- *“...Me han dado las gracias...” (P₉E₁)*
- *“...Uno siente como una satisfacción...” (P₉E₁)*
- *“...Uno se siente satisfecho de haber hecho sentir a la persona mejor de haber...” (P₉E₁)*
- *“...Yo me siento tranquila, siento que hice algo importante para mí y para el paciente...” (P₄E₁)*

Las anteriores expresiones son el resultado del cuidado espiritual ofrecido por el profesional de enfermería; así mismo denotan la expresión de satisfacción que influye en forma positiva no solo a nivel personal sino también profesional, al brindar este cuidado.

- *“...Que estoy poniendo mi granito de arena que es muy importante para él...”* (P₄E₁)
- *“...Pienso que ese cuidado espiritual me da a mi más tranquilidad y más satisfacción que cualquier otro de los cuidados que no dejan de ser menos importantes...”* (P₄E₁)
- *“...Es gratificante sentir que, que con una palabra o con una voz de aliento ayude a una persona...”* (P₆E₁)
- *“...He escuchado muchos pacientes ayudan, dan en sacrificio su dolor y les ayuda como a mejorar pone en sacrificio ese dolor dice: reconforta...”* (P₆E₁)

Subcategoría 4

Escenario de la práctica

En esta subcategoría los participantes hicieron alusión al escenario de la práctica a partir de las apreciaciones y opiniones que los profesionales de enfermería expresaron con relación al cuidado espiritual. De acuerdo a la Real

Academia Española, un escenario es un conjunto de circunstancias que rodean a una persona o un suceso.

Las circunstancias propias al escenario de la práctica de acuerdo a lo manifestado por los participantes hacen alusión a: las condiciones de los pacientes, el tiempo para el cuidado, la importancia del hacer y la complejidad del servicio.

El escenario de la práctica se debe evaluar de acuerdo a las necesidades y condiciones propias del lugar; en un servicio de urgencias, el desarrollo del ejercicio profesional de enfermería implica considerar una infraestructura particular para la prestación de una atención inmediata con el uso de tecnología de punta, con una demanda de procesos administrativos de acuerdo a normas institucionales, con personal capacitado en el área, con una alta solicitud en la atención y en ocasiones con limitación de tiempo para satisfacer las necesidades de los usuarios; además una logística compleja en donde aparte del componente, conocimiento y tecnología, es preponderante destacar el componente humano como elemento esencial en la prestación de un servicio social, ante la vivencia de diferentes situaciones que en forma súbita y aguda afectan la salud de la persona. Ante esta vivencia es imperativo contar con profesionales de enfermería que poseen no solo los conocimientos, las habilidades, destrezas y experticia propias de su ejercicio profesional, sino también las actitudes, aptitudes, el don de gentes, la calidad humana, valores y

principios, que los identifica como idóneos y cualificados para desempeñarse como profesionales de enfermería cuyo derrotero es cumplir un fin social de servicio para la humanidad.

- *“...En cualquier situación uno puede proporcionar cuidado espiritual, desde el momento en que el paciente llega en el triage puede proporcionar un apoyo espiritual si es un paciente que llega ansioso, asustado, angustiado, adolorido no sabe, no conoce, desde ese momento podemos brindar un cuidado espiritual hasta que se va el paciente para la casa...” (P₄E₁)*
- *“...Ese ratito lo puede uno aprovechar y pues eso es valioso o sea coger esos pedacitos de momento son válidos...” (P₈E₁)*
- *“...Porque llora este paciente y se le acerca al paciente o que este paciente está muy mal y se le acerca y...” (P₁E₂)*
- *“...Por más que uno quiera pedirle a Dios que lo ayude es bastante difícil porque uno no está pensando en eso, uno está pensando en lo básico ahorita...” (P₁E₁)*

Un momento es una porción de tiempo muy breve en relación a otra, y cuando se labora en un servicio de urgencias se experimentan diferentes circunstancias complejas que requieren atención inmediata, los profesionales de enfermería deben tomar decisiones rápidas y oportunas con el fin de resolver un momento complejo relacionado con la situación física-fisiológica del

paciente y posterior a esto poder brindar el cuidado espiritual; estos eventos son manifestados por los participantes como reconfortantes, en donde sienten que brindar cuidado espiritual hace parte integral del cuidado del paciente.

- *“...Entonces cada momento que uno tenga contacto con el paciente...”*
(P₃E₁)
- *“...Cada momento con el paciente uno tiene su cómo su clave...”* (P₃E₁)
- *“...No es como un momento especial para, para darle un cuidado espiritual...”* (P₃E₁)
- *“...En medio de todo el caos de triage es como reconfortante...”* (P₅E₁)

El escenario de la práctica influye en la atención del paciente de acuerdo a la situación de enfermedad en la que se encuentre y de la oportunidad que el profesional de enfermería tiene para brindar cuidado espiritual cuando, por consiguiente, un escenario complejo no es impedimento para brindar este cuidado, se puede constituir en un excelente reto para cualificar el quehacer de enfermería.

De acuerdo a lo expresado por los participantes en el estudio, el tiempo del que dispone el profesional de enfermería para brindar cuidado espiritual debe ser administrado de tal forma que permita armonizar con la dinámica del servicio. Existen factores que hacen referencia a situaciones que aparte de ser propias al escenario de un servicio de urgencias, pueden también influir en el

brindar el cuidado espiritual: la infraestructura, la tecnología de punta, los procesos administrativos, el personal que rota en el servicio, el volumen de pacientes y el tiempo para brindar cuidado. Es posible que estas situaciones limiten la expresión de emociones, sentimientos y/o ideas sobre el cuidado espiritual y que al ser planteadas por los participantes, se pueden interpretar como factores influyentes en la dinámica de un servicio de urgencias que deben considerarse en el momento de brindar cuidado espiritual.

- *“...En el servicio de enfermería del servicio de urgencias uno diría que uno no podría brindar un servicio, un cuidado espiritual por el caos que se vive a diario...”* (P₄E₁)
- *“...Uno no tiene tiempo porque uno no tiene la cabeza para ponerse a pensar en ese momento en eso...”* (P₁E₂)
- *“...A veces no tenemos el tiempo necesario para, para hablar con ellos ...nosotros no podemos brindarle como el cuidado espiritual tanto porque no, no tenemos el tiempo de sentarnos con cada paciente y “ ¿qué le pasa?”, “¿qué necesita?”* (P₃E₁)
- *“...Cuando no hay tanto volumen de pacientes, cuando se puede tener tiempo para estar más con un paciente, en el momento donde hay menos volumen cuando no se está de pronto tan presionado...”* (P₅E₁)
- *“...Hay factores externos que... sin querer nosotros hacemos que no que no nos dejen...”* (P₅E₁)

Lo anteriormente expuesto permite plantear la existencia de una serie de aspectos y circunstancias propias al profesional de enfermería con relación al cuidado espiritual, siendo este integral, adecuado y oportuno, con relación a las necesidades espirituales de los pacientes. El cuidado espiritual se traduce en una serie de actos que gratifican al paciente y al profesional de enfermería y que se hacen presentes en el escenario en donde se brinda y se recibe el cuidado.

Diferentes autores refuerzan el anterior planteamiento (78, 79, 80,81) cuando expresan, que las enfermeras poseen una serie de cualidades para ejercer su profesión, particularizándolas a través de fundamentos científicos-teóricos, humanísticos, sociales e históricos, acompañados de las actitudes, habilidades y destrezas que las hacen ser únicas y específicas en los procesos de cuidar, uno de ellos relacionado con el momento de brindar cuidado espiritual.

De acuerdo a como lo plantean los participantes, las enfermeras que brindan cuidado espiritual poseen la capacidad, el compromiso y la vocación para realizar su función, teniendo en cuenta la situación, condición, estado del paciente que requiere de la atención de salud de acuerdo a su complejidad . Tal como lo expresa Lopera en su libro Reflexiones Éticas Entorno al Cuidado de la Salud; poder es la palabra que se usa para expresar capacidad real o potencial de hacer algo, se usa para expresar dominio, sometimiento,

grandeza, habilidad individual. La enfermería como profesión requiere del poder para decidir sobre su rumbo, para responder ante la sociedad desde la formación de los profesionales, hasta el cuidado de la salud de las personas sanas y enfermas (82).

Lo expresado por Lopera permite evaluar la capacidad y compromiso que debe tener el profesional de enfermería en cuanto su labor, lo que redundará en mantener dominio, ecuanimidad y habilidad cuando se brinda cuidado espiritual.

De otra parte se destaca lo expresado por los participantes en el estudio, con relación a ciertos aspectos propios del profesional de enfermería que brinda cuidado espiritual como son actitudes que demuestran confianza y nobleza en pro de una relación terapéutica en donde está presente la comunicación asertiva y la escucha activa que permiten intervenir en aras de disminuir la ansiedad, preocupación y angustia, manifestadas por los pacientes y sus familias. De esta manera se destacan cualidades que permitan al profesional de enfermería tener la capacidad de sentir desde los “zapatos del otro” aquello que experimenta y necesita para crecer; considerar la dedicación, que da firmeza y carácter particular al cuidado de una persona particular e implica estar ahí para el otro con valentía y consistencia (82,83,84).

Tal como lo expresó Nightingale citada por Páez en su elenco de virtudes: “Una enfermera debe ser una persona de la que se pueda uno fiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de *confianza*... No puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo...; debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación, porque con frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos” (82).

El cultivar y mantener una serie de cualidades propias y únicas en el profesional de enfermería, permite que este se destaque como una persona que posee las actitudes y aptitudes correspondientes al momento de cuidado que comparte con el paciente y su familia. El actuar de la enfermera debe estar fundamentado en principios éticos, y normas morales, alimentados por ese cúmulo de valores personales y de la profesión que le permitan la toma de decisiones acertadas en beneficio de quien recibe los servicios de enfermería, que se espera sean de óptima calidad en procura de la satisfacción del usuario del servicio (84).

El actuar de la enfermera para los participantes está enfocado en mantener una interacción enfermera-paciente adecuados, donde se permitan establecer relaciones optimas de seguridad en la atención, oportunidad y

prioridad de acuerdo a las necesidades y ofrecer al paciente un cuidado de forma integral, que proporcione al paciente niveles de satisfacción durante su permanencia en la institución.

Collado en su artículo, Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería; considera que el cuidado espiritual al paciente debe ser ofrecido en todo momento, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto por el ser humano que lo necesita; debe ser planificado de acuerdo con las necesidades previamente identificadas durante la fase de valoración(39)

La enfermería se constituye en un acto de interacción con el otro, abierto y espontáneo, en donde se establece una relación terapéutica oportuna y asertiva, en pro del bienestar y la calidad de vida del paciente (82, 85,86).

Una vez establecida la relación terapéutica entre paciente-enfermera en el momento de brindar cuidado espiritual, los participantes en este estudio destacaron la satisfacción al haber realizado diferentes intervenciones que respondieron con el plan de cuidado planteado. Tal como lo expresa Zárate: “Los enfermeros mantienen satisfacción por que son uno de los primeros en atender al paciente, son los que permanecen más tiempo con los pacientes, aplican los cuidados y tratamientos farmacológicos, evalúan constantemente las respuestas del paciente a los cuidados médicos y de enfermería, así como

la terapéutica impuesta; presentan más interacción con el paciente y su familia por lo que reconocen fácilmente sus insatisfacciones e incomprensiones” (86).

La satisfacción generada en el profesional de enfermería, permite que sea capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida (86).

El actuar de los profesionales de enfermería que brindan cuidado espiritual puede ser influido por el escenario del ejercicio profesional, en donde se hacen presentes diferentes circunstancias de acuerdo a la complejidad del servicio y la situación del paciente.

Los profesionales de enfermería que laboran en un servicio de urgencias a menudo deben emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas (84). Por esta razón los profesionales de enfermería tal como lo expresan los participantes, deben evaluar el escenario donde brindan cuidado espiritual, porque se van a ver envueltos en situaciones de alta complejidad, donde será necesario dar prioridad a las necesidades que tienen en un momento dado relevancia en cuanto al componente físico, fisiológico, biológico y posteriormente a las necesidades espirituales. Esto genera en el enfermero

una intensa carga emocional y hace que sea más cauteloso en resolver la situación de forma eficiente, proporcionando al paciente calidad de tiempo óptima para su bienestar y el de su familia (84,86).

Lo anteriormente expuesto se enmarca en el componente legal referencia para enfermería como es la Ley 266 de 1996, donde expresa, la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar (45). Esta reglamentación sustenta como el profesional de enfermería que brinda cuidado espiritual es libre en su actuación para brindar cuidado, manteniendo un sentido social, basado en el paciente, familia y comunidad, mejorando sus expectativas y proporcionando un bienestar que permita satisfacer las necesidades espirituales de los usuarios.

7. CONCLUSIONES

Se logró describir el significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias, a través de las categorías: Interpretando el cuidado espiritual, paciente- familia en el cuidado espiritual y la enfermera en el cuidado espiritual.

Las categorías identificadas hacen referencia al cuidado espiritual brindado por el profesional de enfermería, soportado por un referente teórico, científico y humanístico, en donde se destaca la integralidad del ser humano representada en los valores, principios y creencias que les son propios al paciente, la familia y el profesional de enfermería.

El significado del cuidado espiritual posee una riqueza interpretativa que lo hace percibir como implícito y propio del cuidado brindado por el profesional de enfermería, se presenta y brinda en forma espontánea, aunque existan limitantes circunstanciales en el escenario de la práctica correspondientes al tiempo y el espacio para brindar cuidado espiritual.

Es importante generar espacios para la capacitación y reflexión relacionadas con el cuidado espiritual, a fin de llenar vacíos al respecto y de esta manera dinamizar la relación terapéutica en pro del bienestar del binomio paciente-familia y profesional de enfermería.

El cuidado espiritual fortalece el ejercicio profesional por medio del establecimiento de relaciones terapéuticas que enriquecen la integralidad de la persona, haciendo visible el liderazgo de la disciplina profesional de enfermería.

El significado del cuidado espiritual se puede interpretar como componente del patrón de conocimiento estético de enfermería, y por tanto como parte del arte del cuidado de enfermería.

8. RECOMENDACIONES

Divulgar la investigación en diferentes congresos nacionales e internacionales de enfermería, con el fin de ampliar el conocimiento referente al cuidado espiritual dentro de la disciplina.

Ampliación de la investigación en un grupo poblacional representado por las personas receptoras del cuidado de enfermería y en otros escenarios de cuidado, a fin de reconocer la dimensión espiritual como componente del cuidado de enfermería.

Se hace necesario incluir el cuidado espiritual como parte de la formación de los profesionales de enfermería, con el fin de dar una mirada diferente a la dimensión espiritual dentro del cuidado de enfermería y poder interactuar de una manera más expedita con los pacientes sujeto de su cuidado.

Favorecer en los escenarios del ejercicio profesional, espacios para dinamizar el cuidado espiritual en pro de las relaciones terapéuticas que se establecen entre pacientes, familias y profesionales de enfermería.

Analizar los resultados de la investigación a la luz de las visiones de enfermería en la práctica de los profesionales de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinzón de Salazar L. El Cuidado Espiritual en Enfermería: ¿Utopía o esperanza? Manizales: Casa Editorial Universidad de Caldas. 2009. p. 31-66.
2. Mc Sherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. 2006. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 905-917.
3. Winterkorn L, Oliveira M. La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2008; 16(2): 212-218.
4. Van Leeuwen R. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 875-884.
5. Miner-Willians D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 811-82.1
6. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 863-874.
7. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 885-896.
8. Stern J, James S. CUESTIONES PERSONALES: Enseñanza de la espiritualidad a las enfermeras. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 897-904.
9. Swinton J, McSherry W. Editorial: Critical reflections on the current state of spirituality-in-nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 801-802.
10. Pinto N. Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*. 2007; 9 (1): 19-35.
11. Sánchez B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Trabajo realizado para la promoción a Profesora Titular. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, junio 2004. p. 20.
12. Wehbe G, Galvão C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001 Apr [cited 2009 Sep 20]; 9(2): 86-90.
13. Benito E, Barbero J, Payás A. El Acompañamiento Espiritual en Cuidados Paliativos. Madrid: Arán Ediciones, S.L. 2008. P. 41-88
14. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Avances Conceptuales del Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Bogotá: Editorial Unibiblios. 1998; p: 8-16.

15. Sánchez B. Fenomenología un método de indagación para el cuidado de enfermería. Cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Editorial Unibiblos. 2000; p: 24-36.
16. Vásquez E. Experiencia de integrar el concepto de cuidado en el currículo. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Editorial Unibiblos. 2002; p: 101-108.
17. Hall L. Spirituality at the beginning of life. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15: 804-810.
18. Casaldáliga P, Vigil J. Espiritualidad de la liberación. Ediciones Paulinas: Bogotá. 1999; p. 13-16.
19. Macrae J. Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. 1995; 27 (1): 8-10.
20. Tanyi R. Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 39 (5): 500- 509.
21. Holenstein A. Rol y significado de la religión y espiritualidad en la cooperación al desarrollo. Dirección para el desarrollo y la cooperación (COSUDE) 2005. p.4
22. Sánchez B. Análisis del Paradigma de Enfermería. En: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Editorial Unibiblos. 2002; p. 91-97
23. Burnard. The spiritual need of atheists and agnostics. *Professional Nurse*. 1988; 4: 130- 132
24. Carson V. Application of nursing theory to spiritual needs. In *Spirituality Dimensions of Nursing Practice*. (Carson V.B. Ed.) W. B. Saunders Co., Philadelphia. 1989. p. 148- 179
25. Hungelmann J, Kenkel-Rossi H, Klasen L, Stollenwerk R. Verificación del bienestar espiritual como la esencia de la salud de los individuos. *Geriatric Nursing*. 1996; 17(6):262-266.
26. Highfield M, Cason C. "Spiritual Needs of Patients, Are They Recognized?" *Cancer Nursing*. 1983; vol. 6: 187-192.
27. Burkhardt M. Spirituality: An analysis of the concept. *Holistic Nursing Practice*. 1989; 3: 69-77.
28. Reed P. An Emerging Paradigm for the Investigation of Spirituality in Nursing. *Research in Nursing & Health*. 1992. 15: 349-357.
29. Emblen J. Religion and spirituality defined according to current use in nurse literature. *Journal of Professional Nursing*. 1992; 8: 41- 47.
30. Dossey BM, Keegan L, Guzzetta CE, Kolkmeier LG. *Holistic Nursing: A handbook for practice*, 2nd. Edn. Aspen, Gaithersburg, MD. 1995; p. 382.
31. Harrison RL. Spirituality and hope: nursing implications for people with HIV disease. *Holistic Nursing Practice*. 1997; 12: 9-16.

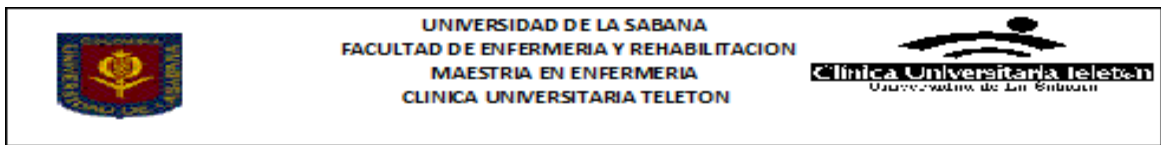
32. Relf. MV. Illuminating meaning and transforming issues of spirituality in HIV disease and Aids: an application of Parse's theory of human being. *Holistic Nursing Practice*. 1997; 12: 1-8.
33. Martsof D, Mickley J. The concept of the spirituality in nursing theories. Differing worl-viwes and extent of focus. *Journal of advances nursing*. 1998; 27(2): 294-303.
34. Veloza M, Pérez B. La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Hallazgos-Revista de Investigación*. 2009; 6 (11): 151-160.
35. Ellison CW. Spiritual Well Being: Conceptualization and Measurement. *Journal of Psychology and Theology*. 1983; (11): 330.
36. Meraviglia M. Critical Analysis of Spirituality and its Empirical Indicators. *Revista de Enfermería Holística*. 1999. [Citada 2007 Abril 3]; 17 (1): [13 pantallas]. Se encuentra en: <http://www.blackwell-sinergy.com>)
37. Fowler M, Peterson B. Valoración y apoyo espiritual a los pacientes y sus familias. *Boletín Panamericano. ACOFAEN, Bogotá*. 1998; 3: 15.
38. Dezorzi LW. Diálogos sobre espiritualidade no proceso de cuidar de si e do outro para a Enfermagem em terapia intensiva [dissertação].Porto Alegre(RS): Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006
39. Collado R. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. *Revista Universidad Interamericana de Puerto Rico*. 2010; revista 360 (5): 3.
40. Beca J. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los cuidados*. Granada: ene-jun. 2008; 1(1): 3.
41. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2007. p.360.
42. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2007. p.323.
43. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2007. p.501.
44. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2007. p.652.
45. Ley por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Ley 266 de 1996. *Diario Oficial No. 42.710, (5-02-1996)*.
46. Ley por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley 911 de 2004. *Diario Oficial No. 45.693, (6-10-2004)*.
47. Acuerdo por el cual se aclaran y se actualizan los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Acuerdo Número 03 de 2009. *Diario oficial No. 47.438, (11-08-2009)*.
48. Valencia M, González G, Agudelo N, Acevedo L. Acceso a los servicios de urgencias en Medellín. *Rev. Salud Pública. Medellín- Colombia*. 2006; 9 (4): 529-540.

49. Decreto por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias. Decreto 412 de 1992. Diario Oficial No. 40.318, (6-03-1992).
50. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, (15-09-2004).
51. Federación Iberoamericana de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Perfil profesional de la enfermería de urgencias, emergencias y desastres Chihuahua (México), (12-10-2007).
52. Amezcua M, Gálvez A. los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Revista Española de Salud Pública. 2002; Vol. 76 (5): 423-436.
53. Gutiérrez L, Denis L. Paradigmas cuantitativo y cualitativo en la investigación socio-educativa: Proyección y Reflexiones. La Etnografía como metodología de la investigación [tesis doctoral] Caracas. Universidad Nacional Experimental "Simón Bolívar"; 1989
54. Sandoval C. Especialización en teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social: Módulo Cuatro: Investigación Cualitativa. Arfo Editores. 2002; p. 26-310.
55. Lenise M, de Souza M, Carraro T. Investigación Cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: POS, Serie Paltex Salud y Sociedad. 2008; 9: 95.
56. Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Tercera edición. Bogotá: Grupo Editorial Norma. 1997; p.159-168.
57. Villamil O. Investigación cualitativa como propuesta metodológica para el abordaje de investigaciones de terapia ocupacional en comunidad. Umbral Científico, Fundación Universitaria Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia. Junio. 2003; 2.
58. Hernández R, Fernández C. metodología de la investigación. Cuarta edición. México: Editorial Mc Graw Hill. 2008; p. 597.
59. Mayan M. Una Introducción a los Métodos Cualitativos: Módulo de entrenamiento para Estudiantes y Profesionales. Qual Institute Press International Institute for Qualitative Methodology. 2001; p. 5-37.
60. Sánchez M, Revuelta F. El proceso de transcripción en el marco de la metodología de investigación cualitativa actual. Revista Enseñanza. 2005; 23: 367-386.
61. Vásquez MI, Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica. Universidad del Valle, Cali. 2003; 34(3):164-167.

62. Guba EG, Lincoln YS. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation result through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass. 1981. xxv. p. 423.
63. Ley por el cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Ley 1164 de 2007. Diario Oficial año CXLIII. N. 46771, (4-10-2007).
64. Resolución por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 008430 de 1993. Diario Oficial No. 44.973, (14-10-1993).
65. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. CIOMS. Ginebra 2002
66. Rivera L, Triana A. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica Del Country. Actualizaciones en enfermería, Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá. 2007; 10(4):15-21.
67. Informe Sobre Libertad Religiosa en el Mundo. Ayuda a la Iglesia Necesitada. Madrid. 2008. p. 3
68. Vásquez ML. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín. 2001; 19(1): 48-54 2005.
69. Navas C, Villegas H. Espiritualidad y Salud. Revista Ciencias de la Educación. Valencia. 2006; 1: 29-45.
70. Farrell L. Culture care of the Potawatomi Native Americans who have experienced family violence. 2 ed. Mississauga: Jones and Barlett Publishers. 2006; p: 207-38.
71. Bermejo J. Hacia una Salud Holística. Red Latinoamericana de Gerontología. Políticas y Derecho. 2005 [25 de julio de 2005]; 44. www.gerontologia.org
72. Montalvo, S; Izquierdo, R; Abascal, M; Martínez, J; Corrales B. Aplicación de la Teoría de Dorotea Orem a un paciente Laringectomizado a través del P.A.E. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas. Revistasciencias.com. La Habana, Junio, 2006
73. Carvajal, G.; Caro, C. Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. Aquichán. 2009; 9 (3): 281-296.
74. Oliveira, A.; Angelo, M. Experiencia de interacción para las familias que viven con la enfermedad de sus hijos y la hospitalización. Rev. Latino-Am. Enfermería [serie en Internet]. Dic 2006 [citado el 12 de junio 2011], 14 (6): 893-900.

75. O.M.S. Enfermería y Salud de la Comunidad. Informe de un Comité de Expertos de la O.M.S. Ginebra. 1974. p. 11.
76. Beltrán-Salazar O. Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. *Aquichán*. 2010; 10(3): 214-227.
77. Vázquez M, Eseverri M. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enfermería Intensiva*. Elsevier Doyma. 2010; 21(4): 161-164.
78. Ariza C. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 200. p. 162
79. Garzón N. ¿Por qué un código de ética para la profesión de enfermería en América latina? *Ética y Enfermería*. Boletín Panamericano N°3. Acofaen. Enero-Junio. 1998. p. 1-2.
80. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª edición. Madrid: Elsevier Mosby. 2007; p.71-84.
81. Lopera de Peña A. Reflexiones Éticas Entorno al Cuidado de la Salud. Acofaen. Bogotá. Marzo. 2011.
82. Paéz R. La ética de las virtudes y enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2000; 8 (1-4): 60-68.
83. Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. ENFERMERÍA EN EL ROL DE GESTORA DE LOS CUIDADOS. *Cienc. enferm.* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Sep. 22]; 16(3):33-39. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532010000300005.
84. Novoa M, et al. Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería Burnout syndrome and its association to psychological profile and quality of life in nurses. *Univ. Psychol.* [online]. 2005, vol.4, n.1, pp. 63-76. ISSN 1657-9267.
85. Beltrán O. Factores que influyen en la interacción humana del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia. Medellín. 2006; 24(2): 144-150.
86. Zárate, R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13(44-45): 42-46.

ANEXO A



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Proyecto:

Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.

Investigadores del Proyecto: Claudia Patricia Guevara Armenta, Sandra Milena Mesa Rodríguez. Estudiantes del Programa de Maestría de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana. Directora del proyecto: Mónica del Mar Veloza Gómez.

Propósito: Este es un proyecto de investigación. Se espera la participación de los profesionales de enfermería que se desempeñan en el servicio de urgencias de la institución de salud seleccionada. El propósito de esta investigación es describir el significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.

Conocer el significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería, será de gran importancia no solo para el fortalecimiento de su vida personal, sino también para el fortalecimiento de su quehacer como cuidador, que implícitamente trasciende el manejo de la situación de salud-enfermedad por parte de los receptores de sus cuidados, en este caso el paciente y su familia.

Para ello, solicitamos el que participe en la investigación con el fin de obtener la información sobre el tema. Los datos obtenidos permitirán generar conocimiento pertinente para el cuidado, fortaleciendo y enriqueciendo a Enfermería como disciplina profesional.

Procedimiento: Su participación en esta investigación requiere que usted de su consentimiento informado, firmando este documento y participando en la entrevista que se le realizará; la entrevista será grabada mediante su autorización. Así mismo durante el desarrollo de la entrevista, se elaborarán notas de campo relacionadas con una serie de observaciones pertinentes al desarrollo de la misma. Por favor responda las preguntas de acuerdo con su propia experiencia. La duración de esta será aproximadamente de 60 minutos. De otra parte se le contactará en un futuro cercano con el fin de que usted corrobore la información que ha sido transcrita, a partir de la grabación realizada durante el desarrollo de la entrevista.

Riesgos: Si bien no anticipamos riesgos significativos por participar en esta investigación, es posible que se presente alguna molestia emocional en relación con algunas preguntas de la entrevista. En el caso de que usted experimente alguna molestia, o necesite ayuda debido a un problema relacionado con el tema, siéntase en libertad de expresarlo a las investigadoras.

Beneficios: No existen beneficios directos para usted al decidir participar en esta investigación. Sin embargo, usted está contribuyendo al desarrollo del conocimiento de enfermería; de otra parte este conocimiento puede ser útil para su desarrollo personal y profesional.

Confidencialidad: Por favor asegúrese de que su participación en esta investigación sea anónima y confidencial. La entrevista no requerirá ninguna información que lo pueda identificar. Además, toda la información suministrada, sólo será accesible a las personas directamente responsables de la investigación.

Adicionalmente, no existe ninguna posibilidad de que los hallazgos de la investigación sean utilizados para fines comerciales.

Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá consecuencias negativas si usted decide no participar o retirarse de la investigación. Adicionalmente, el equipo de investigadoras responsables de la investigación puede a su discreción dar por terminada su participación, sin que esto afecte su desempeño laboral.

Información adicional: Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la investigación, que no haya sido respondida en el consentimiento informado, por favor hágala ahora. Si en el futuro surge alguna pregunta, siéntase en la libertad de contactar a las investigadoras responsables de la investigación.

ACUERDO DE PARTICIPACION

Yo _____, he leído el formato de consentimiento informado, de la investigación titulada "Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias". Reconozco que no tendré beneficios personales por participar en esta investigación. También reconozco que mi participación en esta investigación es completamente voluntaria y me reservo el derecho de retirarme en cualquier momento.

Estoy de acuerdo en participar en la investigación. Estoy de acuerdo en ser entrevistado para los propósitos descritos en la carta de información. Entiendo que mi nombre no será asociado con las audio grabaciones de las entrevistas y las transcripciones de las mismas.

Voluntario de la Investigación:

Firma

Fecha

Nombre (Letra imprenta)

Persona que recibe la aceptación:

Firma

Fecha

Nombre (Letra imprenta)

ANEXO B



UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
MAESTRIA EN ENFERMERIA
CLINICA UNIVERSITARIA TELETON



NOTAS DE OBSERVACION

SIGNIFICADO DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE SE DESEMPEÑA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

PARTICIPANTE:

SEUDONIMO:

ENTREVISTA:

EDAD:

GENERO:

RELIGION:

TIEMPO DE VINCULACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:

OBSERVADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO:

HORA DE TERMINACION:

LUGAR:

RELACIONES: (visual, táctil, verbal, etc)

SENTIMIENTOS:

IMPRESIONES DEL INVESTIGADOR: