

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

ESCUELA DE POSGRADO



**CUIDADO ESPIRITUAL A LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES, CHICLAYO, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA**

AUTORA

MARTHA YRENE UGALDEZ FERNANDEZ

ASESORA

Dra. MIRTHA FLOR CERVERA VALLEJOS

Chiclayo, 2019

DEDICATORIA

A Dios, gracias por ser mi roca, mi fortaleza y en quien no vacile, durante el desarrollo de mi investigación. Y, a mis seres queridos por su gran apoyo, amor y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo que me ha brindado esta gran oportunidad para efectivizar mi Maestría.

A la Dra. Enf. Mirtha Flor Cervera Vallejos, por aceptar ser mi asesora de tesis, por su valioso aporte, que fortalecieron los conocimientos para luego transmitirlos a las enfermeras y estudiantes en formación mediante este trabajo de investigación.

A mis Docentes y Coordinadoras de la Maestría de Enfermería por sus enseñanzas y ejemplo de superación que me abre a nuevos horizontes en la vida.

Al Hospital Regional Docente de Las Mercedes que hicieron parte del estudio al permitir abordar a las profesionales de enfermería del servicio de emergencia.

RESUMEN

El estudio cualitativo descriptivo: Cuidado espiritual a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia del HRD Las Mercedes. Chiclayo-Perú. Tuvo como objetivos describir y analizar el cuidado espiritual que brindan las enfermeras a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia de este hospital. Las bases teóricas se sustentaron en Polo Leonardo, Reed Pamela, Burgos entre otros. La muestra estuvo conformada por 22 enfermeras, obtenida por saturación. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad. El análisis de contenido permitió procesar los datos emergiendo las categorías: La acción del cuidado con cuatro subcategorías: espiritual de lo físico al afecto, confianza y seguridad, derivando la atención espiritual al sacerdote o pastores, una dimensión debilitada por la indisponibilidad del tiempo, cuidado de una dimensión espiritual asediada por la omisión y la rutina. Como segunda categoría respaldando el cuidado espiritual en el ser supremo y religión, y por último generando espacios para la capacitación y reflexión sobre el cuidado espiritual. Llegando a la consideración final que el cuidado en la dimensión espiritual requiere preparación y autorreflexión con exigencia desde la universidad hasta los centros laborales.

Palabras claves: Espiritualidad, Cuidado, Persona

ABSTRACT

The descriptive qualitative study: Spiritual care for people hospitalized in the emergency HRD LAS MERCEDES - Chiclayo- Peru. It aims to describe and analyze the spiritual care that nurses provide to people hospitalized in the emergency department of this hospital. The theoretical foundations were based on Leonardo Polo, Pamela Reed, Burgos among others. The sample consisted of 22 nurses, obtained by saturation. For data collection depth semi-structured interview was used. The content analysis allowed emerging process data categories: Action of care with four subcategories: spiritual from the physical affection, trust and security, deriving spiritual care to the priest or pastors, a dimension weakened by the unavailability of time, care a spiritual dimension besieged by omission and routine. As second- supporting spiritual care in the Supreme Being and religion, and finally generating spaces for training and reflection on spiritual care. Reaching the final consideration that care about the spiritual dimension requires preparation and self-reflection with demand from university to the workplace.

Keywords: Spirituality, Care, Person

INTRODUCCIÓN

La espiritualidad amplía la dimensión de la visión holística de la humanidad. La espiritualidad exige y conlleva considerar que el hombre no es sólo cuerpo anatómico, sino que dentro de ese cuerpo se alberga el alma y al cuidarlo también hay que cuidar su dimensión espiritual.

“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).

Por ello, el ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones. En la práctica clínica, es fundamental que el enfermero conozca la dimensión espiritual del paciente al planificar el cuidado de enfermería, visto que, cuando es utilizada como modo de enfrentamiento, la espiritualidad ocupa un lugar primordial en la vida de las personas ya sean profesionales de la salud como las enfermeras o pacientes atendidos en un hospital como los enfermos hospitalizados en el servicio de emergencia.

La dimensión espiritual, representa la más noble y trascendente de la persona. Además, la necesidad espiritual se hace más evidente con frecuencia durante una crisis o enfermedad. Es esencial observar normas de conducta ética (2) cuando se administra cuidado espiritual; de esta manera se evita entrar en conflictos entre los valores espirituales del profesional de enfermería y el paciente.

Por su parte, Callista Roy sostiene que la persona es un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medioambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. La integridad es, en este sentido, sinónima de salud. La enfermedad equivale a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas, corporales, psicológicas y axiológicas (3).

En este sentido el cuidado espiritual no es una opción, sino un elemento constitutivo del cuidado, sin embargo en la práctica las enfermeras tienden a pasar por alto este importante

aspecto, tal como se debatió en el Primer congreso de investigación sobre el cuidado de salud espiritual: “Es demasiado frecuente en enfermería comprobar que los profesionales no ponen demasiado énfasis en la dimensión espiritual de la naturaleza humana”.(4) Por lo tanto, el cuidado espiritual debe ser ofrecido al paciente en todo momento, con un alto sentido de responsabilidad, dedicación y respeto a todo ser.

Al respecto en el servicio de emergencia, la investigadora ha observado que el personal profesional y no profesional que brinda atención al paciente, al momento de iniciar su labor, omite algunos comportamientos adecuados, tales como indiferencia o frialdad ante el dolor y el sufrimiento, omisiones en el saludo tanto al personal como los enfermos, simplemente se trabaja como deber ordinario y rutinario, se cumple el horario establecido, se brinda cuidado físico centrado en los medicamentos y los procedimientos. Las conversaciones del personal son triviales no centradas en la persona enferma.

Por otro lado, las personas hospitalizadas en emergencia van de leves a muy graves y cuando esto sucede, la persona hospitalizada recibe la visita del sacerdote que muchas veces es rechazado porque la mayor parte de pacientes practica una religión contraria a la católica. Laborando en este contexto, se puede percibir como la enfermera al tratar con el entorno familiar también le toca experimentar una situación panorámica de angustia, desesperación y a veces soledad frente a la enfermedad. Ante esta realidad la investigadora formula la siguiente pregunta de investigación

¿Cómo es el cuidado espiritual que brindan las enfermeras a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo? Para lo cual se formuló los objetivos: Describir y analizar el cuidado espiritual que brindan las enfermeras a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia del hospital Regional Docente las Mercedes.

Estructuralmente la presente investigación se encuentra dividida en tres capítulos, cada uno con una idea muy particular que guio al lector a entender que concepción se tiene respecto del cuidado espiritual que brindan las enfermeras a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. El primer capítulo tuvo como finalidad desarrollar el marco teórico conceptual, así como los antecedentes y bases teórico- conceptuales; en el segundo capítulo se analizó el marco metodológico, el cual contiene el tipo de investigación, abordaje metodológico, los sujetos de la investigación, además se indicó el escenario, así como, los instrumentos de

recolección de los datos, el procedimiento que se utilizó en la investigación para un adecuado análisis de los datos, los criterios éticos y los criterios de rigor científico, finalmente en el capítulo III se dio a conocer los resultados de la investigación.

El presente estudio de investigación permitió una comprensión más global de la persona humana en sus dos co-principios: cuerpo y espíritu, teniendo en cuenta que para hablar del cuerpo -sobre todo- no podemos prescindir del espíritu, como término de comparación; y siempre que nos referimos al espíritu, terminamos por relacionarlo con el cuerpo, o con atributos que aluden a la corporeidad, a lo concreto, a la divisibilidad, a la extensión; pues, en la investigación se avoco en aquel cuerpo- espíritu cuando la enfermedad se presenta. También, el estudio aportará proyectar la necesidad de sensibilizar a los profesionales en enfermería del servicio de emergencia, para comprender la preeminencia de los cuidados espirituales en los pacientes y de esta manera saber organizar su cuidado para que esta área no quede sin atención y satisfacción de las necesidades correspondientes. Además, contribuirá a establecer como parte del cuidado integral la salud espiritual de las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del problema.

La investigación de Ramón Moraes Penha y Paes Da Silva María Julia ⁽⁵⁾ sobre “Significado de la espiritualidad para la enfermería en cuidados intensivos” fue un estudio exploratorio descriptivo, de enfoque cualitativo que tuvo como objetivo identificar el significado de la espiritualidad en el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos e investigar cómo los valores de espiritualidad de los profesionales pueden intervenir en el proceso de cuidar. Fueron conducidas entrevistas semi-estructuradas con treinta y cuatro profesionales del equipo de enfermería intensiva en un hospital público de la ciudad de São Paulo. Las categorías de análisis fueron: La dimensión espiritual y sus significados, conformada por las subcategorías: Fe y creencia religiosa, Creencia en una fuerza/energía superior, Bienestar espiritual y Atributos del espíritu. La otra categoría descubierta fue: El vínculo entre los conflictos y la influencia de los valores en el cuidado de los pacientes gravemente enfermos, subdividida en: valores religiosos y valores bioéticos. La multiplicidad de significados reflejó la naturaleza multidimensional del concepto de espiritualidad expresado en la literatura y se relacionó con las condiciones emocionales del propio equipo de Enfermería en las relaciones de empatía y demás asuntos existenciales.

La investigación De Souza, Janei Rabello ; Maftum, Mariluci Alves; Mazza, Verônica de Azevedo, titulado: “Cuidados de enfermería en la dimensión espiritual: la experiencia del estudiante de posgrado”,⁽⁶⁾ fue una investigación descriptiva exploratoria, con el objetivo de : comprender cómo es el cuidado que los estudiantes de pregrado de enfermería experimentan en la dimensión espiritual. Participaron un total de diez estudiantes de último año de graduación. Obtenido de datos con entrevistas semi estructuradas, fueron organizados en categorías temáticas. Los estudiantes han reconocido las dificultades en el cuidado de un paciente considerando todos los aspectos de la dimensión espiritual de sus creencias y apoyar a un cuidado expresivo. La ignorancia del tema hace que sea difícil sentirse seguro en que la atención en la dimensión espiritual. El estudio dio lugar a reflexionar sobre la importancia de abordar el conocimiento de la dimensión espiritual del ser humano a las enfermeras de pregrado y práctica.

Caldeira, Sílvia en su aporte respecto al Cuidado espiritual: rezar como atención de enfermería ⁽⁷⁾. La investigación sobre la dimensión espiritual en la atención de enfermería revela un rápido desarrollo y confirma que los enfermeros deben atender las necesidades espirituales de los pacientes. La enfermedad muestra las necesidades espirituales de los pacientes que se consideran espirituales y puede ser un momento de revelación de una experiencia espiritual para los pacientes agnósticos. La oración es la actividad espiritual más común y promueve sentimientos de bienestar, facilita el proceso de adaptación en la transición de salud/enfermedad y se correlaciona positivamente con algunos logros en salud. Al reconocer y atender a esta necesidad, la enfermera proporcionará una atención más humana, integral e eficiente. La oración es una intervención en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. ¿Pero, todos los enfermeros deben orar? En este sentido, se reflexiona sobre la dimensión espiritual del cuidado de enfermería, se presenta el concepto de cuidado espiritual y de la intervención espiritual, exploramos los tipos de oración y de los beneficios en la salud relacionados con el ruego. Finalmente, volveremos a explorar y aclarar la cuestión de salida con una perspectiva ética, de acuerdo con la revisión de la literatura.

1.2 Marco teórico conceptual

El marco teórico para este estudio se deriva de los conceptos: Espiritualidad, cuidado espiritual y persona, conceptos tomados de la teoría de la auto transcendencia de Pamela Reed y el concepto de persona

Con relación a la espiritualidad, esta palabra proviene del Latín Espíritu del vocablo relacionado, respiración, aliento, aire, viento. Es lo que da ánimo vida a una persona; como un acto incuestionable vital. Es tanto que su relación con alma alude en cierto modo a la capacidad de transcendencia. Proceso de interacción entre nuestra conciencia y la relación con Dios o con un poder superior en función de lo que denominamos fe.

En el Diccionario de la Real Academia Española ⁽⁸⁾ la define como: El alma racional, vigor Natural y virtud que alienta y fortifica el cuerpo para obrar.

La enciclopedia británica define la Espiritualidad como una filosofía una característica de cualquier sistema de pensamiento que afirma la existencia de una realidad inmaterial imperceptible.

El concepto espiritualidad ha causado confusión en su discusión debido a la ausencia de una definición universal aceptada para el término ⁽⁹⁾. La espiritualidad es una energía creativa e integradora que se basa en las creencias y el sentido de estar interconectado con una fuerza mayor que la persona misma ⁽¹⁰⁾. Una definición amplia del concepto es que es una cualidad básica o inherente en todos los seres humanos que envuelve las creencias en algo o alguien mayor que uno mismo y una fe que afirma la vida positivamente ⁽⁹⁾. Esta envuelve la búsqueda del significado y propósito diferenciando en el yo, la comunidad, el ambiente y un ser sobrenatural.

El reconocer en el paciente la ausencia de fe y valores espirituales, es importante para que el profesional de enfermería reconozca la existencia de un ser divino que le va ayudar en su recuperación dándole fuerzas, esperanzas, aceptación y significado a la vida. El cuidado espiritual no solo es trabaja de miembros religiosos o eclesiales, sino que es parte del cuidado holístico que brinda la enfermera ⁽¹⁰⁾

Aunque todas las personas son espirituales existe descuido para la afiliación a una religión o devoción. Las creencias religiosas o espirituales son importantes en la vida de los individuos y puede influir en los estilos de vida, actitudes, sentimientos acerca de la enfermedad y la muerte ⁽¹¹⁾.

Las creencias religiosas o espirituales asumen gran importancia en el momento de la enfermedad y en momentos transcendentales en la vida del individuo, estas ayudaran al individuo aceptar su enfermedad y compartir con otras personas su condición de salud. Otros individuos ven la enfermedad como una prueba de fe y piensan que si esta es suficiente grande van a sentirse mejor. Viéndolo desde esta perspectiva la enfermedad es aceptada usualmente por el cliente y familiares y les ayuda a planificar su futuro incluso en el proceso de la muerte ⁽¹²⁾.

Espiritualidad parte de la teología que estudia el dinamismo que produce el espíritu en la vida del alma: cómo nace, crece, se desarrolla hasta alcanzar la santidad a la que Dios nos llama desde toda la eternidad es transmitida a los demás con la palabra, el testimonio de vida y con el apostolado eficaz.

Por tanto, se busca doctrina teológica y vivencia cristiana. Si solo optara por la doctrina teológica quitando la vivencia tendríamos una espiritualidad racional, intelectualista y sin repercusión en la propia vida y si solo optara por la vivencia cristiana sin la doctrina

teológica, la espiritualidad quedara reducida a un subjetivismo arbitrario sujeto a las modas cambiantes y al error. Así pues, la verdadera espiritualidad cristiana debe integrar doctrina y vida, principios y experiencias ⁽¹³⁾.

Hay peligros y errores en la búsqueda de una autentica espiritualidad;

- a) Por una parte, la ignorancia en los temas espirituales y a veces lleva a que cada quien se forje su propia espiritualidad, su propio criterio, se suele dar por supuesto que la conciencia y la mente está siempre bien formadas y saben muy bien discernir lo bueno y lo malo, pero a decir verdad no siempre es esto.
- b) Por otra parte, están los que ofrecen doctrinas falsas o mediocres en temas espirituales. Se contentan por seguir sus propios gustos y opiniones. Serán falsas todas aquellas espiritualidades que no conducen a la perfecta Santidad y el compromiso apostólico, produciendo cristianos cómodos, sabiondos, soberbios espirituales o con ideas confusas, extravagantes y etéreas.

En conclusión, es universal la espiritualidad en la iglesia que tiene la sagrada liturgia su principal escuela abierta a todos los cristianos. La espiritualidad de la iglesia católica trata de ser equilibrada entre doctrina y vivencia, entre teoría y práctica, entre contemplación y apostolado.

El concepto de espiritualidad que pasa a ser comprendida como algo más amplio que religión sin excluirla es comprendida como un encuentro de autoconocimiento de ser con su dimensión más fiel y bella - la espiritual que posibilita una conexión consigo misma y con el cosmos, donde se alcanza recursos inigualables que influyen en la vida humana y en sus relaciones con el todo ⁽¹⁴⁾. Espiritualidad consiste en “sentimiento, pensamientos y comportamientos” que conducen a la búsqueda de lo sagrado”. También es la búsqueda personal para encontrar respuestas a preguntas esenciales de la vida acerca del significado y relación con lo sagrado y trascendente ⁽¹⁵⁾.

En los límites de la finitud el ser humano entra en disonancia, siendo relevante el sufrimiento físico, mental y espiritual, pudiendo este último ser tan perturbador como el físico y a veces menos tolerable. El sufrimiento espiritual aparece por la pérdida del significado de la vida, de la esperanza y se refleja en el dolor espiritual, esto porque como necesitamos un sentido para vivir en paralelo se construye un sentido para el enfrentamiento de la muerte empleando como herramienta la espiritualidad ⁽¹⁶⁾. La

espiritualidad en la última etapa de la vida tiene importancia, asegura algunos autores, pues favorece la capacidad del ser humano en elevarse a la trascendencia como forma de superar o mitigar el sufrimiento, el dolor espiritual, la persona enferma terminal más allá de necesitar reclama una atención integral en la búsqueda de su equilibrio y la minimización de su sufrimiento, con la satisfacción de sus necesidades social, físico, emocional y principalmente espiritual ⁽¹⁷⁾.

El cuidado holístico solamente es posible cuando la cuidadora esta consiente de sí misma y cuando su “self” está integrado y armonioso para ser capaces de cuidar de la espiritualidad de sus pacientes, las cuidadoras de enfermería necesitan cuidar de ellas mismas a través de la continua búsqueda de armonía e integridad, en este estudio las participantes demostraron de estar conscientes de sí mismas cuando reconocieron que en el papel de cuidadoras precisaban ellas también de cuidado, constituyéndose en el punto inicial del proceso de educación para una práctica de enfermería que contemple el ser humano en plenitud ⁽¹⁸⁾.

La realidad es que la espiritualidad tiene diferentes significados para las personas, pero lo que no se puede negar es que todos somos seres espirituales por lo que también tenemos necesidades espirituales. El bienestar espiritual es parte integral del ser humanos caracterizado por el significado de la vida y la esperanza. Para que los profesionales de enfermería puedan brindar un trabajo espiritual este debe apoyar al cliente a identificar y explorar lo que es significativo en sus vidas. Además de buscar formas de ajustarse al dolor y sufrimientos a las enfermedades ⁽¹⁹⁾.

Según Ackel y Ladwinl la Espiritualidad es un principio de vida que se centra en nuestro ser, está integrado y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial. Por su parte para Miller la espiritualidad es una cualidad básica o inherente a todos los seres humanos, que envuelven la creencia en algo o alguien mayor que uno mismo y una fe que afirma la vida positivamente ⁽²⁰⁾.

Los pacientes al llegar a emergencia solicitan una atención y la enfermera al involucrarse en esa dinámica de cuidado en el servicio evidencia la carencia de valores espirituales en el paciente y familia esta situación encaminaría a la enfermera procurar crecer en su espiritualidad. Al respecto Mediterran (2005) menciona la “aridez espiritual” de algunos profesionales en salud como un obstáculo de la expresión de la espiritualidad ⁽²¹⁾.

La espiritualidad es parte del cuidado holístico del cliente es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de salvación que tiene la persona como ser humano y capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad ⁽²¹⁾. Es importante señalar que, aunque la espiritualidad es inherente a todo ser humano, cada individuo posee conciencia altamente individualizada de sí mismo y de sus cualidades esto hace que la perspectiva espiritual varía entre individuos ⁽²²⁾. Al reparar en nuestro estudio se infiere que las enfermeras actúan de modo distinto sobre su práctica espiritual. Los pacientes admiten pertenecer a diversas religiones cuando la enfermera se dispone a brindar “cierto apoyo espiritual”.

Por ello, al pertenecer a una religión no se identifica como parte fundamental de la espiritualidad, sin embargo, el profesional de enfermería reconoce que para algunos clientes sus creencias y prácticas religiosas puede ser parte de una espiritualidad individual ⁽²³⁾.

Igualmente cabe mencionar el respaldo la teoría de la auto trascendencia de Pamela Reed, citada por Rodríguez ⁽²⁴⁾ que se interesó por el bienestar y la espiritualidad relacionado con la vida y la muerte en la asistencia sanitaria, tanto los enfermos como las personas sanas, algo que reflejo en su teoría al pretender aumentar la comprensión que la enfermería tiene sobre esto .Explica que los orígenes de su teoría se encuentra en tres fuentes: Conceptualización del desarrollo, Teorías de enfermeras de M. Rogers , la práctica clínica y la investigación.

1. Vulnerabilidad: la conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal.
2. Auto trascendencia: fluctuación que el sujeto percibe en los límites que hacen que la persona se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos y limitados que tenía en ese momento.
3. Bienestar: “sensación de plenitud y de salud”.
4. Factores moderadores-mediadores: variables que interactúan entre sí y que pueden influir en el proceso de auto trascendencia, y contribuir positiva o negativamente al bienestar.

5. Puntos de intervención: las acciones de la enfermera pueden centrarse en un recurso interno del paciente que le capacita para la auto trascendencia o en algún factor personal o contextual que afecta a la relación entre vulnerabilidad, auto trascendencia y bienestar.

Al respecto, las enfermeras refieren: “a veces ellos se desaniman y quieren dejarlo todo...E12” para ello los profesionales de enfermería al brindar cuidado y apoyo espiritual al paciente y familia deberán identificar y explorar lo que es significativo en sus vidas y según ellos buscar formas de ajustarse al dolor y sufrimiento de las enfermedades. Este profesional de enfermería requiere de destrezas para brindar cuidado espiritual y debe conocer como las creencias religiosas influyen, cuando la enfermera dice “...en primer lugar preguntar la religión que profesan y de acuerdo a la religión enfoco mi cuidado” E7.

La teoría de la auto trascendencia se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de que se produzca un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento. En los resultados de los estudios se hace hincapié en la importancia de los recursos que permiten al individuo ampliar los límites del concepto de sí mismo más allá de la preocupación por la salud física y el deterioro cognitivo.

Pamela Reed en sus investigaciones se centran en el papel que desempeña la espiritualidad en la auto trascendencia nos dice, la cual debe ser considerada como cualquier otra capacidad evolutiva del individuo, necesaria para que la otra persona consiga tener una sensación continua de plenitud y de conexión consigo misma y con el entorno. Siendo mayor en las personas que tienen que hacer frente a todo lo relacionado con el final de la vida y relacionándose con la vulnerabilidad ⁽²⁴⁾.

La auto trascendencia puede ser una parte integral del proceso de auto curación en muchas situaciones. Así mismo, se interesó por el bienestar y la espiritualidad en todo lo que estuviera relacionado con la vida y la muerte ⁽²⁵⁾, tanto los enfermos como las personas sanas, algo que refleja en su teoría al pretender aumentar la comprensión que la enfermería tiene sobre esto .Su teoría evoluciono desde la idea de que la auto trascendencia es uno de los muchos procesos relacionados con la salud y de que el objetivo final de la teoría debería ser proporcional a las enfermeras, una perspectiva distinta sobre las capacidades humanas para encontrar y promover el bienestar.

En el 2003 se incorporó otro patrón de ampliación de los límites auto conceptuales por lo que ahora la auto trascendencia también es la capacidad de estos límites transpersonales, dicho de otro modo, la auto trascendencia es expresada a través de varios comportamientos y perspectivas tales como compartir sabiduría con otros, integrar cambios físicos de la edad, aceptar la muerte como una parte de la vida y encontrar significado espiritual en la vida.

El hombre no es solo materia, es cierto que el hombre tiene unas capacidades cuya fundamentación es físico orgánico, pero es igualmente cierto que hay otras capacidades y que son las que no se apoyan en dichas funciones y que son las que corresponden a su ser persona.

En las personas como en los seres vivos la situación anímica corporal cambia constantemente. Podríamos decir que el hombre se caracteriza constantemente por algo nuevo, es decir, hay una continua renovación de los elementos materiales, a pesar de lo cual algo hay que suscite en él y ese algo es el espíritu humano que no puede ser captado por nuestros ojos, sino a través de las operaciones, las acciones, etc.; exclusivas del ser hombre, del ser persona humana.

Con respecto a cuidado espiritual, desde tiempo de Florence Nightingale la espiritualidad era parte esencial del cuidado holístico del cliente. Para ello la espiritualidad, era intrínseco a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona ⁽²⁶⁾. Para que los profesionales de enfermería puedan brindar un buen cuidado espiritual deben apoyar al cliente según identifique y exploren lo que es significativo en sus vidas y según ellos busque formas de ajustarse al dolor y sufrimiento de las enfermedades. Este profesional de enfermería requiere de destrezas para brindar cuidado espiritual y debe conocer como las creencias religiosas influyen en las personas ⁽²⁷⁾.

Cuando los profesionales de enfermería adquieren conocimiento sobre las diferentes prácticas religiosas y sobre diferentes doctrinas, facilitara el hacer un estimada inicial adecuado y por consiguiente ayudara en la planificación e intervención del cuidado espiritual del cliente.

La literatura recomienda constantemente que se atienda la espiritualidad de los individuos, pero sobre todo que se integre en su cuidado. Sea por desconocimiento o por falta de interés el cuidado espiritual se brinda pocas veces o simplemente no se da. Por lo tanto, el

profesional de enfermería no debe delegar el cuidado espiritual a personal clerical, sino que debe integrarlo con el aspecto psicológico, fisiológico y sociológico. Además, este profesional no puede pasar por alto el provee cuidado espiritual, pero al mismo tiempo debe saber reconocer sus propias creencias y valores espirituales ⁽²⁸⁾. El profesional de enfermería deberá utilizar diferentes estrategias mediante los cuales permite que el cliente mejore o aumente su relación interpersonal e interpersonal y por ende establezca una conexión. Dos estrategias son la oración y hablar con otros individuos acerca de la espiritualidad ⁽²³⁾.

Cada dimensión se relaciona con la otra, pero poseen características individuales, para el cliente reciba cuidado holístico cada una de esta dimensión tienen que integrarse y relacionarse sin quedar fuera ninguna de ellas, aun cuando posean características individuales que la distingan.

Es necesario poner todos los medios a nuestro alcance para dignificar la vida de los dolientes, mucho de ellos en una situación dramática, haciéndoles entender su enfermedad, implicándoles en las decisiones sobre su cuidado, ofreciéndoles atención espiritual y facilitándoles nuestra ayuda. Hacerles sentir que son nuestro maestro del dolor y que necesitamos su ayuda para valorar la vida, para servir a los demás, para dar gracias a Dios por su ejemplo, sus consejos, sus miradas, en definitiva, para saber vivir y saber morir. Susurrarle al oído, coger la mano, limpiar la frente, demostrarle nuestro cariño, besarle, aunque no se dé cuenta, que su dolor es un tesoro que puede ofrecer a Dios por el bien de las personas que tiene a su alrededor y que su sufrimiento es el camino del amor. “la grandeza de la humanidad está determinada esencialmente por la relación con el sufrimiento y con el que sufre” ... Benedicto XVI: La palabra latina consolativo, consolación, lo expresa de manera muy bella sugiriendo un “ser-com” en la soledad, que entonces que ya no es soledad ⁽²⁹⁾.

El vivir esta experiencia de cuidado con el paciente y su familia, permite al profesional de enfermería comprender la individualidad y la experiencia del paciente a quien se está cuidando y por lo tanto generar intervenciones que permitan crecer. El cuidado espiritual está representado en la búsqueda del equilibrio entre mente cuerpo y alma a través de la intervención terapéutica, calidad oportuna e incondicional por parte del profesional de enfermería.

Mc Sherry realizó un estudio donde analizó cómo 548 enfermeras percibían la espiritualidad y proveían cuidado espiritual en la práctica clínica. Los resultados indicaron que el 71.4% identificó en el paciente la necesidad espiritual, aunque solo 39.9% se sentían capacitadas para llenar estas necesidades. La realidad que se enfrenta en los escenarios de cuidado es que muchas veces el cuidado espiritual es delegado al sacerdote, pastor, ministros y el personal de enfermería muchas veces no participa en el mismo, ya sea porque no se sienten capacitados para ofrecer el cuidado o porque no tiene el tiempo suficiente para proveer este cuidado. Es demasiado frecuente en enfermería comprobar que los profesionales no ponen demasiado énfasis en la dimensión espiritual de la naturaleza humana. Es por esta razón que el profesional de enfermería debe capacitarse para poder cumplir con las necesidades espirituales de sus pacientes, especialmente en los momentos de dolor o pérdida ⁽²⁸⁾.

Un estudio sobre nivel de conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual de los profesionales de enfermería que labora en los servicios de cirugía, emergencia y UCI del hospital Hipólito Únanse Lima 2010 concluye que la mayoría de las enfermeras desconoce el fundamento científico del cuidado de la salud espiritual. Este desconocimiento se convierte en limitante al brindar los cuidados considerados en el área espiritual aspecto importante en el cuidado integral del paciente.

Virginia Henderson en su modelo conceptual 1996: las enfermeras deben de alguna forma poderse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesitan, la enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida de suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiados débiles para hablar y así sucesivamente ⁽³¹⁾.

Françoise Collière enero 2005 ¿Qué es lo que necesitamos? tener en el fondo principios elevados sin estos, sin haber establecidos nuestros cimientos tiene poco sentido construir detalles. Es como intentáramos prodigar cuidados de enfermedades, sin ojos, sin manos ⁽³²⁾. Judith Figueroa García en su ensayo la espiritualidad en enfermería febrero 2012 como profesionales de enfermería deben ayudar en la medida posible a que nuestros pacientes se sientan mejor, desarrollar fortaleza y nuevos mecanismos de lidio que le ayudaran afrontar la enfermedad y la muerte ⁽³³⁾.

Las perspectivas de las teóricas en enfermería como Watson , Neumann y Roy contribuyen a la conceptualización de la espiritualidad con los conceptos como el autoconocimiento de auto fortaleza, capacidad de trascendencia, armonía entre cuerpo mente y espíritu , potencial humano, trascendencia de limite físico a la dimensión espiritual, de esta forma se potencia el sentido de la interacción entre la enfermera y el paciente con el fin de encontrarle sentido a la existencia y a las diferentes situaciones particulares que se evidencian en forma adversa visionar un porque y un para que de una situación particular relacionado con el cuidado de la salud humana de tal forma que este binomio pueda trascender hacia el bienestar a través del que podría ser denominado cuidado espiritual esta apreciaciones conforman el referente central para hacer alusión al cuidado espiritual a partir de la concepción holística única y trascendente del ser identificando a través d la espiritualidad esa esencia como estrategia para crecer en el cuidado a través del desarrollo de relaciones terapéuticas armoniosas y profundas que permiten al binomio persona, familia- enfermera reconocer en el cuidado como protagonistas activos en la búsqueda de un fin común la adaptación ⁽³⁴⁾.

La enfermedad puede suponer una interrupción total o parcial de las proyecciones de futuro que la persona tiene es decir que los planes y proyecto que la persona había trazado antes de la enfermedad queda interrumpidos o son imposibles de llevar a cabo por causa de la enfermedad. Si vivir humanamente es ir dando continuada realidad temporal a lo que cada uno, siendo quien, y lo que es, aspira hacer hacia su futuro por el progreso de enfermedad la aspiración se ve cambiado y surgen nuevas y diferentes aspiraciones.

El cuidado se proporciona a la persona. La primera vez que se utilizó este concepto de Persona fue en el concilio de Nicea en el año 325 donde se define la naturaleza de Jesucristo frente a la doctrina errática de Arrió ⁽³⁵⁻³⁶⁾

La Persona se opone a cosa o animal, el termino se aproxima al termino hombre sin embargo no se superpone con él. Persona humana añade algo no solo a persona sino también a humano, hombre es término genérico o indeterminado que linda con el mundo zoológico, decimos hombres de las cavernas, no decimos personas de las cavernas ⁽³⁶⁾. Persona es término específico que tiene que ver con el mundo civilizado, los bienes morales, éticos y jurídicos propios de este mundo

A cada ser humano desde la concepción hasta la muerte natural se le debe reconocer la dignidad de persona. Este principio de “Si” a la vida humana debe ocupar un lugar central

en la reflexión ética. Es reconocer sus derechos. El magisterio quiere ofrecer una palabra de estímulo y confianza a la perspectiva cultural y ve a la ciencia como un precioso servicio al bien integral de la vida y dignidad de cada ser humano y que los resultados de las investigaciones se pongan al servicio de los más pobres y necesitados de salud y afrontar necesidades urgentes desde el punto de vista humanitario ⁽³⁸⁾.

En las últimas décadas las ciencias médicas han llegado a conocer mejor las estructuras biológicas del hombre y el proceso de su generación. Estos avances son positivos y merecen apoyo cuando sirven para superar o corregir patologías, son en cambio negativos cuando aplican la supresión de seres humanos, se valen de medios que lesionan la dignidad de la persona.

Aunque la presencia de un alma espiritual no se puede reconocer a partir de las observaciones de ningún dato experimental, las mismas conclusiones de las ciencias sobre el embrión humano ofrece una indicación para discernir racionalmente una presencia personal desde el primer surgir de la vida humana ¿Cómo una vida humana podría no ser persona humana? La realidad del ser humano a través de toda su vida antes y después del nacimiento muestra una plena cualificación antropológica y ética. El embrión humano por lo tanto tiene desde el principio la dignidad propia de la persona. El origen de la vida humana tiene su auténtico contexto en el matrimonio y la familia.

La perspectiva de una manipulación genética que en el intento de crear con fines de mejoras individuales acabara tarde o temprano a dañar el bien común favoreciendo que la voluntad de unos prevalezca sobre la libertad de otros. Finalmente se agrega que en el intento de crear un nuevo tipo de hombre se admite fácilmente una cuestión ideológica: el hombre pretende sustituir al creador ⁽³⁹⁾.

Según la definición clásica todos somos animales racionales o unidad sustancial: cuerpo (sensibilidad) y alma racional (racionalidad). La naturaleza humana no es indiferenciada sino específica con características propias. Dirige su vida mediante la inteligencia y con la voluntad conforme va ejerciendo operaciones, perfeccionando su naturaleza va configurando su esencia. Así pues, la racionalidad humana puede llegar a “racionalizar” lo que no es racional como son las tendencias o apetitos de la sensibilidad. Perfeccionar la naturaleza humana es lograr una unidad a través de la virtud ya que solo así infiere lo espiritual en lo sensible o corpóreo gobernándolo ⁽³⁹⁾.

La noción de persona integra a la noción de ser humano y la perfecciona. Aun perfeccionada por los hábitos se queda corta respecto de la dimensión personal, seres humanos somos todos, pero somos personas diferentes, somos, un quien persona. Aristóteles hace mención de dos niveles: corpóreo y material, cognoscitivo y de hábitos. ¿Entonces podríamos decir que nos perfeccionamos en cuanto a nuestra posesión cognoscitiva? Unos conocen más que otros, lo propio de la persona humana no se reduce a este nivel. Pasando a otro nivel ¿podrá ser que nos diferenciamos en cuanto a los hábitos que poseemos? Hay quienes son ordenados, otros no son, unos son fuertes y otros pusilánimes etc. La posesión o no de virtudes nos hace diferentes, es una diferencia importante sin embargo no es la radical. Se puede ir más allá del nivel natural y esencial y descubrir que la intimidad, el ser personal, es un acto por el cual cada ser humano es constituido como un quién. La persona humana no se auto consume en sí misma, sino que está abierta hacia afuera, coexiste con el ser del universo, con las demás personas y con Dios.⁽⁴⁰⁾

La persona supera la noción de sujeto absoluto tal como se ha concebido en la modernidad. La expresión el “hombre es persona” equivale a “el hombre depende de Dios”, la pretensión de autonomía es como una manifestación de orfandad, es la consideración del hombre como un ser que empieza desde sí y termina en sí mismo. Cada uno de nosotros es un quien, es una persona única e irrepetible e insustituible, en dependencia con aquel Ser Supremo que lea dado el ser personal.³⁸

Para entender adecuadamente, la noción de persona, se requiere de un planteamiento creacionista, Dios es un ser personal que ha creado a las criaturas con un acto de ser muy personal. En su sentido estricto, la noción de persona, se aplica a un sujeto cuyo ser esta engarzado en el amor y al ser se ordena, por ello lo propio del ser persona es ser un sujeto donante, porque la persona solo se entiende si se corresponde con otro ser también personal.

La contingencia de nuestra existencia es muy grande. Si nuestro ser no es por casualidad, si somos término de un acto de sabiduría y de amor trascendente, entonces nuestra existencia tiene un lugar dentro del plan divino con una consiguiente misión también.

Esta índole personal del ser humano es lo que hace obligado el respeto a la vida humana desde el momento de la concepción, tampoco se debe desvincular desde ese ámbito familiar y por este mismo criterio se debe rivalizar la familia y el matrimonio que están

llamados a integrar en toda la grandeza y dignidad personal todos los aspectos del ser humano.

Otra realidad impregnada de nuestro ser personales es el trabajo humano, manifestación de nuestro ser personal. El hecho de trabajar es personal, porque supone aportar libre y generosamente lo mejor de uno mismo para contribuir al bien de los demás.

La vida sigue, y en ella podemos crecer o no, pero si no crecemos nos estamos cerrando todas las posibilidades, ya que cuando se ejercita una virtud, ese acto ha dejado “mejorado” y mejor dispuesto a la facultad para realizar la siguiente, y si allí se prosigue, queda abierto el camino para el siguiente y será mejor que el anterior. El crecimiento humano es irrestricto.

Evidentemente en el ejercicio de la virtud, se cuenta con retrocesos, pero lo importante es no quedarse ahí, sino aprender de la experiencia y reunir nuevamente todas las facultades para volver a emprender el camino por el cual cada día es una nueva ocasión de crecimiento, vivir y crecer, optimizarse, perfeccionarse. Solo entonces se puede lograr los fines más altos.

La inteligencia es el gran recurso, pero no el único del ser humano y que lo diferencia de otros seres vivientes esta tenencia intelectual es superior a las tendencias corpóreas. La inteligencia es la facultad (potencia del acto) ó sea la pone en ejercicio al acto. En la tradición aristotélica se encuentra una metáfora conocida muy bella: el hombre despierto y el hombre dormido: el hombre dormido representa al hombre que tienen la posibilidad de ejercer actos intelectuales pero que no las ejerce, en cambio el hombre despierto se corresponde con aquel que ejerce actos cognoscitivos del más alto nivel como son los intelectuales. El hombre no siempre está despierto pero una vez que extraña la inteligencia le son entregadas grandes cuotas de verdad³⁷

Según la filosofía clásica lo que hace que la inteligencia se actualice como potencia esta facultad está a cargo del intelecto llamado agente (que es el acto que actualiza). Agente es el que hace, opera, actúa ¿Qué “hace”? en la abstracción lo que hace el intelecto agente es iluminar la imagen sensible y abstraer la forma inteligible, se comprara con una luz pero que no es física ya que el intelecto agente no es nada material; su significado etimológico del intelecto es: *intus legere*: leer dentro, la luz del intelecto permite una lectura, un conocimiento superior al que puede tener el conocimiento sensible que solo conoce formas

concretas particulares. El animal no tiene noción de formas abstractas se queda pegado a formas sensibles, singulares, carece de intelecto agente. En cambio, el ser humano puede tener: conceptos, abstracciones porque tienen una dimensión universal, sin embargo la imaginación y la memoria son facultades sensibles. ⁽³⁸⁾

La filosofía clásica considera la inteligencia capaz de conocerse a sí mismo, a las cosas singulares de modo reflexivo y a las realidades espirituales de modo analógico o sea es capaz de iluminar sus propias operaciones intelectuales.

Según Aristóteles el intelecto es lo que de divino tienen el hombre cuando uno emplea la inteligencia, cuando esta pasa a acto ya no tenemos pasividad sino actividad. En el conocimiento, el conocer y el objeto conocido son uno en acto.

El acto cognoscitivo no construye su objeto poco a poco, sino que este se le da inmediatamente con la operación. Se conoce formando y se forma conociendo, decían los clásicos no hay que esperar terminar de “construir” el objeto para entender, sino que en el mismo acto en que se aprende la forma se entiende y al revés: solo se entiende cuando captamos la forma de manera inmediata.

Por otra parte, el ser humano no puede agotar toda la verdad en un solo acto cognoscitivo, necesita ejercer múltiples actos cada uno de los cuales le va proporcionando más conocimiento. El acercamiento a la verdad es progresivo, en los actos cognoscitivos hay una pluralidad, una diferenciación y una justa jerarquía, ya que como unos actos se conocen más y como otros menos.

La inteligencia tiene como fin alcanzar la verdad. Esta se le define como la adecuación del intelecto con la realidad conocida, es muy importante en la dimensión personal del ser humano pues cuando sucede su respuesta es un cierto compromiso con ella profundizándolo y dándole a conocer.

La voluntad no puede intervenir en el acto de conocer en cuanto tal. Así pues, la inteligencia no puede ser violentada arbitrariamente por la voluntad. La voluntad es una facultad humana superior cuyo objeto es el bien no sensible sino espiritual y a su posición que es la felicidad. Todos aspiramos a la felicidad ¿Cómo alcanzarla? Se requiere del concurso de la inteligencia para que le ayude al ser humano como llegar a dicha posición. La voluntad es la tendencia despertada por el conocimiento intelectual de un bien. 38

La secuencia que se da si se usara bien de la razón práctica y la voluntad porque hay una capacidad en el ser humano de interrelacionarse los actos de la recta razón con los de la voluntad ya que esta va de la mano con la inteligencia.

La prudencia es condición para que los actos libres del ser humano sean rectos. La prudencia también es una virtud, un hábito perfectivo de la naturaleza humana, dirige las demás virtudes disque unieren en la sensibilidad como son la templanza y la fortaleza pues no hay ella si no existe la prudencia. La prudencia consiste básicamente en utilizar bien la razón práctica de manera que se actué según la recta medida por medio de ella se busca los medios más adecuados para conseguir el fin mejor o más conveniente.

Virtud diaforética que está a medio camino entre los ámbitos intelectuales (pertenece a la razón práctica), y a los ámbitos morales, ya que tienen actos de la voluntad que la perfeccionan notablemente, convoca a la inteligencia y la voluntad usándolo rectamente en cualquier acción práctica.

Según la filosofía clásica la libertad es una propiedad de la voluntad. El termino libertad es bastante equivocado hay que distinguir libertad de movimiento y libertad de querer.

Libertad de movimiento se refiere a una libertad puramente exterior, es decir, excepto de toda coacción exterior, en este sentido para que una acción sea libre basta que no esté obligada o violentada desde afuera es la libertad de movimiento y la libertad de querer es la libertad interior consiste en estas excepto de una inclinación necesaria a poner el acto, es decir a hacer tal elección o tomar tal decisión. El acto libre no está predeterminado, sino que la voluntad se determina a si misma a realizarlo por lo que se llama libertad de arbitrio porque el sujeto es en cierto modo un árbitro, puede elegir entre actuar y no actuar. ⁽³⁸⁾

CAPÍTULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 Tipo de investigación:

La investigación correspondió a un diseño cualitativo, descriptivo. La investigación cualitativa reconoce el conocimiento del ser humano de una manera integral, involucrando hasta su medio ambiente. Permite obtener información de los fenómenos en el contexto natural tal y como ocurren desde la perspectiva de los sujetos de estudio; de esta manera se pretende describir e interpretar el modo como las enfermeras brinda cuidado a la dimensión espiritual a los pacientes del servicio de emergencia. ⁽⁴¹⁾ Este tipo de investigación se centra en la comprensión de la globalidad, lo cual es congruente con la filosofía holística de la enfermería. Desde el marco conceptual del holismo, la investigación cualitativa explora en profundidad la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno

La investigación cualitativa considera el estudio que encierra un alto contenido subjetivo de las personas, además ofrece técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo de lo que ellas piensan y sienten, y que permitirá la recolección y análisis sistemático de materiales narrativos, a fin de comprender el fenómeno de estudio Según Morse ⁽⁴²⁾

Así mismo, dadas las características del tipo de investigación se incorpora el relato de todos los participantes en la investigación, es decir su trabajo cotidiano en el cuidado al paciente en emergencia, es decir sus experiencias, creencias, actitudes, pensamientos, sensaciones, tal y como son sentidas y expresadas por ellos.

La investigación cualitativa ejercita al investigador con tareas dinámicas en las cuales la teoría y la práctica se amalgaman y forman en el un conocimiento solido (71)

2.2 Abordaje de la investigación

La investigación es descriptiva ⁽⁴³⁾ porque describe el hecho in situ: se optó por una metodología basada en la rigurosa descripción contextual de un hecho o una situación que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja mediante una recogida sistemática de datos que haga posible un análisis interpretativo.

La metodología se refiere en su más amplio sentido en la investigación que produce datos descriptivos; las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable ⁽⁴³⁾ La investigación no busca la generalización, sino que se caracterizó por estudiar en profundidad una situación concreta. Esto significa que no busca la explicación o la casualidad, sino la comprensión y, puede establecer inferencias plausibles entre los patrones de configuración en cada caso, se centra en la descripción y comprensión de lo que es único y particular del sujeto más que en, lo generalizable ⁽⁴⁴⁾.

2.3 Sujetos de Investigación

Los sujetos de investigación fueron 22 enfermeros especialistas que trabajan en el servicio de emergencia, su edad promedio oscilo de 30 a 63 años, 20 de sexo femenino y 2 de sexo masculino. Entre los criterios de Inclusión se consideró a Enfermeros con 5 años de tiempo de servicio en emergencia. La muestra fue obtenida considerando el criterio de saturación y para identificar a cada uno de los sujetos de investigación se utilizó códigos extraídos de la primera letra de la palabra enfermera enumerada de E1 a E22, de manera se aseguró la confidencialidad de la identidad de los participantes, así como de sus discursos.

2.4 Escenario

El escenario de estudio lo conformo el servicio de emergencia del hospital regional Docente las Mercedes de la ciudad de Chiclayo.

El escenario será el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente las Mercedes. De tercer nivel de atención, es un hospital referencial, cuenta con todas las especialidades médicas, necesarias para atender al paciente que ingresa por este servicio. Posee una infraestructura dividida en salas comunes, el servicio de emergencia cuenta con 6 áreas: tópico de cirugía, observación hombres, observación mujeres, tópico de ginecología, tópico de medicina y pediatría- servicios higiénicos en cada área para pacientes y para el personal que trabaja, con 2 lugares de reposo. Es un ambiente de construcción antigua remodelada que en los últimos 10 años se ha observado hasta 3 veces modificaciones de ambientes. Observación hombres cuenta con 6 camas, observación mujeres cuenta con 4 camas este ambiente es el menos iluminado. Según la necesidad caven otras camas más. El ambiente de ginecología tiene 5 camas. El ambiente de pediatría cuenta con 7 cunas. Cada una con su mesa de noche. No hay división de unidades. Cuenta con algunas sillas, stands. Medicamentos casi lo necesario, material para realizar procedimientos restringido. Objetos

religiosos un cuadro de Jesús y una estatua pequeña del Divino Niño. El ingreso de los pacientes es a través de una puerta tipo reja que da acceso a las diferentes áreas.

El personal que labora está compuesto por 4 médicos, 4 enfermeras, 5 técnicos, un personal de limpieza, un agente de seguridad y policial turno de atención son las 24 horas del día. El horario de visita de los familiares es de 2 a 4 de la tarde, pero se admite los familiares permanecer a lado de su paciente casi las 24 horas del día por razones de tramites documentario, comprar medicamentos, exámenes y los que no hay en el hospital movilizaran a sus pacientes hacia afuera del hospital.

El paciente al llegar al hospital es recibido por el agente de seguridad quién le indica donde le darán atención específica, luego es recibido en el servicio por el personal de enfermería paralelamente lo atiende el médico o después.

El familiar pagará su ticket de atención si no es SIS luego recibirá sus recetas órdenes de exámenes auxiliares, se le instala al paciente en su unida, una vez estable se derivará a observación o a hospitalización.

2.5 Instrumento de Recolección de Datos

Lo conformo la entrevista semi-estructurada a profundidad, la cual adopta la forma de un diálogo coloquial, la gran relevancia y la significación del diálogo como método de conocimiento de los seres humanos, se apoya, en que, a medida que se avanza, la estructura de la personalidad del interlocutor va tomando la forma en la mente, adquiriendo las primeras impresiones con la observación, con la audición de la voz, la comunicación no verbal y toda la amplia gama de contextos verbales por medio de los cuales se pueden aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir los problemas orientar hacia una perspectiva ⁽⁴⁵⁾.

La entrevista enrola la comunicación para el diálogo directo que se realiza entre dos personas: el entrevistado y el entrevistador. Con el propósito de captar información, conocimientos, actitudes, reacciones, valores, experiencias de testimonios orales de personajes y de grupo, de personas de tendencia pública o para ampliar a profundidad el conocimiento de las causas y consecuencias de los hechos y problemas que son de interés general. ⁽⁴⁶⁾

El entrevistador debe poseer por lo menos una cultura media, que comprenda el valor y la importancia de cada dato recogido y la función que su trabajo desempeña en el conjunto de la investigación ⁽⁴⁷⁾. Tiene que ser mentalmente ágil, no tener prejuicios marcados frente a ninguna categoría de personas y, sobre todo, ser capaz de dejar hablar libremente a los demás, eliminando por completo todo intento de convencerlos, apresurarlos o agredirlos con sus opiniones. Es decir, el criterio personal del entrevistador no influyó en las respuestas brindadas por la persona ⁽⁴⁸⁾.

Todas las enfermeras sujetas de investigación que participaron en el presente estudio fueron informadas previamente sobre los objetivos de la investigación, así mismo se respetó la privacidad de sus datos, el anonimato en las entrevistas y el respeto a la libertad de decisión al responder o dejar de responder preguntas según su propio criterio. Se solicitó su participación a través del documento de Consentimiento Informado, para garantizar el cumplimiento de los criterios éticos considerados en la presente investigación. (Ver anexo N° 01)

Esta recolección de datos se llevó a cabo en el servicio de emergencia y se usó para entrevistar una grabadora, donde se almacenaron las entrevistas con una duración de 25 a 40 minutos cada una aproximadamente. Por último, la recolección de todos los datos para la investigación duró tres meses. Se tuvo en cuenta que los días que se realizaran las entrevistas fueran dentro de sus turnos y de acuerdo a disponibilidad de tiempo de los sujetos de investigación. (48)

La Validación de la entrevista semi -estructurada a profundidad se realizó a través de una prueba piloto, de acuerdo a los resultados obtenidos se aprobó y separó la pregunta, permitiendo a los sujetos de estudio responderla sin problemas, quedando validado el instrumento.

2.6 Procedimiento

Después de obtener el permiso del servicio de emergencia Hospital Regional Docente Las Mercedes, se realizó el contacto con las enfermeras participantes en el estudio, a quienes se les explicó los objetivos y el proceso de la investigación.

Luego las enfermeras que aceptaron participar en la investigación firmaron el consentimiento informado para formalizar su participación y garantizar la confidencialidad

de los discursos vertidos. Con las entrevistadas, se coordinó la fecha, hora y lugar, respetando la disponibilidad de horario de los participantes.

Inmediatamente de recopilar la información y evidencia necesaria se dio paso a analizar a través de la metodología del análisis de contenido temático, procediendo así a transcribir las entrevistas manteniendo íntegramente el sentido de mensaje expuesto, las cuales se convirtieron en discursos y se extrajeron unidades de análisis que permitieron la formación de 4 categorías. La primera categoría con cuatro subcategorías. Después se procedió a analizar los discursos con base en el marco teórico para concluir con la formulación de nuevo conocimiento, y emergencia de las categorías.

2.7 Análisis de datos

El análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos. Es uno de los momentos más importantes del proceso de la investigación, que implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir la importancia y el aporte que darán a la investigación. El procedimiento básico del análisis residió en seleccionar documentos y elaborar indicadores referidos a las necesidades del estudio. Se estableció una lectura preliminar de los materiales, se organizó el cuerpo de los documentos y se fijaron las unidades de registro (palabra, frase, etc.). Luego se procedió al análisis mediante la codificación, y clasificación de los temas. ⁽⁴⁸⁾

El análisis temático ⁽⁴²⁾, tuvo una duración de cuatro meses y comprende 3 etapas: Pre análisis, Es la etapa de la organización del material en la que se diseñó y se definió los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis. Así como la revisión de la transcripción de cada entrevista, la lectura y relectura de las mismas.

La Codificación, Consistió en realizar una transformación de los datos originales a “datos útiles”. Las operaciones implicadas en esta etapa son la fragmentación del texto, es decir el establecimiento de unidades de registro, y la catalogación de elementos. Se obtuvieron en primer lugar 50 unidades de significado y luego de dos revisiones quedaron en 23 unidades de significado.

La categorización, implicó la organización y clasificación de las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. ⁽⁴¹⁾ El criterio fundamental de categorización en un análisis temático, es semántico, es decir se agrupó las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Y posterior a cuatro preliminares quedaron en cuatro categorías: La acción del cuidado con cuatro subcategorías: espiritual de lo físico al afecto, confianza y seguridad, derivando la atención espiritual al sacerdote o pastores, una dimensión debilitada por la indisponibilidad del tiempo, cuidado de una dimensión espiritual asediada por la omisión y la rutina. Como segunda categoría respaldando el cuidado espiritual en el ser supremo y religión, y por último generando espacios para la capacitación y reflexión sobre el cuidado espiritual

Entre los límites y obstáculos del estudio se observó el malestar de algunos sujetos de investigación al tener que responder y que sean grabadas las respuestas a las preguntas y repreguntas hechas, además varias enfermeras dijeron que después, habiendo quedado en fecha y hora, y la investigadora al ser perseverante logró saltar este obstáculo. Otro gran obstáculo que considera la investigadora en no dominar la investigación, es más, había dejado de hacerlo desde que salió de la universidad y terminar esta tesis ha significado un gran reto y un gran logro a pesar de las limitaciones cognitivas sobre investigación

2.8 Principios Éticos de la Investigación Científica

Los criterios éticos de la presente investigación tuvieron un sustento en la ley del trabajo del enfermero 27669, artículo 7mo. Inciso I; ⁽⁴⁹⁾ en el código de ética del CEP., artículo 57° donde argumenta que la enfermera puede participar en investigaciones clínicas que no atenten contra los principios éticos y bioéticos ⁽⁵⁰⁾. Además se basó en el D.S.N° 011-2011-JUS, toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana en el país se deben interpretar de modo unitario e integral⁽⁵¹⁾ Basado primordialmente en el respeto de la persona humana y su inherente dignidad, principios basados en la bioética personalista según Sgreccia.⁵²

El Valor Fundamental de la Vida Humana, donde todos los enfermeros fueron considerados como persona en su totalidad de valor, por lo cual la investigadora se abstuvo de utilizarlos solo como medio para el logro de sus objetivos; así mismo la exploración de conocimientos que proporcionaron las participantes no deterioró en ningún momento su dignidad como personas, se respetó sus expresiones. Además, se evitó ponerlas en riesgo

en determinadas mientras expresaron sus discursos, su identidad se mantuvo en anonimato, para lo cual se utilizó como seudónimo códigos numéricos.

Libertad y Responsabilidad, porque cada participante se expresó con libertad, respetándose sus pareceres y donde la investigadora durante el desarrollo de la misma respetó la autonomía, el valor de las opiniones y las elecciones de las personas y se abstuvo de obstruir sus acciones. La participación de todos los sujetos de estudio fue previo consentimiento informado, además conocieron los objetivos de la investigación y de todo lo que con ella se relaciona, para tener la posibilidad de negarse en conciencia a participar, por parecerle ilícita. Por otro lado, la investigadora mostró en el desarrollo de la investigación la responsabilidad de llevarla a cabo tal y conforme estuvo programada sin alterar ninguno de sus momentos, ni tampoco la malversación de los discursos obtenidos.

La Socialización y Subsidiariedad, que motivó a la investigadora a realizarse así misma con la intervención de todos los participantes en la investigación, pues lo que busca es el bien para el futuro en mejorar el cuidado holístico, respetando la autonomía. Los resultados obtenidos se darán a conocer primero en la sustentación formal de la tesis, en segundo lugar, a las enfermeras sujeto de estudio y por último en congresos nacionales e internacionales, así como la posibilidad futura de avalar una nueva línea de investigación

2.9 Criterios de Rigor Científico

Según Morse ⁽⁴²⁾, en el rigor de la investigación se tuvo en cuenta

La credibilidad. Se logró cuando la investigadora, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolectó información que produjo hallazgos que fueron reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten acerca del cuidado en la dimensión espiritual. Por ello, la credibilidad se refiere a como los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que serán estudiadas y para otras personas que han experimentado o han estado en contacto con el fenómeno investigado

El segundo elemento del rigor metodológico es la auditabilidad, llamada por otros autores Confirmabilidad, se refieren a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello fue necesario elaborar un registro y

documentación completa de las decisiones e ideas que se obtuvieron de la investigación. 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.

La Transferibilidad o aplicabilidad, es el tercer criterio que se tendrá 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. En la investigación cualitativa, la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferirse los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Para ello, se ha descrito 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

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Posterior al análisis del objeto de estudio, emergió las siguientes categorías y subcategorías:

I. LA ACCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL POR LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

- 1.1 De lo físico al afecto, confianza y seguridad
- 1.2 Derivando la atención espiritual al sacerdote o pastores
- 1.3 Una dimensión debilitada por la indisponibilidad del tiempo.
- 1.4 Cuidado de una dimensión espiritual asediada por la omisión y la rutina.

II. RESPALDANDO EL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL SER SUPREMO Y RELIGIÓN.

III. GENERANDO ESPACIOS PARA LA CAPACITACIÓN Y REFLEXIÓN SOBRE EL CUIDADO ESPIRITUAL

CATEGORÍA I.- LA ACCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL POR LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

Las enfermeras en el servicio de emergencia ofrecen sus cuidados a la persona en estado crítico, incluso a un paso de la muerte, al cuidar las enfermeras evidencian un compromiso con la vida ponen a disposición del enfermo sus convicciones, valores, habilidades y humanismo, desplegando en su hacer su propio espíritu expresado en el ánimo, aliento, valor, energía, fuerza que despliegan en la aplicación del cuidado a todo paciente que lo requiera, también a su familia.

Como parte del cuidado que todo profesional de enfermería debe ofrecer, está el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todos los servicios de emergencia, dirigido a satisfacer las necesidades de una persona en su vulnerabilidad, para ello tiene que aplicar diferentes procedimientos indicados por el médico o los adecuados que debe recibir el paciente según la valoración hecha, esto le permite un acercamiento a su mundo de dolor, a su interioridad, a sus padecimientos en general .

Al respecto Rodríguez citando a Reed en su artículo “Un paradigma emergente para la investigación de la espiritualidad en la enfermería”, define espiritualidad como la parte del ser humano que busca el significado y el propósito a través de la conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal, y esto lo logra la enfermera cuando se acerca al paciente para cuidar su corporalidad y desde allí, llegar a su trascendencia: ⁽²⁴⁾

Por su parte desde, Florence Nigthingale, ⁽²²⁾ existen explicaciones y exigencias que la espiritualidad es intrínseca al ser humano, aliento que da vida a la persona, la vigoriza. Por tanto, se aborda el tema y tratamos de identificarlo con el estudio al describir como es el cuidado espiritual que brinda la enfermera en emergencia, como apreciaremos en la siguiente subcategoría.

1.1 De lo físico al afecto, confianza y seguridad.

El término espiritualidad tiene una historia tan interesante como desconocida. En la literatura griega se utilizaron dos términos para designar las dimensiones no materiales, no corporales o no orgánicas de la realidad humana. Esos términos fueron psyché, que se tradujo al latín por ánima, y pneuma, que pasó al latín como spiritus. En castellano esa dicotomía da lugar a las palabras alma y espíritu.

El alma es lo que anima, es decir, lo que dota de vida a un ser, la cual es espiritual, que se opone a lo material. Lo material tiene las características propias de los cuerpos, volumen, razón por la cual ocupa espacio, peso y, lo que es más importante, tiempo, de tal modo que es constitutivamente caduco y contingente. Lo espiritual, por el contrario, es inmaterial, y por tanto alma espiritual es la que anima el cuerpo, pero sin las características propias de éste. De ahí que sea ubicua, que carezca de peso y que por su propia naturaleza se halle fuera del tiempo, por tanto, que sea eterna, habida cuenta que carece de los elementos caducos propios de la realidad contingente. ⁽⁵³⁾

Estas apreciaciones son importantes para comprender que la enfermera cuando cuida, cuida con su cuerpo y con su alma y cuando atiende, atiende a una persona con su cuerpo y alma, pero el que cuida son las manos como parte del cuerpo de la enfermera, el cual sostiene su alma ⁽⁵⁴⁾

Según Sánchez ⁽⁵⁵⁾, La dimensión espiritual como tal, agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito, tiene el poder de dar forma y significado al ser, saber y hacer; y se la

puede reconocer como un impulso unificador, un sistema de guía interno básico para el bienestar humano. Esta dimensión es interdependiente y está interrelacionada a todas las demás dimensiones humanas, incluidas la biológica, la psicológica y la social. Diferenciarlas se hace difícil por la condición de totalidad del ser humano, sin embargo, es importante para el cuidado de enfermería delimitar el campo donde ésta (dimensión espiritual) actúa y se enriquece. Por ello, la dimensión espiritual abarca los conceptos de espiritualidad, necesidad espiritual y bienestar espiritual.

Cabe mencionar que la espiritualidad esta resguardada por una corporalidad. El cuerpo contiene al alma espiritual.

Por ello, el cuidado espiritual dado por el profesional de enfermería debe ser ofrecido con un sentido de responsabilidad, respeto y dedicación al paciente, más aun si el paciente está en el proceso de muerte o internado en emergencia; esto requiere de una entrega y de un sentido de pertenencia por parte de los dos: del enfermero y de la enfermera, debe ser una actividad que se quiera hacer que se pueda brindar con interés y muy importante que el profesional logre establecer una relación de empatía entre los mismos, sabiendo cuidar el cuerpo, pero al mismo tiempo proporcionar, compañía, amor, apertura sin críticas negativas como las propias enfermeras lo expresan:

“... Primero la confianza con el paciente, le ayudará a tener esperanza, fuerza para poder pasar la prueba y confiar...” E2

“...Se da cuidado, en ese aspecto (la enfermera se refiere a lo espiritual) cuando nos acercamos a un paciente y le hablamos, le decimos fuerza, que tenga fuerza y así estamos brindando la paz...” E1.

La confianza es la seguridad o esperanza firme que expresa la enfermera cuando se interesa y preocupa por su paciente, con la posibilidad de encontrar un significado y un propósito en la vida. Cuando la enfermera le habla que “todo no está perdido”, es decir le da ánimos, ganas de vivir, está infundiendo bienestar físico, por ello, las enfermeras afirman que impulsan a sus pacientes a pasar la prueba de la enfermedad y para ello establecen una relación de comunicación: declarando que dan esperanza.

“...El cuidado espiritual depende de la relación comunicativa que también lo implica y verlo conscientemente como lo estás tratando como seres humanos y tenemos conciencia, que es una persona porque es un problema de salud y que necesita cuidado físico...” E9

La relación de ayuda es una expresión particular del compromiso que cada individuo tiene de socorrer al prójimo que está luchando con las dificultades de la vida. Es una práctica común que se realiza en los más diferentes contextos: en la familia, en los grupos de amigos, en el ámbito del trabajo y del tiempo libre. Al respecto, Dezorzi¹⁸ en su estudio la espiritualidad en el cuidado concluye que retomar la espiritualidad y el gran interés por ello están relacionadas a la noción holística del cuidado que abarca todas las dimensiones del ser humano y a los grandes esfuerzos para incluir nuevos abordajes que atender a las competencias tecnológicas y también a las competencias ontológicas que son esenciales a la madurez y a la sobrevivencia de la enfermería como profesión. Siendo que la espiritualidad rodea los escenarios del cuidado, dando la oportunidad a la enfermera de brindar un cuidado holístico.

“...brindo cuidado espiritual en el dolor, la soledad, el miedo, la desconfianza busco escuchar, luego hablar y dar apoyo, tocarle la mano, la cabeza...E15

“...le hago ver que Dios nos ama y que tenga fe en él y que él nos escucha...” E22

“... demostrar con nuestro trato, Debemos ver al paciente con ojos de sensibilidad, el paciente está sufriendo y necesita el apoyo en su dolor, demostrar con nuestro trato, con una palabra de aliento, a veces no necesita un tratamiento, es un trato adecuado, ayuda más que la medicina, nos dice señorita usted me ha tratado bien. En dos minutos que le hable, se siente confortado y a veces se recupera...que siempre deben confiar en Dios, pidiendo que les ayuden y que tengan fe en él, que recen mucho...” E20

Callista Roy⁽³⁾ hace mención en su teoría de adaptación, que evidencia la dimensión espiritual de la persona como parte del yo personal, de esta manera la enfermera se introduce en el mundo interior del paciente al valorarlo como persona que tiene un cuerpo que sostiene un Espíritu que no se ve pero se siente, al contemplarlo necesitado en sus propios límites y para ello se acerca al paciente, percibe sus necesidades, proporciona toque terapéutico y presencia cuidadora, como lo refieren las enfermeras participantes en el estudio.

Igualmente, Moreno al enunciar la teoría de Pamela Reed ⁽²⁵⁾ de la Auto trascendencia nombra 3 conceptos principales:

a) La vulnerabilidad. - que viene a ser la conciencia que tiene la persona que es mortal, esta conciencia aumenta durante el envejecimiento y en etapas del ciclo vital cuando aparece una enfermedad o traumatismo o una crisis y tiene que ser ingresado a emergencia, cuyo estado de enfermedad muestran el deseo de una atención espiritual, situación a la cual es sensible la enfermera de emergencia.

b) La auto trascendencia.- se refiere a las fluctuaciones que tiene lugar en la percepción de los límites que hacen que la persona se extienda más allá de los puntos de vista inmediatos y restringidos sobre sí mismos y el mundo, en este caso la enfermera se comunica con el enfermo de esta manera trasciende el ego en el nivel interpersonal es decir en el contexto del paciente y a su modo proporciona “confort espiritual, como lo argumenta Jean Watson, posibilidad de encontrar un significado y un propósito en la vida cuando la enfermera le demuestra al enfermo que nada está perdido en la vida, en este sentido la enfermera es ética en ella hay espiritualidad poco o mucho no se sabe lo cierto es que cuidando la corporalidad se acerca al mundo espiritual del enfermo para reconfortarlo, así lo evidencia el estudio de Ramón Morales y Da Silva, quienes, realizaron una investigación sobre los valores de espiritualidad de los profesionales de enfermería en el proceso de cuidar cuyos resultados...fue identificar el significado de la espiritualidad en los cuidados de enfermería y como estos valores pueden intervenir en el proceso de cuidar, así descubrieron que los valores del amor, la fe, la caridad ,la santidad ,la gracia y la esperanza que nos da la relación Dios –Hombre, alimentan la necesidad de creencia del ser humano con su fuente creadora y en sí mismo.

Por otro lado, cabe mencionar que Beatriz Sánchez menciona que, aunque los abordajes holísticos a la salud y al cuidado enfatizan la importancia de la espiritualidad en las situaciones clínicas contemporáneas, el componente espiritual de la salud es con frecuencia ignorado. Prueba de esto es la expresión de la enfermera “en tiempo libre enfatizamos el cuidado espiritual”, significa cuando la enfermera está desocupada de sus quehaceres o tenga tiempo. Al vivir en una sociedad hedonista donde prima el placer como un bien y se trata de evitar todo dolor se suele abocar a los medios físicos a veces en forma indiscriminada. O hay preferencia por conversaciones triviales entre los trabajadores en los escasos momentos libres, en lugar de centrarlos en los enfermos. Por tanto, si esto se sigue presentando de manera continua según Ruth E. Collado³⁰ la espiritualidad ya no mantendría una conexión con la filosofía de la vida, mucho menos con el cuidado,

filosofía consciente o inconsciente que puede estar altamente desarrollada o ser rudimentaria, si la espiritualidad está poco desarrollada y es poco reconocida el comportamiento y filosofía de la vida parece ser más inconsistente y por lo tanto vulnerable a fallar en un momento de stress como es el caso de emergencia.

Al estar poco desarrollada la atención espiritual y generar estrés, se omiten acciones que debe tener en cuenta la enfermera en su cuidado y por ello considera oportuno lo siguiente:

1.2 Derivando la atención espiritual al sacerdote o pastores.

Los profesionales de enfermería piensan muchas veces que la atención espiritual debe ser provista por sacerdotes, pastores o personas clérigas de acuerdo a las prácticas religiosas de cada persona. Al respecto, Mc Sherry (1998) ⁽²⁷⁾ realizó un estudio en 548 enfermeras, que percibían la espiritualidad y proveían cuidado espiritual y solo el 39.9% se sentían capacitados para llenar estas necesidades. Por ello, la realidad que se enfrenta en los escenarios de cuidado es que muchas veces el cuidado espiritual es delegado a sacerdotes, pastores o ministros y el personal de enfermería no participa muchas veces en el mismo ya sea porque no se siente capacitado para brindar el cuidado o porque no tiene el tiempo suficiente para proveerlo.

Al respecto, Beatriz Sánchez Herrera nos dice si la espiritualidad se encuentra poco desarrollada o es poco reconocido el comportamiento o filosofía de la vida pueden ser más inconsistentes y por lo tanto vulnerables a fallar en momentos de estrés ⁽⁵⁵⁾.

Es por ello necesario que los enfermeros deben capacitarse para cumplir con las necesidades espirituales en los momentos que lo requiera el paciente, entre ellos el dolor, la soledad y la perdida, y no solo derivar esta función de los sacerdotes o pastores apreciamos.

“... nosotros como profesionales de enfermería cuidamos en una forma holística, desde este punto de vista vemos el aspecto espiritual. En la valoración que hacemos le podemos preguntar a qué religión pertenece o profesa para recibir el apoyo espiritual necesario, se indaga mediante la familia...este apoyo lo pueden dar los sacerdotes o pastores...” E11.

“...si veo que tiene familia le digo que traiga un sacerdote. Y Cuando estamos desocupados leo la biblia (rara vez) ...” E3

“... a veces el ser de otra religión, les digo que Dios es uno solo y que llamen a su pastor si está sufriendo, a veces esta agónico...” E20

“... Si son de otra religión les hago pasar y respeto sus creencias...” E23.

“...Si él/ella quiere y la familia colabora llamo al sacerdote o pastor. E15

“...Según casos sugiero la presencia del sacerdote y parece increíble da la paz y si son de otra religión que ellos traigan lo conveniente. E21

“...De acuerdo a su religión que traiga al padre o pastor y que ore, E22

“...si está la familia se les dice que avisen a un sacerdote para que venga a orar. Si es de madrugada y muere un paciente hago una oración E17

En la práctica cotidiana, los enfermeros de emergencia, frente a la situación crítica del enfermo y ante la prominencia de la muerte, son conscientes del significado teórico de cuidado holístico, incluso tocan parte del cuidado espiritual en el momento de la valoración donde tienen conocimiento de la religión que profesa el paciente, sin embargo son enfáticas en afirmar que el apoyo espiritual lo debe dar un sacerdote o un pastor, ninguna asume el cuidado de esta dimensión en nombre propio y la mayoría lo relaciona con prácticas de oración, leer la biblia, incluso llegan a afirmar que estas acciones las proporcionan cuando están desocupadas, no sintiéndose comprometidas para auto dirigirlo, la literatura constantemente recomienda que se atienda la espiritualidad de los individuos, pero sobre todo que se integre en su cuidado.

El cuidado físico ciertamente prevalece en la atención de enfermería, ya que el pensamiento científicista predomina en la mentalidad de los profesionales (52). La falta de formación profesional y la carencia teórica para el cuidado espiritual se muestran como pretexto para su deficiencia ⁽⁵³⁾.

Sea por desconocimiento o por falta de interés, el cuidado espiritual se brinda pocas veces o simplemente no se da. Por lo tanto, el profesional de enfermería, no debe delegar el cuidado espiritual a personal clerical, sino que debe integrarlo con el aspecto psicológico, fisiológico y sociológico. Cuando se habla de cuidado holístico, significa un cuidado integral considerando así a la persona con todas sus dimensiones es decir físicas, intelectuales, sociales, emocionales, espirituales, religiosas, por lo tanto, todas las

intervenciones de las enfermeras tendrán una perspectiva holística. “Para Burnard (1988) el pertenecer a una religión no se identifica como parte fundamental de la espiritualidad, sin embargo, el profesional de enfermería reconoce que para algunos pacientes sus creencias y prácticas religiosas pueden ser parte importante de una espiritualidad individual” (54) Esto se evidencia cuando la enfermera dice “¿a qué religión pertenece?”. La religión se define como prácticas, reglas, normas relativas a seres superiores y el concepto de espiritualidad es más amplio, es una dimensión trascendente, elemento importante y céntrico del cuidado de enfermería y debe darse la prioridad necesaria. Sin embargo el cuidado espiritual generalmente no se integra dentro de la práctica de cuidado de salud y mucho menos comandado por la enfermera.

El sacerdote es una persona que nos manifiesta la fe a través de un consejo, un apoyo, una guía confidente en los momentos difíciles y el pastor es una persona que se le ha conferido autoridad dentro de la iglesia cristiana para dirigir y cuidar una congregación de creyentes. Cabe recalcar una vez más, cuando dice “sugiero la presencia del sacerdote...”(E21) que el cuidado en el aspecto espiritual al paciente no solo le concierne a miembros de la iglesia (aspecto religioso), sino que también es parte del cuidado de enfermería y saber satisfacer necesidades espirituales.

Cuando la enfermera dice que ore, se está refiriendo cuando esta nace espontánea con palabras de todos los días o tomadas de libros espirituales, puede ser personal o comunitaria, sin embargo, la dimensión espiritual puede estar totalmente desvinculada de la religión cuando la enfermera dice “... que traiga al padre o pastor que ore”

Por otro lado, cuando estamos enfermos el papel de la familia es fundamental necesitamos su protección, su compañía, su paciencia, su cariño, su comprensión, su ayuda, es por ello que la enfermera al presenciar a la familia a lado del paciente solicita el apoyo y su ayuda en la asistencia facilitando la presencia del sacerdote o pastor para proveer este cuidado espiritual, desatendiendo así en el cuidado holístico este aspecto trascendental. (56)

Incluso las enfermeras recuerdan, como la ayuda espiritual en el servicio de emergencia, brindada por religiosas y sacerdote ha desaparecido y anhelan que retorne. Apreciamos los discursos:

“... Me gustaría que haya un sacerdote en el servicio y que se forme grupos de oración como había con la madre Gertrudis E19

y las enfermeras al recordarlos solicitan su presencia:

“...En aquellos tiempos, me gustaba cuando estaba la madre les bendecía y les rezaba ojalá que alguien viniese y les diera consuelo espiritual...” E3

“...deberían ser los sacerdotes o las religiosas, antes había las madrecitas que rezaban, también de acuerdo a su religión llamaban a sus pastores que llevaban también la palabra de Dios.E14

El servicio de emergencia así como otros del Hospital Las Mercedes estuvo asistido en forma eclesial por religiosas de San José de Tarves por muchos años, quienes brindaron atención desde la igualdad, en forma incondicional, con ausencia de jerarquías, desarrollando fortalezas y buscando mecanismos para lidiar con la enfermedad y la muerte, dando énfasis al apoyo espiritual, consuelo y cuidado espiritual guiando al enfermo a encontrar sentido al dolor y a su vida, además de inculcarles fortaleza y ánimo para vivir y superar la enfermedad. Es por ello que muchas de las enfermeras entrevistadas hacen alusión a ellas en forma acongojada al no contar ahora con su presencia,

En el servicio de emergencia, las Hermanas Religiosas de San José de Tarves se dedicaron por mucho tiempo a atender en el aspecto espiritual a los pacientes ingresados. Para mayor comprensión realizaremos un repaso de la labor de las hermanas de San José de Tarves; hermanas Josefina Jaramillo y la hermana Teresa de Billingurst , Alfonsa Márquez Arasabia, Gertrudis, Ana Luisa Yepes, Lidia Farfán. Su llegada se hizo por el norte de Piura “La Esperanza” y cuando sus obras se llegaron a debilitar las hermanas llegaron a atender al hospital Belén y 5 años después empezaron a dar los pasos necesarios de proyección. En 1912 llegaron al hospital de Las Mercedes las hermanas colombianas y francesas y por un espacio de 90 años se instalaron en “el Carmelo” local dentro del hospital que pertenece a la beneficencia pública, con una labor silenciosa de quien abre senderos de proyección humana hacia los medios sociales asistencia para mejorar el hábitat de quienes viven en condiciones de miseria y precarias condiciones, y transformar al ser humano en su parte integral, como misioneras de San José de Tarves. La labor de las hermanas estuvo organizada de la siguiente manera la orientación espiritual estaba a cargo de la madre Teresa de Billingurst hacia los trabajadores y pacientes de los diferentes servicios, lavandería a cargo de la madre Gertrudis, sala de operaciones madre Mirian Farfán. Sin embargo, desgraciadamente tiempo después la salud de las madres decayeron quienes posteriormente fallecieron y el local tuvo que devolverse a la beneficencia.

En los discursos las enfermeras añoran años pasados donde las religiosas de San José de Tarves, entre ellas la madre Gertrudis, visitaban a los enfermos de cada servicio, llevándoles consuelo espiritual, a través de la oración y el uso del agua bendita, como parte

de su apostolado y de su entrega al servicio del prójimo, aspectos que la enfermera tampoco realizaba en aquellos años. Si es importante conocer las prácticas religiosas del paciente para poder aludir este aspecto trascendental de apoyo a sus propias vidas haciéndoles participe en el mejoramiento de su salud.

Cabe mencionar que parte de la atención brindada por los sacerdotes y que solo ellos brindan a los enfermos en estado crítico en emergencia son: los sacramentos como el bautismo, la confesión, la comunión, la confirmación, el matrimonio, y la unción de los enfermos.

Por otro lado, uno de los indicadores que tiene la enfermera para realizar su trabajo es el tiempo, este es la magnitud con la que se mide la duración de un determinado fenómeno o suceso como es el trabajo. La enfermera trabaja por turnos y cada uno de ellos tiene un tiempo de seis horas y las guardias, tanto diurnas como nocturnas son de doce horas, en este tiempo, despliega su acción de cuidado y si no lo aprovecha y sabe priorizar actividades, algunas de las dimensiones del cuidado que ofrece quedarán debilitadas como se describe en la siguiente subcategoría:

1.1. Una dimensión debilitada por la indisponibilidad del tiempo.

La asistencia espiritual es parte viva de cualquier persona que comparta la concepción de una asistencia integral al enfermo, sin embargo, las enfermeras, aducen que les falta tiempo para proporcionar cuidado espiritual. Al respecto Leonardo Polo ⁽⁵⁷⁾ argumenta que en el plano (espiritualidad) se comprueba la aridez del corazón, que es un sentimiento básico de cansancio que obtura el ánimo ante los ideales que concluyen estimándolos inasequibles, las grandes tareas, que necesitan tenacidad y esperanza , pierden su valor incitante y se omiten , esto significa que si las enfermeras no dan cuidado espiritual siendo tan importante para marcar la integralidad del cuidado, las propias enfermeras cursan con soledad espiritual que les impide ser creativas a pesar de las dificultades de tiempo para brindarlo, lo cual lleva implícito que el tiempo más bien indica algo que se hace en el momento oportuno o cuando todavía no es tarde como la misma enfermera lo manifiesta:

“... no nos alcanza el tiempo por el estado del paciente...” E10.

Así se pasa por alto la atención espiritual y no se integra a la práctica de cuidados de salud, debilitándose y emerge la queja “ ... falta de espacio, la presencia del dolor ...” E10

Pinzón explica que: la formación científica y tecnológica no da espacio suficiente a lo espiritual y deja vacíos. Watson corrobora afirmando que: una ocasión del cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada, podemos mencionar también aquí el exceso de responsabilidad relacionada con el cuidado de enfermería la que no da tiempo para abordar esta dimensión.

Por su parte Florence Nightingale detalla que la vida es el más precioso regalo que Dios ha puesto en las manos de la enfermera con ello acotamos lo que la enfermera dice:

“... el tiempo no alcanza para dedicarse al paciente más horas, a veces es necesario hacer una reflexión...” E9

El trabajo en emergencia se consolida como actividad rápida, con serenidad y prioridad, sin reflexión o tal vez se enseña que el aspecto espiritual es importante pero seguimos valorando solo lo material, lo físico en el enfermo, separando o marginando el aspecto espiritual, sin considerar que la persona enfermera es cuerpo y espíritu, es cuerpo y alma en este sentido la espiritualidad humana es reconocida como la dimensión del ser humano que permite sentirse como una unidad, si se descuida ¿quién va a fortalecer, las aspiraciones, ideales y valores propios, el enfermo en emergencia?, por tanto no sería una unidad que cuidamos, sino solo una corporalidad. Ahora, cuando la enfermera dice:

“...El profesional de enfermería debe tener criterio técnico, y científico, porque, a veces el paciente está casi para morir y le quieren dar RCP cuando es un anciano que saben que ya es por demás, entonces debemos intervenir y hablarle al estudiante porque es muchas veces para practicar. Nos hemos vuelto insensibles tiene que pasarnos a nosotros mismos para darnos cuenta, no hay interés por el alma y por el bienestar espiritual...” E12

La sensibilidad y las tendencias son estructuras personales, su misión principal es establecer, las interacciones básicas de la persona con su entorno, y con quienes tratan, de tal manera que permita, colocarse en la misma situación del otro. La sensibilidad permite un primer acceso al mundo de tipo cognoscitivo y efectúa una primera elaboración de esas adquisiciones perceptivas en el interior de la persona. La sensación, la percepción, la

memoria y la imaginación son sus componentes básicos que permiten comunicarse con la realidad personal ⁽⁵⁸⁾.

En este sentido, la responsabilidad permite a la enfermera responder por sus actos, tener claro las prioridades al momento de cuidar, por ello razona y advierte que están perdiendo sensibilidad frente al cuidado de la dimensión espiritual, además declara que las enfermeras de emergencia deben tener criterio técnico y científico y omiten el criterio humano, tan importante en el cuidado de la dimensión espiritual, reconocimiento que la hace ética, aspecto que emana de su interioridad. La ética es el arte de cuidar con el cual se desarrolla la sensibilidad frente al dolor, sufrimiento, necesidades físicas, psíquicas y espirituales para generar la solidaridad que consiste en realizar algo para paliar o remediar la situación ⁽⁵⁹⁾ La ética viene a ser la conciencia que permite reflexionar sobre las acciones, ya que solamente a través de la reflexión cambia el comportamiento. No cabe duda que la mayoría de enfermeras son católicas, pero a veces se ensordecen al dolor del paciente, al sufrimiento del otro. Los problemas y dificultades propios, nunca deben absorber la atención de lo central; es decir, de nuestra vocación como profesionales de enfermería más aun cuando estamos en un servicio de emergencia, es decir la persona y su dimensión espiritual.

También, es necesario considerar, que existen diversos factores que pueden contribuir a la marginación de la atención espiritual por parte del colectivo enfermero, lo que podría condicionar, a su vez, la percepción que estos tengan sobre la misma. Dentro de esos factores se incluyen diferentes elementos tanto a nivel individual, profesional como organizativo que en conjunto puedan crear formidables barreras para el cuidado espiritual y que puede ser descrito por la falta de tiempo y de personal, La falta de privacidad, las limitaciones económicas, el dominio del modelo biomédico, el énfasis en la tecnología más que en un cuidado integral, la falta de formación, el no entender que es una competencia propia de enfermería y además la incerteza y subjetividad cuando las enfermeras definen espiritualidad.

Por su parte Pinzón, acota que proporcionar cuidado espiritual en enfermería no es pues algo ligado solamente a lo que el otro merezca y necesite, ni lo que para el otro sea posible o no ⁽¹⁾. Está ligado a lo que yo como cuidador merezco y necesito, a lo que me he capacitado para hacer y a las capacidades que pueda desarrollar, a lo que puedo llegar hacer y a mi propia búsqueda de trascendencia. Plantea el hecho de que no es posible

atender eficazmente las necesidades espirituales de los otros a quien se cuida, sin conocer antes las nuestras, como enfermeros, el auto valorarnos, el conocer las creencias y valores propios. Por tanto las enfermeras de emergencia ¿conocen cuáles son sus necesidades espirituales? ¿Se auto valoran?, ¿conocen sus creencias y valores propios?, preguntas que conllevarían a otra investigación, lo cierto es, que ante la acción de cuidado es más tangible todo lo procedimental para salvar la vida, sin embargo, también el cuerpo está vivificado por el espíritu y su dimensión espiritual también debe cuidarse, sino carece de sentido el cuidado holístico.

“...Difícilmente cuidamos al paciente porque no nos alcanza el tiempo y el estado del paciente... queremos hacer muchas cosas pero que no disponemos del tiempo necesario. Es algo que tampoco es imposible, no se puede hacer todas las cosas, hay momentos que se puede hacer con toda la familia” E10

“...Nos preocupamos de dar el tratamiento el que nos dejó el médico que a darle el apoyo espiritual, y si es que, tenemos tiempo lo vamos a dar... No en todos, tanto es el apuro que ni siquiera nos acordamos y descuidamos ese aspecto...” E4.

El tiempo tiene carácter esencial en la vida humana. El hombre es, constitutivamente un ser temporal, habita en el tiempo y se mueve en el marco y en el horizonte de la temporalidad. La existencia sin una referencia temporal sería completamente diversa ⁽⁶⁰⁾. El tiempo de la vida humana, además está estructurado o en otras palabras no es homogéneo. El tiempo como cualidad física, como medida de movimiento de los cuerpos, y especialmente el tiempo objetivado en los relojes si es homogéneo influye de manera constante, como el caso de los turnos de emergencia y que la enfermera trabaja de seis o doce horas en el cuidado del paciente. Pero el tiempo de la vida humana, el desarrollo temporal de la vida personal no. Existen en primer lugar estructuraciones externas: los días y las noches, las estaciones y los años. La sucesión de la vida, no se articula automáticamente en torno al segundero del reloj, sino ante períodos y sucesos que tienen una extensión y una profundidad determinada, como lo constituyen los actos de cuidado de acercamiento al paciente no depende del reloj sino de la tendencia y la sensibilidad de hacer el bien por parte de la enfermera

Por su parte, Burgos argumenta que la finitud del tiempo ha impulsado desde siempre al hombre en una lucha por dominarlo y por controlarlo, y por retenerlo, deseamos hacer cosas y no disponemos del tiempo, como lo aducen las enfermeras de emergencia

La prisa, la técnica, las obras que perduren han sido siempre las barreras que el hombre ha intentado elevar para detener el flujo de las horas, cada vez hacemos más cosas porque disponemos existencialmente de más tiempo, pero cada vez tenemos más cosas que hacer y así caemos en la prisa, la ansiedad y el estrés. Pero esa velocidad acaba acelerando de tal modo el curso de la vida que, paradójicamente acaba por esclavizar al hombre e impidiéndole disfrutar de lo que tiene. Por ello, se entiende que las enfermeras de emergencia se centralizan en la corporalidad de la persona enfermera y los procedimientos técnicos, sin poner el mismo énfasis en el cuidado de la dimensión espiritual, limitándose a escasos recursos de tipo religioso como lo ha considerada anteriormente

Por ello, aquí topamos con la dimensión más radical de la temporalidad, el tiempo siempre se acaba escapando, el tiempo siempre vence. Quisiéramos detenerlo, controlarlo, pero no podemos, y esa incapacidad nos angustia y nos hiere internamente, porque el tiempo no es algo ajeno y exterior: somos nosotros mismos es nuestra vida, se nos escapa, se debilita y desaparece

En este sentido, del deseo a la acción de las enfermeras, en el servicio de emergencia tiene vacíos, especialmente en el cuidado de la dimensión espiritual, que podrían superarse si la enfermera toma la decisión de priorizar sus acciones y optar por el cuidado holístico, a pesar de reconocer que no puede abarcar todo lo que quiere hacer, también afirma la probabilidad de realizarlo, ello demandaría mayor esfuerzo, más cercanía al paciente, más acompañamiento en una palabra mayor aprovechamiento del tiempo que tiene para atender a los enfermos especialmente en el dolor

“...Falta de tiempo, falta de espacio, la presencia del dolor...”

El dolor, es un daño sentido, primero en la sensibilidad, que se presenta repentinamente y desorganiza la relación del hombre con su cuerpo. Por ello, la enfermera acude a atender cuando el enfermo lo -evidencia a través de su queja y no es sólo un paciente, sino varios y el dolor puede ser simple hasta complicado, resultado de cortes, traumatismo, cólicos abdominales quirúrgicos o no quirúrgicos, cefaleas por hipertensión (dolor físico) o por depresión, pena, congoja (dolor moral)

En el dolor, la corporalidad se percibe como impuesta, como un pesado fastidio atenazante, frente al que uno ya no es dueño de sí y que casi nos obliga a capitular. En nuestra realidad las enfermeras aducen a la incomodidad de la evidencia del dolor en el paciente

como un obstáculo para efectivizar la atención espiritual que ellas quisieran dar, pero según un estudio realizado por la Universidad de la Sabana respecto del cuidado espiritual en el profesional de enfermería... lo que perciben los pacientes y familiares es la dureza, la frialdad, la indiferencia que muchas veces se da en la atención de enfermería ⁽⁶¹⁾ Aspectos ignorados, puesto que el quehacer enfermero se avoca en muchos casos al aspecto tecnológico, procedimental y la toma de decisiones en forma oportuna y veraz lo que podría mermar la valorable dimensión espiritual del hombre holístico, que en algún momento se atendió con eficacia por la presencia de religiosas en los servicios del Hospital de las Mercedes

“...El tiempo no alcanza para dedicarse al paciente más horas a veces es necesario hacer una reflexión. Nos falta reeducarnos...E9

A veces, aunque reflexionemos, la experiencia no demuestra que nadie se ha preocupado por desarrollar un estimado que ayude a planificar el cuidado espiritual encontrando así la enfermera un espacio propio, adecuado, competente e innovador de acuerdo a la caracterización de la realidad actual, cuyos pacientes perciben que existe un poder superior, ello implica un compromiso y supone ampliación de sus conocimientos.

Al colocar el tiempo como obstáculo para brindar atención espiritual emerge la indiferencia, omisión o rutina en el mismo como se aprecia en la siguiente subcategoría:

4.1 Cuidado de una dimensión espiritual asediada por la omisión y la rutina.

El cuidado espiritual no sólo les concierne a miembros de entidades religiosas, sino que también es parte del cuidado de enfermería. Sin embargo, los profesionales de enfermería tienen dificultades en la manera de brindar el cuidado espiritual que el paciente o la familia necesita. Para ello requiere que las enfermeras inicien una conversación directa con el paciente y/o la familia sobre este aspecto, hacerle preguntas que ayuden a iniciar la conversación sobre el tema de la espiritualidad para lograr hacer un estimado sobre las necesidades espirituales, aspecto que algunas enfermeras no asumen, no lo viven y no lo practican, por tanto, el cuidado espiritual no es activo, cae en el olvido, se omite o simplemente no se le da la importancia debida

Cabe hacer mención que Enfermería es vida y si nos comprometemos con la vida sabrá mirar que le falta, de que carece, solo entonces cobrará una máxima belleza, su máximo valor, los enfermeros del mundo estaremos atentos con la mirada puesta en el ser que

cuidamos, capaces de comprender el corazón del hombre y sobre todo desarrollando el tesoro inigualable que menciona la ciencia del cuidado. En este sentido, Cervera explica que lo importante no es solo que es lo que hace la enfermera, sino también como se realizan los actos, los motivos que lo justifican y si las relaciones positivas son favorecidas o no por lo tanto la confianza que inspiran los profesionales de enfermería, la calidad de sus cuidados y su sensibilidad son todos los elementos constitutivos de la moral ⁽⁴⁰⁾. Es necesario rescatar y arraigar estos conocimientos en este tiempo y circunstancias y darle sentido pues la dimensión espiritual forma parte de la naturaleza humana y también del cuidado, el cual no debe dejarse de lado como se aprecia en los discursos.

“... A hora ya no se da ese cuidado o a veces sí. Antes se estudiaba ética ahora ya no...” E8

Teniendo conciencia de lo que es la ética podremos reflexionar nuestro comportamiento profesional dando lugar a nuestra madurez. El cuidado es ético, que conlleva a la responsabilidad donde se descubren los valores, de lo contrario emerge la irresponsabilidad: el descuido y la rutina y el cuidado se transforma en simple automatismo de hacer procedimental omitiendo centrar la atención en las necesidades espirituales del enfermo

Es necesario desarrollar la sensibilidad ante la situación del paciente que sufre, ante el dolor, ante lo desconocido, es decir; en emergencia se avoca a cumplir en parte el cuidado por las circunstancias lo físico descuidando lo espiritual como parte del cuidado integral u holístico como alude la enfermera:

“... A veces descuidamos ese aspecto porque ellos vienen por dolencias y al momento eso cuidamos, por las circunstancias que los está viviendo...” E1

El cuidado de enfermería, no es un acto sencillo y habitual sino, constituye una disciplina humanística y sanitaria, natural, social y de conducta sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los servicios de cuidado de salud, en el mundo se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería ⁽⁶²⁾. En nuestra realidad de estudio no está vivenciándose esta calidad de atención como lo menciona la enfermera al decir

“... Se está deshumanizando este cuidado, lo estamos perdiendo... trabajamos como fastidiados, infelices, todos tenemos problemas, pero aquí venimos a trabajar...” E12

El fastidio en el trabajo produce infelicidad, afirman una vez más que el trabajo se convierte en una rutina, trabajar sin creatividad, mecanizados, sin sentimientos tal vez frustrados. Es necesario volver a tomar en cuenta el verdadero significado de lo que es la profesión de enfermería pues darle sentido nos puede servir de apoyo en estas situaciones adversas ⁽⁶³⁾. La rutina es el ritmo cotidiano alcanzando o no la estabilidad emocional, puede hacerse repetitivo, de forma que cada día puede hacerse exactamente igual al anterior y al día siguiente. El individuo se descubre como una maquina dentro de un engranaje, sin creatividad y totalmente mecanizado, moviéndose por reflejos. Las emociones y los sentimientos congelados y anulados ⁽⁶⁴⁾.

Es así como nos enfrentamos a uno de los mayores problemas de la sociedad actual, la rutina que se desemboca invariablemente en el aburrimiento, la frustración y el desengaño de uno mismo, de los otros y de todo el ambiente en general:

“...Que si están agónicos debemos darle una digna muerte, nos hemos olvidado de darle una atención post mortem, el trabajo lo dejamos a la técnica y nos olvidamos de esta atención (darle una buena presentación a la familia) E15

Las enfermeras declaran y reconocen la necesidad de dar una muerte apropiada y digna de una persona y al mismo tiempo reconocen la omisión y el olvido de los cuidados post mortem, es decir que ellas no lo dan y lo solicitan que lo realice la técnica de enfermería, perdiendo la oportunidad de cuidar en los límites de la persona como es la muerte.

Los profesionales de Enfermería están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas, pero a menudo intentan evitar el tema ignorándolo o también trasluce falta de preparación profesional para hablar y tratar sobre la muerte de otra persona y de su propia muerte, si las acciones post mortem son relegadas significa que no son importantes para la enfermera.

Sin embargo, las enfermeras constituyen el elemento básico para prestar la atención holística que requiere el paciente moribundo ya que tenemos mejor acercamiento con ellos, somos testigos ante la muerte, participamos con ella podemos sentir y vivir la muerte. Nuestro objeto será respetar y humanizar a la persona, a sus ideas, cultura, religión

Si el venir dignamente es un derecho social ¿porque esa misma dignidad no se mantiene hasta la muerte? Creo que nos viene a interrogar las circunstancias que se viven ¿está la enfermera formada para proporcionar cuidado holístico y de calidad que favorezca el desenlace de una muerte digna? Las personas mueren generalmente solas y atemorizadas a causa de la deshumanización en el acto de morir que generalmente se da en un ambiente hospitalario extraño, con cuidadores que rehúyen al paciente por considerarlo “portador de muerte” ⁽⁶⁵⁾. García Sabell nos dice morir con dignidad significa irse de esta vida no en la soledad, escéptica del hospital, entubado, inyectado, per fundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar entre los seres queridos, entregado al morbo, pero entregado también al afecto al mismo sosegado de la familia y los amigos, entregado a la serena conciencia de lo que se aproxima ⁽⁶⁶⁾ Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás. La muerte es fenómeno natural e inevitable que tarde o temprano nos afectara a todos.

CATEGORÍA II: RESPALDANDO EL CUIDADO ESPIRITUAL EN EL SER SUPREMO Y LA RELIGIÓN

Las enfermeras a pesar que son conscientes que el cuidado espiritual está invadido por la rutina, lo omiten o lo transfieren al sacerdote , ellas en sus acciones de cuidado y frente a la situación crítica de los pacientes tienen como eje de respaldo en esta dimensión guiar al paciente hacia Dios, como ser supremo y dueño de todo lo creado, estas acciones que parecen contradictorias con el accionar total de las enfermeras, se debe a que la enfermera sea ética o no es un sujeto moral, capaz de realizar acciones trascendentales, porque la ley natural que es la misma ley eterna de Dios la tiene impresa en su ser espiritual y el hombre por naturaleza esta religado a Dios en sentido básico. La religión entendida de este modo, es el lugar donde se decide la existencia humana en su radicalidad o, en otros términos, el ámbito en que el hombre se pregunta y recibe la respuesta a lo sentido global de su vida y de la existencia de las cosas como se aprecia en los discursos:

“... Aquí tenemos a pacientes con cáncer terminal en tiempo libre enfatizamos. Se les enseña que no debemos olvidarnos de Dios. E6

“...le decimos que Hay un ser superior que esta con usted, con los niños y los familiares, esto es consecuencia de algo pero que nosotros no somos quienes para juzgar y que hay un ser superior que lo hará...” E1

“...todos deben estar conscientes de Dios para dar este servicio, ser consientes si somos católicos, a veces somos católicos de la boca

para afuera y no somos conscientes de este aspecto para nosotros mismos y en cualquier momento tenemos dificultades...E21

La relación del hombre con Dios supone: oración y alabanza, plegarias y ritos, alegrías y dolores, luces y misterios, actitudes ante la vida, ante la muerte y ante los hombres⁽⁶⁰⁾ situaciones que la enfermera capta en su cuidado y guía a los enfermo a acercarse a Dios e implorarlo, razonando que Dios se alza como el ser que puede salvarnos, darnos lo que necesitamos o liberarnos de la ignorancia y del mal y por eso todas las personas de todas las épocas han recurrido singular e individualmente a la divinidad; pues cuando la enfermera se comporta religiosamente no está engañándose con su imaginación sino, entrando en una relación con un SER real.

Por la fe se sabe que se trata de una realidad incondicionada y personal, más allá de los sentimientos, pero que nos es accesible de diversas, maneras y cuya existencia podemos justificar racionalmente al examinarnos a nosotros mismos

“...Es hablarle del Señor Jesús que nos ama y que él también llevó el dolor a través de la cruz, no estamos solos, entregar esos momentos y no desesperarnos... la confianza se logra a través de la confianza con Dios. Creo que es bueno vivir la experiencia con Dios y dar testimonio” E2

“...La oración debe empezar desde la enfermera, en cada turno encomendarnos a través de la oración al inicio y al término de cada turno, no sólo se recibe el turno y se entrega el servicio...” E7

“... que existe Dios, que todo va a pasar, de repente se sienten angustiados, que recen un poco. E4

“...no se deja la enfermedad solo en manos del médico, sino que también se pide a Dios para que se le conceda el alivio de su enfermedad. E18

La visión de Dios y del mundo proporciona una respuesta teórica a las inquietudes humanas porque permite saber. Pero el hombre, además, necesita salvarse, es decir, necesita saber que tiene que hacer y cómo debe comportarse en relación a lo que le plantea su naturaleza y a lo Dios le pide, en este proceso la enfermera interviene y habla al paciente de Dios, le educa sobre el uso de la oración, rezar solicitando el alivio de la enfermedad. De esta manera la religión e invocar a Dios no es un hecho teórico sino eminentemente práctico, que la enfermera aprecia e intenta motivar a los enfermos a tener

confianza, apertura y seguridad, de tal manera que les hace reflexionar confiar en el médico y en Dios, con una actitud interior y exterior de adoración.

CATEGORÍA III: GENERANDO ESPACIOS PARA LA CAPACITACIÓN Y REFLEXIÓN SOBRE EL CUIDADO ESPIRITUAL

Las enfermeras al razonar sobre la situación en que se encuentran en relación a como brindan el cuidado espiritual requieren rescatarlo a través de estrategias que les ayuden no sólo a ellas sino para todas las enfermeras con la finalidad que en algún momento del tiempo y del hacer enfermero la realidad del cuidado integral u holístico se lleve a cabo en el servicio de emergencia del Hospital de las Mercedes, donde la persona en situación crítica no tiene otro acompañante más que a la enfermera de turno y su vida y la trascendencia de la misma depende de las acciones de enfermería.

“...Lo que se puede hacer es que se incluya dentro del currículos de las universidades. También ahora ya no se les enseña los valores a los hijos. E8

El proceso de cuidar abarca la transformación de ambos del ser cuidado y las enfermeras; para ello las enfermeras reciben una formación de pre-grado que dura cinco años, luego se especializan y también hacen estudios de maestría y doctorado, entonces en sus mallas curriculares deben aparecer asignaturas que contribuyan a la formación científico y humanística de ellas, aspecto que muchas veces no se evidencia en los profesionales actuales, pues el cuidado tiene una direccionalidad más científicista que humanista, por ese motivo los sujetos de estudios al observar las falencias en el cuidado espiritual analizan que deben ser incluida en los currículos.

De igual forma hacen alusión que los valores se están perdiendo y ya no son enseñados por la familia, aspectos fundamentales que fortalecen también ser una buena persona y una buena profesional. Todo crecimiento profesional se traduce en satisfacción, sensación, de deber cumplido, realización, mejora de la auto estima, más seguridad y confianza, placer y bienestar. Y si la enfermera percibe el cuidado de esa forma se fortalece la identidad profesional, la valoración del cuidado y esto contribuye al poder y al deseo de mejorar. Al deseo de ser más. Incluso de constatar que el cuidado posibilita el crecimiento para el ser cuidado y para la propia enfermera, es frecuente que esta sufra de estrés, que pueda agravarse dependiendo de la situación o de la responsabilidad que abarque.

Si las condiciones del ambiente no son insuficientes, tiene una inadecuada preparación o no se auto exige, puede surgir una insatisfacción y la vulnerabilidad aumenta, volviendo la profesión una fuente de frustración y por tanto un cuidado tendiente más a la parte biológica dirigido más a la corporalidad que a lo espiritual. En este sentido es benéfico la autorreflexión y la conciencia del rol y del significado del cuidar y del ser enfermera.

Por otro lado, cuando la enfermera hace menciona a los currículos y a los valores está tomando conciencia del valor ético y espiritual que tiene el cuidado de enfermería a propósito diremos que valor implica responsabilidad y a la vez la exigencia de responder ante la conciencia, no es un sentimiento ni una emoción aun cuando tales reacciones puedan acompañarlas, se trata de un juicio de la razón en relación de la idea del bien y del mal, un juicio referido al hecho concreto llevado a cabo por el sujeto que juzga o por otros. Cuando la enfermera toma conciencia de cómo lleva a cabo el cuidado espiritual se posesiona en una actitud, de conocimiento y de discernimiento que lleva a cabo en la evaluación de las acciones morales por tanto el objeto de juicio de su conciencia es la acción que lleva a cabo, la cual es evaluada en relación con los valores, principios y normas morales. Además, comprende que la obligación moral no consiste solo en actuar según la conciencia, sino también formarse una conciencia verdadera, recta y cierta, por eso reclama que la dimensión espiritual este considerada en los currículos de las universidades, pero también aluden a:

“...Es el tiempo y lo que me motiva es tener un libro o la biblia y el tiempo. E3

“...Nos falta reeducarnos. E9

“...También es importante nuestro propio testimonio de vida es decir ser coherentes. E15

“...Para nosotras las enfermeras Tenemos que estar bien con nosotras mismas, emocional y espiritualmente E16

Las enfermeras al mismo tiempo consideran que necesitan recuperar el cuidado espiritual, por ello, piden tener libros, o contar con una biblia y disponer de tiempo. Aspectos que son muy importantes y que la enfermera jefa del servicio de emergencia debe tener en cuenta para que se proporcione un cuidado integral. La espiritualidad ahora goza de consideración y la teología espiritual puede en estos momentos consolidar su identidad, pero compromete, aunque se estudie buscando una capacitación teológica completa o por mera exigencia académica. No puede permanecer indiferente ante ella. En el proceso de su

estudio se suceden unas fases dentro del propio momento personal, que muy bien pueden ser estas: el desmonte de prejuicios; la experiencia fe una llamada; el planteamiento de una definición de vida; el reajuste de criterios, y la motivación de una respuesta. Consideraciones que las enfermeras deben tener en cuenta para lograr el cambio. La razón básica de este planteamiento es que la espiritualidad es vida de toda la persona y no se debe dejar de lado. Si cabe mencionar sobre la valoración que actualmente existe de la espiritualidad, especialmente porque el que cuida ves persona y el ser cuidado es persona. Por esta razón, la necesidad de la espiritualidad está más al descubierto y se presenta con más exigencia cuanto más contrario sea el aspecto que le rodea.

La enfermera dice, que falta reeducarse ya que toda persona de enfermería se confronta así consigo misma, solo en relación con otro ser humano. La persona no puede realizarse plenamente, con sus propias fuerzas necesita apoyarse en la realidad y la realidad por excelencia a la que está vinculada para realizarse son los demás, que son presencia necesaria, apoyo, impulso y fuente de posibilidades.

Finalmente, no hay cuidado espiritual sin amor. Es común afirmar que el amor es la clave de la realización de la persona humana, que el hombre encuentra la felicidad en el amor y que el fin de su existencia es amar, y en la perspectiva cristiana se afirma aún más que el amor es el acto fundamental de la vida cristiana, que es la quinta esencia de la espiritualidad y que la perfección de la persona cristiana radica en la caridad. Creemos que para estar bien con nosotros mismos y llevar una vida coherente como dicen las enfermeras entrevistadas es necesario tomar conciencia de la primicia de la caridad en el dinamismo de la vida cristiana, en el proceso de la persona cristiana y en su perfección, buscar el valor de la persona desde el amor.

En este sentido, Waldow insiste en que el cuidado es la ética de enfermería y asumir el cuidado como valor es un imperativo moral con decisión de hacer el bien, así este se convierte en una preocupación con principios éticos universales como el respeto a la dignidad de la persona, responsabilidad, libertad, justicia, beneficencia, y subsidiaridad ⁽⁶⁷⁾. Vivir y perseverar en los valores de enfermería hará visible la práctica del cuidado en la dimensión espiritual del profesional de las personas asignadas a su cuidado. La caridad del hombre solo puede explicarse a partir de la caridad de Dios, entendido la caridad como sentimiento de compasión lo relacionamos con el amor que procede de Dios. Él nos ama y nos posibilita para dar una respuesta a este amor amando tanto a Dios y al prójimo como

así mismo que quiere decir que parte de nosotros hacia los otros, no podemos dar lo que no tenemos ⁽⁶⁸⁾.

Por el contrario, Rodríguez Mendoza Ana Margarita menciona la “aridez espiritual” de algunos profesionales de salud son un obstáculo de la expresión de la espiritualidad aumentando así, las necesidades de las personas al procurar el crecimiento espiritual, de un medio esencial, de la esperanza, del sentido de la vida y de la muerte o que también ansían transmitir un mensaje al final de la vida (69)

Al respecto Colliere se interroga ¿Qué es lo que necesitamos? Tener en el fondo principios elevados, sin esto, sin haber establecido nuestros cimientos, tiene poco sentido construir detalles es como intentáramos prodigar cuidados de enfermería sin ojos, sin manos, es decir cuidado sin espiritualidad sólo es una parte del cuidado. Igualmente, Virginia Henderson cuando dice que solo basta una ruptura comportamental o gestual en la continuidad de los cuidados para que toda la calidad del trabajo de un equipo sea destruida. Asentimos entonces que, cuando los profesionales de enfermería adquieran conocimiento sobre las diferentes prácticas religiosas y sobre diferentes doctrinas, facilitara el hacer una estimada inicial adecuada y por consiguiente ayudara en la planificación e intervención del cuidado espiritual del cliente. Los aspectos espirituales no son considerados o se pasan por alto en muchos escenarios. Sin embargo, el cuidado espiritual generalmente no se integra dentro de la práctica de cuidados de salud. La persona espiritual es aquella preocupada por cuestiones relacionadas con el sentido de la vida con la verdadera naturaleza del ser humano. Se crea preguntas como: ¿Quién soy yo? ¿Por qué estoy aquí? ¿Qué pasa tras la muerte? ¿Tenemos un alma inmortal? ¿Tengo una visión o destino de la vida? ⁽⁷⁰⁾ Todo ser humano presentará su necesidad espiritual que deberá resolver a lo largo de la vida pero que se articularon en un contexto según el momento, la cultura y la tradición del lugar en donde se ubica este.

CONSIDERACIONES FINALES

- La espiritualidad, es la dimensión más noble y trascendente de la persona, del cuidado holístico, pensamiento que se inculco con Florence Nightingale, hoy existe interés en esta dimensión en el afán de contribuir en el bienestar general e integral del paciente, su familia y comunidad.
- Para las enfermeras del hospital Regional Docente las Mercedes en su acción de cuidado espiritual, consideran que atienden la espiritualidad, cuando se acercan al paciente en estado crítico a través del contacto físico, el afecto, al propiciar confianza, palabras de aliento y seguridad, especialmente cuando el paciente tiene miedo, dolor, soledad o desconfianza, reconociendo que aún no logran efectivizar esta importante dimensión en su totalidad, pues sólo se avocan a la corporalidad y a lo procedimental.
- Las enfermeras de emergencia al considerar que no abordan el cuidado espiritual en su totalidad y al razonar su falta de capacidad para ello, tienden a derivar esta atención a los sacerdotes y pastores, de acuerdo a lo que la familia del enfermo quiera o la religión que practica, entonces aquí las enfermeras considera que la dimensión espiritual es la práctica religiosa, cuando en realidad sólo es una parte de ella. Sin embargo es necesario afirmar que existen prácticas religiosas que las enfermeras no pueden realizar porque corresponden al sacerdote o pastor tales como: La administración de sacramentos tales como: Unción de los enfermos. Confesión, bautizo o Eucaristía. Igual las oraciones específicas de los pastores para sus discípulos
- Al no ser prioritaria la atención en la dimensión espiritual en el servicio de emergencia, emergen los pretextos por la indisponibilidad de tiempo y el cuidado de acuerdo al estado del paciente le lleva bastantes horas de su turno. Es más evocan años pasados donde las religiosas se ocupaban del cuidado de esta dimensión y solicitan la permanencia de un sacerdote en el servicio.
- Igualmente al no considerar la dimensión espiritual como una exigencia principal, este cuidado esta asediado por la rutina y la omisión, quizá hasta indiferencia donde se percibe también falta de motivación para llevarla a cabo. Sin embargo son conscientes que este tipo de cuidado se está deshumanizando, lo están perdiendo y además se han olvidado de dar atención en el post mortem.

- Sin embargo las enfermeras de emergencia con facilidad direccionan a los pacientes hacia el Ser Supremo y allí se respaldan, para que sepan ofrecer su dolor a Dios a que no se olviden de Él, les leen la Biblia, ellas mismas oran y hacen rezar a la familia.
- Por tanto, las propias enfermeras en su mayoría solicitan generar espacios para la capacitación y reflexión sobre cuidado espiritual, consideran que deben ser abordado en los currículos universitarios, que se enseñen valores en la familia, ser modelos de atención y estar bien con ellas mismas especialmente en la dimensión espiritual.

RECOMENDACIONES

Para las enfermeras del servicio de emergencia:

- Introducir en la acción de cuidado diario espacios para operativizar el cuidado espiritual, basados en la relación terapéutica entre enfermeras, técnicos de enfermería, pacientes y familia a través de acciones propias empezando por la : valoración de las necesidades espirituales.
- Vencer los obstáculos del tiempo y la rutina y organizar horarios de intervención de acciones en la dimensión espiritual, específicamente en el trato como persona , enseñar a encontrar sentido al dolor, sufrimiento y muerte
- Generar espacios para la capacitación y reflexión sobre el cuidado espiritual. Las enfermeras necesitan prepararse, capacitarse en este aspecto importante para el cuidado del paciente y sugerir talleres, coloquios, seminarios de formación para todas las enfermeras.
- Las enfermeras deben constantemente en reuniones mensuales o convocadas por el departamento de enfermería, motivarse y auto reflexionar para ponerse como meta el cuidado holístico al paciente de emergencia.

Para las autoridades del servicio de emergencia del hospital de las Mercedes.

- Sabiendo los resultados de la presente investigación, motivar e incentivar la realización del cuidado espiritual en cada paciente ingresado.
- Centrando en cómo cuidan las enfermeras la dimensión espiritual se debe solicitar al director del hospital contar con un sacerdote y el personal necesario para la atención de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinzón de Salazar L; El Cuidado Espiritual en Enfermería: ¿Utopía o esperanza? Colombia: Manizales. 2009. 31-66 p.
2. Collado Martínez Ruth E; Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Puerto Rico. 2005. [citado 22 feb 2013]. [2 páginas]. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>
3. Roy Callista. “Análisis de los conceptos de modelos de adaptación”. Vol. 2. Colombia. 2002. 19-23 p.
4. Congreso de Investigación I. “Nivel de Conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería PAE en el cuidado de la Salud espiritual de los profesionales de enfermería” Lima. 2010 [citado 23 feb 2013]. [15 páginas]. Disponible en: <http://papiros.upeu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/125/CSS32Articulo.pdf?sequence=1>
5. Ramón Moraes Penha., Silva María Julia Paes da; Significado de espiritualidad para las enfermeras en cuidados intensivos. 2012. [citado 2014 ene 09]. 21(2). [268 páginas]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200002>
6. De Souza T., Janei Rabello; Maftum, Mariluci Alves; Mazza, Veronica de Azevedo; “Cuidados de enfermería en la dimensión espiritual: la experiencia del estudiante de posgrado”. 2001. [citado 14 ene 2013]. [13 páginas]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=613943&indexSearch=ID>
7. Caldeira Silvia; “Cuidado espiritual - rezar como intervención de enfermería” 2002. [citado 20 mayo 2013]. [22 páginas]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20554&indexSearch=ID>
8. Diccionario de Real Academia española. [citado 02 de jul 2013]. Disponible en: <http://www.rae.es/>.
9. Espeland K. Alcanzar el bienestar espiritual: usar preguntas reflexivas. Revista de Enfermería Psicosocial. 1999. 37 (7), 36-40 p.
10. Gutiérrez Lagos Nelson; “Validación de un instrumento de evaluación de prácticas de espiritualidad cristiana” 2002. [citado 13 mayo 2013]. [26 páginas]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/129562533/VALIDACION-DE-UN-INSTRUMENTO-DE-EVALUACION-DE-PRACTICAS-DE-ESPIRITUALIDAD-CRISTIANA>
11. Taylor C., Lillis C. Fundamentos de la enfermería de la ciencia del arte o enfermería. 2° ed. Philadelphia: Lippincott. 1993. 17 p.
12. Milena G., Beatriz P. Perspectiva espiritualidad de la mujer con cancer. 2011. [citado 10 jun 2014]. [13 páginas]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2016/html>.
13. Rivero Antonio; “¿Qué es la espiritualidad?” 2008. [citado 11 jun 2013]. [32 páginas]. Disponible en: <http://es.catholic.net/conocetufe/364/2753/articulo.php?id=28549>
14. Martínez Lozano Enrique; “Una búsqueda espiritual creciente” 2010. [citado 15 jun 2014]. [22 páginas]. Disponible en:

<http://feadulta.com/es/buscadoravanzado/item/2945-una-b%C3%BAscueda-espiritual-creciente.html>

15. Koenig H., McCullough M. Manual de religión y salud. Nueva York: Oxford University Press. 2000. 21 p.
16. Rodríguez Yunta Eduardo; El sentido del sufrimiento. Vol. 3. Chile: Estudios Médicos Humanísticos. 2001. 3 p.
17. Rodríguez Gómez Ana Margarita; La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. 2005. [citado 10 mayo 2013]. [31 páginas]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122831>
18. Dezorzi, Luciana Winterkorn y Crossetti, Maria da Graca Oliveira; La espiritualidad en el cuidado de si para profesionales de enfermería en terapia intensiva. Vol. 16. Latino-Am: Enfermagem. 212-217 p.
19. Figueroa García Judith; La espiritualidad en enfermería. 2010. [citado 15 may 2014]. Disponible en: www.buenastareas.com
20. Ackel L. Espiritualidad: Terapia alternativa en el cuidado de la salud. 2007. [citado 15 jun 2014]. [23 páginas]. Disponible en: academic.uprm.edu/glory/.../trabajo_escrito_publicar_espiritualidad.doc.
21. Mediterrand F. Diálogo con la muerte. 6ª Ed. Brasil: Casa de las letras. 2005: 7-9p.
22. Florence N. “Notas de Enfermería” 2006. [citado 12 jul 2014]. Disponible en: http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3686/1/CLAUDIA_PATRICIA_GUEVARA_ARMENTA__trabajo.pdf
23. Laspina M. Concepto de espiritualidad en el contexto de la enfermería. Boletín Impulso. Vol. 6. 1996. 27-29 p.
24. Rodríguez Segura Rosa; “Teoría de la auto trascendencia de Pamela Reed” 2002. [citado 20 ago. 2014]. [9 páginas]. Disponible en: <http://rosarodriguezsegura.wordpress.com/2012/10/23/teoria-de-la-autotrascendencia-de-pamela-reed/>
25. Moreno García Irene; “Teoría de la auto trascendencia” 2010. [citado 23 ago 2014]. [20 páginas]. Disponible en: <http://irenemg91.wordpress.com/2011/10/21/teoria-de-la-autotrascendencia/>
26. Miriam A. Teoría del auto trascendencia. 2004. [citado 23 ago 2014]. [26 páginas]. Disponible en: <http://miralfrec.wordpress.com/2012/10/24/seminario-1-teoria-de-la-autotrascendencia-pamela-g->
27. Gálvez López M;., Pérez G. Revisión de la literatura sobre concepto “Espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. 2010. [citado 20 jun 2014]. [15 páginas]. Disponible en: www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/82/
28. Morales Torres Johanna; Studio Explorativo sobre la percepción espiritual en los estudiantes de 4º año de enfermería. Puerto Rico. 2014. [Citado 01 feb 2015]. [15 páginas]. Disponible en: gradworks.umi.com/36/31/3631251.html.
29. Wilk Cardillo Donna, Terapia alternativa en el cuidado de la salud. 2010. [citado 07 ago 2015]. [20 páginas]. Disponible en: <https://prezi.com/8ahlbb6gupmi/untitled-prezi/>
30. Falagüera Remedios; Conferencia Episcopal de Inglaterra: Guía práctica para la atención espiritual de los enfermos terminales. 2008. [citado 16 sep. 2015]. [23 páginas]. Disponible en: <http://es.catholic.net/op/articulos/23546/cat/801/guia-practica-para-la-atencion-espiritual-de-los-enfermos-terminales.html>.

31. Fernández Fernández M;. Bases históricas y teóricas de la enfermería. 2010. [citado 15 oct 2015]. [8 páginas]. Disponible en: <http://ocw.unicam.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/enfermeria-tema12.pdf>.
32. Francoise Colliere Marie; Revisión cubana de enfermería. Cuba. 2005. [citado 17 oct 2015]. [12 páginas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013&lng=es
33. Figueroa García Judith; La espiritualidad de enfermería. 2008. [citado 19 oct 2015]. [11 páginas]. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/la-espiritualidad-en-enfermeria/3507597.html>.
34. Pérez Giraldo Beatriz; La espiritualidad: Componente del cuidado de enfermería. 2007. [citado 21 oct 2015] Disponible en: <http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewpaper.php?id=416&print=1&cf=2>
35. García Sierra Pelayo; Biblioteca Filosofía en español. 2006. [citado 15 oct 2013]. [18 páginas]. Disponible en: <http://filosofia.org/filomat>
36. Gustavo Bueno. “El sentido de la Vida” Tercera lectura Individuo y Persona. Pentalfa Oviedo. 1996. 116 p.
37. Montes Pérez Ricardo; Doctor en Filosofía; “El concepto de persona”. 2010. [citado 07 nov 2013]. [26 páginas]. Disponible en: <http://ethosytalante.blogspot.com/2010/05/el-concepto-de-persona.html>.
38. Castillo Córdova Genera;. “Antropología del cuidado en la Índole Personal del Ser Humano” Perú. 2013. 14 p.
39. Cervera Vallejos M;. Ética y Bioética en Elige la Vida. 1° ed. Perú. 2013. 98- 118 p.
40. Rodríguez Gómez G., Metodología de la investigación cualitativa. 1° ed. Granada: Aljibe.1996. 67 p.
41. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín. 2003. 29-52 p.
42. Alvarado S., Rojas V. Enfoques de la investigación en ciencias sociales: sus perspectivas epistemológicas y metodológicas. Colombia: Manizales. 1990. 98 p.
43. Castillo E., Vásquez M. El Rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia. 2002. [citado 27 ene 2010]. Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos904/rigor_investigacion-cualitativa/rigor-investigacion-cualitativa.shtml
44. Pineda B., et al. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. USA: Organización Panamericana de la Salud. 1994. 68-69 p.
45. Pérez S. Investigación cualitativa. Retos Interrogantes. Vol. 1. España: La Muralla. 2003. 99 p.
46. Velásquez Fernández A;. Metodología de la investigación. 1° ed. Perú: San Marcos.1998. 56-58 p.
47. Rodríguez Gómez G; Metodología de la investigación cualitativa. 1° ed. Colombia: Aljibe.1996. 25-28 p.
48. Ley del Enfermero. Ley 27669. Art.7 inciso Funciones de la enfermera. [citado 20 may 2015]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.htm.
49. Código de Ética y Deontología. Colegio de enfermeros del Perú. Capitulo IV Art. 58. [citado 24 jul 2015]. Disponible en: http://www.cep.org.pe/cn/download/codigo_etica_deontologia.pdf

50. D.S.Nº 011- 2011 –JUS. Ministerio de Justicia. Art. 2 carácter vinculante. [citado 12 abr 2013]. Disponible en: http://minagri.gob.pe/portal/download/pdf/marcolegal/normaslegales/decretossupremos/2011/ds_11-2011-ag.pdf
51. Sgreccia E. Principios de Bioética Personalista y Bioética. Vol. 1. España. 2009. 64-65 p.
52. Espíndula J., Valle E. Religión y espiritualidad: la perspectiva de la salud. Rev. Latino-Am: Enfermagem. 2010. 77-78 p.
53. Gracia Diego; La espiritualidad en medicina. 2008. [citado 02 feb 2014]. [26 páginas]. Disponible En: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/14/ESP/14-ESP-452745.pdf>
54. Sánchez Herrera Beatriz; “Dimensión espiritual del cuidado de enfermería”. 1º ed. Colombia. 2004. 17 p.
55. Pedrao RB, Beresin R. Enfermera y espíritu. Brasil. 2010. 51 p.
56. Polo L. “Acerca de la Plenitud”. 2010. [citado 28 ago 2015]. [15 páginas]. Disponible en: file:///D:/Users/Mcervera/Downloads/XUNAV_K003921_10033.pdf
57. Rivas Navarro Manuel. “Procesos cognitivos y aprendizaje significativo” España: Inspección de educación. 2008. 21 p.
58. Plan Integral de Salud Mental II de Andalucía. Consejería de salud. Vol. 2. España: Junta de Andalucía. 2012. 23 -24p.
59. Juan B. Antropología Breve. España: Nueve Revisita de Política, cultura y arte. 2010. 45 -48p.
60. Guevara A., Mesa R. Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de emergencias. 2007. [citado 03 sep 2015]. [27 páginas]. Disponible en: http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3686/1/CLAUDIA_PATRICIA_GUEVARA_ARMENTA__trabajo.pdf
61. Molina Restrepo Maria Eugenia; El modelo de salud colombiano y la calidad del cuidado de enfermería. 2010. [citado 15 sep 2015]. [33 páginas]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/88/181>
62. Mónica B. Enfermería como profesión. Chile. 2009. [citado 14 sep 2013]. [2 páginas]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm
63. Temas de Psicología. La rutina - La página de la vida. 2008. [citado 29 sep 2013]. [3 páginas]. Disponible en: www.proyectopv.org/2-verdad/rutinapsic.htm.
64. Souto S., Vázquez C., et al. Muerte digna: un reto para la enfermería. España. 2005. [citado 10 oct 2013]. Disponible en: www.agamfec.com/pdf/CADERNOS/VOL12/.../04A_Saber_N12_1.pdf
65. Comisión Deontológica. Morir con dignidad. 2007. [citado 15 oct 2013]. [9 páginas]. Disponible en: www.familiaqueesyquenoos.org/.../Morir%20con%20dignidad.doc
66. Kredert A. Reflexiones sobre: cuidar-cuidado de enfermería: Estudio etnográfico en enfermeras y docentes de la universidad mayor de San marcos. Perú. 2007. [citado 20 nov 2014]. [162 páginas]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0201.pdf>
67. Gamarra Saturnino; Sapientia Fidei-Teología Espiritual. España: Biblioteca de Autores Cristianos. 1994. 65p.

68. Rodríguez Mendoza Ana Margarita. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. 2011. [citado 20 nov 2014]. [39 páginas]. Disponible en: revistas.um.es/global/articulo/Download/122831.
69. Paredes Romero J. (periodista humanista peruano); Prepare su inteligencia espiritual. 2010. [citado 13 nov 2014]. [115 páginas]. Disponible en: <http://crecerenperu.com/>
70. Barrientos J;Valero J; La superación experiencial de La crisis de la enfermería: una visión hermenéutica.España. Vol. 25.2016.[citado 14 sep.2014].[5 paginas].Disponible en:<http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/monografico4.pdf>.
71. Balcazar P;Gonzales N,etal. Investigación Cualitativa Mexico. Ciencias Sociales.2013.