



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL
DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA
EN UN HOSPITAL PÚBLICO**
CRISTINA TERCEÑO LÓPEZ



TESIS DOCTORAL

Tarragona

2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO
Cristina Terceño López



Cristina Terceño López

**VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE
ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por la Dra. Carme Ferré Grau
y la Dra. María Francisca Jiménez Herrera
Departamento de Enfermería

Tarragona

2017

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López



FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat “.VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO”, que presenta CRISTINA TERCEÑO LÓPEZ per a l’obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament d’Infermeria d’aquesta universitat.

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado “.VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO”, que presenta CRISTINA TERCEÑO LÓPEZ para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Enfermería de esta universidad.

I STATE that the present study, entitled “.VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO”, presented by CRISTINA TERCEÑO LÓPEZ for the award of the degree of Doctor, has been carried out under my supervision at the Department nursing of this university.

Tarragona, Setembre 2017

El/s director/s de la tesi doctoral
El/los director/es de la tesis doctoral
Doctoral Thesis Supervisor/s

Dra. Carme Fageda Grau



Dra. Maria Francisca Jiménez Herrera



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

***“Donde hay caridad y sabiduría,
allí no hay temor ni ignorancia.
Donde hay paciencia y humildad,
allí no hay ira ni turbación”.***

San Francisco de Asís

A mis padres, hermanos y familiares
(y a quienes ya no están entre nosotros).

Con todo mi cariño,

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi directora de tesis, la Dra. Carme Ferré y a mi codirectora, la Dra. María Jiménez, por su asesoramiento, ayuda, apoyo y paciencia; a mis antiguos director y codirectora, el Dr. Xavier Escibano y la Dra. Anna Ramió, que me ayudaron y orientaron durante años que cursé en la UIC. También a Sergio Alonso y Sandra Cabrera del Departament de Recerca en Cures d'Infermeria del HUGTiP e ICO Badalona, por su soporte y colaboración, y a Miquel A. Barberà del Departament de Docència del mismo centro y a Patricia, Sonia y Trini de Gacela Care®, así como a mis diferentes supervisores, –en especial a Encarna, Alex, Miguel Ángel, Isabel, Antonia, Cristina, Antonio, Chus, Julia, Anna y Marta–, y a los diversos participantes que han hecho posible la realización de la investigación llevada cabo para esta tesis doctoral.

En segundo lugar, me gustaría agradecer a mis padres y hermanos y a todos los familiares que me han mostrado su apoyo e interés a lo largo de este tiempo. A Jack y a mis amigas Eva, M^a Ángeles, Vanessa, Mayte y Manoli por su apoyo y cariño. Así mismo, me gustaría agradecer a todos mis compañeros de clase, “Los Tamarindos”, del Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería de la UIC, por sus ánimos y su apoyo. También a otras amigas, a mis compañeras de carrera y compañeros de trabajo de distintos turnos, unidades y categorías profesionales, que siempre han mostrado interés por la tesis y, sobre todo, a todos aquellos que han participado.

En tercer y último lugar, me gustaría agradecer a todos los profesores con los que he tenido ocasión de ser alumna en la Escola Universitaria d'Infermeria del Mar, en la Universitat Internacional de Catalunya –en especial a la Dra. Adela Zabalegui y la Dra. M^a Victoria Roqué–, y en la Escola d'Infermeria del Vall Hebron o compañera como docente en la Universidad Autónoma de Barcelona –en especial a las doctoras Antonia Arreciado, Sabiniana San Rafael, Dolors Bernabeu y Maria Cònsul–, y al grupo IDESCAT.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia del equipo de enfermería (EE), sobre espiritualidad y necesidades espirituales de las personas atendidas en un hospital público de 638 camas.

Antecedentes: El cuidado espiritual fue considerado necesario para brindar una atención holística; evitando la angustia espiritual y favoreciendo afrontamiento la enfermedad.

Diseño: Estudio fenomenológico hermenéutico.

Método: El tamaño muestral fue de 38 participantes: 16 miembros del EE –compuesto por 8 enfermeros y 8 auxiliares del servicio de hospitalización general–; 10 de la unidad Onco-Hematología; dos grupos focales –uno de 6 profesionales y otro de 5 pacientes–; y una entrevista a uno de los sacerdotes del centro. El muestreo fue teórico.

Resultados: El cuidado espiritual es un conjunto de actividades de enfermería diferenciadas de la atención física y prescrita. Además, hubo tres niveles en las experiencias del EE relacionadas con el cuidado espiritual: La naturaleza del cuidado espiritual, la auto-percepción ante el cuidado espiritual, y afrontamiento de cuidados espirituales. Finalmente, la identificación de la demanda de cuidados espirituales de fue realizada mayormente por el EE.

Discusión: La atención de las necesidades y los cuidados espirituales no fueron requeridos directamente, pero las necesidades espirituales religiosas fueron solicitadas de forma directa. Además, se necesitó tiempo y confianza, y una actitud de predisposición adoptada por los profesionales para permitir el cuidado espiritual. Las actividades de enfermería relacionadas con el cuidado espiritual no fueron registradas. Sin embargo, aunque este tipo de cuidados de enfermería no fue una prioridad para los modelos biomédicos, se realizaron y resolvieron, incluso si el EE no se sentía preparado.

Conclusiones: Hubo muy pocas diferencias entre los diplomados y los auxiliares –relacionados con sus actividades de cuidado– y entre participantes de áreas públicas y privadas, aunque la principal diferencia estaba asociada al proceso de morir de los pacientes y su implicación por parte del EE. Finalmente, no hubo un límite claramente establecido entre la atención espiritual, psicológica y religiosa, según la narrativa de los participantes.

Relevancia a la práctica clínica: El EE debe estar preparado para liderar la atención espiritual en el ámbito hospitalario, debido a las competencias de enfermería relacionadas con los cuidados espirituales.

Palabras clave: Espiritualidad, cuidado holístico, ética, fenomenología, hermenéutica.

ABSTRACT

Aim: To understand nursing team (NT) experience, about spirituality and spiritual needs at a public hospital with 638 beds.

Background: Spiritual care was been considered as necessary to bring holistic care, avoiding spiritual distress; and coping illness process.

Design: A phenomenological hermeneutic approach.

Method: The sample size were 16 nursing team staff (NT) –composed by 8 graduates and 8 assistants– from general hospitalization service and 10 from Onco-Hematology unit; two focus groups –one of them by 6 professionals and the other by 5 patients–; and an interview with one of the priests of the center . Data collection were consisted of in-depth interviews, after theoretical sampling.

Results: Spiritual care were a set of nursing activities differentiated from physical and prescribed care. Additionally, there were three levels in NT experiences related to spiritual care: The *spiritual care nature*, *spiritual care self-perception*, and *coping spiritual care*. Finally, the *identification of spiritual care requirements* was made mostly by NT.

Discussion: Spiritual care requirements nor spiritual needs were not claimed, but religious spiritual needs attention was directly required. Moreover, it was needed time and trust, and a predisposition attitude taken by professionals to enable spiritual care. Nursing activities related to spiritual care were not registered; nevertheless, although nursing spiritual care were not a priority for biomedical models they were required and solved, even if NT felt not prepared.

Conclusions: There were very little differences between graduates and assistants –related to their caring activities–, and between participants from public and private areas, although the main difference was associated to the dying process of patients and its implication for NT. Last, there was no clearly established boundary between spiritual, psychological, or religious attention, according to participant’s narrative.

Relevance to clinical practice: NT should be prepared to lead spiritual care at hospital environment, due to nursing competences related to spiritual care.

Key words: spirituality, holistic care, ethics, phenomenology, hermeneutics.

Índice de Contenidos

INTRODUCCIÓN	9
I. <u>MARCO TEÓRICO</u>	
CAPÍTULO 1: NOCIONES DE ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO	15
1.1. Antecedentes: Espíritu, espiritualidad y alma	17
1.2. Significado lingüístico de espíritu, espiritualidad y alma	17
1.3. Origen etimológico de los términos espíritu y alma	18
1.4. Familia léxica y campo semántico de espíritu	19
1.5. Significado religioso y teológico	20
1.5.1. Tradición Judeocristiana.....	21
1.5.2. Otras tradiciones religiosas	22
1.6. Significado filosófico	23
1.7. La espiritualidad humana desde una perspectiva filosófica clásica	23
CAPÍTULO 2: ESTADO DEL PROBLEMA	31
1. Introducción: Búsquedas bibliográficas sobre espiritualidad y conceptualización.....	33
2. Espiritualidad y cuidado en el paradigma enfermero	35
2.1. Noción de cuidar y campo semántico del término	37
2.2. Síntesis de cuidados espirituales en la historia de la enfermería	38
2.3. Espiritualidad y cuidado en los modelos y teorías de enfermería	41
2.3.1. Corrientes de pensamiento o paradigmas en enfermería	42
2.3.2. Evolución de la espiritualidad en los paradigmas enfermeros	47
2.3.3. Espiritualidad en algunos modelos y teorías de enfermería	48
2.3.3.1. Modelos y teorías donde se considera la espiritualidad como componente ético del cuidado	49
2.3.3.2. Modelos y teorías con presencia de lo espiritual como componente inherente en la persona	50
2.3.3.3. Modelos y teorías con presencia de lo espiritual como componente del propio modelo.....	51
2.3.3.4. Modelos y teorías donde no se hace mención explícita d la noción de espiritualidad	54
2.3.4. Modelo de Virginia Henderson como referente	55
2.3.4.1. Espiritualidad en el modelo de Virginia Henderson	56
2.3.5. Las necesidades espirituales en los cuidados de enfermería	58
2.3.5.1. Definición y tipología de necesidades	59
2.3.5.2. Necesidades espirituales en la persona durante la enfermedad	60
2.3.6. Espiritualidad en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	68
2.3.6.1. Diagnósticos enfermeros relacionados con la espiritualidad.....	71

2.3.6.2. Criterios de resultado relacionados.....	76
2.3.6.3. Intervenciones y actividades relacionadas.....	77
2.3.7. El componente espiritual en la terminología ATIC®	80
II. <u>MARCO METODOLÓGICO</u>	
JUSTIFICACIÓN: MI PRIMERA INCURSIÓN EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS.....	85
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	87
1.1. Objetivo principal	89
1.2. Objetivos específicos.....	89
CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA.....	91
1.1. Posicionamiento metodológico	93
1.2. Diseño del estudio	94
1.3. Ámbito del estudio	96
1.4. Esquema metodológico.....	97
1.5. Participantes.....	98
1.5.1. Muestra total	98
1.5.2. Tipo de muestreo.....	99
1.5.3. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes.....	100
1.5.3.1. Criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación principal....	100
1.5.3.2. Criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación secundaria	100
1.5.3.3. Participantes descartados.....	101
1.5.4. Formas de reclutamiento.....	102
1.5.4.1. Formas de reclutamiento para profesionales del equipo de enfermería de hospitalización general e ICO-Badalona	102
1.5.4.2. Formas de reclutamiento para el grupo focal formado por diferentes profesionales	104
1.5.4.3. Formas de reclutamiento para la investigación secundaria	104
1.6. Técnicas y formas de recogida de datos	105
1.6.1. Técnicas de recogida de datos	105
1.6.2. Formas de recogida de datos para la investigación principal.....	106
1.6.2.1. Formas de recogida de datos para el equipo de enfermería de hospitalización general.....	107
1.6.2.2. Formas de recogida de datos para el grupo profesional de profesionales e ICO- Badalona.....	111
1.6.3. Formas de recogida de datos para la investigación secundaria	113
1.6.4. Instrumento.....	115
1.7. Análisis de contenido	116
1.7.1. Primera fase: Pre-análisis.....	117
1.7.2. Segunda fase: Explotación del material	117

1.7.3. Tercera fase: Tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos	118
1.8. Rigor científico.....	118
1.8.1. Credibilidad	119
1.8.2. Transferibilidad	120
1.8.3. Dependencia	121
1.8.4. Reflexibilidad.....	123
1.8.5. Confirmabilidad.....	124
1.9. Consideraciones éticas	125
CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	127
1. Introducción	129
1.1. Aproximación a la espiritualidad y necesidades espirituales	129
1.2. Aproximación a las situaciones de sufrimiento espiritual y bienestar espiritual	130
2. Resultados y discusiones de la investigación principal.....	132
2.1. Relación entre el personal del equipo de enfermería y la persona cuidada	134
2.1.1. Visión sobre la profesión enfermera.....	134
2.1.2. La persona cuidada	144
2.1.2.1. La espiritualidad de la persona cuidada	148
2.2. Vivencias de cuidado espiritual	153
2.2.1. Naturaleza de los cuidados espirituales.....	153
2.2.2. Necesidades espirituales.....	160
2.2.3. Percepción ante el cuidado espiritual.....	172
2.2.4. Afrontamiento de cuidados espirituales.....	177
2.3. Identificación de la demanda de cuidados espirituales	189
3. Resultados y discusiones en la investigación secundaria.....	196
3.1. Grupo focal de pacientes.....	196
3.1.1. Necesidades espirituales y factores relacionados	197
3.1.2. Repercusión de la enfermedad sobre la espiritualidad	199
3.1.3. Repercusión de la espiritualidad sobre la enfermedad	202
3.1.4. Recursos que ofrece el centro para la atención espiritual	203
3.1.5. Visión sobre la atención espiritual ofrecida por enfermería	204
3.1.6. Priorización de las necesidades espirituales.....	207
3.2. Entrevista al sacerdote del centro.....	209
3.2.1. Servicios religiosos ofrecidos en el centro	209
3.2.2. Recepción de la demanda de atención espiritual religiosa.....	211
3.2.3. Atención espiritual religiosa ofrecida por el sacerdote.....	212
3.2.4. Visión sobre la atención espiritual ofrecida por enfermería.....	214
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	219

1. Conclusiones.....	221
CAPÍTULO 7: APORTACIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA.....	225
1. Aportaciones	227
2. Limitaciones.....	227
3. Líneas de investigación futura.....	228
CAPÍTULO 8: APLICABILIDAD	231
1. Aplicabilidad	233
1.1. Aplicabilidad en la práctica asistencial	233
1.2. Aplicabilidad en la docencia	234
1.3. Aplicabilidad en la investigación.....	235
2. Difusión: Artículos y comunicaciones derivadas de este estudio	236
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	237
ANEXOS	255

Índices de tablas y figuras

Índice de tablas

Tabla 1: Relación entre paradigmas, orientación y modelos o teorías enfermeros	47
Tabla 2: Comentario sobre diferentes publicaciones que abordan las necesidades espirituales (NE), desde una perspectiva enfermera	66
Tabla 3: Necesidades espirituales de la persona enferma y diagnósticos enfermeros relacionados	74
Tabla 4: Diagnósticos enfermeros, dominios y su correspondencia con las necesidades espirituales	76
Tabla 5: Relaciones entre diagnósticos enfermeros NANDA relacionados con la espiritualidad NOC y NIC	80
Tabla 6: Relación entre diagnósticos enfermeros en terminología ATIC [®] , dimensiones, componentes y necesidades espirituales	81
Tabla 7: Profesionales que no participaron en las entrevistas en profundidad y motivos que adujeron	102
Tabla 8: Rasgos generales sobre los participantes procedentes de hospitalización general ...	110
Tabla 9: Rasgos generales de los profesionales de ICO-Badalona	111
Tabla 10: Rasgos generales de los participantes del GF de profesionales	113
Tabla 11: Rasgos generales de los pacientes	114
Tabla 12: Rasgos generales del sacerdote	114
Tabla 13: Categorías y subcategorías de análisis	133

Índice de figuras

Figura 1: Relación entre el personal de enfermería y la persona cuidada.....	152
Figura 2: Diagrama de relación entre la categoría de análisis vivencia de cuidados espirituales y sus subcategorías	195
Figura 3: Convergencia entre cuidados/atención espiritual enfermera, psicológica y religiosa	217

Glosario de abreviaturas

ATIC: Arquitectura, Terminología, Interfase, Información, enfermería y Conocimiento.

CEIC: Comité ético de investigación clínica.

CIE: Consejo Internacional de Enfermería.

COIB: Col·legi d'Infermeria de Barcelona.

DUE: Diplomado/a Universitario de Enfermería.

EE: Equipo de enfermería.

Gacela: Gestión avanzada de cuidados de enfermería línea abierta.

HGC: Hospital Genera de Catalunya.

HUGTiP: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

ICO: Institut Català d'Oncologia.

ICS: Institut Català de la Salut.

ICTUS: Accidente vascular cerebral de aparición brusca que puede ser isquémico o hemorrágico.

LOPD: Ley Orgánica de Protección de datos.

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.

NE: Necesidades espirituales.

PAE: Proceso de Atención de enfermería.

PCE: Plan de cuidados estandarizado.

RAE: Real Academia Española.

SECPAL: Sociedad española de cuidados paliativos.

TCAE: Técnico auxiliar en cuidados de enfermería.

UFISS: Unidad funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria.

UIC: Universitat Internacional de Catalunya.

UH: Unidad hospitalaria.

URV: Universitat Rovira i Virgili.

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de espiritualidad, espíritu y alma pueden tener connotaciones religiosas, filosóficas y relativas al cuidado último de la persona. Además, tanto en lengua castellana, como en algunas otras, no siempre queda bien definida la diferencia entre alma y espíritu, por tratarse de conceptos muy estrechamente relacionados. Por ello se requiere un amplio conocimiento sobre cómo puede entenderlos cualquier individuo, independientemente de su grupo cultural o creencia religiosa, y las relaciones de significado que se establecen con otros términos relacionados.

En el ámbito de atención hospitalaria, los profesionales del equipo de enfermería (EE)¹ son quienes pasan mayor tiempo cuidando a personas y cubriendo sus necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Dentro de este lugar, el cuidado se desarrolla en distintos entornos terapéuticos –donde los pacientes padecen diferentes enfermedades y están influenciados por un contexto cultural determinado–. Por tanto, llegar a un acuerdo común sobre el significado espiritualidad es muy complicado, en relación a la procedencia de la persona y a la valoración más o menos acentuada que se haga de lo espiritual. Lo evidente son unos cuidados enfermeros que acompañan a los físicos, aportando un bienestar interior, más allá de cualquier sistema de creencias.

La presente tesis doctoral es un estudio exploratorio sobre la atención espiritual del EE en un ámbito hospitalario, –que emerge de la experiencia como auxiliar de enfermería y enfermera, tanto en servicios de hospitalización como en otros más especializados, del investigador principal–, y se realiza en un entorno social que, pese a ser mayoritariamente de confesión católica, convive con otras tradiciones religiosas y culturales. Por lo tanto, la repercusión de un proceso de enfermedad determinado o un ingreso hospitalario sobre la espiritualidad de la persona, se verá mediatizada por estos aspectos, repercutiendo en sus necesidades de cuidado.

¹ Entenderemos por equipo de enfermería o personal de enfermería al formado por técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (TCAE) y enfermeros diplomados (DUE) o con grado en enfermería. Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería proporcionan cuidados auxiliares a los pacientes y actúan sobre las condiciones sanitarias de su entorno, como miembros del equipo de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Para ello, se realiza una división en dos partes: La primera de ellas contiene el marco teórico, con el primer capítulo, que expone una descripción sobre las nociones de espiritualidad, espíritu y alma, necesarias para conocer en profundidad su significado lingüístico, su origen etimológico y campo semántico, y cómo es definido desde una perspectiva religiosa o desde disciplinas como la teología, y la filosofía. Ya que en estos términos aparecen connotaciones religiosas y son fruto de diversos debates filosóficos.

Después, el segundo capítulo, que describe el estado actual del problema, cómo es tratado en medicina, psicología, sociología y antropología para, posteriormente, exponer su abordaje en enfermería., –Incluyendo los cuidados y necesidades espirituales, la visión de las teorizadoras de nuestra disciplina y su uso en el proceso de atención enfermero–, para mostrar un punto de partida. Considerando la relación de los cuatro componentes del metaparadigma enfermero (enfermería, persona, salud y entorno) con el ejercicio del cuidar.

A continuación, le sigue el Marco metodológico, que contiene los capítulos siguientes:

El tercer capítulo, que contiene los objetivos de investigación, seguido del cuarto, donde se describe el diseño y trabajo de campo. Siendo un estudio centrado en explorar y comprender la experiencia del EE, ante la atención espiritual y las necesidades espirituales de las personas atendidas en un hospital público, se realizó un diseño cualitativo fenomenológico hermenéutico, que, tras un muestreo teórico, contó con una muestra de 38 informantes: 32 de ellos para la investigación principal: 16 miembros del EE –compuesto por 8 enfermeros y 8 auxiliares del servicio de hospitalización general–; 10 de la unidad Onco-Hematología; y un grupo focal con 6 profesionales. Se triangularon los datos con una investigación secundaria, compuesta por un grupo focal de 5 pacientes y una entrevista a uno de los sacerdotes del centro. Después, el quinto capítulo, con sus correspondientes resultados, conjuntamente con la discusión de los mismos y el sexto, con las conclusiones, arrojando luz sobre los cuidados espirituales desde una perspectiva del equipo de enfermería asistencial.

INTRODUCCIÓN

Seguidamente, en el séptimo, se describen las aportaciones, limitaciones y líneas de investigación futura.

Finalmente, el octavo y último capítulo contiene la aplicabilidad de este estudio a nivel asistencial, docente e investigativo. Mostrando la poca visibilidad del cuidado espiritual por parte de las instituciones, y la falta de exploración sobre las competencias y cuerpo de conocimientos relacionados en nuestro entorno sobre este tipo de atención.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

I. MARCO TEÓRICO

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

CAPÍTULO 1

NOCIONES DE ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO

“No somos seres humanos teniendo una experiencia espiritual. Somos seres espirituales teniendo una experiencia humana”.

Pierre Teilhard de Chardin.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. NOCIONES DE ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO

1.1. Antecedentes: Espíritu, espiritualidad y alma

Los conceptos de espiritualidad, espíritu y alma, relativos al cuidado último de la persona, pueden tener connotaciones religiosas y filosóficas. Además, tanto en lengua castellana, como en algunas otras, no siempre queda bien definida la diferencia entre alma y espíritu, por tratarse de conceptos muy estrechamente relacionados. Por ello se requiere un amplio conocimiento sobre cómo puede ser interpretado por los distintos individuos, independientemente de su grupo cultural o creencia religiosa, y las relaciones de significado que se establecen con otros términos relacionados.

1.2. Significado lingüístico de espíritu, espiritualidad y alma

El significado lingüístico de los términos espíritu, espiritualidad y alma, según la Real Academia Española de la lengua (RAE), ofrece una descripción general sobre estas nociones [1]:

- En primer lugar, la palabra “espíritu” tiene múltiples significados y, entre los más comunes, destacan: ser inmaterial y dotado de razón; alma racional; don sobrenatural y gracia particular que Dios suele dar a algunas criaturas. Este significado es necesario tenerlo en cuenta como punto de partida, precisamente por tratarse de algo no físico y, por tanto, complejo, muy relacionado con el sistema de creencias de las personas.
- En otro sentido, significa principio generador, carácter íntimo, esencia o sustancia de algo. También vigor natural y virtud que alienta y fortifica el cuerpo para obrar; ánimo, valor, aliento, brío, esfuerzo; y vivacidad o ingenio. Estos significados, sin embargo, hacen referencia a la motivación que pueda llevar a una persona a realizar un acto u otro.

- En segundo lugar, la noción de espiritualidad se puede utilizar en diversos contextos, porque hace referencia a lo relacionado con espíritu o que tiene la condición de espiritual. En este sentido, puede significar naturaleza y condición de espiritual. Espiritualidad y religiosidad no significan exactamente lo mismo porque entre ambos términos hay muchas diferencias de matiz y de significado, aunque, en algunos contextos se utilizan indistintamente. Así, la religiosidad es una forma de expresión espiritual y, en consecuencia, se encuentra englobada dentro de la espiritualidad. Por último, puede hacer referencia a una obra o cosa espiritual, o puede ser un conjunto de ideas referentes a la vida espiritual.
- En tercer lugar, la noción clásica de “alma”, de tradición aristotélica, hace referencia al principio inmaterial que forma parte de los seres vivos, sin el cual serían seres inertes. Da forma y dinamiza el organismo vegetativo, sensitivo e intelectual de la vida. Más tarde, el término alma se ha relacionado más estrechamente con la dimensión psíquica, interior e inmaterial del ser humano, aproximándose por tanto a la noción de espíritu, anteriormente descrita. En conclusión, comparando el significado de alma con los dos primeros sobre la noción de espíritu, en todos se hace referencia a dimensiones no materiales del ser humano, pudiendo funcionar como sinónimos sin serlo propiamente.

1.3. Origen etimológico de los términos espíritu y alma

La palabra espíritu tiene su origen etimológico en el término *spiritus-us* [2], que significa soplo de aire, aire que se respira, aliento, suspiro, emanación, o inspiración. También puede significar estado de ánimo, alma o seguridad en uno mismo. En relación a esto, *spiro* [2], palabra relativa a *spiritus*, es un verbo que puede significar respirar, soplar, vivir, oler, palpitar, exhalar o anhelar. (Ver Anexos: Tabla A1)

La noción de alma también tiene su origen en la cultura romana y proviene del vocablo latino *animus- i* [3, 2] que tiene varios significados, entre los que destacan dos vertientes. La primera hace referencia al principio vital; la segunda a la mente y al pensamiento. Por otra parte, también se refiere al ánimo, sentimiento y pasión.

Cabe destacar que, ànima y ànim, traducciones al catalán de alma y ánimo, pertenecen en algunas lenguas a la misma familia léxica. Por ello alma, ánimo y espíritu resultan intercambiables. Además alma puede significar, en algunas culturas y religiones, sustancia espiritual e inmortal de los seres humanos. Por eso, alma y espíritu son términos que pueden usarse indistintamente en algunas ocasiones, aunque existan diferencias de significado entre ambos (Ver Anexos: Tabla A1).

Finalmente, *psiqué*, traducida del latín por alma, pertenece a la misma familia léxica que psicólogo y psicología. Por tanto es lógico que haya quien relacione las afecciones del alma con afecciones psicológicas.

1.4. Familia léxica y campo semántico de espíritu

Todas las palabras derivadas de una misma matriz o lexema forman con esta una familia léxica, guardando una relación semántica. Así, espíritu, espiritual y espiritualidad pertenecen a la misma familia léxica y tienen la misma raíz o lexema, que es *spiro*, vocablo de origen latino. Si tomamos la raíz *spiritus* su traducción a las lenguas española, catalana y francesa son similares. Sin embargo, tomando la raíz griega, hay dos significados: *pneuma*, y *nous*. El primero de ellos hace referencia a algo más sutil y elevado, mientras que *nous* evoluciona hacia *gnosis* y se traduce como noción y conocimiento. Por lo tanto, en función de si uno se acoge al origen latino o griego, le dará a espíritu un sentido diferente.

Paralelamente, hay significados que se dan en castellano para espíritu que cuando se traducen a otras lenguas, resultan términos diferentes. De acuerdo con esto, el término *gost*, en lengua inglesa, traducido al español significa espíritu. Sin embargo, *gist* se traduce por esencia. Mientras que en castellano, podemos utilizar la palabra espíritu para designar ambas cosas (Ver Anexos: Tabla A1).

Un campo semántico, sin embargo, es un conjunto de palabras de la misma clase gramatical que comparten algún rasgo de significado, es decir, que tienen alguna

característica común. En el caso de la noción de espíritu, algunas de las palabras que entran a formar parte dentro de su campo semántico en la actualidad son: alma, cuerpo, mente, raciocinio, y pneumatología. Aunque, indudablemente, esto variará dependiendo del contexto donde se utilice. Por el tema que nos interesa y para conocer el significado de espiritualidad es importante tener este aspecto en consideración, porque es difícil llegar a un acuerdo común entre enfermeras y pacientes, en lo que se refiere a su significado, como señalan algunos estudios [4, 5]. En otro apuntan que hay profesionales enfermeros que se sienten menos preparados para ofrecer cuidados espirituales que físicos [6] y, en mi opinión, esto se debe a que el término ofrece ambigüedades de significado no resueltas, que son empleadas por los hablantes de un modo no unívoco.

1.5. Significado religioso y teológico

En el pensamiento occidental la noción de espíritu se identifica con lo opuesto a la materia. Así, cuando decimos que un ser supremo es un espíritu puro, afirmamos que no tiene una naturaleza corporal como la que tenemos los seres humanos. Por ello, presento unas nociones sobre las tradiciones religiosas más arraigadas de nuestro entorno, porque son una forma de expresión espiritual que, según sea la creencia que se practica, va a ser de un tipo u otro.

España es un país mayoritariamente católico, aunque se tiene constancia de otras creencias religiosas. Según una encuesta del CIS de 2008, un 73% de la población encuestada es creyente en la religión católica y un 4,4% en otras religiones; mientras un 17,1% se considera no creyente, un 4,4% ateo y un 1.1% no lo sabe o no contesta. Y, entre los dogmas religiosos no cristianos, un 4,4% de una muestra de 2373 participantes, destacan el islamismo, el budismo, el protestantismo y la iglesia ortodoxa (estas dos últimas son ramificaciones de la iglesia cristiana) [7]. En un barómetro posterior del CIS, realizado durante el año 2014, el porcentaje de católicos en nuestro país es de un 71,5% de la población, habiendo un 24,7% de ateos [8].

1.5.1. Tradición judeocristiana

Las palabras bíblicas traducidas por espíritu [9] –ya sea si proceden del vocablo hebreo *ruah* como del griego *pneuma*–, vienen a significar la realidad sutil de aliento, tanto si se refiere a la respiración de un ser vivo como al viento en sí. Para el cristiano, es ese viento del que todo procede y que se mueve sobre el mundo en el momento de la creación viene de Dios y, a su misma vez, para cada hombre creado hay un espíritu de Dios que le da vida. Por ello, través de muchos textos bíblicos, se pone de manifiesto la influencia del espíritu del creador. De este modo, el sentido que se le está dando aquí a la noción de espíritu es el de principio vital. Porque, como ser supremo, Dios es omnipresente y el hombre se puede relacionar trascendentalmente con él, dentro de su espiritualidad. Por ejemplo, a través de la oración.

Por otra parte, la Biblia no ofrece una doctrina plenamente desarrollada sobre la naturaleza del alma. Ya que los diferentes vocablos utilizados para designar el principio vital humano no distinguen diversas realidades, sino diferentes aspectos de lo psíquico [10]. En relación a esto, al realizar una aproximación a la noción de alma [9] desde el lenguaje bíblico, los equivalentes tradicionales asignados a las palabras hebreas no se corresponden ajustadamente con el pensamiento de la antropología semítica. Así, *nefesh* se traduce por *psyqué* en los setenta y por *ánima* en la Vulgata, mientras que en nuestras traducciones populares lo hace por alma.

Pese a que, en algunas traducciones, *nefesh* significa aliento o soplo, a su vez, en un contexto bíblico, el significado de aliento se refiere a aspiración, en el sentido de alentar, desear, anhelar, haciendo referencia a la motivación que puede encontrar el hombre en Dios [9]. Por tanto, se puede tomar en dos sentidos: El primero hace referencia al soplo de vida que da Dios, a través de su aliento. Con lo cual, coincide con el significado de espíritu. En cambio, el segundo se refiere a aliento como motivación, que a su vez, tiene relación etimológica con el verbo alentar. Sin embargo, en el contexto filosófico, el concepto de alma se opone al de cuerpo, como principio inmaterial que asegura su vida y, a su vez, como centro de las facultades espirituales

del ser humano, entendidas estas como psíquicas, mostrando así cierta influencia cartesiana.

Finalmente, el significado teológico del concepto de espiritualidad [11] aporta una serie de matices con respecto al término religiosidad, aunque en algunas ocasiones se hayan utilizado indistintamente: Esta noción puede entenderse como un acto de reflexión sobre el saber religioso, la experiencia con lo Absoluto o los valores últimos que trascienden al ser humano, sobrepasando así el dominio de lo cristiano. Efectivamente, la espiritualidad es tan inherente al ser humano como puede serlo la corporalidad, la socialidad o la praxicidad, como sostienen algunos autores [12, 13, 14]. Pertenece al sustrato más profundo del hombre, ya que ningún ser humano puede vivir sin espíritu, sobre todo si se halla movido por convicciones y motivaciones [9]. Asimismo, cada individuo tiene su propia forma de vivenciar lo espiritual, unos valores y creencias individuales y una percepción de los hechos históricos con criterio ético, teniendo en consideración que espiritualidad y religiosidad son conceptos vivos que evolucionan al ritmo de los cambios sociales. Tal es el caso de la evolución del concepto espiritualidad a través de los paradigmas enfermeros, propuestos por Kérouac y colaboradores [15].

1.5.2. Otras tradiciones religiosas

En España, la mayoría de ciudadanos creyentes profesan la religión católica, sin embargo, hay otras tradiciones en nuestro entorno, siendo las más presentes la islámica, las religiones de la India y la China.

En general, tradiciones religiosas asiáticas se caracterizan por la búsqueda de la armonía entre el ser humano consigo mismo y con su entorno, que, además de abarcar la naturaleza, incluye la divinidad entendida como sobrenatural [16].

1.6. Significado filosófico

Si bien las traducciones de *nous* y *pneuma* por espíritu han sido cuestionadas, cabe destacar que el término *nous* se ha utilizado con frecuencia para designar una realidad o principio de actividades de naturaleza distinta y casi siempre “superior” a la designada por el vocablo *psiqué* o “alma”. Luego alma aparece como un principio más vinculado a lo orgánico o lo afectivo, mientras que *nous* queda restringido a la dimensión más propiamente intelectual [17].

A continuación, se ofrece una síntesis de los significados aportados por algunos de los filósofos más relevantes de distintas épocas sobre las nociones de alma y espíritu, sin la pretensión, ni mucho menos, de ofrecer una visión completa ni exhaustiva de la temática desde la perspectiva filosófica. Nuestra pretensión, más bien, es dar cuenta de la complejidad de la temática, puesta de manifiesto por la riqueza y diversidad conceptual que se despliega en la tradición filosófica occidental al abordar la misma noción de espíritu. Poniendo un especial énfasis, en efecto, en el hecho de que ante la idea de espíritu o espiritualidad, ya desde el origen de nuestra tradición de reflexión filosófica, aparecen al menos dos vertientes principales: la de aquellos que tematizan esta noción íntima o esencialmente vinculada a la idea de Dios o a la trascendencia; y la de aquellos otros que, reconociendo la originalidad de la dimensión espiritual, sin embargo la asocian simplemente a las funciones superiores del psiquismo humano, sin la necesidad aparente de sustentar tal principio espiritual humano en una espíritu divino, infinito o trascendente. Esta dualidad, no cabe duda, marcará la historia del término y también, incluso, el modo como es recibido, vivido y transmitido hoy día. De ahí nuestro interés en este sintético recorrido.

1.7. La espiritualidad humana desde una perspectiva filosófica clásica

En los inicios del pensamiento filosófico clásico alrededor del siglo V a.C., el tránsito de la mitología a la racionalidad puede interpretarse como el paso del *mito* al *logos*. Los filósofos presocráticos reflexionan sobre la naturaleza y entienden el alma como principio de las cosas vivientes. Son pioneros en sustituir azar por necesidad, cuyo

origen está en la permanencia y constancia observada en los fenómenos naturales, clasificando los seres del universo en distintos grupos: minerales, vegetales, animales y hombres. La naturaleza es concebida como *arkjé* o principio radical y se muestra al individuo como *aletheia*: descubrimiento u origen de la verdad, inmutable a través de los cambios, otorgando una unidad básica de composición en todas las cosas [18, 19]. Efectivamente, los filósofos presocráticos son antropocentristas, ya que el hombre es el único, de entre los seres vivos, que adquiere capacidad de raciocinio cuando se unen cuerpo y alma. Los atomistas, como Demócrito, la entienden como una sustancia sutil, compuesta de átomos [18].

En relación a esto, Anaxímenes, haciendo referencia a la ley suprema que gobierna el universo, equipara espíritu con *pneuma* y mente suprema con *nous* [20]. Admitiendo que hay un único principio originario del mundo físico y que es la esencia permanente a través de todos los cambios que acontecen [18].

En el pensamiento filosófico clásico, el primer filósofo en establecer el alma como la idea de una realidad inmortal y espiritual, cuya existencia es simultánea a la del cuerpo humano es Pitágoras, que introduce la *metempsicosis*, doctrina que propone que el alma expía una culpa originaria con la capacidad de reencarnarse en repetidas existencias corpóreas de origen animal o humano. Entendiendo que la finalidad del hombre es llegar a vivir entre los dioses, propone el ideal de vivir en búsqueda de la verdad y bien, mediante la adquisición del conocimiento [18].

Por otra parte, los orfistas conciben el alma como una realidad de origen divino, independiente a la parte física del ser humano, que se une a éste en su nacimiento y se separa a su muerte, quedando libre [17].

En el caso de Sócrates, este filósofo ateniense tiene una visión teocéntrica en la que Dios rige en último término el universo y las actividades humanas. Para él la razón y sede de la actividad ética y pensante en los seres humanos es el alma. Luego las aspiraciones del hombre apuntan a las leyes de la conducta humana y a las

MARCO TEÓRICO CAPÍTULO 1: NOCIONES DE ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO

concepciones éticas que posibilitan el juicio verdadero y el buen hacer, persiguiendo el premio divino tras la muerte [18, 19].

Platón, en esta misma línea, defiende el dualismo antropológico cuerpo-alma, siendo esta última una realidad inmortal y divina que se separa del cuerpo y, por tanto, un alma pura. Concibe el alma como una naturaleza espiritual e intelectual, ya que el *nous* es la parte racional del alma. Pero, debiendo estar ésta ligada al cuerpo, como sustancia vital, distingue varias partes que la conforman, en relación a su unión a éste: sensitiva, irascible e inteligible. Así, considerando que el hombre aspira a ser un alma pura, deberá comportarse adecuadamente, conjugando las tres partes del alma: como razón, valor y deseo [17].

Por su parte, Aristóteles hace referencia al alma como principio general de vida. El alma da origen a la vida del ser tras su unión al cuerpo o materia viviente. Admite que existen varios tipos alma (vegetal, animal y humana), pero la del ser humano –a diferencia de la de otros seres–, tiene una función racional. Sin embargo, hay diversas partes del alma, en cualquiera de estos entes, encargadas cada una de varios tipos de función, como, por ejemplo, la parte nutritiva, la apetitiva o la sensible, entre otras [17].

Finalmente, Galeno, reconocido médico y pensador de la Antigüedad, considera que el *pneuma* o *spiritus* es lo que ejercita las actividades de las partes orgánicas. A cada tipo de facultad orgánica le corresponde un tipo de *pneuma*. Así, hay un *pneuma* natural, que va del hígado a las venas; un *pneuma* vital, que va del corazón a las arterias; y un *pneuma* animal, que va desde el cerebro a los nervios. Basándose en las ideas de Platón distingue un alma concupiscible (en el hígado), principio de las funciones de reproducción; una alma irascible (corazón), responsable de la vida de relación; un alma racional, con sede en el cerebro [19].

La escolástica, filosofía cristiana de la Edad Media, nace en las escuelas palatinas, catedralicias y monacales. Es el cuerpo doctrinal, elaborado en los centros de estudio donde aprenden hombres creativos y con grandes capacidades [17].

Los Escolásticos entienden por espíritu a los diversos modos de ser que trascienden a lo vital, o como algo opuesto a la materia o a la carne. Por tanto, se considera espíritu sinónimo de inmaterial. Aunque esta sustancia inmaterial tendrá un tipo u otro de relación con su opuesto, es decir, con lo material. Y, según sea esta relación, habrá espiritualidad pura o impura [20].

San Agustín dirige su reflexión filosófica a comprender la verdad que se encuentra en la fe cristiana. Considera que el alma está dotada de espontaneidad e intimidad, y, en tanto que sustancia inmaterial o espiritual, rige el cuerpo. Porque el alma conoce los objetos del mundo exterior a ella, a través de las sensaciones, y los juzga con criterios necesarios y universales, mediante de las matemáticas, la geometría o la moral [17].

Santo Tomás de Aquino, el máximo representante de la Escolástica, influenciado por la doctrina aristotélica, concibe el ser humano como compuesto de cuerpo y alma. Además, distingue entre alma vegetativa, animal y racional o humana [17].

Durante la Edad Moderna, Descartes impulsa el racionalismo para alcanzar una verdadera explicación de la realidad y del hombre que, a su vez, permita su camino correcto en la vida. Define al ser humano como una realidad dual, compuesta por dos sustancias opuestas: la sustancia extensa y la sustancia pensante que, pese a ser independientes interactúan entre sí, aunque ni la vida del alma depende del cuerpo ni viceversa [20]. Sin embargo, para Spinoza la relación entre cuerpo y mente no es tal, porque considera que constituyen una única sustancia [18].

Leibniz –dentro de la línea racionalista inspirada por Descartes–, plantea esta misma temática y propone la teoría de la armonía preestablecida por Dios, equiparando mónadas con «almas», por ser simultáneamente inmateriales y centros conscientes [18, 21]. De forma que cada mónada tiene prescrito internamente su comportamiento.

Posteriormente, Hume considera que no es posible saber si existe la sustancia anímica o yo como realidad, porque es imperceptible para el hombre. Entonces, pasa a

concebir ésta como parte de una sucesión de ideas, unidas por la imaginación, sin poder otorgarle una verdadera sustancialidad [17].

Más tarde, Kant diferencia el yo como fenómeno, relativo a lo psíquico, del yo como nómeno, referente al alma humana [18]. Así, asume que el alma tiene una realidad sustancial que no es fenoménica sino trascendental. Como veremos posteriormente, Kant influye considerablemente en el idealismo.

A partir de las ideas kantianas, encuadrado dentro del idealismo trascendental –que considera que la única realidad que podemos conocer es la fenoménica y que no conocemos nada más–, surge el idealismo alemán, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, que alcanza su gran desarrollo con Hegel [18, 22], en el que destaca su teoría del desarrollo del espíritu en tres grandes momentos [17]:

- Espíritu subjetivo, que estudia la el surgimiento del espíritu desde su situación de hundimiento en la naturaleza, el desarrollo de la conciencia y el desenvolvimiento del sujeto como sujeto práctico y teórico.
- Espíritu objetivo, que estudia la manera en que el espíritu subjetivo, equiparable a la razón y al alma, se fija en la moralidad, la naturaleza y la historia.
- Espíritu absoluto, que se concibe como el cumplimiento del auto desarrollo del espíritu, expresable a través del arte, la religión y la filosofía.

La filosofía del siglo XIX –donde emergen el marxismo, el existencialismo y el irracionalismo–, determina considerablemente el pensamiento contemporáneo. Así, Marx concibe el hombre como ente surgido de la naturaleza que difiere de otros animales por su capacidad para crear los medios necesarios para sobrevivir, transformando la naturaleza o entorno donde vive, mediante el trabajo. Así, el ser social es lo que aporta conciencia al hombre y no hay trascendencia más allá de su vida [18].

Schopenhauer, por su parte, identifica al mundo con la voluntad de existir, equiparable al afán de procrear y perdurar en el ser sin una finalidad y compara al hombre con un animal salvaje, dominado por el Estado y condenado al sufrimiento y a la ruina [22].

Posteriormente, Nietzsche aporta una nueva visión atea y vitalista que transforma considerablemente el pensamiento occidental. La única realidad que concibe es la del mundo sensible y la vida que contiene, que, a su vez, son configuraciones de la voluntad de poder. Su único objeto de reflexión filosófica es la vida, más allá de la cual no hay nada. Pues la vida es una manifestación de la voluntad de poder, cuyo objetivo es imponerse para alcanzar la satisfacción de sus impulsos. Así, la vida y el hombre son cambiantes y no tienen una esencia fija ni determinada [18].

Para concluir este recorrido, en el siglo XIX, el personalista Ebner, propone un análisis de la realidad humana desde la perspectiva dialógica, considerándola necesaria para el acceso a una vida espiritual, porque el hombre es fundamentalmente concebido como “relación”, aunque sólo puede entenderse a sí mismo en su relación con Dios. Por lo que todo entendimiento es mediación hasta alcanzar el conocimiento de Dios [23]. Esto quiere decir que el ser humano necesita que se establezca una relación yo-tú, a través del diálogo, porque es un modo de relación entre la persona con su propia esencia, un ser superior –para Ebner ambas cosas son lo mismo–, o con otras personas, y esto siempre sucede porque el hombre no se encuentra sólo en el medio, y se relaciona constantemente con su entorno y otros seres.

Heidegger, uno de los autores más relevantes en el siglo XX, desde la perspectiva de una filosofía de corte existencial, plantea, inicialmente, el problema del hombre y hace referencia a su tipo de existencia en el mundo. Seguidamente, reflexiona sobre la capacidad del mismo para modificar el entorno donde habita para mantener su propia existencia, lo que le capacita como *ser-técnico*. Por otra parte, concibe que el hombre es arrojado al mundo como una nada, que es la característica principal de su existencia, lo que le produce una angustia, –por no comprender su nihilidad ontológica–, que puede afrontar viviendo de forma auténtica [18].

El personalismo es una corriente que surge en Europa como respuesta alternativa a una sucesión de acontecimientos culturales, sociales y filosóficos. Entre ellos, destaca el surgimiento del individualismo y el colectivismo; el materialismo cientificista; la crisis de valores de la población occidental; el secularismo; la crisis ideológica y económica desencadenada por la caída de Wall Street en 1929; la debilidad política secundaria a las democracias parlamentarias; la introducción de la mujer en el mundo laboral; y las relaciones internacionales, entre otras [24]. Entonces, frente al individualismo, que aclama a un individuo autónomo y egocéntrico, remarca la necesidad de la relación interpersonal y de la solidaridad. Sin embargo, con respecto al colectivismo, que somete el valor del ser humano a su adhesión a proyectos colectivos como la revolución o el triunfo de una raza, enfatiza el valor absoluto de cada persona independientemente de sus cualidades [25].

Entre los filósofos personalistas que han abordado la noción de alma y espíritu en relación a la naturaleza destacan Mounier, Scheler y Buber.

Mounier concibe la persona como realidad que conocemos desde el interior de sí misma. Está interiormente articulada con movimientos y fuerzas, como los átomos, y se desarrolla comprometiéndose en un acto constante de vida en tensión y superación de crisis periódicas. Porque el hombre es un ser espiritual con vocación de eternidad, pues, en tanto que ser humano, libre y racional, no quiere ser olvidado y valora, por encima de lo material, lo esencial [18]. En relación a esto, resalta cuatro dimensiones fundamentales del ser humano: la encarnación, la comunicación, la vocación y la trascendencia [25].

Scheler parte de una serie de niveles de facultades psíquicas para determinar la esencia del ser humano sobre su particular posición metafísica y en su relación con el animal. Afirma que en el ser humano hay algo activo, –su espíritu–, que lo pone a un nivel superior al de los animales. Para este sabio alemán, el hombre es un ser espiritual dentro de una corporeidad, cuya propiedad fundamental es su independencia cuya capacidad de autoconciencia le permite crear [23].

Buber, influenciado por la tradición judía, ubica la autenticidad del hombre en su ámbito relacional del “yo” y el “tú” y en el valor esencial del diálogo, constituido como un acontecimiento metafísico que depende de la orientación de dicha relación. Por tanto, para comprender el “yo” es necesario establecerlo relacionándolo con un “tú”, de tal modo que en el descubrimiento de ese “otro yo” el hombre se conoce a sí mismo en su realidad más esencial [18].

Como se ha podido observar, los términos de alma, espíritu y espiritualidad, y la interpretación de sus significados, constituyen una fuente inconmensurable de disputas entre filósofos, desde el pensamiento filosófico clásico hasta nuestros días. Esto nos hace tener una idea de lo complejo que puede resultar para la disciplina enfermera abordar el concepto de espiritualidad en relación a las necesidades de cuidado de los pacientes por tratarse de algo tan sumamente polisémico, muy relacionado con el sistema de creencias y el contexto sociocultural de quien defina el término.

CAPÍTULO 2

ESTADO DEL PROBLEMA:

***“Un hombre con una idea nueva
es un loco hasta que la idea triunfa”.***

Mark Twain

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. INTRODUCCIÓN: BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE ESPIRITUALIDAD Y CONCEPTUALIZACIÓN

Para conocer el estado actual sobre el abordaje de la noción de espiritualidad en enfermería y en otras disciplinas –medicina, psicología, sociología y antropología–, se han realizado búsquedas en las principales bases de datos:

PUBMED, WEB OF SCIENCE (WOS), COCHRANE y JOHANA BRIGGS INSTITUTE (JBI): Los resultados obtenidos aportan una idea general sobre las publicaciones más relevantes, las revistas de impacto que publican sobre el tema y los autores más destacados, así como de la presencia de algunos metaanálisis. Para identificar libros, capítulos de libro y tesis doctorales sobre temas relacionados con la espiritualidad, paralelamente, se ha realizado una búsqueda en otras bases de datos relacionados con estas disciplinas, tales como DIALNET, SCIELO, CUIDEN, Y ENFISPO.

A través de la utilización de las palabras clave *“Nursing and spirituality review”*, en PUBMED aparecen 472 revisiones publicados entre 1984 y 2015; WOS ofrece 167 entre 2006 y enero de 2016; en COCHRANE no hay revisiones, pero aparecen 3 referencias para la palabra clave *“Spirituality”*, entre los años 1992 y enero de 2016; JBI ofrece otras 3 referencias para *“Spirituality”*, entre 2006 y 2015; DIALNET devuelve 174 referencias, entre 1970 y enero de 2016; en CUIDEN aparecen 26 revisiones para *espiritualidad y cuidado*, de un total de 151 fuentes entre los años 2000 y enero de 2016; en SCIELO 8 fuentes en los últimos 10 años; y en ENFISPO 3.

Esto nos permitió identificar una relación de autores que han escrito sobre espiritualidad, temáticas relacionadas, entornos terapéuticos y ámbitos asistenciales. Tal es el caso de autores como Puchalski, Chochinov y Ferrel, que han abordado el tema en un entorno cuidados paliativos; Narayanasamy, McSherry, Baldachinno, Draper y Seesana, que han trabajado sobre necesidades espirituales desde distintos entornos terapéuticos; o Pike, Bash o Pesut, que han discutido sobre la espiritualidad desde la ética, a nivel internacional (Ver Anexos: Tabla A3). A nivel nacional, destacan

autores como Torralba, Bermejo y Ramió que han tratado las necesidades espirituales y Rufino, que ha realizado una tesis doctoral sobre Necesidades espirituales en un entorno terapéutico de cuidados paliativos; Muñoz-Devesa y Tomás-Sábado que han hablado sobre espiritualidad en relación a los diagnósticos enfermeros, entre otros trabajos realizados sobre esta misma temática.

Seguidamente, la búsqueda se centró en la conceptualización sobre espiritualidad, con una valoración crítica de los estudios publicados y realizando una nueva búsqueda específica de revisiones sobre conceptualización de espiritualidad en PUBMED, WOS, CUIDEN, y DIALNET, con los términos *“Spirituality” and “Nursing” and “Conceptual analysis”* y *“Spirituality” and “Care” and “Conceptual analysis”* para las bases de datos anglosajonas, y *“Espiritualidad” y “Análisis conceptual”* para las españolas. La búsqueda se centró principalmente en aquellos artículos que explícitamente trataron sobre la conceptualización de espiritualidad y no de aspectos relacionados, tales como las necesidades espirituales o el sufrimiento espiritual, ya que, en las búsquedas anteriores hemos considerado que eran temas relacionados. No obstante, subrayamos las tipologías halladas, en relación a la variabilidad de conceptos a definir, entre los que destacaron: espiritualidad, cuidado espiritual, necesidades espirituales, necesidades de cuidado espiritual, bienestar espiritual, y sufrimiento espiritual, entre otros. Se hallaron una muestra de 35 referencias en PUBMED; 31 en WOS; 1 en CUIDEN y 3 en DIALNET, publicados entre 1993 y 2015.

De todas estas referencias, sólo 8 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos²: (6 en lengua inglesa, 1 en portugués y 1 en castellano). Estos han sido traducidos y valorados por una plantilla de revisión crítica de artículos en investigación cualitativa, para valorar al mismo nivel puntos fuertes y débiles de todos ellos y redactar un artículo de revisión para enviarlo a una revista internacional.

² CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de Inclusión: Conceptualización sobre espiritualidad específicamente; revisiones; no hacen referencia a una enfermedad, etapa de la vida o proceso en concreto.

Criterios de exclusión: Artículos en los que se definen términos relacionados con la espiritualidad, pero no espiritualidad; artículos de opinión.

2. ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO EN EL PARADIGMA ENFERMERO

Conocer las concepciones sobre: salud y enfermedad –en relación al sistema de creencias establecido–; y alma y espíritu es ineludible, ya que de éstos dependerán las actividades relativas al manejo de la salud y los cuidados espirituales relacionados. Asimismo, se contempla, por un lado, la relación de los cuidados de enfermería con la espiritualidad y, por otro, la función social y humanitaria de los enfermeros, que siempre ha estado presente y es necesaria para la preservación o perduración de toda comunidad humana [26]:

“Cuidar es y será siempre indispensable, no solo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social”.

M.F. Collière

Esta ayuda, requerida por hombres y mujeres a lo largo de su existencia, les ha venido ofrecida por otros miembros de su familia y comunidad que han ido adquiriendo los conocimientos y experiencia precisos para preservar su salud a través de la observación directa y la transmisión oral.

Así, surge el cuidar, inicialmente como el desempeño de un cuidado –como el que una madre puede hacer por un hijo–. Y, posteriormente, a medida que van pasando los siglos y las necesidades de cuidado y de las poblaciones van evolucionando, volviéndose cada vez más complejas, el personal cuidador va requiriendo progresivamente una mejor preparación, hasta que se establece la profesión de enfermería.

Puede afirmarse que en los cuidados que un ser humano brinda a otro hay una parte inseparable a éstos que va más allá de lo que pueda o no estar prescrito oficial o formalmente, o ser más prioritario desde un punto de vista físico, y que, a veces, se trasmite a través de una mirada, una caricia o un silencio. Y esto no forma parte de algo implicado en un tratamiento de control de síntomas o de tipo terapéutico, sino

que surge en la relación personal entre el cuidador y la persona atendida, es decir, en la manera como dos individuos interaccionan entre sí a través de una relación terapéutica. Así, cuando una persona se siente desvalida o enferma aparecen necesidades espirituales que pueden ser percibidas por quien le asiste.

Los conceptos de espiritualidad y salud han ido evolucionando a lo largo de la historia, de manera que se les ha ido dando un significado diferente en función de la época y el sistema de creencias establecido. Además, estas nociones (espiritualidad y salud) se hallan relacionadas entre sí, de modo que en función del significado que se le otorgue a una, se actuará sobre la otra. Esto quiere decir que si se asocia la aparición de una enfermedad, por ejemplo, a un castigo divino, entonces esta enfermedad pensará evitarse no transgrediendo la norma establecida por la divinidad o divinidades que imponen el castigo. Sin embargo, si se considera que la enfermedad es causada por un microorganismo, para prevenirla se evitará el contacto con dicho germen, mediante medidas de higiene.

En los últimos decenios, los cuidados se han ido tecnificando considerablemente. Este hecho ha ocasionado que la espiritualidad de la persona parezca ser menos tenida en cuenta. Tras el sufrimiento humano acontecido durante la segunda Guerra Mundial y la crisis económica de los años 30 se inicia un auge de las corrientes de pensamiento humanistas, de modo que la persona es vista de forma integral, tal es el caso de la jerarquía de necesidades de la persona humana de Maslow que nos orienta en que no podemos atender las necesidades superiores o de estima sin haber ayudado a satisfacer previamente las más elementales o fisiológicas [27]. Aunque, es evidente la presencia de necesidades espirituales que requieren atención, sobre todo en situaciones de enfermedad.

Sin embargo, las búsquedas bibliográficas realizadas no han mostrado una bibliografía específica sobre cuidados espirituales en enfermería a lo largo de la historia de la profesión: se habla de mantenimiento de la salud; cuidados físicos; diferentes técnicas curativas; prevención de enfermedades; y otros cuidados relacionados directamente con el sistema de creencias que pueden ir más allá de lo físico, como, por ejemplo, el

no cometer actos moralmente incorrectos, el cultivar la mente y la oración, que pueden formar parte del cuidado del espíritu o del cuidado del alma. Este hecho ha sido mencionado también por Narayanasamy y Draper [28] y más recientemente, por Weathers y colaboradores [29].

2.1. Noción de cuidar y campo semántico del término

Efectivamente, hay distintas formas de cuidado de las personas, entre las que destacan el cuidado físico, buscando el mantenimiento de la salud y de la vida del otro, y el espiritual [30], relacionado con “la cura del alma”.

Cuidar [1] es un verbo transitivo con distintos significados: el primero de ellos hace referencia a prestar atención, poner diligencia en algo o en alguien; viene a significar vigilar. El segundo se refiere a asistir, guardar o conservar. El tercero a pensar y discurrir. Además, tiene dos significados pronominales, referidos a mirar por la propia salud, y a vivir con advertencia sobre algo, respectivamente. En relación a este significado, forman parte de la familia léxica de cuidar palabras como cuidado, cuidador y descuidar. Y en su campo semántico destacan atender, custodiar, conservar, mantener, preservar, proteger, velar, curar, mirar y vigilar.

Pero, aunque no hay unanimidad sobre el significado de la noción de cuidar por parte de los profesionales sanitarios, -entre los que se encuentra enfermería-, y pese a formar parte del campo de conocimiento enfermero, algunos enfermeros pueden identificarse más con el significado de asistir, guardar o conservar, en su uso como verbo transitivo, y el de velar por la salud, en su uso pronominal, mientras otros profesionales piensan en curar.

Por lo que se refiere a su significado etimológico, cuidar [31] proviene del vocablo latino *curare*, y hace referencia al cuidado o atención que se le tiene a algo; a una persona o a un enfermo. En algunas lenguas de origen románico curar y cuidar tiene traducciones distintas. Por ejemplo, en catalán, *curar* adquiere el significado de curación, mientras que *tenir cura* hace referencia a cuidar. Desde una perspectiva

enfermera, se considera el objetivo de enfermería cuidar y el objetivo médico curar o paliar mediante tratamientos médicos o quirúrgicos.

2.2. Síntesis de los cuidados espirituales en la historia de la enfermería

En los siguientes párrafos, se presenta la noción de cuidado y un breve recorrido a través de la historia de la enfermería, para conocer los cuidados espirituales, porque se hace necesario para entender cómo se desempeña la labor de cuidar en nuestros días [32]:

"Ninguna ocupación puede ser seguida de forma inteligente si no se ilumina con la luz de la historia"

C. Domínguez-Alcón

En primer lugar, las sociedades primitivas y las culturas precolombinas tienen en común la creencia en espíritus del más allá o dioses que pueden causar enfermedades corporales a quien incumple la normativa moral o deseos divinos o de seres supremos y los cuidados espirituales son ofrecidos por hechiceros, chamanes y brujas. [33, 34, 35, 36, 37]. En el ámbito doméstico, los cuidados se llevan a cabo mayoritariamente por mujeres [26].

Después, surgen creencias politeístas como las establecidas en Babilonia, Egipto, Grecia y Roma –lugares en donde se establecen teorías sobre procesos fisiopatológicos y cuidados técnicos de la salud–. En ellas se tiene la creencia de que las enfermedades aparecen por causas naturales y sobrenaturales –en relación a la violación de la normativa moral establecida–. Ante las diversas dolencias, se recurre a cuidados físicos y a la veneración de los dioses; sacrificios; rituales; hechicería; y oráculos [33, 34, 35, 38].

A continuación, en Palestina emerge el judaísmo y, después el Cristianismo. Ambas son creencias monoteístas y teocéntricas. Los sacerdotes o escribas se hacen cargo del

cuidado de las enfermedades físicas y espirituales, se venera Dios, se realizan sacrificios, y se sigue la ley mosaica [33, 34, 35, 38].

Posteriormente, surge el Cristianismo, y, con él, aparecen los primeros grupos de cuidadores cristianos que siguen el ejemplo de altruismo y caridad establecido por Jesús. Se cuida el cuerpo como abrigo del espíritu [39, 35]. También aparece el Islamismo, que considera la salud el buen estado del alma, situada en el corazón. La enseñanza del Corán contempla la promoción de la salud como responsabilidad de la persona y la felicidad eterna para los fieles con buen comportamiento [35, 40].

En la Baja Edad Media, la enfermedad es considerada como una gracia divina, pero posteriormente se discurre nuevamente como castigo divino y el poder de la vida y la muerte está en manos de Dios. Aparecen las primeras órdenes religiosas, seglares y militares [34, 38]. El cuidado de la salud corre a cargo de cuidadores pertenecientes a órdenes militares –de donde surgen la mayoría de avances en cuidados técnicos–, religiosas y seglares. El cuidado caritativo puede ser un acceso a la vida eterna. Los cuidados espirituales se basan en remedios creenciales, exorcismos y reliquias. Se considera más enfermo al hereje quien tiene una dolencia física.

Subsiguientemente, a lo largo de la Edad Moderna, Renacimiento e Ilustración, se establecen sucesivamente más avances científico-técnicos, se pasa de teorías más filosóficas a teorías físico-químicas y las teorías sobre el origen de las enfermedades adquieren mayor importancia. Perdura el Cristianismo y surge el Idealismo [34, 38].

Los avances acontecidos ocasionan un cambio en la enfermería, que se ve positivamente transformada durante los siglos XIX y XX. Surgen el secularismo y la diversidad cultural y religiosa. Los cuidados físicos inicialmente, prosiguen realizándolos aquellas mujeres que pertenecen a un bajo estrato social y sin formación que se dedican al cuidado de enfermos, están también las mujeres religiosas y, a la vez, otras mujeres, de clase social más elevada, con vastos conocimientos sobre cuidados, que son las que influyen considerablemente en la profesionalización de la enfermería [41].

En 1833, los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios escriben el libro *El arte de la enfermería*, que adquiere gran valor histórico y en el que se describe cómo alimentar a un enfermo, administrar tratamientos medicamentosos o realizar cuidados del alma. Además, entre las personas más influyentes en el avance de la enfermería destacan Elisabeth Fry, el señor y la señora Fliedner y Florence Nightingale [38, 39, 41]. Ésta última es la persona más influyente en el campo de la profesionalización enfermera llevándola a la altura de disciplina científica. Siendo su principal interés humanitario, y volcada en las obras sociales y el cuidado de enfermos, decide dedicarse a la enfermería e inicia una reforma para lograr un mejor funcionamiento de los hospitales. Se dice que ella en su diario apunta la siguiente nota donde explica que siente la llamada [42]:

"Dios me ha hablado y me ha llamado a este servicio".

F. Nightingale

Perteneciente a una clase social acomodada, puede permitirse un buen nivel de estudios –entre los que destacan la gestión, la filosofía, la religión y las matemáticas–, y relacionarse con personas influyentes en el medio, viajar a Kaiserswert para conocer a los Fliedner y realizar estancias en diferentes países para aumentar sus conocimientos en enfermería [43].

Tras la etapa de ocupación técnica, iniciada a mediados del siglo XIX, se inicia la de profesionalización enfermera, a mitad del siglo XX. Inicialmente, la enfermera conserva sus valores vocacionales y ejerce su labor como auxiliar del médico. Sin embargo, y progresivamente, se va asumiendo la responsabilidad por parte de las propias enfermeras de la formación académica, la organización y dirección de servicios de enfermería, y el uso de la investigación para alcanzar el aumento de su cuerpo de conocimientos. Hasta que consolida la enfermería como disciplina científica durante la segunda mitad del siglo [39, 41].

Esto propicia un cambio en el enfoque de los cuidados enfermeros hacia la curación: Nightingale se dispone a ofrecer a las enfermeras una formación que se basa tanto en

el mantenimiento como en la recuperación de la salud, la prevención de las infecciones y la curación de las heridas, y el control del entorno, con la promoción de la salud [41], surgiendo la orientación del cuidado en el propio marco teórico de la enfermería, cuya metodología es racional y lógica. Claro ejemplo de esto son el proceso de atención y los diagnósticos enfermeros. Además, las enfermeras que intentan establecer su base científica buscan los conceptos más relevantes de su disciplina, a partir del ámbito de las ciencias básicas –especialmente de las ciencias del comportamiento–, partiendo de la idea de que la teoría debe guiar la práctica [44].

De este modo, y, desde que se estableciera la necesidad de una preparación específica para enfermería a cargo de enfermeras, se produce un desarrollo continuado y, en relación a esto, sobre los años 50, emergen enfermeras investigadoras que, tras realizar estudios sobre los contenidos teóricos de la disciplina, crean teorías y modelos de cuidados. Un claro ejemplo lo hallamos en Virginia Henderson o Hildegard Peplau [41, 43].

2.3. Espiritualidad en las teorías y modelos de enfermería

La disciplina enfermera se define tanto por su perspectiva y dominio, como por su asociación histórica con las mujeres –derivada de la propensión de los miembros de muchas sociedades de asignarles la labor del cuidado a ellas–. Estas características definitorias se reflejan en las perspectivas filosóficas adoptadas por sus integrantes, dirigiendo el marco de trabajo que desarrollan e utilizan para definir su contexto curricular, las estrategias educacionales utilizadas y la toma de decisiones éticas, en el marco de trabajo que desarrolla el manejo del conocimiento enfermero [44].

Efectivamente, los modelos y teorías en enfermería guían la práctica asistencial, la formación y la investigación. Cada modelo viene determinado por cuatro componentes del metaparadigma enfermero³: enfermería/ cuidado, salud, persona, y entorno. La

³ Metaparadigma: conjunto de conceptos globales –cuyas relaciones se establecen de manera abstracta– que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones establecidas entre ellos.

importancia estos cuatro componentes se debe a que la manera en que un profesional enfermero aborda las relaciones establecidas entre cada uno de ellos clarifica el propio dominio de la disciplina. Estos componentes fueron considerados inicialmente por Nightingale y, posteriormente por las diferentes teorizadoras [45], cuyos modelos fueron enmarcados dentro de diferentes paradigmas o corrientes de pensamiento.

De este modo, los centros asistenciales se rigen por distintos modelos de enfermería, enmarcados en sus correspondientes líneas de pensamiento, en función de sus necesidades de atención. Tal es el caso del Institut Català de la Salut (ICS), donde el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson resulta muy útil en entorno hospitalario y atención primaria [46], mientras el modelo de adaptación al entorno de Callista Roy se utiliza en cuidados intensivos pediátricos de otras zonas geográficas [47]. Por otra parte, el modelo de Patricia Benner fue utilizado para regir el proyecto COM VA © utilizado por el ICS, en sus centros hospitalarios, para la definición y evaluación de competencias profesionales enfermeros porque define cinco niveles de destreza, de aprendiz a experto [46].

El tema de interés de este estudio es atención espiritual por parte de enfermeras asistenciales, por tanto, es necesario conocer la presencia de estos aspectos tanto en las corrientes de pensamiento como en los modelos y teorías enfermeros. En el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP), centro donde se realiza el estudio de esta tesis, la filosofía de Virginia Henderson guía la práctica asistencial desde 1996, por ello le dedicaremos un apartado que incluirá su visión sobre la espiritualidad.

2.3.1. Corrientes de pensamiento o paradigmas en enfermería

A partir de la introducción de una base teórica formativa para enfermería por parte de Nightingale, empezaron a surgir diferentes escuelas de enfermería y corrientes de pensamiento, llamados “paradigmas”, que marcan la evolución de los conocimientos enfermeros. Se trata de los paradigmas de categorización, interacción y transformación.

MARCO TEÓRICO CAPÍTULO 2: ESTADO DEL PROBLEMA

La forma en que la espiritualidad es tratada por las diferentes teorizadoras de enfermería –así como sus modelos, teorías o filosofías enfermeras–, se encuentra en estrecha relación con tales paradigmas.

Enfermería, a diferencia de otras disciplinas puramente teóricas como la física o las matemáticas, está orientada a la práctica profesional, lo cual lleva a las enfermeras a delimitar su campo de actuación. Para ello utiliza, como ya se ha comentado, cuatro componentes que forman la base desde la que evoluciona el conocimiento enfermero: cuidado, persona, salud y entorno, que ya se hallaban en los escritos de Nightingale y que han seguido presentes en los escritos de las enfermeras teorizadoras que aparecieron posteriormente, como han observado Fawcett [48] y Marriner y Alligood [43, 49].

Resultaría muy difícil abordar la temática de la espiritualidad sin tener en cuenta los diferentes paradigmas, según los cuales las grandes teorizadoras definen estos conceptos y las relaciones que se establecen entre ellos ayudando a guiar tanto la práctica asistencial, como la docencia, la gestión y administración, y la investigación enfermeras. Por lo que es imprescindible estudiar cómo se concibe la persona desde cada uno de éstos, para ver su relación con el tipo de cuidado que se propone, considerando especialmente si se contempla o no la esfera espiritual, y cómo.

A continuación, siguiendo la obra de Kérouac y colaboradoras [45], explicaremos con más detalle cada uno de ellos:

El Paradigma de la Categorización abarca desde 1850 hasta 1950. En el ámbito de la asistencia sanitaria, los cuidados se orientan a prevenir enfermedades y contagios, y el pensamiento se dirige a la búsqueda del agente causal de la enfermedad, mediante la detección de signos y síntomas medibles por características bien definidas, considerados como elementos aislables.

En esta corriente de pensamiento, se han dado dos grandes orientaciones que han guiado la práctica enfermera: una de ellas, mayoritariamente influenciada por Florence

Nightingale y desarrollada entre 1850 y 1900, se dirige hacia la salud pública. En ella, la atención enfermera se centra en la persona y en la adecuación del entorno, con la intención de mantener o recuperar la salud y prevenir infecciones y heridas, enseñando a los pacientes un modo de vida sana. La otra, desarrollada entre 1900-1950, se orienta preferentemente hacia la enfermedad y se halla influenciada por la necesidad de erradicación de enfermedades contagiosas.

Dentro de este paradigma, el individuo no participa en sus cuidados, es decir, no es un agente activo, enfermería le supe en sus necesidades, llevando a cabo lo que éste no puede realizar por sí mismo. Por otra parte, se considera a la persona como un todo, formado por la suma de sus partes (física, intelectual, emocional y espiritual), siendo cada una de estas dimensiones reconocible independientemente.

El Paradigma de la integración, desarrollado en los Estados Unidos entre 1950 y 1975, se orienta hacia la persona y está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Se sitúa en el contexto de reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 30 y el sufrimiento derivado de la Segunda Guerra Mundial. La tendencia del mundo occidental en este momento es crear un sistema de Seguridad Social.

Surgen estudios sobre Psicología como el de la Psicología individual [50], Terapia orientada hacia el cliente [51] y la Teoría de la motivación [52], entre otros, que influenciarán claramente a los modelos de enfermería que crean posteriormente las enfermeras teorizadoras. Por ejemplo, la filosofía de Virginia Henderson, basada en las necesidades humanas del paciente, se ve muy influenciada por Maslow y Rogers.

En este periodo se hace más notable la diferencia entre la disciplina enfermera y la médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, se impone la necesidad de una formación básica más progresista para enfermería. Es decir, más adaptada a las nuevas tecnologías y a las necesidades de salud emergentes. El cuidado de la persona va dirigido al mantenimiento de la salud en todas sus dimensiones: física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades

de ayuda de la persona, teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente, utilizando los principios de la relación de ayuda.

Así la persona, que también aquí es considerada como un todo formado por la suma de sus componentes (biológico, psicológico, social, cultural y espiritual), puede influir en los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra, buscando, con la ayuda de la enfermera, las mejores condiciones para obtener una salud y un bienestar óptimos.

A diferencia del paradigma anterior, la persona tiene una función más participativa y en este caso no es enfermería quien sustituye su papel, sino que le asesora y ayuda, tomando en consideración las relaciones que pueden establecerse entre cada una de estas dimensiones.

Las investigaciones enfermeras se elaboran alrededor del paciente y su entorno. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales. Siguiendo el ejemplo de las teorías administrativas, como la gestión y administración de servicios, por ejemplo, que ponen el acento sobre las personas, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y de un gran poder en la toma de decisiones.

En este periodo de tiempo, a partir de la década de los 50, empiezan a surgir, sobre todo en los Estados Unidos, diferentes modelos conceptuales y teorías de enfermería, debido a la necesidad de este colectivo profesional de clarificar su especificidad, viéndose algunas de ellas inspiradas en teorías procedentes de la psicología.

El Paradigma de la Transformación, se inicia en 1975 y sigue hasta la actualidad. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de esta disciplina a nivel internacional. Esta apertura queda marcada por aspectos culturales, más tarde se refleja en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental y oriental se ven mutuamente influidas; grandes movimientos de

migración y dinero transforman la composición étnica de algunos países; se expande el mercado económico y aumentan las comunicaciones. Así, desde esta perspectiva, en 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebra una conferencia Internacional sobre cuidados de salud primarios, destacando la necesidad de promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo.

La persona es considerada como un ser único, un todo indivisible, mayor que la suma de sus partes y diferente de ésta. Destaca la existencia de una sinergia entre la persona y su mundo: el ser humano mantiene una relación recíproca y simultánea con el entorno, que, a su vez, está en continuo cambio, y que constituye el universo del que la persona forma parte.

A diferencia de los paradigmas anteriores, se resalta la individualidad de cada persona y su ámbito relacional consigo mismo, con el resto de personas y con el medio en el que vive y al que, a su vez, pertenece.

Después de la década de 1970 surge una gran preocupación de las enfermeras por el sentido humanístico y filosófico del cuidado. Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones. La salud se considera a la vez un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona. También se hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad, siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

A continuación, a modo de ilustración, presentamos una tabla con los tres paradigmas, su orientación y algunos de modelos o teorías de enfermería enmarcados en cada uno de ellos por Kérouac y colaboradoras. Como se puede observar, la mayoría de modelos y teorías están enmarcados dentro del paradigma de la integración y están orientados hacia la persona (Ver Tabla 1):

Tabla1: Relación entre paradigmas, orientación y modelos o teorías enfermeros⁴:

RELACIÓN ENTRE PARADIGMAS , SU ORIENTACIÓN Y ALGUNOS MODELOS O TEORÍAS DE ENFERMERÍA			
PARADIGMA	ORIENTACIÓN	MODELO	TERORIZADORA
Categorización	Enfermedad	Teoría del entorno	Florence Nightingale
	Salud Pública	-----	-----
Integración	Persona	Definición de enfermería	Virginia Henderson
		Teoría del autocuidado	Dorothea Orem
		Teoría de los 21 problemas	Faye Abdellah
		Teoría de la relación persona a persona	Joyce Trabelbe
		Modelo de las interrelaciones personales	Hildegard Peplau
		Modelo del sistema conductual	Dorothea Johnson
		Modelo de adaptación al entorno	Calista Roy
		Modelo de sistemas de interacción	Betty Neuman
		Modelo de la esencia, cuidado y curación	Lydia E. Hall
Transformación	Mundo	Ser humano unitario	Marta Rogers
		Teoría del desarrollo humano	Rose M. Rizzo Parse
		Modelo de la salud como expansión de la conciencia	Margaret Newman
		Teoría de los cuidados transculturales	Madelein Leininger
		De novicia a experta	Patricia Benner

Fuente: Kérouac, S. Pepin, J. Ducharme, F. Duquette, A. Major, F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson – Salvat, 1996.

2.3.2. Evolución de la espiritualidad en los paradigmas enfermeros

Nightingale también introdujo el cuidado del ser humano como un todo, incluyendo la esfera espiritual -conjuntamente con la física, la psicológica y su entorno-, un ideal expresado por la fundadora de la enfermería moderna como resalta en el siguiente fragmento [42]:

"Se han escrito volúmenes y mucho se habla actualmente acerca de la influencia del espíritu sobre el cuerpo. Mucho de ello es verdad. Pero me gustaría que pensara un poco más en la influencia del cuerpo sobre el espíritu".

F. Nightingale

⁴ Se hace referencia a modelos y teorías en general, a pesar de que algunos de los mencionados son filosofías, como en el caso de: Nightingale, Henderson, Watson, Abdellah, Benner y Hall [43].

En efecto, aquí se hace referencia, no solo a los efectos del cuerpo sobre el espíritu, sino también del espíritu sobre el cuerpo y a las inquietudes que invaden a los enfermos que se encuentran ingresados en los hospitales y no pueden salir de sus habitaciones, la soledad que esto les crea y la cantidad de pensamientos negativos que aparecen en por esta causa, generando elevados niveles de ansiedad.

Tal como se ha podido observar, cada uno de los paradigmas presenta algunas diferencias relevantes en el modo de considerar conceptualmente a la persona humana. En todos ellos se toma en cuenta la dimensión espiritual, aunque sus límites no quedan muy claramente definidos.

Sin embargo, el trato que se le da a la espiritualidad será diferente en función de la corriente de pensamiento a la que pertenezcan las enfermeras que aborden este tema, y eso es lo que nos va a ayudar a ofrecer distintas formas de responder a las necesidades espirituales de los pacientes. Por otra parte, este hecho puede explicar la evolución que se está dando en la forma de abordar el término en los últimos años y el creciente interés entre el personal de enfermería al respecto. Así vemos que en un principio, en el paradigma de la categorización, la espiritualidad se relaciona estrechamente con el ámbito religioso, y en el paradigma de la transformación, lo espiritual se relaciona con el interior de cada persona, el sentido de su vida, la búsqueda de bienestar, paz, armonía, etc.

Las enfermeras de hoy en día nos vemos influenciadas desde la formación académica por las grandes teorizadoras de esta disciplina, por ello y, en relación al tema que nos ocupa, describiremos cómo es la espiritualidad algunas teorías y modelos y, posteriormente, cómo es abordada en el modelo de Virginia Henderson.

2.3.3. Espiritualidad en algunos modelos y teorías en enfermería

A menudo, la espiritualidad es tenida en cuenta, aunque en algunos no se menciona de forma directa, sin embargo, hacen referencia a nociones como la autoconciencia, la ética de los cuidados, afrontamiento u otras cuestiones que trascienden al cuidar

como, por ejemplo, la dignidad, el confort o la empatía. En las teorías en que sí se menciona explícitamente el concepto de espiritualidad, este puede ser tenido en cuenta como un aspecto de la persona, del cuidar o un componente propio de la filosofía, modelo o teoría de la que se trate.

Si bien es cierto que en los modelos y teorías de enfermería enmarcadas en el paradigma de la integración destaca su orientación a la persona y su consecuente interpretación de la espiritualidad, en los que pertenecen al paradigma de la transformación, la visión sobre la espiritualidad cambia porque la persona es vista como componente del universo. Estas diferencias hacen que el trato a la espiritualidad sea diferente en cada uno de ellos.

2.3.3.1. Modelos y teorías donde se considera la espiritualidad como componente ético del cuidado

Me ha parecido relevante mencionar estas dos teorías porque reflejan la relación de la ética de los cuidados con la espiritualidad de la persona:

En la teoría de la atención burocrática, Marilyn A. Ray propone el concepto de cuidado espiritual-ético y afirma que la espiritualidad incluye la creatividad y la elección y que ésta se revela en el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos éticos del cuidado se relacionan con el aspecto espiritual y con nuestras obligaciones morales hacia los demás [49]. Esta visión se relaciona mucho con los tres principios de bioética (beneficencia / no maleficencia, autonomía y justicia). En este caso, el cuidado espiritual y ético, es el núcleo central de esta teoría.

Kathy Erikson, en la teoría del cuidado caritativo, incluye conceptos como amor incondicional y caridad en el cuidado enfermero; la ética asistencial caritativa; la dignidad de la persona; la invitación al cuidado; el sufrimiento; la reconciliación; y la cultura del cuidado [49]. Efectivamente, el sufrimiento puede darse en forma física, psicológica o espiritual, y la reconciliación puede ser una necesidad espiritual relacionada con la aceptación de la enfermedad o con el perdón.

2.3.3.2. Modelos y teorías con presencia de lo espiritual como componente inherente de la persona

En algunas teorías y modelos, la espiritualidad de la persona está presente, como componente de la persona, como presentamos a continuación, esto hace que forme parte de alguna necesidad o problema, y aparezca como tal en el modelo o teoría:

Primeramente, para Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna, el componente espiritual es juntamente con el físico, intelectual, emocional y social uno de los cinco componentes del ser humano [42].

Sin embargo, en la teoría de Virginia Henderson de las necesidades de la persona, la espiritualidad aparece como componente de la necesidad de vivir según creencias y valores y se considera a la persona como ser individual [53].

En esta misma línea, Faye Abdeellah, en su teoría de los 21 problemas, contempla la esfera espiritual del paciente en el componente nº 16: facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales [49]. En este caso, está muy relacionado con el sistema de creencias y la necesidad de expresar vivencias y sentimientos religiosos. En esta teoría, la persona es un ser con necesidades físicas, emocionales y espirituales que tiene capacidad de autoayuda y autoaprendizaje.

Después, Joyce Travelbee, en su modelo de relación de persona a persona, trata conceptos como la empatía y la simpatía y contempla a la persona como un ser único e irremplazable en proceso continuo de progresión, evolución y cambio. Define el estado de salud subjetivo de la persona como su sensación de bienestar físico, emocional y espiritual [49].

Finalmente, Katharine Kolcava en su modelo del confort contempla las necesidades psicoespirituales de cuidado juntamente con las físicas, las sociales y las ambientales. Estas necesidades requieren intervenciones enfermeras diseñadas para adquirir

confort –alivio, tranquilidad y trascendencia–, en cuatro contextos; físico, psicoespiritual, social y ambiental [49].

2.3.3.3. Modelos y teorías con presencia de lo espiritual como componente del modelo

A continuación, se presentan algunos modelos y teorías que conciben la espiritualidad como elemento integrante del modelo, ya sea como categoría o como subcategoría:

En primer lugar, en el modelo de adaptación al entorno de Callista Roy, la persona se caracteriza por su totalidad, complejidad y conciencia, y siente un anhelo que va más allá de lo humano. Esta característica se denomina espiritualidad e implica buscar un destino común. Las creencias espirituales pueden ser explícitas o no y están arraigadas a las tradiciones familiares y sociales. Para algunos, el alma de la persona es vista como la energía del universo y una realidad existencial [54]. Roy considera que el ser humano debe decidir en qué universo quiere vivir [55]. Esta interrelación del hombre con su entorno se ha convertido en el centro de las afirmaciones para el siglo XXI: la autoorganización mutua y compleja del ser humano como individuo y su entorno, y también un destino significativo para la convergencia del universo, de las personas y de su entorno en el que se pueda considerar la presencia de un ser supremo o de Dios [56].

En segundo lugar, Betty Neuman entiende la esfera espiritual como una de las cinco variables del sistema de interacción del cliente: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual [49]. La inclusión de la variable espiritual en su modelo aportó una nueva dimensión a los cuidados de enfermería, que siempre fue necesaria, pero rara vez reconocida. Hoy en día hay un creciente interés en la espiritualidad y en su efecto sobre la salud de las personas [57, 58].

En tercer lugar, Martha E. Rogers, en su teoría del ser humano unitario, contempla la espiritualidad como una parte integrante de la persona. El proceso vital del ser humano unitario se considera homeodinámico [45, 49, 59]. Además, sus conceptos se

asemejan a las concepciones de la cultura oriental, porque Rogers considera la espiritualidad tanto un principio dentro de un sistema, como una manifestación de un proceso en el campo energético de la persona. Esta autora sugiere que la conciencia multidimensional tiene implicaciones para la salud y la curación del proceso humano [49, 59].

En cuarto lugar, Jane Watson, en su filosofía del *caring*, concibe la espiritualidad como una necesidad de cuidado humana, contemplada en algunos de los diez supuestos del *caritas* o cuidado caritativo, como puede observarse a continuación [49, 60]:

- I. Abarca valores altruistas y la práctica de una bondad amorosa para con uno mismo y con los demás.
- II. Inculca la fe y esperanza y el honor de los otros.
- III. Es sensible con uno mismo y los demás, fomentando las prácticas y creencias individuales.
- IV. Desarrolla las relaciones de ayuda y confianza.
- V. Promueve y acepta los sentimientos positivos y negativos como forma auténtica de escuchar la historia del otro.
- VI. Utiliza métodos de resolución de problemas científicos creativos para la toma de decisiones del *caring*.
- VII. Comparte enseñanza y aprendizaje dirigido a las necesidades individuales y estilos de comprensión.
- VIII. Crea un ambiente curativo para el cuerpo físico y espiritual, respetando la dignidad humana.
- IX. Ayuda con las necesidades humanas físicas, emocionales y espirituales básicas.
- X. Abierta al misterio.

Más tarde, Madeleine Leininger en la teoría de los cuidados transculturales, propone una visión amplia sobre la espiritualidad de la persona, relacionada con el sistema de creencias y valores. Puesto que para ella la persona no debe desligarse de estos aspectos, sobre todo en relación a su culturalidad, porque se trata de un ser cuyas expresiones y estilo de vida reflejan su patrón de valores y creencias, y esto es

observable cuando realiza sus prácticas cotidianas, en coherencia con su cultura [45, 49]. Por tanto, esta parte de la espiritualidad de la persona es el eje central de su teoría.

Finalmente, Kristen Swanson, en la Teoría de los cuidados, concibe los cuidados como una manera didáctica de acercarse a la persona con la que adquiere un compromiso y una responsabilidad. De este modo, propone cinco procesos básicos:

- I. Conocimientos: implica esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida del otro, evitando conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado [49].
- II. Estar con: significa estar emocionalmente presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada [49]. Asegura a la persona que su realidad es apreciada y que la enfermera está capacitada y dispuesta a acompañarle. No solo incluye la presencia física sino también el mensaje claro de disponibilidad y la habilidad de soportar con el otro [61].
- III. Hacer por: es hacer por otros lo que se haría por uno mismo si fuera posible. Incluye adelantarse a las necesidades, confrontar, actuar con habilidad y competencia, proteger al paciente respetando su dignidad [49]. Involucra acciones por parte de la enfermera en beneficio del bienestar de la persona, que tienen la intención final de preservar su totalidad [61].
- IV. Posibilitar: designa facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, centrándose en el acompañamiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a los sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y brindando realimentación [49]. Implica brindar entrenamiento, información y explicación al otro; permitirle tener su experiencia, asistirlo en el enfoque sobre asuntos importantes, ayudarlo a generar alternativas, guiarlo hacia una consideración detenida de las cosas, ofrecer realimentación y validar su realidad [61].

- V. Mantener las creencias: implica sostener la fe y las capacidades que tiene el individuo para sobreponerse a eventos o a una transición y afrontar el futuro con un nuevo sentido que inicia y se mantiene con el cuidado de enfermería [61].

Como se ha podido observar, en los procesos básicos se incluye uno llamado “mantener las creencias” relacionado con la espiritualidad de la persona. Por ello, aunque ella no le dé el nombre de “mantener la espiritualidad” entendemos que este concepto forma parte integrante del modelo. Además, el “estar con” es una forma de acompañamiento, por tanto lo podemos considerar una forma de atención espiritual.

2.3.3.4. Modelos y teorías donde no se hace una mención explícita de la noción de espiritualidad

A continuación, expondremos los modelos más destacados donde, pese a no hacerse mención explícita de la espiritualidad se tienen en cuenta aspectos muy relacionados con la dimensión psíquica, los valores y creencias o la realidad personal:

En primer lugar, el modelo de enfermería psicodinámica de Hildegard Peplau considera los aspectos psicodinámicos de la persona, tanto en su desarrollo como tal, como en las fases de la relación interpersonal de la enfermera/o con el paciente. El autoconcepto de la persona individual se encuentra en situación de riesgo durante las relaciones interpersonales y, en ocasiones, puede intentar protegerse inconscientemente a través de diversas formas de conducta [49]. Además, este modelo tiene en cuenta la ética de los valores, y menciona el respeto que debe mantener un enfermero, cualquiera que sea su fe religiosa, sobre las creencias religiosas de los pacientes a los que cuida, en un momento en el que puedan presentar una duda de tipo existencial o espiritual [62, 63].

A continuación, Lydia Hall en su modelo de esencia, cuidado y curación, propone la autoconciencia y la reflexión de la persona como uno de los componentes principales [49].

Sin embargo, el modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson considera la persona como un sistema conductual donde la autorregulación es uno de los siete subsistemas (de afiliación, de dependencia, de ingestión, de eliminación, subsistema sexual, de autorrealización y de agresión/ protección) que mantienen estable su relación con el resto de subsistemas y el entorno [45, 49].

Por su parte, la teoría del desarrollo humano de Rosemarie R. Parse propone como uno de sus principios fundamentales la estructuración del significado de las realidades de la persona, en relación a la forma en que ésta concibe el mundo y a su sistema de valores y creencias [49].

Posteriormente, la teoría de las transiciones de Afaf I. Meleis incluye cuatro tipos de transiciones: desarrollo; salud y enfermedad; situacional; y organizativo. Además, describe como condiciones personales de las transiciones, los significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento [49]. Las condiciones personales de las transiciones propuestas se hallan muy relacionadas con el autoconcepto de la persona y su visión del mundo.

Finalmente, Reed, en su teoría de la autotrascendencia, aborda la vulnerabilidad, el bienestar y la autotrascendencia –concepto muy relacionado con la espiritualidad–. La elaboración de su teoría se debe a su interés por el estudio del bienestar y la espiritualidad en todo lo relacionado con la vida y la muerte, tanto en personas sanas como enfermas. Porque define la vulnerabilidad como la conciencia que tiene una persona sobre su naturaleza mortal [49, 64].

2.3.4. Modelo de Virginia Henderson como referente

Este modelo es, junto con el modelo de Dorothea E. Orem, uno de los más conocidos y trabajados en nuestro entorno sanitario y es considerado el que mejor se adapta a nuestro contexto socio cultural, porque se centra en la función propia de la

enfermera [53]. Cuenta con un instrumento de valoración para las catorce necesidades básicas de cuidados, a partir de las que establece y dirige un plan de atención.

Por otra parte, un plan elaborado y escrito obliga a los enfermeros a reflexionar sobre las necesidades de las personas a las que atienden [65]. Efectivamente, las enfermeras asistenciales tienen un rol determinante en la consecución de la satisfacción de las 14 necesidades básicas. Este modelo, implantado en el HUGTiP desde 1996, propone unos cuidados enfermeros caracterizados por una base humanista, un método científico, la práctica reflexiva, la evidencia clínica y la interacción con la persona, nuestro sujeto de cuidados [66].

2.3.4.1. Espiritualidad en el modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson contempla la espiritualidad humana dentro de una de las 14 necesidades básicas de la persona: la necesidad de vivir según creencias y valores, que lleva el número 11 en su clasificación.

La forma en que se organiza un instrumento de valoración y qué información se obtiene de él influye decisivamente en su capacidad para reunir datos relevantes. En relación a esto, todos los centros disponen de instrumentos de valoración estandarizados, también denominados formatos para la valoración general [27].

Durante la recogida de datos, en la entrevista de acogida inicial, se suele detectar si hay manifestaciones de dependencia o independencia, y en uno de los apartados que contiene las enfermeras pueden conocer la repercusión de su proceso de salud sobre ésta. Así, las preguntas a realizar van encaminadas a conocer la influencia de estos valores y creencias –que pueden ser éticos, filosóficos y religiosos–, en la vida cotidiana y en sus cuidados de salud requeridos. De modo que se pueden detectar conflictos entre los cuidados de salud requeridos durante el proceso de enfermedad y los valores y creencias; prácticas habituales que el paciente pueda realizar, a pesar de estar

pasando por un proceso de enfermedad; recursos para adaptar la situación de salud con la satisfacción de esta necesidad y limitaciones que pueda encontrar [53].

Cabe destacar que Henderson tiene en consideración al individuo como ser único, así, dos pacientes pueden padecer la misma enfermedad de base y, por lo tanto, tener el mismo diagnóstico médico, pero sus necesidades de cuidado van a ser muy diferentes en función de la edad, condiciones físicas, emocionales, socio-familiares, culturales, y espirituales, entre otras [65].

Podríamos deducir que la espiritualidad de la persona y los aspectos relacionados con ella son necesarios para brindar una buena atención integral del paciente, desde una perspectiva humanista, ya que, de lo contrario, se ofrecerían unos cuidados incompletos:

En primer lugar, aunque los diferentes modelos y teorías aportan interpretaciones distintas, en función del paradigma en el que se encuentran y de cómo definen los componentes del metaparadigma enfermero, lo cierto es que la noción de lo espiritual en la disciplina enfermera ha sufrido una evolución. Ha pasado de ser visto como algo más estrictamente relacionado con la dimensión religiosa de la personal, en el paradigma de la categorización, y ha ido realizando una apertura progresiva, en el paradigma de la integración, hasta englobar otros muchos aspectos relacionados con la espiritualidad y con la dimensión psíquica de la persona, –con independencia de la religiosidad o creencias del individuo, respetables en todo caso–, en el paradigma de la transformación. Este hecho proporciona un mejor entendimiento entre enfermera y paciente, además de contemplar que personas de otras culturas pueden requerir una adaptación mutua en el cuidado o que una persona que no se identifica con ninguna creencia religiosa específica tiene necesidades espirituales que requieren atención.

Sin embargo, la presencia de lo espiritual en los modelos y teorías, también puede variar en función de si se habla de ella de forma no explícita (donde se tienen en cuenta aspectos muy relacionados con la dimensión psíquica o con la realidad personal); si se considera un componente ético del cuidado; o si la espiritualidad forma

parte de algún componente o del modelo o teoría. Siempre contemplando la espiritualidad religiosa y la no religiosa.

En conclusión, hay dos formas diferenciadas de considerar este término: una relacionada más directamente con las creencias y prácticas religiosas y otra relacionada con los sentimientos internos de la persona, la paz y armonía, y no necesariamente relacionado con una religión concreta. Esta revisión de modelos, además ha aportado la vertiente relacionada con la ética, por tanto, es enriquecedor considerar estas diferentes interpretaciones a la hora de clarificar el concepto de espiritualidad para enfermería, sobre todo, teniendo en cuenta la corriente filosófica a la que pertenecen y cómo son definidos los componentes del metaparadigma enfermero y su relación con la espiritualidad de la persona.

2.3.5. Las necesidades espirituales en los cuidados de enfermería

A nivel general, las necesidades espirituales son aquellas carencias no resueltas, que exceden lo físico. Son relativas a lo trascendental y al sentido de la existencia, y de su satisfacción depende la atención íntegra a los pacientes. Porque si no se atiende la espiritualidad de la persona no se ofrece una atención holística y se producen déficits en el cuidado enfermero. Realizaremos un acercamiento a estas necesidades, considerando su relevancia y creciente interés durante las últimas décadas, desde distintos ámbitos terapéuticos de la enfermería, y otras disciplinas.

Así, presentamos una definición y tipología de necesidades, seguidas de las necesidades espirituales de la persona enferma, destacando los hallazgos de diversos autores con una reconocida trayectoria investigadora en la materia. Después, se expondrán algunos de los instrumentos de valoración sobre necesidades espirituales más utilizados en la actualidad y, posteriormente, la dificultad de abordaje de las necesidades espirituales en la práctica asistencial.

2.3.5.1. Definición y tipología de necesidades

Según el DRAE (2001), necesidad es una palabra de origen latino, –proveniente de los vocablos *necessitas*, *-ātis-*, que puede atenerse a distintos significados, según el contexto o situación a la que haga referencia: así, puede tratarse de un impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido; de aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir; de una carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida; de la falta continuada de alimento que hace desfallecer a un ser; o del especial riesgo o peligro que se padece, y en que se necesita pronto auxilio [1].

Maslow jerarquiza las necesidades del ser humano en cinco niveles, siendo las más vitales las inferiores, situadas en el nivel básico (respiración, alimentación, descanso, sexo y homeostasis), siguiéndole las superiores, que son, sucesivamente, las de: seguridad, afiliación, reconocimiento y autorrealización. Sin embargo, existen muchos aspectos que deben ser tenidos en cuenta para establecer un orden entre tales necesidades, según las prioridades de cada persona [67]:

Inicialmente, cuando el organismo detecta una carencia, origina un proceso de autorregulación para cubrir cualquier necesidad no resuelta. Sin embargo, cuando la resolución de la necesidad no se alcanza, se desencadenan transformaciones en el comportamiento o bien pueden aparecer enfermedades.

Después, las necesidades inferiores son las más vitales y primarias. Esto hace que su gratificación sea más básica. Por otra parte, a medida que se resuelven estas necesidades, aparecen otras que pueden ser de resolución más compleja, aunque menos imperiosa. Sin embargo, aportan subjetivamente resultados más deseables: mayor felicidad, serenidad y riqueza interior.

En esta misma línea, solo compartimos ciertas necesidades de seguridad y estima con algunos primates superiores. Sin embargo, el orden o aparición de necesidades secundarias no tiene por qué ser el mismo en todos los individuos. Así, un individuo

puede, en un momento dado, privarse de una necesidad considerada básica, para satisfacer una necesidad superior. Por ejemplo, una persona puede preferir satisfacer su necesidad de autorrealización que tener una vida sexual activa. Además, en relación al tema que nos ocupa –la espiritualidad y necesidades espirituales–, un individuo puede preferir ayunar o no comer ciertos alimentos necesarios para el mantenimiento de su salud, en relación a su sistema de creencias.

2.3.5.2. Necesidades espirituales en la persona durante la enfermedad

Maslow no especifica necesidades espirituales en su jerarquía, sin embargo los descriptores de espiritualidad y las necesidades espirituales se sitúan entre las necesidades de seguridad, estima, reconocimiento y autorrealización. Es decir, aquellas necesidades más complejas y que van más allá de lo físico. Por ejemplo, la necesidad de ser reconocido como persona es una necesidad de reconocimiento.

En relación a esto, no existe una dogmática establecida referida a como debe ser la espiritualidad, permitiendo así perspectivas muy amplias y un sincretismo en cuanto a lo espiritual [13]. Siendo éste un aspecto inherente a la propia persona, ésta tendrá una manera de sentirlo y expresarlo y unas necesidades de orden espiritual articuladas dentro de su contexto, cultura o tradición.

Durante el proceso de enfermedad física, las necesidades somáticas pueden ser satisfechas mediante terapias médico-quirúrgicas llevadas a cabo por personal sanitario y, a su vez, pueden aparecer alteraciones psicológicas que requieren asistencia por parte de un psicólogo. Entonces, ¿quién debe hacerse cargo, en un entorno de atención hospitalaria, de las necesidades espirituales? Tengamos en cuenta que las necesidades espirituales pueden hacer referencia al cuestionamiento de los propios valores, del sentido de la vida, al autoconcepto y a otros asuntos, como, por ejemplo, las creencias religiosas [13].

En la década de los sesenta, Cicely Saunders, enfermera asistencial, en un ámbito terapéutico de cuidados paliativos, –donde se ofrece atención a enfermos en la última

etapa de sus vidas—, definió por vez primera el término “dolor total”, que abarca el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual [68]. Esta afirmación destaca dos cosas: la primera es que en el entorno terapéutico de cuidados paliativos hay una evidente preocupación por el bienestar de la persona a nivel holístico, y la segunda es la presencia de necesidades espirituales no satisfechas en las personas en esta etapa final de la vida.

Saunders ofrece una perspectiva enfermera, con una visión holística del paciente. Es por este motivo que en esta investigación se quiere profundizar en la vivencia de los profesionales del equipo de enfermería asistencial sobre la atención a la espiritualidad de sus pacientes, en el área de hospitalización.

La situación de dolor y sufrimiento se dan cuando la persona no puede satisfacer a sus necesidades por sí misma. Sin embargo, la formación y la aproximación de los cuidados se han dirigido principalmente a las necesidades físicas, sobre todo en el ámbito hospitalario. No obstante, en numerosos hospitales se ofrece atención espiritual y religiosa. Además, desde hace algunos años, cada vez son más los que cuentan con personal sanitario que ofrece terapias alternativas, tales como el Reiki, que fue reconocida por la OMS en el año 2000 como terapia complementaria [69]. En esta línea, a nivel estatal, Batista destacó mejoras en los pacientes tras la aplicación de las terapias de toque terapéutico. Este estudio contribuyó con el Sistema Nacional de Salud, por su beneficio y bajo coste [70]. Sin embargo, son aplicadas como ayudantes a la terapia médico-quirúrgica tradicional por lo que no se valora su efectividad por sí mismas.

Por otra parte, Muñoz-Devesa, en colaboración con Bermejo y otros autores del Centro de Humanización de salud Tres Cantos, en un trabajo reflexivo aplicable tanto a áreas de hospitalización como a pacientes crónicos en general sobre sufrimiento espiritual como diagnóstico enfermero, pone de manifiesto que todo ser humano sufre por causa de la enfermedad a todos los niveles: físico, psicológico, social y espiritual. La carencia de una atención holística, si no se atiende la espiritualidad de los pacientes, repercute considerablemente en el proceso de recuperación y estancia hospitalaria

[71]. Además, resalta que se tienen más asumidos los cuidados espirituales en entornos terapéuticos donde el paciente se encuentra cercano a la última etapa de su vida.

Finalmente, en esta misma línea, dentro de los ámbitos terapéuticos de cuidados oncológicos, socio-sanitarios y paliativos, la atención espiritual adquiere mayor prioridad por parte de los profesionales sanitarios. Muestra de ello son algunos de los estudios realizados por equipos interdisciplinarios de salud en relación a las necesidades espirituales de los enfermos en la última etapa de su ciclo vital. Así, mostramos tres trabajos publicados, en este contexto de cuidados, a nivel estatal:

José Carlos Bermejo es el director del Centro de Humanización de salud Tres Cantos. En algunos de sus trabajos, reflexiona sobre las necesidades espirituales juntamente con el resto (somáticas, psicológicas y sociales) [72, 73]. Al final del trabajo, expone cómo pueden ser éstas atendidas, a través del acompañamiento

Otro trabajo interdisciplinario es el coordinado por Benito, Barbero y Payás para la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que, desde distintas perspectivas, aborda la espiritualidad como dimensión intangible, buscando, desde su inicio, una aproximación humanista aconfesional. Para que todas las personas atendidas puedan sentirse respetadas y cómodas –independientemente de su sistema de creencias–, realizaron un marco teórico, proponiendo una conceptualización sobre espiritualidad y necesidades espirituales. Después, propusieron una guía de exploración de necesidades espirituales y una propuesta de guía de acompañamiento. A continuación, ofrecieron un glosario, casos reales y lecturas recomendadas, finalizando el trabajo con unas reflexiones conclusivas [74].

Conjuntamente, estas dos publicaciones, contextualizadas en el ámbito de los cuidados paliativos, tienen en común un propósito reflexivo para la mejora de la práctica asistencial y la humanización del trato con los pacientes y familiares. También coinciden en los resultados de sus búsquedas bibliográficas, mencionando a expertos

como Jomain, Saunders o Torralba. Éste último propone como métodos de acompañamiento el diálogo y la empatía [75].

Además, en otro trabajo, Torralba clarifica unas cuestiones previas sobre lo espiritual, para exponer posteriormente doce necesidades espirituales en los seres humanos, que pueden aflorar en determinados momentos de sus vidas: necesidad de sentido; de reconciliación; de reconocimiento de la identidad; de orden; de verdad; de libertad; de arraigo; de orar; simbólico-ritual; de cumplir con el deber y de gratitud [13]. Algunas de estas necesidades aparecen como punto de partida de estos trabajos reflexivos, como, por ejemplo, la necesidad de encontrar sentido a la vida.

En tercer lugar, el trabajo elaborado por Ramió y colaboradores, es una investigación realizada desde el entorno terapéutico de la atención pastoral sanitaria de San Juan de Dios, –Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER)–, que profundiza en las necesidades espirituales de las personas enfermas en la última etapa de sus vidas, desde la perspectiva de las propias personas afectas y sus familiares, mediante un estudio cualitativo fenomenológico, que tiene como propósito contribuir a la reflexión y el fortalecimiento de la atención integral y el acompañamiento espiritual [76].

En este trabajo se parte inicialmente de siete necesidades espirituales: necesidad de ser reconocido como persona; de esperanza; de encontrar sentido a la vida; necesidades éticas; estéticas; religiosas; y necesidades ante la proximidad de la muerte. Tras la realización de una serie de entrevistas en profundidad y la realización de grupos de discusión formados por profesionales interdisciplinarios, se identifican cinco necesidades espirituales establecidas para el proceso final de la vida: ser reconocido como persona; encontrar sentido a la vida; necesidades estéticas; necesidades religiosas; y necesidades ante la proximidad de la muerte. Todas ellas separadas en tres categorías.

Asimismo, en este mismo trabajo se hace referencia a las fases de duelo propuestas por Elisabeth Kübler Ross [77]. Ciertamente, un paciente puede encontrarse en alguna

de estas fases de duelo cuando recibe un diagnóstico. Por ejemplo, hay pacientes recién ostomizados que no se sienten preparados para asumir actividades de educación sanitaria porque no han terminado de aceptar su nueva situación. Por eso, en las guías educacionales y en el documento de alta de enfermería se tiene en cuenta la fase de duelo en la que se encuentra el paciente.

A nivel internacional, en el campo de la Psicología, sin embargo, se relaciona la aparición de estas necesidades con situaciones de cronicidad, como, por ejemplo, el trabajo de Rivera-Ledesma, de la Facultad de Psicología de Universidad Nacional Autónoma de México, realiza un trabajo reflexivo, a partir de diferentes investigaciones que aportan evidencia sobre la importante asociación entre la vida espiritual, la salud física y la mental y los diferentes instrumentos psicométricos desarrollados para la evaluación de estas relaciones [78]:

En este trabajo, se pone de manifiesto que las necesidades espirituales son más evidentes en diferentes entornos terapéuticos del ámbito clínico, siendo los más frecuentes aquellos en los que una persona puede enfrentarse a su propia enfermedad, su muerte o la de un familiar, y se pregunta cómo deben ser éstas atendidas y por quién. Expone la necesidad de una clarificación en los roles del equipo interdisciplinario, que consta de médicos, enfermeros, psicología, psiquiatría y líderes espirituales, constatando que cada disciplina tiene un discurso acorde a su actividad y límites operativos que aportan una visión diferente sobre el paciente y sus necesidades, con diferentes abordajes.

Finalmente, describe cuatro necesidades espirituales: necesidad de significado y propósito; de dar y recibir amor; de esperanza y creatividad; y de perdón. Al final del trabajo, concluye que el paciente es quien hace la demanda a cualquiera de éstos profesionales y que éstos deben estar preparados para atenderla, ya sea mediante la atención directa o la delegación de ésta a otro profesional. Destaca enfermería como punto de contacto emocional con el ámbito hospitalario, aunque en algún caso se delegue esta atención, por mediación del médico, a otros profesionales, por falta de tiempo o recursos.

En la disciplina médica, destaca el trabajo de Puchalski [79] que, en un entorno de cuidados paliativos –adonde los pacientes se encuentran en su última etapa vital–, propone herramientas para que los profesionales dirijan y respeten las necesidades espirituales de sus pacientes, desde un punto de vista multicultural, considerando tradiciones como el judaísmo, el cristianismo y el islamismo. Cristina Puchalski es la fundadora del George Washington Centre for Spirituality and Health, donde se sigue abriendo nuevos caminos en la comprensión e integración de la atención espiritual en cuidados paliativos y cuidado, en un amplio espectro de sistemas de salud. Recientemente co-fundó la Red Global de Espiritualidad y Salud y colabora en el Comité Ad Hoc para la resolución de Cuidados Paliativos de la OMS.

Finalmente, Harold Köenig dirige el centro de espiritualidad, teología y salud, en la universidad de Duke, en el ámbito de atención psiquiátrica y ciencias de la conducta. Tiene una larga trayectoria investigativa sobre espiritualidad y religiosidad. Entre sus trabajos destaca una revisión sistemática sobre religión, espiritualidad y salud [80].

En la disciplina enfermera, la espiritualidad y las necesidades espirituales de los pacientes vienen siendo un tema de interés desde hace varias décadas. En relación a las necesidades espirituales, destacan principalmente los trabajos de expertos en la materia, procedentes de diversos centros universitarios británicos, del Canadá y Estados Unidos:

A continuación, presentamos una tabla con un comentario conclusivo sobre las diferentes publicaciones de los autores más destacados que, además de tener una larga trayectoria investigativa sobre la espiritualidad, han trabajado sobre las necesidades espirituales desde la disciplina enfermera. (Ver Tabla 2)

Tabla 2: Comentario sobre diferentes publicaciones internacionales que abordan las necesidades espirituales, desde una perspectiva enfermera:

UNIVERSIDAD, PAÍS Y AUTOR	CITA DE LA PUBLICACIÓN SOBRE NECESIDADES ESPIRITUALES Y COMENTARIO
Universidad de Hull. Reino Unido McSherry	<p>McSherry, W. Smith, T. How do children express their spiritual needs? <i>Paediatric Nursing</i>, 2007 Apr; 19(3): 17-20. Destacó que las enfermeras deben entender y respetar la forma en que los niños expresan su espiritualidad, considerando que ellos tienen una serie de ideas preconcebidas, preocupaciones, miedos y fantasías relacionadas, en general, con su nivel de desarrollo cognitivo. Este artículo aporta ejemplos sobre las vivencias de niños en diferentes situaciones y edades y propone la inclusión de las necesidades espirituales en la práctica enfermera, lo que requiere una actitud de apertura por parte de éstas.</p> <p>Lewinson, L.P. McSherry W. Kevern, P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. <i>Nurse Education Today</i> 2015; Jan 31. [Publicación online]</p> <p>Resaltó que las enfermeras son conscientes de su falta de conocimientos, comprensión y habilidades en el área de la espiritualidad y la atención espiritual, y desean ser mejor formadas y capacitadas en esta área.</p>
Universidad de Hull. Reino Unido Narayanasamy	<p>Responses to the spiritual needs of older people. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 2004; 48(1): 6-16.</p> <p>Exploró las percepciones del personal de enfermería en un ámbito de cuidados a las personas ancianas, identificando cinco factores que influyen en las NE de los pacientes: creencias religiosas y práctica; absolución; búsqueda de conectividad; seguridad y confort; y sanar o buscar significado y propósito. A partir de estos factores, las enfermeras buscan la manera de dar respuesta a través de una serie de intervenciones.</p> <p>Posteriormente, presentó dos estudios sobre NE en pacientes de Neuro-oncología:</p> <p>Narayanasamy, A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 2010 Aug; 19(15-16); 2128-36.</p> <p>Narayanasamy, A. Nixon, AV An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. <i>BioMed Central Nursing</i>, 2013 Feb.1:12:2</p> <p>El primero habla desde una perspectiva de los pacientes y el segundo desde una perspectiva de los profesionales de enfermería. En ambos se realiza un cuestionario de técnica de incidentes críticos (CIT)⁵</p> <p>Logró diferentes perspectivas, por mostrar la visión de profesionales y pacientes por separado y por tratar pacientes en diferentes situaciones de salud. Esto permite un mejor acercamiento y abordaje, estableciéndose comparaciones y buscando nexos comunes.</p>
Universidad de South Wales. Reino Unido Ross	<p>Ross, L. Spiritual aspect of Nursing. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 1994;19; 489-447.</p> <p>Ofrece seis categorías de NE, tras realizar un estudio sobre las percepciones del personal de enfermería, en un entorno terapéutico de hospitalización: necesidad de significado, propósito y plenitud; necesidad de dar y recibir amor y perdón; necesidad de esperanza y creatividad; necesidad de creencia y fe; necesidad de paz y confort; y miscelánea. Este trabajo ofrece un marco teórico bastante amplio sobre espiritualidad y necesidades espirituales ya en 1994, proponiendo además una guía de procedimientos y la satisfacción de las necesidades espirituales alteradas, mediante el proceso de atención enfermero (PAE).</p> <p>Ross, L. Elderly patients' perception of their spiritual needs and care: a pilot study. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 1997; 26; 710-715.</p> <p>Describe NE de pacientes con fallo cardíaco en estadio terminal y sus cuidadores, menciona 5 NE descritas en una muestra de 685 enfermeras y 5 pacientes. Relacionadas con religión; significado y sentido; amor y pertinencia; muerte y moralidad.</p>

Fuente: Elaboración propia.

⁵ La técnica de incidentes críticos, es una valiosa técnica de investigación cualitativa y flexible, que permite comprender la interacción de las acciones de los trabajadores en el complejo contexto de la salud.

Tabla 2: Comentario sobre diferentes publicaciones internacionales que abordan las necesidades espirituales, desde una perspectiva enfermera (Continuación):

UNIVERSIDAD, PAÍS Y AUTOR	CITA DE LA PUBLICACIÓN SOBRE NECESIDADES ESPIRITUALES Y COMENTARIO
Reino Unido Draper	Draper, P. An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. <i>Journal of Nurse Management</i> , 2012 Dec; 20(8):970-80. doi: 10.1111/jonm.12005 Destaca cuatro aspectos fundamentales en relación NE que detallamos a continuación: 1. La evaluación espiritual es un tema cada vez más importante para la práctica de enfermería. 2. La gama de instrumentos cuantitativos fiables y válidos para su uso en la práctica clínica es limitada. 3. No hay solapamiento en los dominios y categorías de la espiritualidad identificados por los investigadores cuantitativos y cualitativos. 4. Los gestores de enfermería que buscan introducir evaluación espiritual lo harán en el contexto de un debate profesional sobre la relevancia de la espiritualidad para la práctica contemporánea.
Universidad de Bufallo Estados Unidos Seesana	Seesana, L. Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2011 Aug; 67(8):1677-94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05596.x. Resalta que, a pesar de las diferencias entre las necesidades propiamente espirituales y las religiosas, se sigue haciendo referencia a ambas indistintamente.
Universidad City of hope Canadá Ferrel	Ferrel, B. Deriving meaning and faith in caregiving. <i>Seminars in Oncology Nursing</i> , 2012 Nov; 28(4):256-61. doi: 10.1016/j.soncn.2012.09.008. Destaca que no sólo los pacientes presentan necesidades espirituales que requieren atención, sino, también, los familiares que cuidan de ellos. Y éstas pueden requerir atención en cualquier fase del proceso de la enfermedad. Además, señala al personal de enfermería como referente, tanto para la valoración de las necesidades, como para el apoyo requerido.

Fuente: Elaboración propia.

Por todo esto, abordar las necesidades espirituales desde distintas perspectivas hace que surjan diferentes tipologías, en función de la perspectiva del autor y el contexto de cuidados en que se encuentra la persona en la que pueden surgir éstas. Además, la situación de última etapa vital, pese a ser la más frecuentemente relacionada, no es la única en la que se hacen más evidentes. Sin embargo, pese a ser abordadas desde distintas perspectivas, aparecen algunas similitudes ya que, si comparamos las necesidades espirituales explicadas en los distintos trabajos, procedentes de distintos entornos terapéuticos, algunas de ellas tienen los mismos descriptores, como, por ejemplo, la necesidad de propósito y sentido de la propia existencia. En esta tesis nos basaremos en las necesidades espirituales de la persona enferma propuestas por Bermejo [72] y Barbero, Benito y Payás [74], porque se realizará el estudio de investigación en el ámbito de atención hospitalaria.

Finalmente, las necesidades espirituales requieren ser atendidas por alguien que tenga conocimientos sobre cuestiones relativas a valores, creencias, ética, religiosidad y trascendencia y una preparación suficiente para ayudar a la persona a satisfacerlas. Por ello se consideran adecuados el personal religioso y el personal enfermero, porque ambos tienen conocimientos en estas áreas mencionadas y su capacidad de realización de escucha activa y respeto.

2.3.6. Espiritualidad en el proceso de atención de enfermería (PAE)

Los cuidados de enfermería tienen la finalidad de satisfacer las necesidades de cuidado para mantener la salud de las personas y grupos poblacionales. Las enfermeras asistenciales de entornos sanitarios, en su práctica diaria, cuidan de los pacientes de una manera organizada y sistemática, realizando observaciones significativas y útiles, objetivar los datos que recoge durante la observación y argumentar científicamente aquello que conoce empíricamente y registrarlo posteriormente para la continuidad de cuidados, como ya consideraba Florence Nightingale, la precursora de la enfermería moderna [27].

Así, el proceso de atención de enfermería y planes de cuidados estandarizados, –relacionados con el motivo de ingreso del paciente y el tipo de intervención médica, diagnóstica o quirúrgica que se le realiza durante su estancia hospitalaria–, se adaptan a las situaciones concretas de los pacientes para individualizar sus cuidados y adaptarlos a sus necesidades, de forma integral, dando respuesta a los diferentes diagnósticos enfermeros que presentan.

Tanto Carpenito como la NANDA⁶ (2012-2014) definen diagnósticos de enfermería relacionados con la espiritualidad que pueden ser añadidos a los planes de cuidados por las enfermeras. Este apartado dará a conocer los diferentes diagnósticos enfermeros que se relacionan con la espiritualidad y las necesidades espirituales de las

⁶ NANDA: North American Nursing Diagnosis Association (=Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería). Es una sociedad científica, fundada en 1982, con el objetivo de estandarizar los diagnósticos de enfermería.

personas, mostrando así que los cuidados enfermeros no son sólo físicos, sino que incluyen la esfera psicológica, social, cultural y espiritual del ser humano [81, 82].

Las disciplinas científicas utilizan el método científico como abordaje sistemático para resolver preguntas o problemas. En enfermería, utilizamos el proceso de atención de enfermería (PAE), que es la aplicación del método científico a la práctica asistencial y permite al personal enfermero ofrecer los cuidados de forma racional, lógica y sistemática. Además tiene un marco conceptual que responde a las necesidades de los pacientes brindando unos cuidados de calidad.

Rosalinda Alfaro define PAE como un método dinámico y sistematizado que permite dar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos o criterios de resultado, mediante intervenciones enfermeras eficaces [27]. Éstas serán debidamente planificadas y documentadas.

Se trata de un proceso humanista porque está basado en la idea de que mientras las enfermeras planifican y ofrecen cuidados, consideran a la vez los intereses, ideales y deseos de los pacientes y familiares. Por lo tanto, las necesidades espirituales son tenidas en cuenta, junto con el resto.

El PAE consta de 5 pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. En cada una de ellos se realizan acciones deliberadas y eficientes para obtener resultados favorables y beneficiosos para el paciente. Los pasos del PAE, además de ser correlativos, se interrelacionan y son dinámicos, porque cada uno de ellos depende del anterior y la evaluación final resulta determinante, ya que en función del resultado, se hace preciso modificar los anteriores.

En la valoración –que debe ser individualizada–, se recopilan los datos de la persona, con el propósito de conocer la situación de salud, su respuesta y su vivencia. En ella se

efectúa una valoración física enfermera y se formalizan preguntas destinadas a conocer cuáles son las necesidades de cuidado del paciente, según un instrumento diseñado para ello.

En el hospital donde se realiza este estudio, se sigue la filosofía de Virginia Henderson y se realiza la valoración focalizada del paciente adulto mediante el software *Gacela Care* –perteneciente al proyecto Argos asistencial, implementado en los hospitales del Institut Català de la Salut (ICS) en 2007, en el que *Gacela Care*, integrado en SAP y perteneciente al Programa ARES, gestiona los planes de cuidados enfermeros [66]–. Este software se ha ido implementando en los diferentes hospitales del ICS, gracias al trabajo de la Dra. Eulalia Juvé, coordinadora de los hospitales del ICS y directora del proyecto, Cristina Matud, supervisora del grupo Ares y los directores de enfermería de los centros hospitalarios del ICS [83, 84].

En la valoración del paciente durante su ingreso hospitalario en cualquier unidad hospitalaria convencional, aparece un cuestionario con un apartado referido a la valoración de la adaptación, en relación al proceso de enfermedad, de tal modo que se puede realizar un registro sobre la situación de espiritualidad de la persona en ese instante, con una serie de características de normalidad y manifestaciones clínicas de necesidad de ayuda relacionadas, en función de su estado, como se pueden observar en la imagen, a continuación:

Gacela care®, utiliza una terminología interfase ATIC® que trata de acercar el vocabulario taxonómico al lenguaje normalizado. La terminología empleada contiene diferentes dominios: intervenciones y actividades enfermeras; problemas reales; problemas de riesgo; factores relacionados, factores de riesgo y manifestaciones clínicas; características de normalidad, agrupadores; planes de cuidados y protocolos [84, 85]. (Ver Anexos: nº11. Fig. A1.)

Desde ATIC®, la persona es definida como un ser humano integral, cuya evolución y razón de ser en calidad de unir los distintos componentes de un todo, integrando sus tres dimensiones [83, 85]:

- El ser físico: Incluye las funciones biológicas necesarias para la vida orgánica.
- El ser consciente: Contempla las experiencias y fenómenos relacionados con el dolor; la percepción; la memoria; la comunicación; la comprensión; los trastornos de organización y expresión de lo emocional; y la espiritualidad y la conciencia de lo trascendental.
- El ser autónomo: Contiene el pensamiento ético, el ideal moral, la autonomía y toma de decisiones.

Así, si una persona se encuentra en un estado de bienestar espiritual, enmarcado dentro de las características de normalidad, los cuidados enfermeros relacionados se destinarán al mantenimiento de éste. Sin embargo, si presentara manifestaciones clínicas de necesidad de ayuda, los cuidados se destinarían a resolver las carencias que presentara. Pero, si presentase un malestar espiritual y un conflicto en sus creencias en relación al ingreso hospitalario y al motivo del mismo, las actividades enfermeras se encaminarían a la clarificación de valores y creencias, al apoyo espiritual y/o a facilitar la práctica religiosa, en función de su caso individual.

2.3.6.1. Diagnósticos enfermeros relacionados con la espiritualidad

Un diagnóstico de enfermería es la emisión de un desenlace que surge de la valoración realizada y se define como un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad, a los problemas de salud reales o potenciales, o procesos de vida [27, 81]. Éstos sirven de base para la selección de las intervenciones dirigidas a alcanzar los resultados para los que enfermería tiene responsabilidad.

Cada diagnóstico enfermero presenta unas características definitorias y unos factores relacionados [81]:

- Las características definitorias presentes en las personas, las familias y las comunidades se pueden observar y verificar y se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.
- Los factores relacionados pueden constituir un antecedente; estar asociados o relacionados; o contribuir o favorecer un diagnóstico enfermero.

La necesidad de estandarizar el lenguaje enfermero es un tema al que se han dedicado en profundidad las enfermeras de muchos países, desde asociaciones como NANDA Internacional. Tal es el caso de la Asociación Europea para Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería Comunes en Europa (ACENDIO), y la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE), que se centra de manera constante en esta importancia tratando de aportar una validez interna a los instrumentos que utilizamos dentro del lenguaje enfermero. AENTDE es una asociación científica, de carácter profesional, que nace con voluntad integradora. Su propósito es organizar y fomentar el conocimiento y la utilización de las nomenclaturas enfermeras, como contribución específica al desarrollo del rol propio y de la ciencia enfermera, en beneficio de la salud de los ciudadanos y de los miembros de la Asociación. Agrupa a más de 400 enfermeras, que trabajan con el diagnóstico de enfermería independientemente del sistema de clasificación que utilicen, ya sea Carpenito o NANDA, por ejemplo.

Así, mediante el PAE, se detectan problemas o carencias en relación a las necesidades de cuidado espiritual. Por ejemplo Carpenito y NANDA, contemplan y describen diagnósticos enfermeros relacionados con la espiritualidad. También se identifican los problemas de colaboración, definidos así por Carpenito como ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado. Las enfermeras manejan los problemas de colaboración utilizando intervenciones prescritas por médicos u otros profesionales e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos [82]. Efectivamente, el tratamiento se realiza de forma conjunta. Enfermería controla su inicio y evolución y son nombrados con

terminología médica. Los problemas de colaboración aparecen en Gacelacare® como problemas interdependientes.

En la edición de 2002, Carpenito define el sufrimiento espiritual como un estado en el que la persona o grupo de personas experimentan o están en riesgo de experimentar un trastorno en sus creencias o sistema de valores, que constituyen su fuerza, esperanza y significado para su vida [86]. Además, en sus afirmaciones hace referencia a algunos de los autores que han abordado el tema de la espiritualidad durante años, tales como Burkhart, Emblen; Carson; y Piles, entre otros⁷.

Por su parte, la NANDA, define el sufrimiento espiritual como el deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo [81].

Posteriormente, en la edición de 2012 de NANDA, tras su debido proceso de consenso, se crean más diagnósticos relacionados con la espiritualidad, y, además la definición de sufrimiento espiritual se ha visto modificada, considerándose como el deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada [87].

En mi opinión, ambas visiones son reduccionistas por no estar relacionadas con algunas de las necesidades espirituales. Sin embargo, hay otros diagnósticos enfermeros en la NANDA que sí responden a otras necesidades espirituales. Tal es el caso de los diagnósticos enfermeros de: desesperanza, ansiedad ante la muerte o sufrimiento moral.

⁷ Los autores mencionados han publicado diferentes trabajos sobre espiritualidad en las fechas que han sido indicadas. Carpenito (2002), los menciona en su estudio, aunque no hace referencia a todas las obras de estos autores.

MARCO TEÓRICO
CAPÍTULO 2: ESTADO DEL PROBLEMA

En las ediciones de 2002, el diagnóstico de sufrimiento espiritual propuesto por Carpenito se relaciona con la necesidad espiritual de expresar sentimientos y vivencias religiosas y con la necesidad de trascendencia. Mientras, el que propone NANDA se relaciona con la necesidad de ser reconocido como persona y la de encontrar sentido a la existencia [86]. En este sentido, la necesidad de esperanza se relaciona con el diagnóstico de desesperanza, la necesidad de continuidad con el diagnóstico de ansiedad ante la muerte y la necesidad de liberarse de culpa con el diagnóstico de sufrimiento moral. Por tanto, estos últimos diagnósticos enfermeros que, a priori no parecen relacionarse con la espiritualidad, pero, se corresponden con algunas necesidades espirituales no satisfechas (Ver tabla 3).

A continuación, se presenta un cuadro con las Necesidades espirituales y diagnósticos enfermeros relacionados:

Tabla 3: Necesidades espirituales de la persona enferma y diagnósticos enfermeros relacionados:

Necesidades espirituales en la enfermedad (Bermejo, 2008) (Barbero, Bayés, Payàs, 2009)	Diagnósticos enfermeros relacionados
Ser reconocido como persona	Sufrimiento espiritual (NANDA, 2002, 2012)
Releer la propia historia	Sufrimiento espiritual (NANDA, 2012, 2012)
Necesidad de encontrar sentido	Sufrimiento espiritual (NANDA, 2002, 2012)
Liberarse de culpa, perdonarse	Sufrimiento moral (NANDA, 2002, 2012)
Trascendencia: depositar la vida en algo más que sí mismo	Sufrimiento espiritual (Carpenito, 2002, 2013)
Continuidad. (Qué sucederá cuando yo fallezca)	Ansiedad ante la muerte (NANDA, 2002, 2012)
Esperanza auténtica, no falsas esperanzas	Desesperanza (NANDA, 2002, 2012)
Expresar sentimientos y vivencias religiosas	Sufrimiento espiritual (Carpenito, 2002, 2013)

Fuente: Bermejo, J-C. Papel de los aspectos espirituales y religiosos en la actividad de cuidar. Sevilla: 2008.

Benito, E. Barbero, J. Payàs, A. El Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta. Madrid: 2008.

En la edición de 2013, Carpenito incluye la versión de NANDA 2012-2014 en su manual de diagnósticos enfermeros [82]. En esta obra ofrece varias descripciones y distinciones entre espiritualidad y religiosidad. Además, ofrece referencias de los

autores que han abordado el tema de la espiritualidad desde la disciplina enfermera y otras ciencias⁸. Entre ellos destacan Puchalski, Wright y Burkart. Esta edición contempla así más aspectos relacionados con la espiritualidad y necesidades espirituales y es mucho más completa que las anteriores.

NANDA parte del dominio 10, que se corresponde con los principios vitales, divididos en tres clases: Clase 1: Valores; Clase 2: Creencias; y Clase 3: Congruencia entre Valores y Creencias. De tal modo que aparecen más diagnósticos enfermeros relacionados.

A simple vista, puede parecer que los diagnósticos enfermeros relacionados con espiritualidad son: sufrimiento espiritual y deterioro de la religiosidad. Sin embargo, si analizamos las características definitorias de cada diagnóstico enfermero y consideramos las necesidades espirituales, no solamente observamos que aparecen los diagnósticos enfermeros de *sufrimiento moral* y *desesperanza*, sino también el de *deterioro de la toma de decisiones*. Pero, si buscamos la satisfacción de estas necesidades espirituales, llevaremos a la persona a una situación de *bienestar espiritual*, una *disposición para mejorar la esperanza* y una *disposición para mejorar la toma de decisiones*.

A continuación se presenta un cuadro con los diagnósticos enfermeros relacionados con espiritualidad y necesidades espirituales, en la siguiente página (Ver Tabla 4).

⁸ Los autores mencionados han publicado diferentes trabajos sobre espiritualidad. Carpenito los menciona en su obra, aunque no menciona todas las obras de estos autores.

Tabla 4: Diagnósticos enfermeros, dominios y su correspondencia con las necesidades espirituales:

Diagnóstico de enfermería	Dominio	Necesidad espiritual relacionada
Sufrimiento espiritual	10 Principios vitales	Necesidades espirituales no cubiertas (cualquiera de ellas)
Bienestar espiritual	10 Principios vitales	Necesidades espirituales cubiertas
Deterioro en la toma de decisiones	11 Seguridad y protección	Necesidad de encontrar sentido
Sufrimiento moral	10 Principios vitales	Necesidad de liberarse de culpa, perdonarse
Deterioro de la religiosidad	10 Principios vitales	Necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosas
Desesperanza	10 Principios vitales	Necesidad de esperanza auténtica, no falsas esperanzas
Deterioro de la resiliencia personal	9 Afrontamiento y tolerancia al estrés	Necesidades espirituales no cubiertas (cualquiera de ellas)

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Johnson, M. et Al. Vínculos NANDA, NIC y NOC. 3ª Ed. Madrid- Elsevier: 2012.

Bermejo, J-C. Papel de los aspectos espirituales y religiosos en la actividad de cuidar. Sevilla: 2008 y

Benito, E. Barbero, J. Payás, A. El Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta. Madrid: 2008.

Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 9ª Ed. Barcelona- Elsevier; 2013.

Sin embargo, no debemos olvidar que esto son estándares y que cada persona tiene su situación y vivencia individual. Por lo tanto, en cada caso presentará unos diagnósticos u otros, en función de las necesidades espirituales que necesite cubrir. Además, un buen estado de la espiritualidad contribuye al afrontamiento de la enfermedad.

2.3.6.2. Criterios de resultado relacionados

La clasificación de resultados de enfermería (*Nursing Outcomes Classification, NOC*) nombra, estandariza y promueve medios para medir los resultados del cuidado de enfermería esperados en los pacientes. Éstos incluyen el bienestar y el confort del paciente; los cambios en su estado fisiológico; y la prevención de molestias. Los resultados no miden únicamente estados funcionales o fisiológicos, sino que valoran también el estado psicosocial, de conocimientos y de conducta, y lo hace para el paciente, la familia o la comunidad, ofreciendo resultados para unos cuidados que

centran su atención en la persona en conjunto, no solo en el aspecto físico, sino también psicológico, social y espiritual. [87]

El centro de las clasificaciones de enfermería y la efectividad clínica (*Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness*) ayuda a responder a la pregunta de si las acciones de los profesionales de enfermería ejercen un impacto real en los resultados alcanzados por los pacientes o cómo contribuye el trabajo de los enfermeros dentro del equipo de cuidados, mediante el desarrollo de dos lenguajes normalizados que se utilizan tanto para el registro como para el estudio de los cuidados. Fue fundado en 1995 para llevar a cabo la investigación de la clasificación de intervenciones y de resultados de enfermería. Con el propósito de facilitar el desarrollo continuo y el uso de la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) y la clasificación de resultados de enfermería (NOC). [87]

Los resultados definen un estado del paciente en un determinado momento pudiendo indicar una mejoría o un deterioro del estado del diagnóstico que se valora de la persona, comparándolo con la valoración realizada anteriormente. Por lo tanto, describen estados post-intervención. [87]

Así, los criterios de resultado que se buscan mediante la planificación de intervenciones y actividades relacionadas cuando estamos tratando un diagnóstico de sufrimiento espiritual son los siguientes [88]: Calidad de vida; disposición para mejorar la esperanza; disposición para la toma de decisiones; implicación social; muerte digna; y salud o bienestar espiritual.

2.3.6.3. Intervenciones y actividades relacionadas

La NIC (Clasificación de Intervenciones Enfermeras) es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que llevan a cabo las enfermeras. El centro de interés de dichas intervenciones es la conducta enfermera y todo aquello que realiza enfermería para ayudar al paciente a conseguir los resultados planteados. Los

lenguajes enfermeros vistos hasta ahora, los diagnósticos enfermeros de la NANDA y la clasificación de resultados enfermeros NOC, tenían como centro de interés a la persona, al paciente; sin embargo, las intervenciones están centradas en el profesional. Tienen cabida en cualquier modelo o teoría enfermera y son compatibles con cualquier marco de la práctica de cuidados enfermeros. [87]

Las intervenciones y actividades relacionadas para cada uno de criterios de resultado de sufrimiento espiritual son los siguientes [88]: Escucha activa; asesoramiento; clarificación de valores; apoyo espiritual; dar esperanza; potenciación de la socialización; apoyo en la toma de decisiones, aumentar el afrontamiento; y facilitar el crecimiento espiritual.

Para concluir, podríamos decir que lo largo de los últimos años, NANDA y Carpenito han tenido en consideración el diagnóstico real o potencial de sufrimiento espiritual, y tras el debido consenso, se han ido creando más diagnósticos enfermeros relacionados con la espiritualidad. Además, si añadimos las necesidades espirituales de los pacientes propuestas por Bermejo [73] y Benito, Barbero y Payás [74] en la búsqueda de diagnósticos enfermeros relacionados con la espiritualidad, aparece una mayor cantidad de diagnósticos aunque no todos pertenezcan al mismo dominio al que pertenece la espiritualidad, a pesar de estar estrechamente relacionados.

Los profesionales de enfermería atienden la espiritualidad de sus pacientes de forma espontánea sin poner una etiqueta diagnóstica, como señala Sánchez Herrera [89]. Porque no hay una unificación de criterios a nivel profesional, pese a haber una etiqueta diagnóstica establecida desde hace años que identifique cada diagnóstico enfermero relacionado con la espiritualidad de la persona, como se ha mostrado en este capítulo.

La utilización de un instrumento que valorase el estado de la espiritualidad de la persona en aquellos casos en que los profesionales lo considerasen oportuno –tales como los casos de enfermedades incurables o mala aceptación de la enfermedad–, promovería el uso de un lenguaje común y facilitaría diagnosticar adecuadamente la

situación de la persona para realizar actividades adecuadas y procuraría la continuidad de cuidados, como ya se viene haciendo con ayuda del software informático Gacela care®, con algunas actividades relacionadas con cuidados físicos. Tal es el caso del uso de la escala EMINA para valorar el riesgo de presentar úlceras por decúbito. Así, enfermería pasa la escala EMINA periódicamente, y, en función del resultado, se cargan en Gacela care® unas actividades u otras. De este modo, las enfermeras conocen mejor el lenguaje de la taxonomía diagnóstica NANDA utilizada en este software, a la vez que realizan las actividades de cuidado relacionadas. Sin embargo, –bajo mi punto de vista como enfermera asistencial y tutora de prácticas–, este lenguaje resulta complicado para algunas enfermeras y auxiliares de enfermería asistenciales y, por supuesto, para los pacientes, debido a la diferencia entre el lenguaje académico y la actividad asistencial real.

A continuación, en la siguiente página, presentamos una tabla con las relaciones establecidas entre los principales diagnósticos enfermeros relacionados con la espiritualidad, establecidos por NANDA, la clasificación de objetivos (NOC) y las intervenciones (NIC) (Ver Tabla 5).

Tabla 5: Relaciones entre diagnósticos enfermeros NANDA relacionados con la espiritualidad, NOC y NIC:

Diagnósticos de enfermería NANDA	NOC	NIC
Sufrimiento espiritual	Esperanza Salud espiritual	Clarificación de valores Escucha activa Presencia Apoyo espiritual Terapia artística Musicoterapia Biblioterapia
Bienestar espiritual	Salud espiritual	Apoyo espiritual Escucha activa Facilitar el crecimiento espiritual
Deterioro en la toma de decisiones	Capacitación en la toma de decisiones	Asesoramiento Escucha activa Apoyo en la toma de decisiones
Sufrimiento moral	Capacitación en la toma de decisiones	Asesoramiento Escucha activa Presencia Apoyo en la toma de decisiones
Deterioro de la religiosidad	Salud espiritual	Clarificación de valores Escucha activa Presencia Ayuda en la modificación de sí mismo
Desesperanza	Esperanza	Escucha activa Presencia Dar esperanza
Deterioro de la resiliencia personal	Afrontamiento de la situación adversa	Asesoramiento Escucha activa Presencia Apoyo en la toma de decisiones Facilitar el crecimiento espiritual

Fuente: Elaboración propia a partir de:
 Johnson, M. et Al. Vínculos NANDA, NIC y NOC. 3ªEd. Madrid- Elsevier: 2012.

2.3.7. El componente espiritual en la terminología ATIC ®

En la terminología ATIC ® utilizada en Gacela care ® la espiritualidad de la persona se halla ubicada en la dimensión de ser consciente, que se corresponde con el conjunto de funciones bioorgánicas y facultades psíquicas y psicoemocionales esenciales para la vida humana, la interacción social y ambiental, la concepción de uno mismo, la convivencia, la adaptación al medio y a las circunstancias, la gestión emocional y la relación del yo con lo que se considera trascendental [86, 90].

El componente espiritual, ubicado en el ser consciente, es el conjunto de facultades que intervienen en el desarrollo y la regulación de los principios que permiten reflexionar sobre los propios orígenes, la propia identidad y la relación con lo que se considera trascendental [90].

Finalmente, presentamos una tabla (Tabla 6) con las relaciones establecidas entre los diagnósticos enfermeros de la terminología ATIC®, las dimensiones, los componentes y necesidades espirituales:

Tabla 6: Relación entre diagnósticos enfermeros en terminología ATIC®, dimensiones, componentes y necesidades espirituales:

Diagnóstico enfermero en ATIC®	Dimensión	Componente	Necesidad espiritual relacionada
Armonía interna	Ser consciente	Espiritual	Necesidades espirituales cubiertas
Sufrimiento espiritual	Ser consciente	Espiritual	Necesidades espirituales no cubiertas (cualquiera de ellas)
Sufrimiento espiritual familiar	Entorno familiar	Espiritual	Necesidades espirituales no cubiertas (cualquiera de ellas)
Desesperanza	Ser consciente	Espiritual	Necesidad de esperanza auténtica, no falsas esperanzas.
Desesperanza parental	Entorno familiar	Espiritual	Necesidad de esperanza auténtica, no falsas esperanzas.
Desesperanza familiar	Entorno familiar	Espiritual	Necesidad de esperanza auténtica, no falsas esperanzas.
Sufrimiento moral	Ser autónomo	Autodeterminación	Necesidad de liberarse de culpa, perdonarse

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Juvé, E. Terminología ATIC: Eje diagnóstico. Barcelona, Axon; 2016.

El software Gacela care® ofrece la posibilidad de añadir y cargar diagnósticos enfermeros en la terminología ATIC® detectados en los planes de cuidados, con sus criterios de resultado, intervenciones y actividades relacionadas.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

II. MARCO METODOLÓGICO

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

II. MARCO METODOLÓGICO

JUSTIFICACIÓN: MI PRIMERA INCURSIÓN EN LOS CUIDADOS ESPIRITUALES DE LAS PERSONAS

Durante mi trayectoria profesional, como cuidadora, he sido cuidadora informal de niños, mientras me formaba como técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE). Posteriormente, trabajé en una residencia geriátrica del Institut Català de Serveis Socials (ICASS) con pacientes con elevado grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, viendo como muchos de ellos se encontraban en periodos de etapa final de vida.

Estas personas, a menudo, compartían con el personal cuidador muchas de sus vivencias y conversaban sobre su historia de vida, su identidad como personas y el sentido de su existencia –que, como se vio en capítulos anteriores–, son necesidades espirituales.

Aunque, algunas de ellas, tenían un deterioro cognitivo y físico tan avanzado que no considero que fueran “conscientes del todo” durante su interacción con el entorno. El resto, padecía algún tipo de demencia o trastorno psiquiátrico –con lo cual, podían tener algún momento de lucidez– y, de entre los que se encontraban conscientes y orientados en tiempo y espacio, todos necesitaban ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Muchas de ellas morían, y no lo hacían con sus familiares, sino con nosotros, sus cuidadores. Por tanto, éramos partícipes de sus últimos días y, además de los cuidados prescritos, ofrecíamos cuidados espirituales. Pero no éramos conscientes de ello.

Durante mi formación enfermera, en asignaturas como enfermería fundamental y ética escuché por primera vez la palabra “espiritualidad”. Posteriormente, realicé un curso organizado por la Universidad de Barcelona (UB) y profesionales de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en el que se abordaba la atención espiritual.

Posteriormente, durante mi trayectoria profesional como enfermera, he trabajado con muchos hombres, mujeres y niños que padecían enfermedades con las que debían aprender a convivir, y, en muchas ocasiones, tales enfermedades limitaban mucho sus capacidades y truncaban su vida. Sin embargo, no todas ellas producían una muerte a corto plazo. Lo que sí afloraba, en mayor o menor medida, era la espiritualidad de estas personas, independientemente de su edad y del estigma que pudiera o no producir su cronicidad; y muchos de ellos necesitaban verbalizar o expresar sus sensaciones.

Por lo tanto, he estado cuidando a personas cuyas enfermedades les han repercutido en su espiritualidad, siendo auxiliar de enfermería y enfermera, conociendo de primera línea la manera en que cada uno de estos profesionales desempeña su labor y su forma de expresión. Sin embargo, también admiro y respeto las labores que realizan psicólogos, sacerdotes y asistentes sociales, pero no los conozco al mismo nivel porque no he ejercido estas profesiones, aunque haya podido trabajar dentro de un equipo interdisciplinario con ellos.

Finalmente, destacar que la realización de este estudio que explora la vivencia de la atención espiritual del equipo de enfermería se hace necesario por los siguientes motivos:

- Descubrir las posibles necesidades de aprendizaje en este aspecto y contribuir en la capacitación de las enfermeras y en la mejora de la atención integral, porque, como profesionales enfermeros, tenemos la responsabilidad de liderar los cuidados espirituales en el ámbito hospitalario.
- Sacar a la luz los cuidados espirituales ofrecidos por los profesionales del equipo de enfermería.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

“La vida no es sino una continua sucesión de oportunidades para sobrevivir”.

Gabriel García Márquez.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO
Cristina Terceño López

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Atender a la espiritualidad de una persona constituye una actividad enfermera; en consecuencia, explorar la atención espiritual del equipo de enfermería (EE)⁹ en su actividad asistencial saca a la luz datos relevantes sobre las competencias necesarias para su correcto abordaje. Por ello, se pretende averiguar cómo se percibe a sí mismo el profesional de enfermería ante una demanda de atención espiritual, cómo se produce ésta y cómo la afronta y la lleva a cabo. También se trata de inquirir sobre si se dispone de los suficientes conocimientos, actitudes y habilidades necesarias o si, por el contrario, se necesita algún otro recurso adicional para solventarla.

1.1. Objetivo principal

El objetivo principal de este estudio se centra en explorar la vivencia de la atención espiritual ofrecida por el equipo de enfermería en un ámbito terapéutico de Hospitalización general.

1.2. Objetivos secundarios

En este sentido, para responder de una manera más amplia a la pregunta inicial planteada, definiremos una serie de objetivos específicos:

- I. Conocer el estado actual sobre los cuidados enfermeros en relación a la espiritualidad: qué saben y hacen las enfermeras de nuestro entorno.
- II. Descubrir la naturaleza de los cuidados espirituales.
- III. Revelar cómo se produce la demanda de atención espiritual.
- IV. Comprender cómo se auto-percibe el equipo de enfermería ante esta demanda por parte del paciente y cómo la afronta.

⁹ Entenderemos equipo de enfermería o personal de enfermería al formado por técnicos auxiliares en cuidados de enfermería y enfermeros diplomados o con grado en enfermería. Los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería proporcionan cuidados auxiliares a los pacientes y actúan sobre las condiciones sanitarias de su entorno, como miembros del equipo de enfermería. Sin embargo, la responsabilidad final recae sobre la figura del diplomado o graduado universitario de enfermería.

- V. Analizar las vivencias del equipo de enfermería con respecto a las necesidades espirituales de sus pacientes.

CAPÍTULO 4

FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”.

Albert Einstein

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

1.1. Posicionamiento metodológico

El posicionamiento metodológico se realiza a partir de la propuesta de Creswell, entendiendo, ontológicamente, la realidad del otro como una realidad humana compleja, subjetiva y múltiple, enmarcado en el paradigma constructivo. Donde los significados no se ilustran simplemente en los individuos, sino que se forman a través de la interacción con otros y a través de normas históricas y culturales que operan en sus vidas. Así, el investigador se centra en los procesos de interacción entre los individuos y en sus contextos específicos [91].

La metodología utilizada en este estudio es la investigación cualitativa. Atendiendo a Morse [92], Dezin & Lincoln [93] y otros autores como Vallés [94, 95] y Vasilachis [96], este tipo de investigación es una vía adecuada hacia la producción de conocimiento válido y relevante en las ciencias de la salud. Explora la complejidad, la riqueza y la profundidad inherentes a un fenómeno concreto desde el marco conceptual del holismo [97] y tiene como fin la comprensión de la realidad para detectar su estado, analizarla en profundidad y promover estrategias de mejora desde un paradigma constructivista.

En nuestro entorno existen aún pocos estudios que aborden la espiritualidad desde el punto de vista de la experiencia de enfermería en su trato con el paciente en un ámbito terapéutico hospitalario.

Entre éstos, destaca el trabajo de Muñoz-Devesa [88], publicado recientemente, y también un artículo sobre la medición del bienestar espiritual en pacientes de Hemodiálisis [98], aunque este último se ha llevado a cabo desde la perspectiva disciplinaria de la Psicología; el resto de trabajos se han desarrollado en entornos terapéuticos de cuidados paliativos, como los de Benito, Barbero y Payás [74] o Bermejo [73], y los que se refieren a entornos hospitalarios proceden de países

latinoamericanos o de Portugal, aunque estén publicados en lengua castellana, como el trabajo de Rivera-Ledesma y Montero-López [99], de la Universidad Nacional de México.

Más recientemente, se ha publicado un estudio fenomenológico, hermenéutico basado en la filosofía de Gadamer sobre la experiencia de los profesionales de enfermería sobre el papel de la fe religiosa en cuidado de los pacientes con cáncer terminal, utilizando el modelo de adaptación al entorno de Callista Roy como base. En él se llevaron a cabo 23 entrevistas en profundidad, donde aparecieron tres temas principales: La fe facilita el proceso de afrontamiento en casos de cáncer terminal, la fe dificulta el proceso de afrontamiento en casos de cáncer terminal y la enfermedad terminal afecta la fe [100].

Por lo tanto, la realización de esta tesis, aporta un mayor conocimiento a la comunidad científica sobre la atención espiritual ofrecida por enfermeras y auxiliares de enfermería en un hospital público de tercer nivel, ofreciendo una perspectiva poco explorada.

1.2. Diseño del estudio

Para la realización del presente estudio cualitativo, se utilizó el análisis fenomenológico hermenéutico –inspirado en la experiencia vivida y la semiótica de Van Manen [101]–. Buscando la esencia del significado de la experiencia humana y valorando la importancia de la involucración del profesional del equipo de enfermería en el cuidado del paciente. Dejando en suspenso las ideas preconcebidas por el investigador antes de acceder al campo. Después, durante la investigación, los datos se recogerán mediante entrevistas.

Etimológicamente, el término “hermenéutica” procede del vocablo griego *hermeneutikós*, que significa “relativo a la interpretación” y que, a su vez, deriva de *hermeneus*, cuyo significado es: intérprete, explicador, traductor [102]. Además, hace referencia al dios Hermes, mensajero (hermeneuta) de los dioses del Olimpo,

encargado de llevar los mensajes secretos (herméticos) y descifrarlos a sus destinatarios.

Así, el sentido que tiene hoy en día la palabra hermenéutica, procede en gran medida del uso del término *hermeneia*, para referirse a la interpretación de las Sagradas Escrituras [103]. Sin embargo, por extensión, puede considerarse un método general de interpretación de las ciencias del espíritu o ciencias humanas.

Uno de los autores más destacados en fenomenología hermenéutica es Heidegger, que fue discípulo de Husserl, y, a diferencia de éste, no considera la evidencia de la intuición como algo fundacional, sino que trata de remontarse hasta sus presuposiciones [94]. Por lo tanto, Heidegger le da un sentido interpretativo a la fenomenología, desarrollando una comprensión preteórica o prerreflexiva del ser tal como es dado o vivenciado en cada experiencia. Van Manen, prosiguiendo en esta línea, propone el análisis fenomenológico interpretativo para transformar la experiencia vivida en una expresión textual de su esencia [101].

En la disciplina enfermera, la hermenéutica ha constituido una aproximación ontológica, por una parte, para la comprensión del cuidado y, por la otra, para el análisis fenomenológico interpretativo, y los autores más destacados a los que se ha recurrido son: Heidegger, Gadamer, Merleau-Ponty y Van Manen [104, 105].

Por lo tanto, para la realización de este estudio cualitativo se utilizó como método el análisis fenomenológico interpretativo (AFI), buscando la esencia del significado de la experiencia humana y dejando en suspenso las ideas preconcebidas por el investigador antes de acceder al campo. Después, durante la investigación, la técnica de recogida de datos fue la realización de entrevistas en profundidad. En éstas, a diferencia de lo que ocurre en métodos etnográficos o de teoría fundamentada, el investigador escuchó de tal manera que la persona pudo llevar a cabo una introspección para averiguar la esencia del fenómeno o cómo lo experimenta íntimamente [106].

Este análisis indagó sobre este fenómeno específico, partiendo de descripciones esenciales generales, hasta llegar a aprehender las relaciones establecidas entre tales esencias, y obteniendo, como resultado final, una descripción densa y un análisis de las experiencias relatadas por los participantes. Así, los informantes explicaron cuál es su visión sobre la enfermería y cuál es la visión sobre las personas a las que cuidan, para, posteriormente, describir la dimensión espiritual de éstas, los cuidados relacionados y sus vivencias durante la atención espiritual.

1.3. Ámbito de estudio

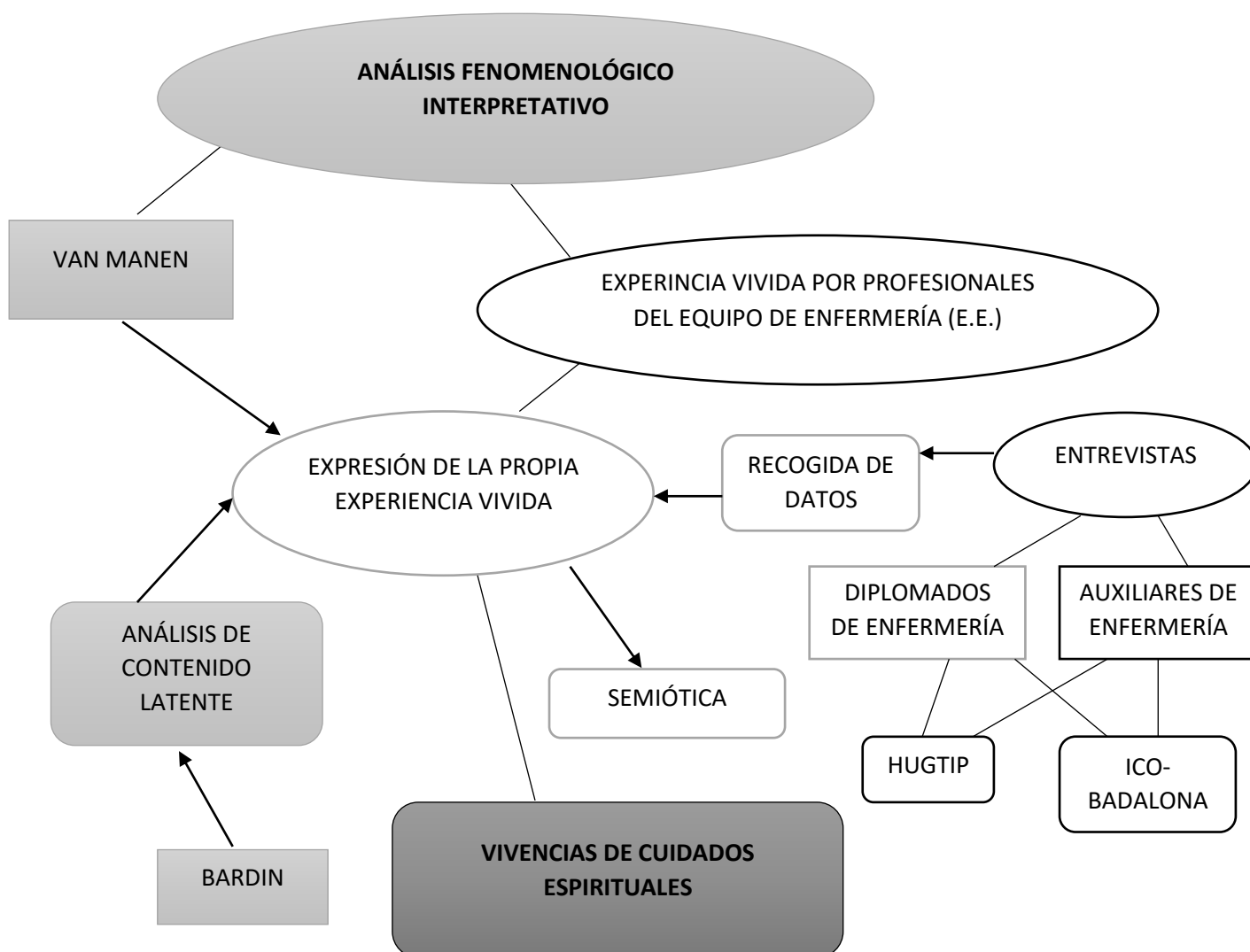
El centro donde se realizó el estudio fue el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP). Se trata de un hospital público de tercer nivel, gestionado por la Gerencia Territorial Metropolitana Norte del Institut Català de la Salut (ICS). Presta atención sanitaria de alta complejidad a 800.000 personas residentes en las regiones sanitarias del Barcelonès Nord y el Maresme, así como a algunos ciudadanos de otros territorios catalanes, en el caso de determinadas patologías, en que el hospital es referencia para hasta 1.200.000 habitantes. También, es hospital general básico para más de 200.000 habitantes de Badalona y varios municipios del entorno, como Sant Adrià de Besòs y Santa Coloma de Gramenet [107].

El HUGTiP tiene 638 camas y dispone de servicios de alta tecnología, entre los cuales destaca un programa integral oncológico (oncología médica, hematología clínica y oncología radioterápica) perteneciente al ICO (ICO-Badalona) y la cardiología terciaria (hemodinámica y cirugía cardíaca). En el área de hospitalización, el centro cuenta con 194 enfermeros y 139 auxiliares de enfermería, repartidos en cuatro turnos, mañana, tarde, noche 1 y noche 2 [107].

Además de los servicios médico-quirúrgicos, asistenciales, de docencia e investigación, en el área de soporte, hay servicio religioso católico que cuenta con cuatro sacerdotes y con algunos voluntarios. Este servicio, además de ofrecer atención religiosa católica y espiritual, deriva a personas que profesen otras religiones a otros servicios religiosos más específicos [107].

Así, aunque todo el proceso se realizó en el mismo centro hospitalario, la investigación principal se llevó a cabo en el área de hospitalización general y también con profesionales de otras áreas asistenciales diferentes al área de hospitalización general y profesionales del ICO-Badalona, y para la secundaria, se contó con uno de los sacerdotes, y pacientes que habían sido ingresados en los últimos cinco años en camas pertenecientes a ambos organismos. Por tanto, los participantes pertenecen a distintos entornos terapéuticos de gestión pública o privada, respectivamente.

1.4. Esquema metodológico:



1.5. Participantes

1.5.1. Muestra total

En total, se contó con 38 informantes: 32 procedentes de la investigación principal y 6 a la secundaria, que exponemos a continuación:

- Investigación principal: 8 auxiliares de enfermería y 8 enfermeras, entre los procedentes de entrevistas en el área de hospitalización general del HUGTiP¹⁰; 10 profesionales pertenecientes al Servicio de Oncología de ICO Badalona; y, después, se creó un grupo focal constituido por cinco diplomados y una celadora correturnos (6).
- Investigación secundaria: Se entrevistó a (1) un sacerdote de los cuatro que hay en el centro y se creó un grupo focal con 5 pacientes pertenecientes al área de hospitalización general y de ICO Badalona.

¹⁰ El área de hospitalización general de HUGTiP incluye las siguientes Unidades Hospitalarias (UH):

3ª Planta: Traumatología, Ortopedia y Ortopediatria, cirugía Maxilofacial y cirugía plástica.

4ª planta: Medicina Interna, Unidad Geriátrica de Agudos.

6ª planta: Cirugía General y Digestiva, Hepatología y Unidad de Enfermedad inflamatoria intestinal.

7ª planta: Neurociencias y Unidad de ICTUS.

8ª planta: Pneumología, Unidad de Semicríticos pneumológicos, Cirugía Torácica y Otorrinolaringológica.

9ª planta: Urología, Nefrología y Cirugía Vasculat.

5ª y 10ª plantas: Unidad de Soporte de Urgencias y Unidad de corta estancia.

11ª planta: Cardiología, cirugía cardíaca y Unidad de semicríticos cardiológicos.

Quedan excluidas las UH de Hospitalización general: ICO Badalona (Oncología, Hematología, 13ª planta) y Hospital de día Oncológico, Pediatría, Unidad de Neonatos, Ginecología y Obstetrícia. También se excluyen servicios no hospitalarios: Unidad de cuidados Intensivos, Unidad de Diálisis y trasplante renal; Unidad de vigilancia intensiva coronaria, Unidad de vigilancia cardíaca, Unidad de Reanimación, Quirófano y Urgencias. La exclusión de estas unidades se debe a que se pretendió explorar la vivencia de enfermeras y auxiliares en unidades convencionales de hospitalización del HUGTiP, considerándose áreas especiales el área materno-infantil (Pediatría, Unidad de Neonatos, Ginecología y Obstetrícia), Oncología, Hematología y Hospital de día Oncológico (Pertenecientes a ICO); servicios no hospitalarios (Consultas Externas, Hospital de día Polivalente, Rehabilitación) y servicios especiales (Urgencias, Unidades de cuidados intensivos convencional, coronaria y cardíaca, Unidad de Hemodiálisis, Reanimación, y Quirófano).

A nivel general, se puede hacer referencia a hospitalización o ámbito hospitalario cuando se refiere a pacientes ingresados en cualquier UH.

Este tipo de muestra, al contar con subgrupos bien definidos con características diferenciales, permite establecer comparaciones entre ellos, facilitando mayor profundización en el fenómeno estudiado desde una pluralidad de perspectivas y aportando mayor credibilidad. Este mismo criterio condujo a plantearse si la proporción entre auxiliares de enfermería y enfermeras en este estudio era la adecuada, ya que las auxiliares pasan más tiempo con el paciente que las enfermeras.

Finalmente, cabe destacar que se plantearon dudas relativas a establecer comparaciones por años de experiencia. Sin embargo, a pesar de que ciertos participantes tuvieran poca experiencia en el centro estudiado, podían tenerla en otros centros en los que hubieran trabajado anteriormente. Más aún, teniendo en cuenta que el tema que nos ocupa también se relaciona con la visión personal que tenga el profesional independientemente de su experiencia, finalmente no se ha considerado el criterio de los años de experiencia como un factor determinante.

1.5.2. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo empleado para este estudio fue el muestreo teórico, procurando la mayor variedad de experiencias vividas posible. Por lo tanto, se escogieron profesionales de equipos de enfermería con distintos años de experiencia, procedentes de diferentes servicios, entre los que destacan: Cirugía General y Digestiva; Neurología y Neurocirugía; Medicina Interna; Urología, Nefrología y Cirugía Vasculard; Traumatología; Cardiología; Neumología; y Oncología; tanto si se trataba de profesionales ubicados en un servicio, como de profesionales que estaban de *corretornos* (trabajando en distintas áreas de hospitalización cada día, como suplentes de distintos profesionales ubicados simultáneamente).

Por este motivo, los participantes relataron experiencias pertenecientes también a servicios donde no trabajaban en el momento de la entrevista, dado que, a menudo, habían sido *corretornos* antes de estar ubicados en el servicio donde trabajaban al ser entrevistados. Este hecho ha aportado riqueza a las experiencias de los participantes,

ya que cada uno de ellos ha podido explicar vivencias diversas en diferentes unidades de hospitalización, tanto si estaban ubicados en ellas como si no era así.

1.5.3. Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

A continuación, se describen los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes participantes de la investigación principal y la secundaria, respectivamente.

1.5.3.1. Criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación principal

Para la admisión de los profesionales del equipo de enfermería en la investigación principal de este estudio se establecieron los siguientes criterios:

- Profesionales del área de Hospitalización General e ICO-Badalona¹¹.
- Se encontraron en situación laboral activa y sintieron interés por el tema que se estaba abordando.

Fueron descartados de este estudio los participantes profesionales de enfermería con las siguientes características:

- Profesionales con una experiencia laboral en el HUGTiP o ICO-Badalona menor a tres meses.
- No trabajaban en el momento del reclutamiento.
- No sintieron interés alguno por el tema de estudio y no quisieron participar.

1.5.3.2. Criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación secundaria

A continuación desglosamos los criterios de inclusión y exclusión para la selección del sacerdote y del grupo focal d pacientes:

¹¹ Los profesionales suplentes de ICO trabajan o han trabajado en la Unidad hospitalaria de Oncología y Hematología y en Hospital de día, por ello han sido admitidos profesionales de ambas áreas, siempre que tuvieran una experiencia mayor de 3 meses y hubieran estado ubicados últimamente en la Unidad Hospitalaria de Oncología y Hematología de ICO-Badalona.

Uno de los sacerdotes que se encontraba en:

- Situación laboral activa.
- Quiso participar voluntariamente en el estudio.

Los pacientes incluidos en los grupos focales debieron cumplir con los siguientes criterios:

- Pacientes que hubieran sido ingresados durante los cinco últimos años y, voluntariamente, quisieran participar en el grupo focal, habiendo sido debidamente informados.
- Que no se encontraran en situación de ingreso hospitalario en el momento del reclutamiento.
- Que no sufrieran pérdida de un ser querido o mala aceptación de una enfermedad desde dos años anteriores hasta el momento del reclutamiento.

1.5.3.3. Participantes descartados

No se establecieron criterios de exclusión para el reclutamiento del sacerdote.

No se admitieron en el grupo focal de profesionales los que presentasen las siguientes características:

- Situación de fuerza mayor que les impidiera su participación en el estudio.
- Situación de baja laboral en el momento del reclutamiento.

No se admitieron en este estudio los pacientes en las siguientes situaciones para la realización del grupo focal:

- Se encontrasen ingresados en el hospital en el momento de la realización del grupo focal, por empeoramiento de su salud.
- No pudieran verbalizar correctamente como secuela de una intervención quirúrgica que les impidiera el habla.
- Pacientes desorientados temporoespacialmente.

MARCO METODOLÓGICO
CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

1.5.4. Formas de reclutamiento

A continuación, exponemos las formas de reclutamiento para los informantes procedentes de la investigación principal y secundaria, respectivamente, en relación a la forma de obtención de datos.

1.5.4.1. Formas de reclutamiento para las entrevistas a profesionales del equipo de enfermería de Hospitalización general e ICO Badalona

El reclutamiento fue de conveniencia. Se preguntó a diferentes profesionales del equipo de enfermería del área de hospitalización si querían ser entrevistados para participar en el estudio, explicándoles la finalidad. Algunos de ellos encontraron el tema interesante y se ofrecieron a participar, pero hubo ocho que mostraron una opinión contraria. A continuación, se muestra una tabla con los participantes que se negaron a participar en el estudio (Ver Tabla 7):

Tabla 7: Profesionales que no participaron en las entrevistas en profundidad y motivos que adujeron:

PROFESIONALES QUE NO PARTICIPARON EN LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD		
CATEGORÍA PROFESIONAL	UBICACIÓN Y TURNO	MOTIVO POR EL QUE NO PARTICIPA
TCAE	NEUROLOGÍA TURNO NOCHE	NO LE INTERESA EL TEMA
DUE	CIRUGÍA GENERAL DIGESTIVO TURNO TARDE	NO QUIERE SER GRABADA
DUE	CIRUGÍA GENERAL TURNO MAÑANA	NO LE PARECE UN PACIENTE ADECUADO POR PROCESOS POSTERIORES A LA CIRUGÍA DEL PACIENTE Y POR PRESIÓN ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL
DUE	MEDICINA INTERNA TURNO TARDE	NO LE INTERESA EL TEMA
TCAE	MEDICINA INTERNA TURNO NOCHE	NO QUIERE SER ENTREVISTADA SOBRE ESTE TEMA, EXPLICA PONER BARRERA Y NO IMPLICARSE EN ESTOS TEMAS CON EL PACIENTE
DUE	UROLOGÍA, NEFROLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR TURNO NOCHE	NO CONSIDERA QUE DURANTE SU TURNO PUEDA ATENDER LA ESPIRITUALIDAD DE LOS PACIENTES PORQUE NECESITAN DORMIR
DUE	MEDICINA INTERNA CARDIOLOGÍA TURNO TARDE	NO LE INTERESA EL TEMA
TCAE	TRAUMATOLOGÍA TURNO MAÑANA	NO LE INTERESA EL TEMA

Fuente: Elaboración propia.

Los profesionales que se negaron a participar no encontraron suficientemente interesante el tema, o no consideraron tener tiempo disponible para atender la espiritualidad de la persona, debido a la presión asistencial, o expresaron actitud de barrera y no querer implicarse como método de autoprotección.

Por otra parte, me gustaría resaltar que, antes y después de la realización de cada entrevista, los participantes expresaban dudas sobre si realmente la información que aportaban sería útil, a lo que se les respondía que el tema de interés eran sus vivencias personales y que ese era el tema sobre el que se les iba a preguntar. Por lo tanto, mientras explicaran sus experiencias vividas, la información sería útil.

Para reclutar a más participantes procedentes de ICO y de los grupos focales, se precisó una nueva solicitud al CEIC de ICO y HUGTiP, porque además de reclutar una mayor cantidad de profesionales, se iba a contar con la participación de pacientes de ambos centros para la creación del grupo focal de pacientes. El número de referencia del certificado del CEIC del HUGTiP es CEI-PI-14-097; el certificado de autorización de ICO no viene numerado. (Anexos nº3 y nº4).

Una vez obtenida la autorización por parte del Comité de ética de los centros, el investigador principal se dirigió a distintas unidades –Neurología, Pediatría, ICO, Unidad de Rehabilitación, Unidad de Diálisis y Trasplante renal–, para contactar con los supervisores de enfermería y jefes del departamento o servicio, con la finalidad de reunirse con ellos, presentarles el proyecto, mostrar les los certificados de aprobación del CEIC correspondientes y explicarles la finalidad del proyecto de investigación y la intervención a realizar a los informantes. De tal modo, estos jefes de departamento han comunicado a los distintos profesionales asistenciales de sus servicios la realización de este estudio y se ha solicitado la participación voluntaria a quien estuviera interesado.

1.5.4.2. Formas de reclutamiento para el grupo focal formado por diferentes profesionales

Para la formación del grupo focal de profesionales, se contó con diferentes profesionales de enfermería de áreas diferentes a la de Hospitalización general: una DUE Supervisora, una DUE UH Pediatría, un DUE UH ICO, un DUE Ufiss Paliativos de ICO, un DUE Ufiss Geriátrica, y una celadora correturnos que traslada a pacientes de diferentes servicios para realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas.

Cabe señalar que en un principio se reclutó a más profesionales enfermeros de áreas de atención al paciente crítico y semicrítico. Así se reclutaron: un enfermero de Hemodiálisis y una enfermera correturnos de cuidados críticos (UCI, Coronarias, y Cardíaca) y de otras categorías, como dos fisioterapeutas, una trabajadora social y una terapeuta ocupacional. Sin embargo, algunos de ellos finalmente no quisieron participar y otros no pudieron venir por fuerzas mayores. Por lo que teniendo reclutados 12 participantes, se presentaron tan solo 6. Por último, cabe señalar que se preguntó a una psicooncóloga, porque se pensó en ella como una buena informante, pero tampoco participó.

1.5.4.3. Formas de reclutamiento para la investigación secundaria

Para la constitución de grupos focales formados por pacientes, se buscaron pacientes que anteriormente hubiesen estado ingresados en distintas unidades de hospitalización tanto en Hospitalización General del HUGTiP, como en ICO-Badalona.

La búsqueda de participantes se realizó en los servicios de: Servicio de Rehabilitación (donde se encuentran pacientes intervenidos de amputaciones de miembros, pacientes afectos de Esclerosis múltiple y pacientes oncológicos); Hemodiálisis- Diálisis peritoneal y trasplante renal; Hospital de día de VIH; y Hospital de día de Oncología. Para el reclutamiento, el investigador principal contactó con los jefes de servicio y supervisores de enfermería, quienes le pusieron en contacto con enfermeros, auxiliares de enfermería y otros profesionales, que a su vez pudieron ser participantes

para el grupo focal de profesionales o recomendaron algún paciente que podría estar interesado en participar en el grupo focal de pacientes.

Algunos de los pacientes no pudieron acudir por fuerzas mayores, entre las que destacaron: ingreso hospitalario por fallo de trasplante renal; fallecimiento de un familiar; no poder articular palabra por haberse sometido a intervención quirúrgica en la cavidad oral; no aceptación de la amputación de un miembro; y no presentarse a la cita pese a asegurar que vendría.

Para reclutar al sacerdote, se contactó por teléfono con el servicio religioso del centro.

1.6. Técnicas y formas de recogida de datos

A continuación se describen las técnicas y formas de recogida de datos.

1.6.1. Técnicas de recogida de datos

Han sido empleadas cuatro técnicas de recogida de datos:

- La primera de ellas fue una búsqueda bibliográfica en la literatura existente sobre el tema central del estudio, como método previo y complementario, antes de la entrada en el campo de investigación. Concretamente, se consultaron diferentes bases de datos tales como Web of Science, PUBMED, CINAHL, Cuiden, Enfispo, Scielo, Psychinfo y Dialnet, entre otras. Los descriptores utilizados durante la búsqueda fueron: espiritualidad, cuidados, religiosidad, enfermería, necesidades espirituales, historia de la enfermería, modelos de enfermería y diagnósticos de enfermería.
- La segunda, la entrevista en profundidad, como método de obtención de datos en la investigación principal, que se contrastará con el marco teórico creado para esta investigación y otras posibles fuentes.
- La tercera, una entrevista en profundidad a uno de los sacerdotes del centro.
- La cuarta, la realización de entrevistas a profesionales de ICO- Badalona
- La quinta, la creación de dos grupos focales: uno formado por profesionales y otro con pacientes.

Los tres últimos métodos de obtención de datos inicialmente se utilizaron para triangular con la investigación principal, pero en función de los resultados, se decidió la realización del análisis de la siguiente forma:

- Investigación principal: EE de hospitalización general, entrevistas a EE de ICO-Badalona y grupo focal de profesionales.
- Investigación secundaria: Entrevista a sacerdote y grupo focal de pacientes.

1.6.2. Formas de recogida de datos para la investigación principal

Como ya se ha mencionado, la investigación principal cuenta con un total de 32 informantes: 8 auxiliares de enfermería y 8 enfermeras, entre los procedentes de entrevistas en el área de hospitalización general del HUGTiP¹²; 10 profesionales pertenecientes al Servicio de Oncología de ICO Badalona; y, después, se creó un grupo focal constituido por cinco diplomados y una celadora correturnos (6).

12 El área de hospitalización general de HUGTiP incluye las siguientes Unidades Hospitalarias (UH):

3ª Planta: Traumatología, Ortopedia y Ortojeriatria, cirugía Maxilofacial y cirugía plástica.

4ª planta: Medicina Interna, Unidad Geriátrica de Agudos.

6ª planta: Cirugía General y Digestiva, Hepatología y Unidad de Enfermedad inflamatoria intestinal.

7ª planta: Neurociencias y Unidad de ICTUS.

8ª planta: Pneumología, Unidad de Semicríticos pneumológicos, Cirugía Torácica y Otorrinolaringológica.

9ª planta: Urología, Nefrología y Cirugía Vasculat.

5ª y 10ª plantas: Unidad de Soporte de Urgencias y Unidad de corta estancia.

11ª planta: Cardiología, cirugía cardíaca y Unidad de semicríticos cardiológicos.

Quedan excluidas las UH de Hospitalización general: ICO Badalona (Oncología, Hematología, 13ª planta) y Hospital de día Oncológico, Pediatría, Unidad de Neonatos, Ginecología y Obstetrícia. También se excluyen servicios no hospitalarios: Unidad de cuidados Intensivos, Unidad de Diálisis y trasplante renal; Unidad de vigilancia intensiva coronaria, Unidad de vigilancia cardíaca, Unidad de Reanimación, Quirófano y Urgencias. La exclusión de estas unidades se debe a que se pretendió explorar la vivencia de enfermeras y auxiliares en unidades convencionales de hospitalización del HUGTiP, considerándose áreas especiales el área materno-infantil (Pediatría, Unidad de Neonatos, Ginecología y Obstetrícia), Oncología, Hematología y Hospital de día Oncológico (Pertenecientes a ICO); servicios no hospitalarios (Consultas Externas, Hospital de día Polivalente, Rehabilitación) y servicios especiales (Urgencias, Unidades de cuidados intensivos convencional, coronaria y cardíaca, Unidad de Hemodiálisis, Reanimación, y Quirófano).

A nivel general se puede hacer referencia a hospitalización o ámbito hospitalario cuando se refiere a pacientes ingresados en cualquier UH.

1.6.2.1. Formas de recogida de datos para profesionales de hospitalización general

La recogida de los datos se llevó a cabo mediante la realización de entrevistas en profundidad. Tratándose de un tema íntimo y personal, se pretendió explorar y entender esta vivencia por parte de quienes la experimentan en su actividad laboral cotidiana: los profesionales del equipo de enfermería. Así, atendiendo a Guba [144] y acorde al paradigma constructivista, las vivencias sobre la atención espiritual de los profesionales del equipo de enfermería fueron refinadas hermenéuticamente y contrastadas dialécticamente para generar construcciones consensuadas.

La primera tanda de entrevistas se realizó entre finales de junio y principios de agosto de 2014. Este periodo presenta tanto profesionales habituales, como suplentes, por lo que se puede obtener una mayor variedad en los participantes. Observando muchas coincidencias en los resultados, se inició otra tanda de entrevistas en enero, para verificar la saturación de datos a partir de la mayor variedad de informantes posibles.

Para la realización de las entrevistas, se partió de un cuestionario que consta de preguntas abiertas, divididas en varios bloques, cada uno de ellos destinado al conocimiento de un aspecto específico. Para ello se siguió el modelo de entrevista propuesto por Kvale de preguntas temáticas y dinámicas [109]. La duración de las entrevistas osciló entre 35 y 90 minutos, siendo algunas de ellas más o menos extensas, en función de la forma y velocidad de hablar del participante, o de que aportase más o menos ejemplos, o hubiera sido necesario reconducir la entrevista en algún momento. En alguna ocasión, se tuvo que interrumpir la entrevista porque el participante necesitaba llorar y precisaba un descanso para poder continuar, o porque se fue la luz y nos quedamos a oscuras.

Todas las entrevistas se realizaron fuera del horario laboral. La mayoría de ellas, doce, en un despacho de información para pacientes; otras dos en casa de los participantes y otra en el domicilio del investigador principal. La entrevista al sacerdote se realizó en el despacho de éste. En todos los casos, se procuró un entorno tranquilo y sin interrupciones.

A medida que los participantes accedían a ser entrevistados, el investigador se fue citando con ellos y, antes de realizarles la entrevista, les clarificó las preguntas, les enseñó una definición sobre espiritualidad y las diferentes necesidades espirituales que puede presentar la persona durante la enfermedad. De esta forma, todos estuvieron situados en el mismo punto de partida.

Durante la entrevista, que se registró mediante grabadora digital, se fueron tomando notas en un cuaderno sobre lo que decía el informante y sobre su actitud, comunicación no verbal y postura ante el entrevistador. La duración de las entrevistas, como ya se ha dicho, osciló entre 35 y 90 minutos.

Posteriormente, se transcribieron las entrevistas en una hoja que tiene un apartado para anotar las observaciones realizadas sobre el participante. Seguidamente, se añadieron estos datos observados al diario de campo, como información complementaria para la transcripción.

Las transcripciones de la entrevista fueron realizadas por el propio investigador, de este modo pudo saber adecuadamente cómo colocar los signos de puntuación, en función de la forma de expresar del informante.

Después de la transcripción, se realizó una confirmación del material transcrito con cada participante, donde, en la mayoría de los casos, éste aportó más datos que fueron anotados e incluidos en la transcripción, con un diferente tipo de letra, para indicar que son aclaraciones o datos obtenidos sin grabar después de la entrevista. Esto, además, permitió que el informante clarificase alguna respuesta. En esta primera etapa de entrevistas participaron 7 enfermeras y 6 auxiliares de enfermería.

Durante los meses de septiembre y octubre, el investigador fue iniciando el primer análisis de contenido tras la organización y procesamiento de los datos; se trabajó en la abstracción y se realizó un análisis interpretativo, siguiendo el proceso del análisis de contenido establecido por Bardin [110]. De esta forma, el investigador tuvo

preparados unos esquemas manuales con sus correspondientes citas, códigos, subcategorías y categorías de análisis, para iniciar la introducción de datos en Atlas.ti.7.5.4.

Tras la primera introducción de datos en el software informático ATLAS ti.7.5.4, en el mes de diciembre, el investigador consideró que podría aportar mayor variedad buscando más participantes e inició una segunda etapa para llegar a la saturación de los datos, a partir de la mayor diversidad de informantes posibles entrevistando a profesionales pertenecientes a los turnos menos frecuentes.

En enero, se inició un nuevo reclutamiento de participantes para iniciar la segunda tanda de entrevistas a enfermeras y auxiliares de enfermería, a fin de asegurar la saturación de los datos con nuevos participantes. La intervención seguía siendo la misma. En febrero se obtuvieron tres entrevistas más a tres participantes: dos auxiliares y una enfermera. En el análisis de datos, se extrajeron las redes con las categorías de análisis a partir de ATLAS ti.7.5.4.

Para los informantes del EE de ICO-Badalona y el sacerdote, se siguió el mismo procedimiento, sin embargo la entrevista del sacerdote contenía diferentes preguntas.

Finalmente, la recogida de datos para los grupos focales se realizó mediante una entrevista grupal, donde los informantes podían debatir sus respuestas, en este caso, para asegurar la grabación, se utilizaron dos grabadoras y se contó con la ayuda de un segundo investigador.

A continuación, en la Tabla 8, se muestran los rasgos generales de los profesionales que participaron en la investigación principal y a los que se les realizó una entrevista en profundidad:

MARCO METODOLÓGICO
CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Tabla 8: Rasgos generales sobre los participantes procedentes de hospitalización general

RASGOS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS EN EL HUGTIP, ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL							
CÓDIGO	GÉNERO	FRANJA DE EDAD	ESTUDIOS	CATEGORÍA	UBICACIÓN Y TURNO	EXPERIENCIA EN HUGTIP	EXPERIENCIA EN OTRO CENTRO
1001	Mujer	< 40 años	Enfermería	Enfermera	Corretornos Cardiología Turno tarde	9 Años	12 Años
1002	Mujer	30-40 años	Enfermería Veterinaria	Enfermera	Corretornos Turno noche	7 Años	2 Años
1003	Mujer	< 40 años	Enfermería	Enfermera	Corretornos Medicina Interna Turno noche	21 años	4 Años
1004	Mujer	30-40 años	Enfermería Fisioterapeuta	Enfermera	Traumatología Turno tarde	5 Años	
1005	Mujer	30-40 años	Enfermería	Enfermera	Corretornos	1 Mes	8 Años
1007	Mujer	30-40 años	Enfermería	Enfermera	Urología, Vascular, Nefrología Turno noche	2 Años	9 Años
1008	Mujer	30-40 años	Enfermería	Enfermera	Corretornos Turno noche	8 Años	
1009	Mujer	30-40 años	Enfermería Auxiliar de enfermería	Enfermera	Corretornos Cirugía General Turno Mañana	6 Años	5 Años
2001	Mujer	< 40 años	Auxiliar de enfermería Técnico de Laboratorio Fisioterapeuta	Auxiliar de enfermería	Neurología Turno noche	13 años	5 años
2002	Mujer	< 40 años	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Cirugía General Turno noche	26 años	2 años
2003	Hombre	25-30 años	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Medicina Interna Turno noche	1 Mes	3 años
2004	Mujer	< 40 años	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Cirugía General Digestivo Turno mañana	8 Años	30 Años
2005	Mujer	< 40 años	Auxiliar de enfermería Estudiante de Enfermería (2º)	Auxiliar de enfermería	Cirugía General Turno noche	9 Años	Rama no sanitaria
2006	Mujer	< 40 años	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Traumatología Turno tarde	19 Años	3 Años
2007	Mujer	30-40 años	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Corretornos Turno mañana	6 años	Rama no sanitaria
2008	Mujer	< 40 años	Auxiliar de enfermería Terapias alternativas.	Auxiliar de enfermería Agente de salud	Cardiología Turno mañana	20 Años	3 Años

Fuente: Elaboración propia¹³.

¹³ El participante 1006 era un hombre, enfermero y fisioterapeuta que no pudo ser entrevistado, porque dejó de estar ubicado en Hospitalización general. Por eso no consta.

MARCO METODOLÓGICO
CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

1.6.2.2. Forma de recogida de datos para el equipo de enfermería de ICO-Badalona y grupo focal de profesionales

Los participantes que han accedido a ser entrevistados han sido grabados con grabadora digital, posteriormente se han transcrito y confirmado las entrevistas. Sin embargo, con dos de los informantes de ICO-Badalona, que accedieron a ser entrevistados bajo la condición de no grabarlos, se pactó transcripción manual, donde el investigador tuvo tiempo para tomar notas y se confirmaron posteriormente las respuestas, como en el caso de las transcripciones de los participantes de hospitalización general.

Para conocer a los participantes de ICO, se contactó previamente con las supervisoras de Hospital de día y la unidad hospitalaria de Onco-hematología. Los informantes que llevaban menos tiempo trabajando en el centro se encuentran en ambos sitios, incluso, algunos de ellos también acuden al servicio de Radioterapia. Esta situación es similar a la de los correturnos del área de hospitalización general, que trabajan por distintas unidades. También hay trabajadores ubicados en la unidad o en Hospital de día, pero solo fueron seleccionados los que iban a la unidad de Hospitalización (Ver Tabla 9).

Tabla 9: Rasgos generales de los profesionales de ICO-Badalona

RASGOS GENERALES DE LOS PROFESIONALES DE ICO-BADALONA						
TÉCNICA: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE PREGUNTAS ABIERTAS						
CÓDIGO	GÉNERO	FRANJA DE EDAD	ESTUDIOS	CATEGORÍA	EXPERIENCIA EN HUGTIP	EXPERIENCIA EN OTRO CENTRO
3001	Mujer	>40 años	FPI	TCAE ICO	5-10 años	Otra rama
3002	Mujer	30-40 años	Universitarios	DUE ICO	0-5 años	No
3003	Mujer	30-40 años	Universitarios	DUE ICO	10-20 años	No
3004	Hombre	30-40 años	Universitarios	DUE ICO	0-5 años	No
3005	Mujer	30-40 años	Universitarios	DUE ICO	5-10 años	5-10 años HUGTIP
3006	Mujer	30-40 años	Universitarios	DUE ICO	0-5 años	0-5 años HUGTIP
3007	Hombre	30-40 años	FPI	TCAE ICO	0-5 años	Otra rama
3008	Mujer	30-40 años	FPI	TCAE ICO	0-5 años	No
3009	Mujer	30-40 años	FPI	TCAE ICO	0-5 años	1 año otro centro
3010	Mujer	30-40 años	Universitarios	DUE ICO	10-20 años	No

Fuente: Elaboración propia.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Los participantes que accedieron fueron entrevistados de forma grupal y grabados con dos grabadoras, para asegurar la completa recogida de los datos.

Para la creación del grupo focal de profesionales, la primera intención fue formar un grupo interdisciplinario, pero, percibiendo el escaso interés en participar por parte de los diferentes profesionales convocados, se creyó oportuno buscar participantes que conocieran la dinámica de trabajo de los enfermeros y auxiliares de Hospitalización general, como, por ejemplo, enfermeros de otras áreas relacionadas, como supervisión o Ufiss, celadores, dietistas, fisioterapeutas o enfermeros asistenciales de Pediatría y Oncología. Así, con la finalidad de obtener la mayor diversidad posible de datos, el investigador principal recorrió los servicios de Rehabilitación, Hemodiálisis, Pediatría, Maternidad y el área de Hospitalización y Hospital de día de ICO.

Como muestra inicial, se partió de 12 informantes para el establecimiento del grupo focal, por tener en consideración que siempre puede fallar alguno por cualquier motivo. Sin embargo, el número de participantes que accedieron a participar fue menor –algunos de ellos por causas mayores–. Se pretendía una muestra más grande que la que se obtuvo, con la finalidad de llegar a la saturación, pero finalmente se presentaron seis: una DUE Supervisora de una planta de Hospitalización general; una DUE UH Pediatría, un DUE UH ICO, una DUE Ufiss Paliativos ICO, un DUE Ufiss Geriatria, y una celadora correturnos que traslada a pacientes de diferentes servicios para realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas (Ver Tabla 10).

MARCO METODOLÓGICO
CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Tabla 10: Características generales de los participantes del grupo focal de profesionales:

TÉCNICA	CÓDIGO	GÉNERO	FRANJA DE EDAD	ESTUDIOS	CATEGORÍA	UBICACIÓN	AÑOS DE EXPERIENCIA EN HUGTiP/ICO	AÑOS DE EXPERIENCIA EN OTRO CENTRO
Grupo focal de discusión de profesionales	4001	Mujer	>40 años	Psicología	Celadora	Corretornos	10	12
	4002	Hombre	>40 años	Enfermería	Enfermero	ICO-Oncología	25	--
	4003	Mujer	35-40 años	Enfermería	Enfermera	Pediatría	5	6
	4004	Hombre	>40 años	Enfermería	Enfermero	Ufiss Geriatria	26	16
	4005	Mujer	>40 años	Enfermería	Enfermera	Supervisión	5 + 18 UCI	--
	4006	Mujer	>40 años	Enfermería	Enfermera	Ufiss ICO-Paliativos	23	--

Fuente: Elaboración propia.

1.6.3. Formas de recogida de datos para la investigación secundaria

Primeramente, la captación de informantes para el grupo focal de pacientes, se realizó mediante el contacto con los supervisores de diferentes áreas, tanto de ICO como del HUGTiP y se les informó de la finalidad del estudio. A continuación, para hacer más extensa la difusión del estudio, se repartieron unos dípticos informativos, creados en el Departament de Recerca en cures d'Infermeria del HUGTiP y el investigador principal fue contactando con diferentes profesionales de enfermería –a los que se les explicó la finalidad del estudio y en qué consistía la participación de cada paciente-, para preguntar por posibles participantes y, después, con los pacientes recomendados.

De los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, se seleccionaron 12, pero fueron siendo descartados cuatro por causa de enfermedad, reingreso, pérdida de un ser querido, y duelo por un miembro amputado respectivamente. Otro paciente fue descartado porque no se le entendía bien al hablar, por haberse sometido a una intervención de cirugía maxilofacial que le dificultaba el habla.

Posteriormente, se acordó la cita con ocho de ellos, pero tres no se presentaron: una de ellas porque su madre cayó enferma (ICO Hospital de día, 52 años), otra porque no se encontraba bien (ICO Hospital de día, 68 años), y otro paciente, tras asegurar que

MARCO METODOLÓGICO
CAPÍTULO 4: FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

vendría, no se presentó (Hepatología, 48 años). Con lo cual, la muestra total fue de 5 participantes (Ver Tabla 11).

Tabla 11: Rasgos generales de los pacientes del grupo focal de pacientes:

TÉCNICA	CÓDIGO	GÉNERO	EDAD	NIVEL DE ESTUDIOS	PROFESIÓN	MOTIVO DE INGRESO	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Grupo focal de discusión de pacientes	5001	Mujer	79 años	Sin estudios	Ama de casa	Crisis hipertensiva	Hipertensión Bronquitis crónica Artrosis
	5002	Mujer	81 años	Sin estudios	Ama de casa	Neo de mama (intervención quirúrgica y quimioterapia)	Artrosis Cataratas
	5003	Hombre	43 años		Incapacidad laboral	Insuficiencia Renal crónica reagudizada	Insuficiencia renal crónica terminal, en Hemodiálisis
	5004	Hombre	62 años	Formación Profesional	Tornero	Apendicectomía (intervención quirúrgica)	Accidente de tráfico con fracturas vertebrales
	5005	Hombre	70 años	Formación Profesional	Mecánico	Abceso intestinal (intervención quirúrgica)	Hipertensión Diabetes mellitus

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, el sacerdote fue convocado para una entrevista en profundidad. Tras explicarle la finalidad de la misma, accedió a ser entrevistado en su despacho. Ésta fue grabada y transcrita y, posteriormente, volvimos a encontrarnos para la confirmación de la información transcrita.

En noviembre de 2014, se realizó la entrevista con uno de los cuatro sacerdotes que ofrece atención religiosa en el centro, ya que apareció como personaje clave en los datos recogidos, procedentes de las entrevistas, cuyos datos generales aparecen en la siguiente tabla (Ver Tabla 12).

Tabla 12: Rasgos generales del sacerdote

TÉCNICA	CÓDIGO	GÉNERO	FRANJA DE EDAD	ESTUDIOS	CATEGORÍA	AÑOS DE EXPERIENCIA EN HUGTIPI/ IGO	AÑOS DE EXPERIENCIA EN OTRO CENTRO
Entrevista en profundidad	6001	Hombre	>50 años	Teología	Sacerdote	3	No

Fuente: Elaboración propia.

Tanto para la reunión del grupo focal de profesionales como para el de pacientes, el investigador principal contó con la colaboración de un segundo investigador del Departament de Recerca en cures d'Infermeria para el asesoramiento y realización de grupo focal. Tuvo una duración de hora y media, con comentarios previos y posteriores a la grabación, que fueron recogidos por los investigadores.

Cada una de las reuniones fueron grabadas con dos grabadoras digitales y se recogieron datos previos y posteriores a la reunión que no fueron grabados, pero sí recogidos. Ambas tuvieron una duración de hora y media. Posteriormente, fueron transcritas por el investigador principal y analizadas con el soporte del software Atlas.ti.7.5.4.

Finalmente, cabe resaltar que se habló con personal del Hospital de día de VIH y se preguntó por la posibilidad de que algún paciente quisiera participar en un grupo focal, pero explicaron que no, porque en muchos casos, no quieren que otras personas conozcan su identidad, y esto les dificulta el hacer terapias de grupo, entre otras actividades.

1.6.4. Instrumento

A continuación, describimos los instrumentos utilizados para la recogida de datos y para el análisis de los datos:

Para la recogida de datos en la investigación principal se ha realizado una entrevista en profundidad con preguntas adaptadas en cada caso a cada uno de los informantes (Ver Anexos nº5).

La única diferencia entre enfermeros y auxiliares de cara a la realización de la entrevista es que los auxiliares no hacen registros en el curso clínico, por ello a las enfermeras se les preguntó si registraban los cuidados espirituales y a las auxiliares se les preguntó si comentaban con enfermería si algún paciente necesitaba atención espiritual (Ver Anexos nº5, pregunta nº7).

Sin embargo, en la investigación secundaria se emplearon dos instrumentos: uno para entrevistar al sacerdote, y otro para la realización del grupo focal de pacientes, a observar en el apartado de anexos (Ver Anexos nº6 y 7).

Por otra parte, el instrumento empleado para el manejo de los datos durante el análisis fue el software informático ATLAS ti 7.5.4, que tiene un conjunto de herramientas informáticas que permite el avance desde las simples tareas de codificación y recuperación, hasta el análisis de los datos.

1.7. Análisis de contenido

El análisis de los datos obtenidos a partir de las entrevistas en profundidad, las entrevistas a profesionales de ICO-Badalona, y la realización de grupos focales, se realizaron sobre la narrativa que ofrecieron los participantes, mediante el análisis de contenido latente de Bardin [110]. Este tipo de análisis busca la comprensión tanto de lo expuesto y registrado, dentro de un contexto comunicativo y sociocultural determinado; en este caso, profesionales sanitarios que trabajan en un centro hospitalario y que hablan sobre la atención espiritual en el entorno de hospitalización general y, posteriormente, las narrativas ofrecidas por uno de los sacerdotes del centro, a través de una entrevista en profundidad; las aportaciones de los informantes procedentes de los grupos focales de profesionales y pacientes; y de las entrevistas de pregunta corta abierta, conjuntamente con las notas de campo elaboradas, durante cada una de las distintas técnicas. Porque en este tipo de análisis el lenguaje constituye un elemento clave durante los procesos de interacción, y durante los relatos sobre las percepciones y vivencias son tomados en consideración posibles matices, contradicciones o conflictos establecidos, en relación al fenómeno a estudio.

Exponemos a continuación el proceso de elaboración y desarrollo del análisis de contenido sobre la narrativa expuesta por los participantes [110]:

1.7.1. Primera fase: Pre-análisis

Tras realizar y contrastar las transcripciones con los participantes, se llevó a cabo una lectura exhaustiva de cada uno de los documentos, en busca de palabras que llamasen la atención por su relevancia, y se identificaron los elementos que configuraban la realidad estudiada.

A continuación, se volvieron a leer los documentos, se fragmentó la información, se identificaron los distintos códigos que, posteriormente, se fueron agrupando, según las relaciones establecidas entre ellos.

Finalmente, se decidieron las categorías de análisis a establecer para ir agrupando los datos en cada una de ellas, según correspondiera, considerando que el diseño de investigación era emergente y que iba evolucionando a medida que avanzaba la investigación. Por tanto pudieron surgir cambios en los códigos establecidos en base a las relaciones que se iban estableciendo entre ellos. Además, se recurrió tantas veces como fue necesario al marco teórico, a opiniones de otros investigadores y a investigaciones similares.

1.7.2. Segunda fase: Explotación del material

Una vez establecidas las categorías de análisis, se fueron agrupando los códigos, subcategorías y categorías de análisis, según la relación existente entre ellos. En primer lugar, se realizó un esquema manual previo, donde se iban agrupando los datos recogidos, con las palabras utilizadas por los participantes y sus correspondientes citas. Seguidamente, se continuó la introducción de datos en Atlas ti.7.4.5. y el proceso de análisis, relacionando citas, códigos y memos, en el contexto social establecido.

Paralelamente, se fueron contrastando los datos con las anotaciones e ideas procedentes de las notas del diario de campo.

Finalmente, se establecieron las relaciones entre códigos subcategorías, memos y categorías de análisis y las citas relacionadas, y se iban creando diferentes redes que

permitieron ver de forma gráfica las relaciones establecidas entre los distintos elementos. Esto permitió ir haciendo modificaciones en base al tipo de relación establecida y a su significado.

1.7.3. Tercera fase: Tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos

Tras el establecimiento de categorías y subcategorías, se compararon las aportaciones procedentes de los distintos grupos de informantes y, tras observarse las coincidencias establecidas entre ellos, se decidió un análisis conjunto de las narrativas originarias de las entrevistas en profundidad a enfermeras y auxiliares de enfermería, las procedentes del grupo focal de profesionales –a pesar de contar con una celadora, incluida porque sus aportaciones fueron similares–, y las entrevistas de pregunta corta abierta a profesionales de ICO. Para contrastar toda esta información, se utilizaron las narraciones provenientes de la entrevista a uno de los sacerdotes del centro y las del grupo focal de pacientes.

Finalmente, se realizó una síntesis de los resultados obtenidos y se ordenaron siguiendo las categorías de análisis establecidas, según las relaciones surgidas entre los elementos, estableciendo una diferenciación entre investigación principal –que incluyó muy pocas diferencias establecidas entre sus integrantes–, y la investigación secundaria, que aportó otra perspectiva a los resultados obtenidos.

1.8. Rigor científico

A continuación se establece la aplicación de los criterios de excelencia para garantizar rigor metodológico en esta investigación cualitativa con la metodología establecida en este estudio.

En primer lugar, trataremos de argumentar los criterios de confiabilidad, establecidos por Lincoln y Guba, cuyos criterios propuestos siguen vigentes y son: credibilidad, transferibilidad, dependencia, reflexibilidad y confirmabilidad [111]. Éstos están referenciados por Vallés [94]:

1.8.1. Credibilidad

Siguiendo el criterio de credibilidad establecido en el marco de la investigación cualitativa [113] referente al grado de concordancia y asentimiento establecido entre el sentido atribuido a los datos por parte del investigador y a su plausibilidad, ofrecemos las siguientes características:

Las entrevistas en profundidad tuvieron una duración de entre 35 minutos y hora y media aproximadamente, siendo la media de unos 45 minutos. Sin embargo, en todas ellas hubo anotaciones posteriores y aclaraciones realizadas por los informantes durante la confirmación de las entrevistas.

La saturación de los datos se obtuvo cuando los participantes dejaron de aportar nuevos datos. En un inicio se obtuvo tras la entrevista nº13, pero observando que había menos participantes de mañana y tarde, se añadieron dos participantes de mañana y uno de tarde, para corroborar el establecimiento de la saturación de los datos, evitando posibles sesgos.

Por otra parte, se observaron posibles sesgos en relación a la variedad y cantidad de la muestra en el grupo focal de pacientes, por tratarse de 5 pacientes de entre 43 y 81 años. Porque varios de ellos no se presentaron a la cita para la realización del grupo focal. Así, tres ellos tenían edades superiores a 70 años y no hubo pacientes entre 30 y 40 años.

Se contrastó la información obtenida con las respuestas de los datos previamente obtenidos con las creencias y opiniones del investigador, el marco teórico establecido para esta investigación y de otras fuentes, otros profesionales enfermeros que trabajan en otros centros hospitalarios, en busca de opiniones diferentes a las obtenidas durante la investigación [108].

Por ejemplo, una enfermera que trabaja en otro centro hospitalario, perteneciente a la Xarxa d'hospitals d'utilització pública (XHUP), explica que no le da el nombre de

cuidados espirituales, sino que relaciona estas necesidades de cuidado con el ánimo y con las creencias, porque encontró relación entre ambos, y reconoció no haberse planteado con anterioridad las necesidades espirituales de los pacientes durante procesos de enfermedad. Otro ejemplo es que desde el departamento de Docencia del hospital me ofrecieron la posibilidad de buscar registros sobre espiritualidad, pero me advirtieron sobre la escasez de registros en éste área del cuidado.

Se triangularon los datos a través de las comparaciones entre los diferentes métodos de recogida establecidos consistentes en: búsquedas bibliográficas, y creación de un marco teórico conceptual; entrevistas en profundidad como investigación central, con profesionales del EE del HUGTiP e ICO-Badalona, y un grupo focal con profesionales. Después se comparó con un grupo focal de pacientes y una entrevista a uno de los sacerdotes del centro, por ser elementos que aportaron una perspectiva diferente y un rigor metodológico añadido. Paralelamente, se transcribieron las entrevistas y se tomaron notas de campo en un diario, con los registros procedentes de los informantes, recopilando todas aquellas ideas y técnicas que se han llevado a cabo [112, 113]. El diario de campo ha servido como información complementaria para guiar y justificar los métodos establecidos.

1.8.2. Transferibilidad

En el caso de este estudio, la muestra seleccionada ha sido el personal de enfermería del área de hospitalización de un hospital público de tercer nivel, situado en Badalona: el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Además, para aportar rigor, se han realizado grupos focales con profesionales y pacientes tratados en el centro, así como de la unidad Oncohematológica ICO-Badalona, situada también en dicho hospital universitario.

Los participantes del estudio, los profesionales del equipo de enfermería, son quienes pasan más horas con los pacientes en el área de hospitalización y quienes, en un momento dado, pueden detectar una demanda de atención espiritual y dar respuesta a ella, ya sea intentando resolverla ellos mismos o delegando en otra persona, en

función de las características individuales y necesidades concretas del paciente. Así, los resultados de este estudio se pueden aplicar en un centro de características similares y un número idéntico de participantes cuya variabilidad sea similar.

Para la selección de los mismos, se fue preguntando a enfermeros y auxiliares de enfermería de los diferentes turnos si estaban interesados en el tema de estudio y querían participar, y se fue reclutando a todos los que aceptaron ser entrevistados y grabados.

1.8.3. Dependencia

El investigador principal ha trascendido los límites de su rol de profesional enfermero para adentrarse en el terreno de sus informantes, y así poder comprender el punto de vista de los mismos, sin influir, ni dogmatizar, ni establecer ningún tipo de juicio previo, sino tomando nota de las informaciones que se le han ido ofreciendo. Procurando así la neutralidad.

El contexto social en el que se ha establecido el estudio es un hospital público de tercer nivel, llamado Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP), situado en el municipio de Badalona, con una población aproximada de 220.000 habitantes. El HUGTiP atiende además a pacientes de Santa Coloma de Gramenet, Sant Adrià de Besòs y de la comarca del Maresme. Cuenta con 194 enfermeros y 139 auxiliares de enfermería, repartidos en turnos de mañana, tarde y noche. Se han escogido participantes de ambas categorías, en los diferentes turnos.

En un inicio, se realizaron 13 entrevistas, pero el investigador principal quiso corroborar que había llegado a la saturación cogiendo tres participantes más de turnos que contaban con menos participantes, en este caso se cogieron dos informantes del turno de mañana y uno de tarde. Por tanto fueron entrevistados 8 diplomados de enfermería y 8 técnicos auxiliares de enfermería. A pesar de que la proporción de auxiliares de enfermería en las unidades de hospitalización es menor, el investigador creyó oportuno seleccionar la misma cantidad que de enfermeras, porque durante la

investigación observó que ellas eran quienes pasaban más tiempo con ellos y realizaban más actividades de cuidado relacionadas con aspectos íntimos, como, por ejemplo, los cambios de pañal o la higiene del cuerpo.

Se realizó una investigación primaria a partir de entrevistas a profesionales del EE del área de hospitalización general, el grupo focal de profesionales y 10 entrevistas a profesionales de enfermería de ICO-Badalona, que cuenta con una unidad de Hospitalización y un Hospital de día de Oncología, además del servicio de Radioterapia. Y, para la triangulación de los datos obtenidos, el investigador entrevistó a uno de los cuatro curas del centro y creó un grupo focal con 5 pacientes. Los datos recogidos ofrecieron rigor a la investigación principal. Sin embargo, el diseño de la muestra y la muestra deseada para cada uno de los grupos focales fue menor a la deseada, esto pudo suponer cierto grado de sesgo.

En primer lugar, en el grupo focal de profesionales, en un inicio se contaba con una muestra mucho mayor, que además incluía profesionales de otras categorías. Pero de los 6 participantes, 5 eran diplomados. Esto hace que su visión sea la de la perspectiva de la enfermería. Este hecho presenta la ventaja de que conocen las funciones y actividades que realizan los profesionales del equipo de enfermería. El celador, por su parte, siendo correturnos, vio, desde fuera, la atención ofrecida por el equipo de enfermería. Finalmente en la realización de entrevistas, se saturaron los datos antes de llegar a la totalidad de las entrevistas realizadas, sin embargo, el investigador creyó oportuno obtener una muestra de 36 informantes.

En relación a la investigación secundaria, la entrevista al sacerdote corroboró datos obtenidos en las entrevistas a enfermeras y aportó un punto de vista diferente, además de dar a conocer con mayor detalle los servicios de atención espiritual y religiosa católica ofrecidos en el hospital.

Y, en tercer lugar, en el grupo de pacientes también se pretendía obtener una muestra mayor, que además ofrecía más variedad en las edades, sin embargo se obtuvo una

muestra final de 5 informantes, tres hombres y dos mujeres. Este hecho comporta la ventaja de que las personas con edad más avanzada le dan más importancia a la enfermedad y ven la muerte más cercana que personas más jóvenes.

1.8.4. Reflexibilidad

El posicionamiento del investigador para este trabajo es el de un profesional de enfermería que ha trabajado durante 16 años en distintas unidades hospitalización y en Servicios especiales (Hemodiálisis, Urgencias, Reanimación y Quirófano): 3 como auxiliar de enfermería y 13 como enfermera, por lo tanto, conoce las actividades de cuidado de ambas categorías. A partir de su propia vivencia, quiere explorar la vivencia de otros profesionales desde un paradigma constructivo, mediante un análisis fenomenológico, dejando al margen la suya propia.

Durante su trayectoria profesional, el investigador principal ha atendido a diferentes tipos de pacientes, observando en ellos necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que han requerido de intervenciones para garantizar unos cuidados integrales.

Sin embargo observó que ni todos los pacientes ni todos los profesionales hablaban abiertamente sobre espiritualidad y detectó ausencias de registros y registros incompletos en algunas valoraciones sobre el aspecto espiritual de la persona en las entrevistas de ingreso hospitalario. Además, durante su estancia en Servicios especiales (Hemodiálisis, Urgencias, Reanimación y Quirófano) detectó una priorización en cuidados físicos con respecto a cuidados en otras esferas de las personas, debido a que los pacientes se encontraban en muchos casos ante situaciones críticas de salud, o incluso con alteraciones de la conciencia o bajo inducción anestésica.

Por este motivo planteó como objetivo principal de este estudio comprender la vivencia de los profesionales del equipo de enfermería sobre la atención espiritual de sus pacientes, durante el proceso de enfermedad en áreas de Hospitalización.

Por lo tanto, pese a que el investigador dejó de lado su rol de profesional enfermero para entrar en su rol de investigador, el hecho de conocer el lenguaje característico de enfermería, le ha facilitado el manejo de los datos, aunque siempre lo ha contrastado y clarificado con los informantes. Además, siendo compañero de profesión, los participantes se han sentido cómodos y comprendidos a la hora de expresar sus vivencias, porque se ha procurado neutralidad y apertura por parte del investigador. Esto ha aportado relevancia y validez al estudio.

1.8.5. Confirmabilidad

Siendo el propio investigador un instrumento de medida en el análisis de datos, lo que hace es tener claro su punto de partida y el paradigma constructivo en el que se posiciona. De este modo se centra en la vivencia de los profesionales a los que entrevista.

Así, no influyó ni juzgó las respuestas de los informantes y les pidió que explicasen sus vivencias como profesionales del equipo de enfermería, en sus categorías correspondientes.

Seguidamente, se efectuó una grabación de las entrevistas y una recogida de datos previos, durante las mismas y después de ellas, manualmente, además de considerar las expresiones no verbales. Las transcripciones se establecieron de forma rigurosa, con las palabras utilizadas por los informantes.

Finalmente, se realizó una verificación posterior con cada uno de los participantes para comprobar si se sentían representados por las afirmaciones transcritas. Con esto se pretende destacar la importancia de que los participantes se sientan partícipes del proceso de interpretación establecido a partir de un referente empírico [113]. Además los informantes se mostraron interesados en conocer los resultados del análisis de los datos.

1.9. Consideraciones éticas

A continuación, se establece una relación entre los *criterios éticos* y las actividades realizadas:

- Se ha solicitado permiso al comité de ética en investigación de la Universidad y al comité de ética asistencial de los centros de donde procedan los informantes. Certificado nº PI-14-097. (Anexos nº3 y 4)
- El investigador ha tratado los datos personales de los informantes de forma confidencial y respetuosa. Para ello ha tenido en cuenta lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal (LOPD), que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo relativo al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Esta ley se aplicará a los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado [114]. Siendo grabados y registrados los datos obtenidos durante la investigación, es necesario respetar lo establecido por la LOPD.
- Los informantes firmaron un consentimiento informado, donde se explicaba cómo serían tratados sus datos y la finalidad del estudio, así como el hecho de poder abandonar el mismo, si lo deseaban. Antes de firmarlo, debían comprender bien lo que en él se explicaba. (Ver Anexos, nº2)
- El investigador no ha influido ni alterado los datos obtenidos procedentes de la investigación. Se ha mantenido neutral y respetuoso.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

CAPÍTULO 5

RESULTADOS Y DISCUSIONES

***“Aceptar nuestra vulnerabilidad
en lugar de tratar de ocultarla
es la mejor manera de adaptarse
a la realidad”.***

David Viscott.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. RESULTADOS Y DISCUSIONES

1. 1. Introducción: Aproximación a la espiritualidad y necesidades espirituales

Para facilitar un mismo punto de partida por parte de todos los informantes, se ha utilizado la definición de espiritualidad propuesta por Tamayo Acosta [11]:

La **espiritualidad** es un acto de reflexión sobre el saber religioso, la experiencia con lo absoluto o los valores últimos que trascienden a la persona, sobrepasando así el dominio de lo religioso. Se encuentra inherente en cada ser humano, –como la corporalidad, la socialidad y la praxicidad–, y, por tanto, las personas que pasan por una situación de enfermedad pueden requerir ayuda o acompañamiento para sentir un bienestar en esta dimensión durante el proceso de atención de enfermería.

Por otra parte, habiendo distintas tipologías de **necesidades espirituales**, en función del entorno terapéutico y situación de salud de la persona, seguiremos la definición propuesta por José Carlos Bermejo [73] y Benito, Barbero y Payás [74], para unificar unas necesidades espirituales establecidas para personas en situaciones de enfermedad.

1. Ser reconocido como persona.
2. Releer la propia historia.
3. Encontrar sentido a la propia existencia.
4. Liberarse de culpa, perdonarse.
5. Trascendencia: depositar la vida en algo más que en sí mismo.
6. Continuidad.
7. Esperanza auténtica, no falsas esperanzas.
8. Expresar sentimientos y vivencias religiosas.

Cabe señalar que, en otras selecciones de necesidades espirituales, hay autores como Tosao [115] o Ramió [116] que incluyen la necesidad espiritual de amar y ser amado.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Sin embargo, no me ha parecido necesaria porque considero que está incluida en la necesidad espiritual de perdonar y ser perdonado. Esto es debido a que para amar y ser amado, uno debe auto-aceptarse con sus defectos y sus virtudes y estar libre de rencores consigo mismo y después con los demás, siendo grato con la propia vida. Sólo de esta forma –desde el amor y la gratitud– uno está en condiciones de dar amor a los demás, sin esperar nada a cambio y, a su misma vez, de recibir amor. Por tanto, es aplicable tanto a pacientes, como receptores fundamentalmente, y a familiares y profesionales, como quienes brindan amor, pese a que la persona cuidada también puede ofrecerlo. Sin embargo, hay quienes pueden realizar esta lectura indicando que el inicio de todo es el amor y no la aceptación y el perdón y considerar que la necesidad de amar y ser amado no está relacionada con la necesidad de perdón.

1.2. Aproximación a las situaciones de sufrimiento espiritual y bienestar espiritual

A menudo, nociones como sufrimiento, son difíciles de definir porque dependen mucho de la tipología a la que se haga referencia y porque se pueden utilizar indistintamente con palabras como distrés, o ser equiparables a dolor, padecimiento y pena [1].

En este caso en particular, el sufrimiento espiritual, nos referimos a un tipo de sufrimiento que, yendo más allá del físico, puede manifestarse a través de las emociones o estado de ánimo. Estas manifestaciones pueden ser detectadas por los profesionales del EE, a través de la relación terapéutica.

NANDA, Lynda J. Carpenito, María Teresa Luis Rodrigo y Eulalia Juvé ofrecen una definición para el diagnóstico enfermero de **sufrimiento espiritual**:

Siguiendo a NANDA I, el sufrimiento espiritual como el deterioro de la propia capacidad para integrar y experimentar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la

naturaleza o un ser superior a uno mismo [82, 116]. Con lo cual, al igual que Tamayo Acosta, concibe la espiritualidad como algo que abarca más allá de la religiosidad.

Sin embargo, Carpenito define el sufrimiento espiritual como un estado en el que la persona o grupos experimentan un trastorno en sus creencias o sistema de valores que constituyen su fuente de fuerza, esperanza y significado para la vida [81, 117]. La definición de esta autora, está más focalizada en el uso del sistema de creencias como ayuda al afrontamiento y en el sentido de la vida.

María Teresa Luis Rodrigo, por su parte, lo define como una situación en la que la persona sufre una alteración del principio vital que trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano. Suele estar relacionado con la separación de los vínculos culturales o religiosos [53, 118]. Luis Rodrigo sigue una línea más amplia, al igual que NANDA, y Tamayo Acosta, y, como veremos a continuación, igual que Juvé.

Sin embargo, Eulalia Juvé ofrece definiciones por separado para el concepto sufrimiento y el concepto de espiritual y el de armonía [87]:

- Sufrimiento –o sensación desagradable–, es una impresión repulsiva, ofensiva, penosa, molesta o que produce un padecimiento en la persona.
- Espiritual es un conjunto de facultades que intervienen en la regulación y el desarrollo de los principios que permiten reflexionar sobre la propia identidad, origen y con lo que se considera trascendental.
- Armonía interna es el estado de bienestar y paz interior.

Por otra parte, lo **trascendental**, es aquello que se comunica o extiende a otras cosas, algo que –por su consecuencia–, es importante o grave. En un sentido filosófico, deriva del ser y se aplica a todos los seres, y, concretamente, en el kantismo, no se ocupa tanto de los objetos como de nuestro modo de conocerlos, en cuanto que es posible a priori [1]. Por lo tanto, es algo que, por su importancia, va más allá del propio ser y

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

traspasa los límites de la ciencia experimental. En relación a esto, la necesidad espiritual de trascendencia es depositar la vida en algo más que en sí mismo.

NANDA I, define el **bienestar espiritual**, como la capacidad del individuo para integrar y experimentar el significado y propósito en la vida, mediante la conexión de la persona con el yo, otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un ser superior a uno mismo [82]. Sin embargo, en las últimas ediciones, el diagnóstico ha pasado a llamarse **disposición para mejorar el bienestar espiritual** [116].

Carpenito, en ediciones posteriores y siguiendo la misma línea que NANDA I, describe el **bienestar espiritual** como la capacidad para experimentar e integrar el significado y el propósito en la vida a través de la conexión con uno mismo, los demás, el arte, la música, la naturaleza o un ser superior a uno mismo [81].

Con todas estas definiciones podemos tomar un punto de partida para dar a conocer las distintas maneras en que los profesionales de enfermería pueden definir tanto el bienestar como el sufrimiento espiritual que, pese a presentar algunas diferencias, los objetivos de resultado van encaminados al bienestar integral de la persona cuidada.

2. Entrevista al equipo de enfermería de hospitalización general, ICO-Badalona y grupo focal de profesionales

A lo largo del trabajo de campo, durante el análisis de los datos, se han establecido tres categorías de análisis –*Relación entre el personal de enfermería y la persona cuidada; Vivencias de cuidado espiritual; e Identificación de la demanda de cuidados espirituales*–, con sus consecuentes subcategorías.

A continuación presentamos un cuadro que expone tales categorías y sus correspondientes subcategorías, que emergieron a partir del análisis de los datos realizado (Ver Tabla 13).

MARCO METEOLÓGICO
CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Posteriormente se describirán de forma más detallada cada una de ellas, a partir de los datos recogidos en las entrevistas realizadas al personal del EE de hospitalización e ICO y el grupo focal de profesionales, los procedentes del grupo focal de pacientes y la entrevista al sacerdote.

Tabla 13: Categorías y subcategorías de análisis:

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS							
1. RELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LA PERSONA CUIDADA							
VISIÓN SOBRE LA PROFESIÓN ENFERMERA				VISIÓN SOBRE LA PERSONA CUIDADA			
SIGNIFICADO DE ENFERMERÍA	CUIDADO O AYUDA	APORTA UN BIENESTAR A LA PERSONA CUIDADA		VISIÓN GENERAL	PERSONA CON SENSACIÓN DE VULNERABILIDAD	INGRESO HOSPITALARIO	
	PROFESIÓN	REQUIERE	ACTITUDES CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES RESPONSABILIDAD			ENFERMEDAD	
	VOCACIÓN	REQUIERE PREDISPOSICIÓN				DESÁNIMO	
ROLES DE ENFERMERIA	SEGÚN ACTIVIDAD	CUIDADORA		VISIÓN HOLÍSTICA	DIFERENTES ESFERAS INTERACCIONAN ENTRE SÍ		
		ACOMPAÑANTE			LA PERSONA ES UN TODO		
		APOYO			PROCESO INDIVIDUAL		
		MEDIADORA			ESPIRITUALIDAD	ÁNIMO	
	EDUCADORA		CREENCIAS				
	COORDINADORA		PSIQUÉ				
	ROL PROPIO		INTERIOR / ESENCIA				
	SEGÚN AUTONOMÍA	ROL DE COLABORACIÓN			AUTOCUESTIONAMIENTO		
2. VIVENCIAS DE CUIDADO ESPIRITUAL							
NATURALEZA DE LOS CUIDADOS ESPIRITUALES		PERCEPCIÓN ANTE EL CUIDADO ESPIRITUAL			AFRONTAMIENTO DE CUIDADOS ESPIRITUALES		
CUIDADOS ESPIRITUALES	NECESIDADES ESPIRITUALES	SENSACIÓN		CAPACITACIÓN		PREDISPOSICIÓN	BARRERA
		GRATITUD	TEMOR / ANGUSTIA	FORMADA	NO FORMADA		
3. IDENTIFICACIÓN DE LA DEMANDA DE CUIDADOS ESPIRITUALES							
DEMANDA DIRECTA				DEMANDA INDIRECTA			
PACIENTE		FAMILIAR / ALLEGADO		APATÍA	ACTITUD DIFERENTE		
NECESIDAD DE CUIDADO ESPIRITUAL RELIGIOSO					AGRESIVIDAD	LLAMADAS DE ATENCIÓN	

Fuente: Elaboración propia.

2.1. Relación entre el personal de enfermería y la persona cuidada

Nos centramos principalmente en el significado de la relación establecida entre la persona cuidada y el personal de enfermería, determinada por el cómo son la visión sobre enfermería y la persona cuidada por parte de los informantes.

En mayor o menor medida, se establece una relación interpersonal terapéutica entre profesional y paciente. Ésta repercute sobre los cuidados ofrecidos por el EE, debido a que viene determinada por el significado otorgado, por parte de los profesionales, a ambos términos (enfermería y persona), por ser recíproca –ya que siempre se procura un feedback–, y porque cuanto más próxima es, mayor es el grado de confianza que puede establecerse entre ambos.

2.1.1. Visión sobre la profesión enfermera

En primer lugar, la enfermería es definida por los propios profesionales que la ejercen como **cuidado** –en relación a la actividad fundamental que realiza el personal del EE–, **profesión** –debido a que requiere de una serie de actitudes, habilidades y responsabilidad–, y **vocación** –por la predisposición que requiere, para el cuidado de la persona-. Sin embargo, estos códigos se interrelacionan entre sí, por la manera en que han sido definidos y por tener la finalidad de aportar un bienestar.

Así, ante la pregunta “¿Cuál es tu visión sobre la enfermería?” la mayoría de informantes, independientemente de su categoría profesional hizo referencia al **cuidado**, el resto de ellos, a la **dedicación al otro** y al **apoyo**. Sin embargo, algunos afirmaron que era una **profesión** y otros que era algo **vocacional**. Aunque estas afirmaciones aparecieron, también, en diversos momentos de la entrevista.

Por tanto, a la luz de las definiciones de enfermería expresadas por los participantes, el acto de cuidar, constituye una serie de actividades dirigidas a la satisfacción de cualquier necesidad que pueda presentar el paciente, ayudarle en las actividades de

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

autocuidado o suplencia, y complementar la atención médica con la finalidad de aportarle un bienestar.

Bueno, para mí, la enfermería es el cuidado.

Uhum

El cuidar pues a una persona que está en un proceso de salud, es un proceso, y necesita, o sea, lo que mm lo que él no puede, o sea, la... la –es como se dice ¿no?–, las necesidades que él no puede satisfacer, pues tú le ayudas, le suples o le... Para mi es eso enfermería... P-2005

La enfermería para mi es el cuidado de otra persona, e... es de complementar la acción médica y además tener tus... No sé, atender... a suplir a lo que no llega el enfermo, por ejemplo. El enfermo o la familia, pero vamos, básicamente es atender al enfermo en su patología y... para un bienestar. P-1001.

Primeramente, la asociación entre enfermería y cuidado por parte de los informantes, se debe a que el cuidado es el objeto de conocimiento de esta disciplina y constituye la aportación específica de los profesionales del equipo de enfermería a la salud dentro de la sociedad [119]. Por tanto, la concepción del cuidar se encuentra dentro de un sistema de valores y creencias, influenciados por valores sociales, culturales, políticos y económicos. La importancia de éstos, radica en su relación con la identidad profesional y la profesionalización [120].

Así, cuidado y persona constituyen dos de los cuatro componentes del metaparadigma enfermero (cuidado, persona, salud y entorno), que forman la base desde la que evoluciona el conocimiento de la disciplina enfermera [121]. Además, los profesionales de enfermería, –disciplina que, como la antropología y la sociología, tiene como núcleo central al individuo y la comunidad–, difícilmente pueden definir las actividades de cuidado sin hacer mención de las necesidades humanas, ya que su objeto de cuidados es una persona (y, en ocasiones, familia y/ o comunidad) que necesita ayuda para la satisfacción y logro de la autonomía en ellas [122].

En consecuencia, los profesionales enfermeros se sienten identificados con el ejercicio del cuidar, llevado a cabo de una forma humanitaria, y la sociedad espera de ellos un

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

trato cordial, una buena comunicación [123], eficiencia y confianza [124]. Esto es lo que para los informantes une, **profesión y vocación**, que son las otras dos formas en que definieron enfermería. En relación a las actitudes, habilidades y responsabilidad necesarias para el desempeño del cuidado del otro.

Pues para mí, la enfermería es algo vocacional, y de esto te vas dando cuenta, buff... pues poco a poco, cuando vas ejerciendo la profesión ¿sabes? Entonces, cuando vas aprendiendo... y vas cuidando al paciente, pues entonces es cuando te ofreces a sus necesidades y a lo que necesite. P-2006

Sí, es una profesión que te llena, porque el saber que puedes ayudar a personas que no pueden... P-2003

[...] Porque sí que los pacientes te explican que tenemos un trato especial con ellos, que tenemos un taranná.. P-3005

Asimismo, la vocación es la inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión, y se utiliza éste término coloquialmente para designar la inclinación a cualquier estado, profesión o carrera [1]. En esta línea, Nightingale hace referencia a la vocación enfermera, en relación a la llamada de Dios [42]:

"Dios me ha hablado y me ha llamado a este servicio".

F. Nightingale

Pero, aunque la vocación sea una de las características de la profesión enfermera [125, 126] y esté relacionada con la actitud humanitaria y altruista, ésta no es su concepción real con su componente religioso como el que antiguamente tuviera. Es decir; un estatus vocacional cuya práctica de cuidados está basada en valores religiosos y morales que definen el papel y el lugar de la mujer dentro de la sociedad hasta la Edad Media, en relación a la fecundidad y los cuidados domésticos [26].

En este caso, la vocacionalidad es un compromiso, y un ideal de servicio a los individuos y a la comunidad por parte del profesional de enfermería –quien está legitimado para proveer ciertos servicios personales–, obligado a contribuir al

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

conocimiento científico para mantener su monopolio profesional basado en éste, mostrando su importancia a la sociedad mediante la generación de admiración y entusiasmo por su profesión [127]. Por tanto, puede o no implicar religiosidad –en tanto que busca un bien para el prójimo–, pero no necesariamente cristiana.

Quizás es un poco por vocación, también. Es una profesión muy delicada. A veces hay que tener mucho estomago para poder aguantar muchas cosas. P-3008

Hablamos de vocación, o de lo que quieras llamar, pero, en el momento en que tú te implicas en tus competencias, en lo que tienes que hacer cada día, al lado de un paciente, es cuando puede surgir de una manera más fácil la empatía. P-4005

Esta última cita saca a la luz la relación entre competencia enfermera –que requiere una serie de conocimientos, habilidades y actitudes [128], y por tanto, un compromiso–, y vocación –que requiere predisposición y empatía por parte del profesional enfermero–.

Así, como actitud enfermera, la empatía es el sentimiento de identificación con algo o alguien o la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos [1]. Por lo tanto, constituye una capacidad.

Además, las competencias de la profesión de enfermería, se encuentran agrupadas bajo títulos genéricos, tales como el proceso de cuidados; la prevención y promoción de la salud; los procedimientos y protocolos; la atención a enfermos en situaciones específicas; la comunicación; el trabajo en equipo; el mantenimiento de las competencias, la ética y los aspectos legales; y el compromiso profesional. Siendo objetivo común de todas ellas velar por el cuidado de la persona. De tal modo que, en casos necesarios, los diplomados de enfermería delegan tareas a los auxiliares o trabajan con ellos de manera conjunta, como también se establece en el código deontológico de la profesión enfermera [129, 130].

Sin embargo, las responsabilidades que tienen enfermeros y auxiliares son diferentes durante la realización de estos cuidados, por la diferencia de nivel en sus

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

conocimientos, actitudes y habilidades. Esto se debe a que la base de conocimientos es la misma, pero cada una de ellas tiene diferente formación académica. Así, en la actualidad, la enfermería requiere estudios universitarios –hasta 2011 era una diplomatura, hoy en día son estudios de grado [127]–, de la rama de ciencias de la salud, mientras el auxiliar de enfermería realiza formación profesional, mediante un ciclo formativo de grado medio de la rama sanitaria llamado Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) [131].

En este caso, las actividades a realizar están relacionadas con las competencias que tiene cada uno de los profesionales, por lo tanto, cuando, en un momento dado, un diplomado de enfermería delega una tarea a un auxiliar, se debe asegurar de que éste esté capacitado y le corresponda realizarlos. Así, los auxiliares expusieron realizar tareas delegadas por los diplomados, asumiendo sus propias responsabilidades. Este hecho hace que cada uno de ellos conozca cuáles son sus competencias en relación a su categoría profesional. Éstas se encuentran publicadas en el Boletín Oficial del estado nº16, bajo el Real decreto 1790/2012 [132], y también fueron definidas en Consejo Catalán de especialidades en ciencias de la salud. Sin embargo, para cualquiera de ellos, independientemente de su categoría profesional, está presente el sentimiento de que ejercen una profesión que es vocacional.

Finalmente, me gustaría destacar lo afirmado por estas dos participantes, sobre la vocación y profesión:

Yo creo que la gente está equivocada, con ese concepto. De que es VOCACIONAL. Te puede gustar más o menos [...]. No es una vocación, sino que es una profesión. Y yo la hago porque recibo dinero, pero si no recibiese dinero, pues, seguramente, también haría según qué cosas, qué actuaciones de enfermería, aunque no fuese enfermera, por ejemplo. P-1003

Bajo mi punto de vista como enfermera asistencial, creo que ambos hechos no se contradicen ni quitan el uno la existencia del otro. Esta participante, a través de esta cita, muestra que asocia vocación al hecho de que te guste la labor que desempeñas. Por tanto, (1003) considera que aunque a un enfermero le guste su trabajo debe cumplir con una serie de habilidades y actitudes profesionales y tener los

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

conocimientos necesarios. Sin embargo, un profesional puede ser vocacional y esforzarse por tener dichas actitudes y habilidades, porque la vocación por sí misma no le capacita para ser un buen profesional, como señala esta informante. Por otra parte, al final de la cita, reconoce que haría según qué actuaciones aunque no fuera enfermera, por tanto, reconoce su propia vocacionalidad aunque no lo manifieste.

Otra participante, aunque afirma que enfermería era vocacional hace algunos años, reconoce que hay enfermeras que escogen la profesión pensando en que tiene salida profesional y no porque la labor enfermera les resulta gratificante.

¿La enfermera vocacional? Sí, cuando yo empecé sí. Ahora yo creo que casi todo el mundo la coge porque es que es una carrera que siempre hay enfermos y siempre patologías y siempre hay alguien que le tienen que cuidar? P-1001

Por su parte, todos los auxiliares de enfermería, consideran la profesión como vocacional, aunque una de ellas manifiesta una pérdida generalizada de la vocación por causa de la presión asistencial de los últimos años y el sentimiento de poca valoración por parte de la institución.

A ver, la enfermería es vocacional, cuando tú lo haces desde el amor y desde el cariño y desde... um... poniéndote en el lugar de la persona que te está enferma. Cómo te gustaría que a ti te trataran [...]. Pero esto se ha perdido. [...] Si no se cuida a los trabajadores, los trabajadores se queman. Y cuando uno se quema, pues ya no está bien ni consigo mismo, ni con el paciente, ni con el que le manda. Por lo tanto, yo creo que mucha gente tiene esta vocación e intenta no perderla [...]. P-2008

Además de todo esto, se puede entrever a través de esta cita, varias cosas expresadas por este auxiliar de enfermería: la primera es que el profesional toma una actitud empática ante el paciente, la segunda es que trata de cuidar como le gustaría ser cuidado, la tercera es que si uno no está bien consigo mismo (ya sea por sobrecarga asistencial o por falta de valoración o por el motivo que sea), no puede estarlo con el resto. Por lo tanto, uno necesita sentirse bien consigo mismo para tener una actitud empática con la persona a la que cuida. Finalmente, habla de intentar no perder la vocación, por el bienestar del paciente.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Por otra parte, los **roles de los profesionales del EE** fueron descritos a dos niveles, el primero de ellos, en relación a las actividades a realizar; el segundo a si éstas eran realizadas de forma autónoma o en colaboración con otro profesional.

Así un **rol según actividad** constituye una etiqueta asignada por el propio EE, en relación a la actividad que está realizando en cada momento. Por ejemplo, un profesional que realiza un cuidado asume un rol de cuidador, mientras quien realiza educación sanitaria ejerce un rol de educador. Así los roles más mencionados, según la actividad a realizar, por los participantes fueron: **Cuidadora, acompañante, apoyo, colaboradora, coordinadora y educadora.**

Desempeñamos diferentes roles: cuidadora, amiga, apoyo psicológico, en un momento dado. Tratas de ser un punto de apoyo para el paciente. P-1005

La mayoría de informantes, al preguntarles cuales eran los roles que ellas desempeñaban, explicaban o describían cuidados físicos, o actividades relacionadas, entonces había que confirmar con ellas qué rol sería ese.

¿Los roles? Pues, a ver, uno de los roles es atenderlos bien y saber ponerte en su lugar P-2006
Mediante esta cita, (2006) describe un rol de cuidadora.

Paralelamente, un **rol según autonomía** hace referencia a **rol propio**, cuando es una actividad que se lleva a cabo de forma autónoma por el profesional, o **rol de colaboración** si el profesional realiza la actividad asistencial conjuntamente con otro profesional. En relación a la variabilidad según categoría profesional, la diferencia radica en si la actividad es realiza de forma conjunta o delegada.

Es un rol, es un rol autónomo, que tiene parte de delegación, o sea, tú ves un paciente y tú le haces las curas que tiene que necesitar ese paciente, porque, por la patología o la persona, son las que necesita, son las necesidades que tiene el paciente. Y luego hay otras que te vienen delegadas por órdenes médicas o... P-1004

El rol de colaboración con la enfermera, con la enfermera ¿no? Y el rol propio, el rol independiente, que es lo que tú crees que a esa persona le tienes que facilitar, o a lo que hacer, o a lo que llegar. P- 2005

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En el caso de las diplomadas, –que mencionaron más roles–, pueden realizar tareas prescritas por el médico, mientras las auxiliares realizan actividades de cuidado delegadas por las diplomadas:

Rol de cuidadora, sustituyendo las necesidades de los pacientes, rol de acompañamiento emocional y físico y rol de educadora. P-1009

Fuera de “de cara al paciente”, hay otras actividades, que yo realizo que es de cara a la unidad. Por ejemplo, reponer material, colaborar en que todo siga un orden, esté todo en su sitio [...], si hay alguna luz que no funciona, llamar al servicio de mantenimiento, si, por ejemplo, hay que localizar a un paciente que se ha trasladado, llamar al servicio de admisiones [...]. P-2001

En esta última cita (2001) hace referencia al rol de coordinadora que realizan auxiliares y enfermeros en caso necesario, pero ha sido el menos mencionado de los roles. Hay diferentes tipologías de roles enfermeros, pero los más frecuentemente aparecidos son: cuidadora, colaboradora, educadora, gestora e investigadora, en relación a las diferentes funciones de enfermería: asistencial, docente, gestión e investigación [133, 134]. En la narrativa de los participantes aparecieron los roles de apoyo y acompañante, que se pueden integrar dentro del rol de cuidadora si se entienden como parte de los cuidados integrales, y el rol de coordinadora se corresponde con el de gestora.

Los participantes no mencionaron el rol de investigadora. Sin embargo, es perfectamente un rol que desempeñan cuando tratan de averiguar las causas de una mala respuesta a la enfermedad, durante el proceso de atención de enfermería, o buscan información sobre una enfermedad y los cuidados de enfermería relacionados en bibliografía relacionada o en protocolos enfermeros del centro, para mejorar la atención de sus pacientes. Además, hay profesionales que realizan estudios de investigación en relación a su práctica asistencial. El propio centro hospitalario promueve estas actividades, mediante un departamento de enfermeros de soporte a la investigación, que organiza cursos de formación continuada y ofrece asesoramiento al personal de enfermería asistencial.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Posteriormente, en relación a las funciones de enfermería, se ha producido una evolución a tres niveles, con una orientación hacia el cuidado integral del individuo, como sostienen Martínez-Cadaya y Fernández [135], tras una revisión bibliográfica sobre las modificaciones en las funciones de enfermería:

1. Cambio en la forma de pensar, centrándose en el cuidado del individuo, relegando la curación a un segundo término.
2. Cambio en la forma de actuar, desarrollando sus funciones con autonomía y responsabilidad propia.
3. Cambio en la forma de hablar, normalizando la taxonomía diagnóstica y la aplicación de planes de cuidados estandarizados.

Por lo tanto, esta evolución en el desempeño de las funciones de las enfermeras hace más partícipes a las personas cuidadas y a sus familiares.

En conclusión, referente a la autonomía, los profesionales del equipo de enfermería a menudo trabajan de forma autónoma o en colaboración con otros profesionales, asumiendo en cada caso sus propias responsabilidades. Como se ha comentado anteriormente, el trabajo en equipo y la relación interprofesional es una de las competencias de la profesión enfermera, y tiene por objetivo ofrecer una atención integral –tanto a la persona cuidada, como a sus familiares–, y coordinada mediante el trabajo en equipo. Para ello, enfermería debe conocer sus propias habilidades, competencias y roles y las del resto del equipo, y saber delegar cualquier tarea a quien tenga los conocimientos, habilidades y capacidades requeridos [129]. Además, el código ético de la profesión enfermera [129, 130] establece un compromiso profesional en relación al trabajo en equipo. En cualquier caso, el objetivo de los profesionales de enfermería siempre será procurar la mejor atención posible a los pacientes.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

- Reflexión conclusiva sobre la visión de la profesión enfermera

Los profesionales del equipo de enfermería, pese a pertenecer a las categorías profesionales distintas de los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería (TCAE) y Diplomados universitarios de enfermería (DUE) han tenido visiones similares sobre la enfermería. El único matiz a añadir es la visión de que la figura del auxiliar como creada para llegar donde no llega la enfermera en relación a la realización de tareas burocráticas y administración de tratamientos prescritos, dando más cabida al auxiliar a realizar la mayoría de tareas relacionadas con la ayuda a la realización de las actividades de la vida diaria:

Yo creo que la figura del auxiliar se creó para eso, para ayudar a la enfermera a descargar un poco todo el trabajo que ella tenía. Pero somos asistenciales, asistimos al paciente, y creo que tenemos un papel muy importante a nivel de relación. P-2008

Este hecho puede ocasionar que el auxiliar comparta más momentos de intimidad con el paciente. Sin embargo, si el diplomado o la diplomada sabe gestionar bien su tiempo, buscará cualquier momento o la realización de cualquier técnica clínica para poder establecer mayor contacto e intimidad con la persona a la que cuida. En cualquier caso, será primordial una buena comunicación entre ambos profesionales y que ambos conozcan adecuadamente a las personas a quienes cuidan.

Para mí no es importante el registro. No es importante. Es mi conciencia. Es tener ...saber que yo estoy conociendo a quien estoy cuidando, puedo generar un vínculo, acercarme, explorar, detectar, um... si no se manejarlo derivarlo a un profesional más experto, o sea un poco estar.. [...] Y es verdad que el tiempo influye, pero tú, cuando estás haciendo una cura a un paciente, o una higiene... P-4006

En cualquier caso, la enfermería es una profesión vocacional y para su realización se requieren una serie de actitudes, conocimientos y habilidades, y profesionalidad.

Por otra parte, y en relación a los roles del EE, se establecieron dos claras distinciones, por parte de las informantes, una en cuanto roles a desempeñar –en donde no se establecieron diferencias por categoría profesional, pese a las actividades a realizar-, la

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

otra en cuanto a la colaboración –en donde la diferencia radicaba en que las diplomadas realizaban actividades prescritas por los médicos y las auxiliares delegadas por las enfermeras. Por lo tanto, la tarea delgada es una actividad de cuidado que puede ser realizada por un diplomado, pero, por tener que realizar otro tipo de labores administrativas o prescritas, delega en el auxiliar. Sin embargo, un facultativo no tiene por qué saber realizar las actividades que prescribe a los profesionales de enfermería.

2.1.2. La persona cuidada

La visión que tienen los profesionales de enfermería sobre la persona se establece a dos niveles: el primero de ellos, hace referencia a la **visión general de la persona** cuidada, y el segundo a la **visión holística**. La visión general representa el cómo los profesionales perciben a la persona que cuidan por la situación que atraviesan; mientras que la holística es una abstracción que se realiza sobre el ser humano.

Así, como **visión general**, la persona es vista por los profesionales como alguien que se encuentra en una situación de **vulnerabilidad**, esto significa que se encuentra en desigualdad con respecto a la persona que la cuida, porque atraviesa un proceso de salud-enfermedad que la lleva a estar **ingresada en un centro hospitalario** y, por tanto, fuera de su entorno habitual, pudiendo padecer una enfermedad física que le ocasiona malestar, y puede estar **desanimada** por ambas cosas.

No hubo diferencias destacables con respecto a la categoría de análisis de los participantes. Además relacionaron la vulnerabilidad de la persona con el ingreso hospitalario y el desánimo con la afectación física padecida.

Lo de la vulnerabilidad de las personas que están en esa situación ¿no? respecto a la muerte o respecto a la enfermedad [...]. P-4001

Gente que no está en su casa, que no está en su entorno, que no se encuentra bien, que tiene dolor... Entonces, yo creo que... ese es el problema que nos encontramos, que el paciente está vulnerable. P-1007

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Con un estado, están en un estado muy bajo, muy animico de su yo. Están en un entorno que no le corresponde, está con personas que le están atendiendo físicamente [...]. P-2004

Si es una persona lábil, pues probablemente la enfermedad lo supere [...] P-3004

Estas situaciones se relacionan mucho con la repercusión del proceso de salud que puede atravesar la persona, cuyo entorno más íntimo se convierte muy a menudo en una habitación de hospital, frecuentemente compartida con otra persona y familiares. Donde acuden diferentes profesionales para cuidarle, informarle o realizarle técnicas clínicas como la inserción de un catéter venoso para administrar medicación, una cura de una herida quirúrgica, una higiene encamado, y otras actividades relacionadas con la ayuda para las actividades de la vida diaria, que puedan verse afectadas por su problema de salud, en mayor o menor medida.

Vulnerando esa dignidad, esa intimidad, ese... Totalmente la vulnera... aha... O sea... Al margen de la capacidad que tenga, los recursos... P-4006

Por tanto, la vulnerabilidad –que se hace más evidente cuanto más grave sea la situación de enfermedad–, se relaciona con la dignidad de la persona que puede perder su autonomía, intimidad y puede sentirse en situación de inferioridad. Pese a ello, los profesionales de enfermería de Onco-Hematología ICO no mencionaron la vulnerabilidad pero sí la situación de últimos días de etapa vital y las necesidades que se derivan de éstos.

[...] los pacientes, oncológicos, en principio, que es lo más importante, con la dignidad de la persona, y, como son momentos críticos, em... sobre todo, en la calidad de vida, en los últimos días de su vida. P-3005

Pamela Reed, en su teoría de la autotrascendencia, hace referencia a la vulnerabilidad de la persona en relación a su finitud [49, 64].

La persona constituye la entidad de los cuidados enfermeros, es decir: a quién van dirigidos, y por lo tanto, a cada una se le reconoce su individualidad y su ámbito relacional. Esto hace que enfermería, en ocasiones, relegue las nociones sobre la

enfermedad, procesos mórbidos, síntomas, lesiones, técnicas o procedimientos, en un segundo término, como señala De la Cuesta [136], abriendo paso a un concepto integrador en el quehacer de esta disciplina, que está centrado en la persona: los cuidados. Con esto no quiere decir que los profesionales no contemplen la fisiopatología, sino que, durante el ejercicio del cuidar, hay momentos en que se deja en un segundo término para atender a la persona en su lado más humanístico y en las cuestiones que para la persona enferma adquieren más relevancia por su situación de enfermedad y la repercusión de ésta sobre su vida cotidiana o sus familiares –aunque hay situaciones en que el profesional prioriza sobre los cuidados físicos, como resaltan algunos informantes–.

[...] tengo que tomar constantes, tengo que sacar medicación, tengo que conocer a los pacientes, entonces, ya, sólo de esto, ya pierdo como dos o tres horas. ¿Vale? Luego, sí que tendría tiempo de conocerlos más, pero con lo que hago, pues, me cuesta, y más, siendo correturnos. P-1008

Tener en consideración la parte más humanística se debe a que los profesionales de enfermería ven a la persona más allá de su enfermedad [137] y, ante todo, atienden a una persona que se encuentra en una situación de vulnerabilidad, por su enfermedad, su situación de ingreso hospitalario y/o su desánimo como han verbalizado los participantes. No obstante, en las instituciones hospitalarias –basadas en modelos biomédicos y curativos–, lo humano es reducido a lo fisiológico, como afirman Chacón Rodríguez, y Poblete y Valenzuela [138, 139], dificultando la visión holística y humanística de los profesionales de enfermería.

La vulnerabilidad o fragilidad de la persona, se relacionan con la percepción de amenaza constante, ya sea por razones internas o externas. Así, la persona vulnerable es dependiente y se auto-percibe limitada por su corporalidad, manifestada por la enfermedad que padece [140]. No obstante, el individuo no solo es consciente de las limitaciones que la corporalidad le confiere, sino también de las ventajas. Por ejemplo, hay quien trata de vivir de espaldas a la finitud del cuerpo, negando la enfermedad, la vejez, la incapacidad y la muerte; y hay quien, a pesar de tener limitaciones de

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

cualquier tipo –por enfermedad, discapacidad física, psíquica, o edad–, asume una actitud de lucha y perseverancia, se propone metas y las consigue.

La vulnerabilidad es uno de los principios éticos básicos, juntamente con la dignidad, la autonomía y la dignidad. Tales principios están contenidos en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, establecida en 1948, y en el sustrato de las constituciones democráticas [140].

Sin embargo, como **visión holística**, la persona cuidada es percibida en sus **diferentes esferas** (física, psicológica, social, y espiritual) **que se relacionan entre sí y que forman un todo**, siendo cada situación de la **persona individual**. Se realizó esta división, porque, aunque cada una te lleva a la siguiente, no todos los informantes llegaron a la individualidad: algunos se quedaron en la visión holística, otros dieron un paso más, afirmando que las diferentes esferas se relacionan entre sí, y otros añadieron que cada persona es un ser individual, único e irrepetible.

Bueno, pues el ser humano holístico, um... es el ser humano en... en todo su ser, su esencia.

Um... tanto física, espiritual, mental, el todo, o sea el ser. P-1008

Y es que tenemos una... una visión, en cierta manera holística. P-4005

Hombre, yo mi visión es holística. Entonces, bueno si, holística que entra la parte espiritual, entonces, ¿Si me centro más en lo espiritual? Umm yo, como personal de enfermería... Ostia!
P-3007

Esfera física, psíquica y relaciones. En las relaciones entra la familia. Por otra parte está las creencias, el estar bien con uno mismo. P-2003

[...] necesita que esté complementado: lo físico, con lo psíquico con lo espiritual para... para que la persona sea íntegra. P-4003

Todas estas citas, además de incidir en la interrelación establecida entre las diferentes esferas que conforman al ser humano haciéndolo único, toman en consideración que la persona ingresada posee un ámbito relacional, ubicado en la esfera social, y toda la

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

situación que se deriva del ingreso hospitalario, contemplando también a la familia. Los informantes entienden, por una parte, que los familiares de los pacientes son personas que se encuentran del mismo modo en una situación en la que se produce una alteración en su ritmo de vida y en la que se puede generar estrés, porque diversos familiares pasan muchas horas dentro del hospital, y en muchas ocasiones también necesitan atención por parte del personal enfermero.

Por lo tanto, esta visión holística aportada por el personal de enfermería transfiere el cuidado enfermero hacia donde no llega la prescripción médica. En esta línea, el cuidado se establece como seña de identidad por parte del personal de enfermería [141, 142, 143]. Por lo tanto, los profesionales establecen una relación terapéutica con un grado de implicación, compromiso y empatía que van mucho más allá de la administración de un tratamiento prescrito: **EL CUIDADO CON EL QUE YO ME IDENTIFICO VA MÁS ALLÁ DE LA ADMINISTRACIÓN DE UN TRATAMIENTO PRESCRITO.**

2.1.2.1. La espiritualidad de la persona cuidada

Cuando se les preguntó a los informantes ¿qué es la espiritualidad de la persona?, en su mayoría, se quedaban parados y en silencio, tratando de buscar una respuesta. Todos estuvieron pensando qué responder, y se les tuvo que preguntar qué pensaban ellos que era la espiritualidad de la persona.

Pese a no ofrecer una respuesta inmediata, la mayoría había considerado la esfera espiritual como una de las que compone la integridad de la persona y, a algunos de ellos, se les tuvieron que recordar.

Nadie ofreció una definición sobre espiritualidad, pero sí relacionaron ésta con algunos aspectos tales como las creencias, el ánimo, la psiqué, el interior o esencia y el autocuestionamiento.

[...] la parte espiritual es las creencias. P-2005

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Para mí, la esfera de la espiritualidad de la persona es cuando la persona tiene la necesidad de contestarse a sí mismo preguntas trascendentales. P-1007

[...] es la esencia, pues de la persona, los valores, los principios en toda la esfera psíquica, o sea, emocional... es para mí lo que relaciono con lo que es la espiritualidad. P-4006

Sí, yo creo que el espíritu, más que creer o no creer, es de cómo te sientes tú, o de qué es lo que te hace tirar a delante. Tener un espíritu negativo, un espíritu positivo, [...] P-1001

Paradójicamente, esto saca a la luz una falta de conocimientos sobre espiritualidad en quienes ofrecen cuidados espirituales y, a su vez, una predisposición hacia el cuidado espiritual, pese a que no hay un acuerdo común sobre su significado [4, 5]. Este hecho se explica en la subjetividad del término y en su evolución en el tiempo –Por ejemplo, a través de los paradigmas enfermeros propuestos por Kérouac [45]–, por tratarse de un concepto vivo.

- Reflexión conclusiva sobre la visión de la persona cuidada

La persona cuidada constituye el eje central de las actividades de enfermería. Tanto diplomados, como auxiliares tratan de atender a la persona en su globalidad, teniendo en consideración no sólo sus necesidades físicas de cuidado –derivadas de sus afecciones, carencias, o su déficit de autocuidado–, sino también el resto de carencias, a nivel integral, donde el estado de ánimo es muy determinante. En este escenario, los familiares pueden ser un referente, un apoyo y alguien que también puede necesitar cierto grado de atención por parte del EE.

[...] ya no es solo lo... el la angustia o el momento que la persona está pasando, sino sus acompañantes también. Por ejemplo una señora que está ingresada, pues su marido. Por ejemplo, le angustia el no saber el cómo va evolucionar en todo esto. P-2001

Así, a nivel abstracto, la visión que tienen los informantes sobre las personas a quienes cuidan es holística. Mientras, a nivel general, consideran que es alguien que se encuentra fuera de su entorno habitual o conocido, y en una situación de

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

vulnerabilidad –en mayor o menor medida–, por su situación de ingreso hospitalario o de enfermedad, contemplando, además su individualidad.

Yo cuando pienso en Necesidad espiritual pienso en... en el... en el propio... en el propio ser, en la propia... en el... en el propio ser, en el Ummm la espiritualidad, ..la espiritualidad conecta en.. en lo más hondo del individuo. ¿no? Que está conectado a esa necesidad espiritual con una necesidad física, con una necesidad psíquica: pienso en las tres necesidades que se interrelacionan y que forman un propio.. forman el ser humano ¿no? P-4003

Esto significa que la persona que se encuentra en situación de ingreso hospitalario puede encontrarse en distintas situaciones que van desde un ingreso programado para la realización de pruebas exploratorias –donde puede ser diagnosticada de una enfermedad–; ingreso de forma programada para la realización de una intervención quirúrgica –que puede ser de mayor o menor gravedad–; o un ingreso a través del servicio de urgencias –donde se viven situaciones repentinas e inesperadas fruto de un accidente o un fallo repentino a nivel orgánico–. Por lo tanto, pueden aflorar necesidades espirituales que requieren ser atendidas, en relación al significado de sus vidas, su moralidad, su religiosidad, la resolución de situaciones con personas queridas, la necesidad de explicar su historia de vida, o la necesidad de esperanza, entre otras.

[...] en Geriátría, las compañeras y yo, y los médicos, pues realmente hay una actividad que es la contención, que es dejar hablar, y dar tiempo para hablar, para expresar, y tú, pues e dirigir un poco eso. P-4004

Finalmente, la persona cuidada, para poder expresar sus vivencias y afecciones causadas por la situación de ingreso hospitalario o de enfermedad, necesita establecer con el profesional de enfermería una relación terapéutica de confianza, porque la espiritualidad es un aspecto muy íntimo. De esta manera, el profesional ayuda a la persona cuidada en el afrontamiento de su enfermedad o situación. Porque la afectación y repercusión de la enfermedad sobre el sentido de la vida de la persona no termina cuando ésta se marcha de alta: la persona debe convivir a menudo con su nueva situación de salud. Y, en ocasiones, todo su entorno cercano debe adaptarse a la nueva situación. Por ejemplo, ante el caso de un ICTUS que deja secuelas

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

importantes que hacen que quien lo padece necesite ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

- Ideas clave sobre la visión de la profesión enfermera y la persona cuidada
 - I. El sello de identidad tanto para enfermeras como para auxiliares es el cuidado del otro.
 - II. Enfermería, siendo profesión y vocación es una ciencia y un arte. Esto significa que los profesionales deben estar capacitados, guiándose de la evidencia científica, y, a la misma vez, tener la virtud de cuidar de la mejor manera posible, utilizando todos sus sentidos y su intuición.
 - III. El correcto ejercicio del cuidado requiere compromiso y responsabilidad por parte de quienes lo realizan.
 - IV. Es importante una buena comunicación sobre las personas cuidadas –y sus necesidades de cuidado, estándares, específicas e individuales–, establecida entre TCAES y DUES.
 - V. Se establecen unos roles de cuidado propios y otros de colaboración, donde lo primordial es una buena coordinación y la consecución del bienestar del paciente.
 - VI. La persona cuidada se encuentra fuera de su entorno habitual o conocido. Por lo tanto, no puede atender las responsabilidades de su día a día; frecuentemente, presenta carencias limitantes a nivel físico; puede sentir desánimo; y, en caso de enfermedad importante, sentirse vulnerable antropológicamente.
 - VII. No hubo una definición común sobre espiritualidad, pero se ofrecieron aspectos relacionados comunes.
 - VIII. La aparición de una enfermedad, sobre todo si es vivenciada como amenaza de la propia integridad, hace que la persona se replantee ciertos aspectos sobre su espiritualidad, su interior y el sentido de su vida.
 - IX. Es necesario el establecimiento de confianza entre el profesional del EE y la persona cuidada, para que ésta pueda compartir sus intimidades.

MARCO METOLOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Finalmente, mostramos una figura (Ver Figura 1), que muestra la interrelación establecida entre las subcategorías de análisis visión de la enfermería y visión de la persona cuidada, que repercuten en la relación establecida entre profesional de enfermería y persona cuidada.

Figura 1: Relación entre el personal de enfermería y la persona cuidada



Fuente: Elaboración propia.

2.2. Vivencias de cuidado espiritual

Nos centramos fundamentalmente en el significado esencial de la vivencia del cuidado espiritual experimentada por los profesionales del equipo de enfermería (EE), en las unidades de hospitalización general y Onco-Hematología. Esta categoría de análisis incluye las subcategorías de naturaleza de cuidados espirituales, percepción ante el cuidado espiritual y afrontamiento de cuidados espirituales, necesarias para el entendimiento de la misma.

2.2.1. Naturaleza de los cuidados espirituales

El **cuidado espiritual** constituye un conjunto de actividades brindadas por el EE, que pasan inadvertidas –sobre todo a nivel de registro en las agendas de cuidados y, como consecuencia, en la continuidad asistencial–. Éstos, según la narrativa de los informantes, están claramente diferenciados de los **cuidados físicos y prescritos**, definidos por ellos como cuidados pertinentes u obligados porque tienen la responsabilidad de dejar constancia y procurar una continuidad. Así, de forma unánime consideraron que los cuidados espirituales se caracterizan por “surgir” del propio profesional; relacionándose con una actitud de predisposición; con la empatía; y con la finalidad de procurar un bienestar espiritual en el paciente. Estos cuidados no se denominaron como espirituales sin una clarificación previa. Los participantes los denominaron mayoritariamente “**cuidados del ánimo**” o “**cuidados que salen de uno**”. Además, repercuten en la disminución del nivel de ansiedad de los pacientes [144].

Nos encontramos, por tanto, ante el surgimiento de unos cuidados enfermeros que no han sido prescritos por ningún otro profesional; se realizan de forma voluntaria y altruista; y, por norma general, no están incluidos en las agendas de cuidado, donde hay un apartado de cuidados estandarizados en los que se puede añadir algún diagnóstico y actividades individualizadas, y en el curso clínico, que es único de cada paciente. Los cuidados espirituales son: la escucha activa, dar ánimo, conversar, y

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

tener detalles que van dirigidos a facilitar el estado de hospitalización, requiriéndose para todos ellos **predisposición** y **empatía** por parte de la persona que los ofrece.

[...] una buena cogida de mano cura muchas cosas. O 5 minutos a su lado, sencillamente sin tocarlo, sencillamente a su lado. P-2004

[...] y, sobre todo, pues el estar ahí presente y dar pues... un poco de candidez. P-1003

Pues realmente hay una actividad que es la contención, que es dejar hablar, y dar tiempo para hablar, para expresar, y tú, pues dirigir un poco eso. P-4004

Los cuidados espirituales incluyen también la atención, pues más cercana al paciente, de empatía con el paciente, de escucharle [...] P-3007

A través de estas citas, los participantes dan muestra de que una mirada, el estar ahí, acompañar al paciente o conversar con él son cuidados que acompañan a otros cuidados físicos y conforman la atención espiritual [73, 145], aportando un bienestar integral [71]. Estos cuidados se dan cuando el profesional observa la presencia de un sufrimiento espiritual por parte del paciente y un estado de desánimo. Suelen ser muy bien recibidos y gratificantes.

Así, la naturaleza de los cuidados espirituales emerge de los cuidados propios de enfermería relacionándose con el significado que le dan los propios informantes y repercutiendo en el cuidado espiritual en sí, de forma favorable.

Sin embargo, en un inicio, el EE no tenía del todo qué nombre asignar. Nunca les llamaron cuidados espirituales. Se refirieron a ellos como **cuidados del ánimo**, o **cuidados que salen de uno**, en relación a lo que ellos entendieron por espiritualidad: las creencias, el ánimo, el interior o la esencia, la psiqué y el autocuestionamiento. Sin embargo, en su mayoría, cuando se les preguntó por los recursos del centro para atender las necesidades espirituales, lo primero que mencionaron fueron los servicios religiosos, seguidos del psicólogo, el psicooncólogo y enfermería, aun reconociendo que cualquier persona que estuviera preparada y se sintiera a gusto haciéndolo, podía

MARCO METOLOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

realizar esta labor. Todo esto muestra que no hay un límite claramente establecido entre lo que es espiritual, psicológico y religioso.

[...] también hay una parte que tú puedes... lo espiritual y lo que tú también puedes ofrecerle a esa persona o: "no puedo dormir sin un vaso de leche". "Pues no te voy a traer un vaso de leche porque no eres diabético". Pues le traes un vaso de leche caliente y, seguramente, este señor podrá dormir mejor. P-1002

Aquí se hace referencia a que frecuentemente, hay una serie de **"detalles"** o **"mimo"**, que se le realizan a la persona cuidada para procurarle un bienestar. Todos estos cuidados, requieren un tiempo de dedicación y escucha, y un grado de implicación por parte de quien los ofrece. Como, por ejemplo, sentarse un rato a hablar con una persona, dejando de lado otras actividades; ofrecerle un vaso de leche a otra, aunque no sea la hora; o conseguir una revista o un libro para alguien para que esté entretenido. Estos **"detalles"** no están incluidos en las agendas de cuidado y aportan un bienestar percibido por el receptor de los mismos. Para ello, en EE tiene la ventaja de ser quien más tiempo pasa con el paciente, sobre todo los auxiliares de enfermería, en relación a las actividades de cuidado que realizan. Por tanto, nos encontramos ante un escenario donde enfermería desempeña un papel fundamental, siendo la mayor receptora de las demandas de cuidado espiritual.

Además, se establece una clara diferenciación entre los cuidados denominados prescritos u obligatorios y los cuidados que salen de uno, por parte de los profesionales que siguen la misma línea de diferenciación que previamente estableciera Parse [146], presentando una diferenciación paradigmática entre ambos tipos de cuidados. Así, el cuidado prescrito se ubica en el paradigma mecanicista –donde los fenómenos son entidades reductibles y aislables con propiedades medibles, y la actividad enfermera se reduce al control y administración de tratamientos prescritos–. Mientras, el cuidado holístico se enmarca en el paradigma de la totalidad –donde la persona cuidada es vista de forma holística y los cuidados enfermeros ya no se limitan a la prescripción facultativa, sino que emergen de las necesidades de la persona atendida de ser considerada de forma individual–.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

[...]¿Entiendes? Y yo los físicos se los tengo que hacer a todo el mundo. Obligatoria-mente. Quiera o no, es mi trabajo, es mi obligación y nunca me voy a ir del trabajo sin... habiéndome dejado algo que sé que tengo que hacer por mi trabajo. O sea que, lo que es más allá, lo más espiritual, sí que lo... lo trío un poco más. P-2008

Por lo tanto, los cuidados prescritos siguen unos estándares previamente establecidos, mientras los cuidados que salen de uno tienen en consideración a la persona como ser único e irrepetible y, en definitiva, están muy relacionados con la percepción que tiene el profesional de lo que es la espiritualidad de la persona enferma.

Pues, e.. lo espiritual es lo.. lo que no vemos de la persona. En hospital vemos parte física, que son los síntomas: el dolor, la manifestación de las enfermedades,... Pero, a... lo que no se ve, esto va independientemente de la edad, la enfermedad que tenga, incluso puede traspasar en el tiempo. P-4004

Esta cita deja muy clara la individualidad de la persona al vivenciar la propia espiritualidad en relación a la enfermedad o ingreso hospitalario, trascendiendo a la propia enfermedad en sí o, incluso a la etapa de proceso vital. Por lo tanto, dos personas ante una misma situación, pueden manifestar expresiones de lo espiritual muy diferentes, y esto viene relacionado más que con la situación en sí, con su manera de ser o afrontar.

Sin embargo, se establecen diferencias sobre la espiritualidad de la persona ingresada en el hospital, en relación a la etapa de proceso vital y afrontamiento de la enfermedad, como viene sucediendo en las unidades de pediatría o geriatría:

Entonces, el niño, los recursos, las estrategias que tiene para poder elaborar ese proceso de enfermedad o ese proceso crónico o niños en última situación de vida, lo que nosotros vemos allí es que las estrategias que tienen y sus recursos son a través, por ejemplo, del juego. P-4003

El paciente pediátrico busca un sentido a las situaciones adversas para afrontarlas a través de su espiritualidad, y adquiere una gama de ideas preconcebidas, temores, inquietudes y fantasías que suelen estar vinculadas a su etapa de desarrollo cognitivo y a experiencias previas [147, 148].

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Por otra parte, en el ámbito de pediatría, se atiende conjuntamente al niño y a sus padres. Además la expresión de la espiritualidad del niño se relaciona con su etapa de desarrollo [149].

El niño.. el niño y la familia es un pack, va todo junto, y en el niño, el el .. el planteamiento es diferente, porque va en función d la edad. P-4003

No obstante, en el caso de un adolescente, busca sentido en sus motivaciones y ve la vejez y la muerte como procesos lejanos.

[...] en la adolescencia es como más .. la espiritualidad como un poquito más como un adulto ¿no? Con sus matices ¿no? de rebeldía, o de .. o de um lo ven diferente ¿no? Em... por ejemplo: la muerte la ven como más lejana ¿no? "-“A mi no me va a llegar, porque yo soy joven y... ” P-4003

En la actualidad, hay poca evidencia sobre la espiritualidad y necesidades espirituales en la adolescencia, durante un proceso de enfermedad o ingreso hospitalario [150].

En la edad adulta, que es la tipología mayoritaria de pacientes atendidos en el área de hospitalización general, la situación depende un poco de cómo sea la persona, como repercute en ella su estado físico en el resto de su ser, y el apoyo familiar:

Sí, porque una persona puede vivir el estado físico y a él le puede hacer que no tenga fuerzas para levantarse, ummm... que no tenga fuerza ni para comer. Pues, en cambio, a otra diga: “no, yo tengo que comer, aunque no tenga fuerza porque me tengo que tomar una serie de medicamentos y una serie de cosas que me pueden afectar más, o sea, menos, si no las hago”. Y puede ser también que una persona diga: “no, yo tengo las cosas claras, me quedo aquí, voy a salir, mi pensamiento es positivo, porque un pensamiento negativo me puede llevar a lo contrario...” y claro, y con la familia pues no es lo mismo encontrarse una persona más o menos, que quisiera llevarse adelante, porque la familia puede e estar ahí , pero llega un momento que si el paciente no quiere salir, o no quiere andar, o no quiere comer, pues llega un momento en que no puede. P-1001

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Mientras, ante la situación de enfermedad en la senectud, aparecen dos visiones, que, en esta ocasión, no tienen por qué ser la visión quien vivencia en primera persona la enfermedad:

Así, por un lado, la muerte es percibida como un proceso vital natural, y, en este caso, se ve interrumpido por un proceso de enfermedad e ingreso hospitalario. Por el otro lado, la no aceptación de la muerte por parte de la sociedad [151], que puede llevar a los profesionales a tener el objetivo curativo de alargar la vida de la persona.

La naturaleza ..; nacemos, pues e... crecemos, nos reproducimos. Luego viene la .. la senectud con la .. el decaer, el delirio, y, al final, la muerte. [...] Si ya esto lo interrumpe la enfermedad todo esto se altera, pero las personas mayores, en un hospital, que su naturaleza no da más de sí, pero está en un hospital y estamos intentando, por todos los medios, que vuelva a ir en contra natura. P-4004

En relación a esto, se dan casos en que se producen encarnizamientos terapéuticos con personas mayores, con objetivos curativos, dejando de lado la voluntad de pacientes y familiares. Ante tales situaciones, los profesionales enfermeros pueden contactar con el personal del comité de ética asistencial, para acordar conjuntamente la solución más adecuada a cada caso.

Finalmente, resaltar que las personas de avanzada edad presentan necesidades espirituales, que requieren atención, durante su ingreso hospitalario.

La gente que es más mayor sí que tiene más creencias religiosas o más fe. P-3005

Es decir, que una persona puede tener una demencia y a penas vocalizar, pero tener su alma, que es lo que transmite, lo que queda. P-4004

Ante esta última situación, donde la persona, a pesar de no encontrarse orientada en tiempo y el espacio, por causa de una demencia senil o una demencia tipo Alzheimer, y de, lógicamente, tener su alma, está consciente. Sin embargo, pueden darse casos de pacientes que no sean conscientes de su situación, que pueden encontrarse

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

hospitalizados en unidades hospitalarias convencionales, tienen su alma, pero no una vida consciente.

Por ejemplo, la participante 2007, durante la entrevista, mencionó el caso de un paciente de edad avanzada, que estaba muy ansioso y agitado; se le tuvo que descargar una imagen de una cruz con una serpiente, como “objeto religioso” que él necesitaba para su bienestar espiritual, como un apoyo en su fe, ya que él afirmaba que era sanador espiritual. Cuando se le dio la imagen que él pidió, que era una cruz con una copa y una serpiente, se emocionó y se puso muy contento. Le daba besos a la imagen y decía que él era sanador.

O como el paciente aquel pidió lo de la cruz aquella de... que pidió una cruz, para hacerle un crucifijo, porque era un paciente que nos dijo que era sanador espiritual [...]. P-2007

- Reflexión conclusiva sobre la naturaleza de los cuidados espirituales

La naturaleza de los cuidados espirituales emerge de los cuidados propios que el personal de enfermería ofrece altruistamente al detectar una demanda de cuidado espiritual, ya sea, a través de una llamada de atención, una actitud diferente por un estado de pasividad o agresividad, durante la relación terapéutica de confianza que se establece entre ambos. Este tipo de cuidado trasciende al cuidado físico, al psicológico y al social, pero se complementa con todos ellos. Sin embargo, a veces, ni profesionales ni pacientes tienen conciencia de lo que se está estableciendo: un cuidado espiritual.

Yo pienso que, o sea, un handicap que tenemos que no se tiene conciencia de eso. Porque hay mucho acompañamiento. Que, para mí, que esa espiritualidad o sea, esas necesidades esenciales que lo hacen mucho, pero, sobre todo auxiliares y enfermeras. ¡Lo hacen Mucho! Pero no tienen conciencia de que lo están haciendo. Entonces, claro, juegan con la presión y el tiempo. Y entran todos en el tópico.. Pero ¿acompañan espiritualmente? Tienen una actitud de escucha, de respeto, ¿eso es acompañamiento espiritual? Es decir, que hay mucha gente que luego hablamos que lo que hacen es el soporte,.. El soporte emocional. Porque es un cuidado informal, que no lo registras en ningún sitio, porque se hace mucho. P-4006

En ocasiones, se puede hacer difícil distinguir una necesidad de cuidado espiritual de una necesidad de atención psicológica o religiosa. Sin embargo, el origen y la trascendencia de este tipo de cuidados, van más allá de una escucha, porque la persona cuidada –en un momento dado–, requiere un asesoramiento, un “no ser juzgado/ a”, una empatía, un conocimiento y apertura hacia otros saberes religiosos, y una ética de las virtudes. Estas características las pueden presentar psicólogos, enfermeros y sacerdotes, hasta cierto punto. Sin embargo, yo pienso que, los profesionales del EE, ofreciendo un cuidado holístico, nos encontramos ante una situación en la que el grado de intimidad y confianza que puede establecerse con la persona a quien cuidamos es mucho mayor. Porque les ayudamos en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (entre las que se encuentran comer, asearse y eliminar desechos) y esto ocasiona un mayor vínculo entre ambos, como ya se ha mencionado anteriormente.

2.2.2. Necesidades espirituales (NE)

Las personas que se encuentran en situación de ingreso hospitalario por causa de una enfermedad, en mayor o menor medida, afloran en ellas algunas **necesidades espirituales**, en función de su motivo de ingreso, su percepción de lo espiritual, su sistema de creencias y capacidad de afrontamiento de la enfermedad. A nivel general, tales necesidades son aquellas carencias no resueltas, que exceden lo físico. Son relativas a lo trascendental y al sentido de la existencia, y de su satisfacción depende la atención íntegra a los pacientes.

Para la realización de este estudio, nos basamos en las NE de la persona enferma propuestas por Benito, Barbero y Payás [74]. En otras tipologías de necesidades espirituales, aparece la necesidad de amar y ser amado –que aparece, posteriormente, en las necesidades espirituales establecidas por la SECPAL–, que más que ser una necesidad espiritual en sí, está implícita en una de las anteriores, la necesidad de liberarse de culpa y perdonarse, por ello no se expuso como necesidad espiritual.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Los diferentes participantes admitieron no conocer previamente ni haberse plantado la existencia de estas necesidades, sin embargo, cuando se les clarificaba el significado, reconocieron haberse encontrado ante situaciones en que la persona cuidada las presentaba, requiriendo atención. Además, algunas de ellas explicaron algún ejemplo, y, en caso no haberse encontrado ante estas situaciones, explicaban desde la empatía como tratarían al paciente, porque a ellas les gustaría recibir el mismo trato.

Ningún participante se encontró con alguien que le dijera concretamente que tenía una necesidad espiritual que necesitara cubrir.

Pues, la verdad es que con esta contundencia y con esta claridad, yo diría que en 11 años no me he encontrado, prácticamente, a nadie. P-1007

Sin embargo, todos ellos se mostraron muy seguros ante las NE de ser reconocido como persona; esperanza auténtica, no falsas esperanzas; encontrar sentido a la propia existencia; expresar sentimientos y vivencias religiosas; y liberarse de culpa y perdonarse. No obstante, mostraron más inseguridad ante las necesidades de trascendencia, releer la propia historia y continuidad.

El **Ser reconocido como persona** es una necesidad que todos los profesionales han considerado fundamental, afirmando que, ante todo, tratan con personas, a las que se les debe un respeto, mostrándose indignados ante la despersonalización. Aunque reconocen que es un evento que se produce de forma rutinaria sin mala fe.

23 A una pancreatitis; no es una pancreatitis, es una persona que se llama Manuel. P-2002

Por tanto, aunque esta persona se encuentre ante una situación de ingreso hospitalario, sigue siendo un ser humano que necesita ser tratado como tal.

La bioética señala como principios fundamentales la beneficencia/ no maleficencia (principio de procurar el bien / beneficios y evitar daños), la autonomía (propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, siendo tratado como sr autónomo, siendo protegidos quienes presenten una disminución de la misma) y la justicia (ser equitativo y justo para con los pacientes) [152].

MARCO METOLOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

El **releer la propia historia** es una necesidad que, una vez clarificada, enfermería ha reconocido observarla, aunque algunos de ellos manifestaron no tener tiempo, mayoritariamente haciendo referencia a la sobrecarga asistencial, o no conocerlos demasiado, en relación a una escasa relación terapéutica o ser profesionales que trabajan en diferentes servicios supliendo a personal enfermero ubicado en diferentes unidades hospitalarias (UH).

Si me la han explicado [...] y las cosas positivas y no tan positivas. P-2004

O sea, un balance de su vida, de cómo...

Si, en alguna ocasión sí. Lo que pasa es que el tiempo, a la hora de trabajar, no da para más [...] y después se quedan ¿no? Como más tranquilos, más relajaos. P- 1003

Yo creo que por un desahogo, ¿no? de que:-“Llega un momento que necesito hablar con alguien que me pueda solucionar”. P-3006

Por tanto, tras expresar su historia de vida y compartir sus experiencias con el personal enfermero, no sólo el paciente se siente mejor tras hacerlo, sino que eso facilita la relación terapéutica, porque ayuda a entender cómo la persona experimenta la propia situación de enfermedad e ingreso.

El **encontrar sentido a la propia existencia** es una necesidad espiritual relacionada con la de releer la propia historia, según expresaron los informantes, que aflora ante situaciones de enfermedad. También en aquellos casos en que las personas se ven limitados en su capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria.

Ay, ¿para qué?, mira cómo estoy, que me lo tienes que hacer todo. P-1004

Así mismo, se vio relacionada con el replanteamiento de la persona sobre su interior o sus valores:

Emm... el hecho de una persona enferma ¿no? umm que busca como una reflexión ¿no? Busca un planteamiento de valores, ¿no? cuando están aquí, el.. te replanteas muchas cosas. P-4003

Hay muchas preguntas, y tú ya sabes que no tienen respuesta [...]. P-3008

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

La necesidad de **esperanza auténtica, no falsas esperanzas** ha sido frecuentemente relacionada con el derecho del paciente a conocer la verdad o a no querer ser informado y con los pactos de silencio que, en ocasiones, realiza la familia ocultando el diagnóstico al paciente, con la intención de protegerlo [153]. Sobre todo, enfermería ha remarcado mucho que no hay que mentir a las personas:

Hay personas que no quieren saber lo que les pasa. [...] Pero nunca das falsas esperanzas. Tampoco las das porque no es justo, ni para el paciente ni para la familia. Pero todo bien dicho. O sea: con las palabras adecuadas, en el sitio adecuado, no en un pasillo ni en las puertas de una habitación. P-2005

Este informante (2005) expone claramente dos cuestiones: la primera de ellas es que no es justo decirle a una persona que se va a curar si eso no es cierto; la segunda, que hay cierto tipo de información, como puede ser un diagnóstico o un pronóstico desafortunado, que deben ofrecerse de manera correcta, en el lugar correcto y por parte de la persona a quien le compete realizarlo. Así, los profesionales que forman equipos interdisciplinarios sanitarios (entre los que destacan médicos, enfermeros y psicólogos) deben estar capacitados para dar malas noticias [154, 155, 156].

Paralelamente, la persona que atraviesa un proceso de enfermedad tiene derecho a conocer su diagnóstico y pronóstico, para poder tener la libertad de tomar decisiones sobre sus posibilidades de tratamiento.

Que pueda ser autónomo en lo posible. En tus decisiones hasta que tú puedas. P-4004

La necesidad espiritual de **liberarse de culpa, perdonarse** ha sido relacionada frecuentemente con situaciones de conflicto entre pacientes y familiares por parte de los profesionales del EE, añadiendo que necesitan resolver sus temas pendientes, sobre todo en situaciones de última etapa vital. Esta necesidad se relaciona frecuentemente con la necesidad de releer la propia historia.

Hasta ahí yo no llego tanto. Lo que pasa es que personas ya así mayores se arrepienten de personas que han estado enemistadas. A veces lo comentan. P-2006

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Nuevamente, se da muestra, de forma indirecta, la necesidad de confianza entre profesional y paciente para que este exprese estas necesidades. Y, para que ésta se establezca se necesita tiempo y que el profesional ofrezca al paciente un espacio para expresar sus sentimientos y temores –esta actividad enfermera es válida ante cualquier necesidad espiritual y se encuentra en las agendas de cuidado del sistema ATIC®, en Gacela care® software, pero se corresponde más específicamente con aspectos relacionados con el afrontamiento de la enfermedad–.

La **continuidad** es una necesidad espiritual muy relacionada con la necesidad de releer la propia historia y frecuentemente ha sido relacionada con las responsabilidades que las personas ingresadas tienen fuera del hospital, como es el caso de hijos pequeños o familiares a cargo y situaciones laborales. Además, se ha relacionado con la necesidad de perdonarse y ser perdonado, en relación a resolver “temas pendientes”, a la luz de la narrativa de algunos informantes.

Y me explicó que estaba preocupado por su mujer, que había enfermado durante mucho tiempo y él era responsable y él cuidador de su mujer. P-1002

[...] estamos en este momento aquí sentadas y mañana poder tener cualquier enfermedad, en nuestro caso y, en mi experiencia Hematológica, de un día para otro, sin ningún tipo de aviso previo. Entonces, evidentemente, estás fuera de contexto, cambias tus roles, que pasas de ser una persona normal a una persona que se le bombardea con mucha información en poco tiempo y que, evidentemente, está alterado totalmente tu patrón emocional, ¿no? y tu día a día. P-4002

En esta última cita, se incide en el impacto que produce una la aparición repentina de una enfermedad grave a nivel físico, emocional y social.

Otros participantes relacionaron la necesidad de continuidad con el proceso de muerte y el afrontamiento de la misma por parte de la persona que se encuentra en una situación cercana a ella.

Tú cuando vives tu enfermedad ¿vale? Y sabes que es una enfermedad grave, no tienes miedo a irte tú. Lo que tienes miedo y te da pena es por los que se quedan aquí, cómo van a vivir la

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

experiencia. Y tú no vas a poder estar ahí. Porque esto me lo dijo ella y es que lo clavó ¿no? Porque esto yo lo había vivido con otra persona. P-2008

A través de esta cita (2008) se entre leen varias cosas: La primera es que la persona que se encuentra en situación de última etapa vital y ha aceptado su proceso teme por el sufrimiento que pueda ocasionar a su madre y otras personas que deja aquí, como expuso a continuación:

[...] cuando habló con su madre, le dijo: -“Mira, yo sé que hay mucha gente que cuando pierden a un ser muy querido, muy querido, un hijo o un marido y tal, pues hay gente que muere de tristeza. Y yo no quiero que este sea el caso. Yo quiero que vivas”. P-2008

La segunda es el grado de confianza en la relación terapéutica, porque estas cosas no se comparten con cualquiera. La tercera es que el informante perdió a su pareja hace varios años y le expresó algo similar. Por tanto, aquí se produce un encuentro entre tu yo y mi yo interior, que se da entre enfermería y paciente, por tratarse de algo muy íntimo de lo que no se pudo dejar constancia por escrito.

Hay otra informante que expone de manera muy clara el grado de implicación del personal enfermero con las personas a las que cuidan, muy necesario para que se produzca este compartir tan grato:

A ver, yo mm, durante ya hace muchos años, intento tratar a las personas como si fueran parte de mí, o sea,

Uhum

Un una persona que en estos momentos depende de mí y la trato como si fuera un familiar mío, o sea una persona que la tengo que tratar pues lo mismo de bien que trataría a cualquier persona que yo quiero. P-2002

Estos son los cuidados que salen de uno, que nadie prescribe y que buscan un bienestar para la persona cuidada. En esta manifestación va implícita la moral de la propia persona cuidadora. Por lo tanto, esto no son técnicas aprendidas ni técnicas

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

clínicas –aunque las acompañen, en repetidas ocasiones–, no es una cuestión de aptitud sino de actitud.

Finalmente, se dan casos en que la persona que se encuentra en proceso de etapa final de vida necesita saber que se puede ir en paz y despedirse de los suyos, relacionándose, en este sentido, con la necesidad de liberarse de culpa y perdonarse.

Y, de hecho, cuando se van a morir, si no se han despedido antes... ya les cuesta, y, cuando se despiden, se relajan ya... Y bueno, ya pues a esperarlos. P-4004

La **trascendencia** requirió ser clarificada para algunos informantes por no conocer su significado, sin embargo, tras ser definido, relacionaron esta necesidad espiritual con el auto-cuestionamiento de la persona cuando contrae la enfermedad, que a su vez fue relacionado con el uso del sistema de creencias como soporte o como castigo. En este sentido, también se relacionó con la necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosas y con la de releer la propia historia.

Si, y, a lo mejor es una señal también de... de que es momento de parar y pensar de que pueda haber algo más que tú y tu vida. Sino que hay tú, tu vida y algo más. P-1008

Hay personas que tienen puesto todo su futuro, toda su... lo que le queda en Dios. P-2006

Pues eso, que tú tienes una enfermedad que no has pedido y te viene... Ahora...

Claro, y tú, entonces es como: “¿Por qué a mí? Y, pues es lo que te decía, intentar llegar a estar bien contigo mismo. [...] P-4004

Hay gente que presenta agitación o...: “¿Por qué a mí?” e... no buscan sentido. P-3008

Finalmente, las dos últimas citas muestran una actitud diferente ante un mismo cuestionamiento, ya que en la primera de ellas, uno busca un bienestar interior; mientras que, en la segunda, la persona se bloquea y no busca un sentido. Nuevamente, se observa aquí una individualidad.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Expresar sentimientos y vivencias religiosas es la única necesidad espiritual que los profesionales del EE han admitido recibir de forma directa por parte de las personas a quienes cuidan o por parte de sus familiares.

Es decir, que tú tienes una necesidad de que tú puedas rezar cada día y decir: "Ay Dios mío que..." P-3010

Aunque, algunos participantes, en un inicio, pensaban que ésta hacía referencia a la necesidad de expresar su estado de ánimo y precisaron que se les clarificara.

[...] tienen su rosario, su... Bueno... y ves que ahí tienen un apoyo, ¿no? en la religión, pero no tratan eso conmigo, a mí no me lo han transmitido. P- 3006

Esta cita, además de mostrar la presencia de necesidades espirituales religiosas –en esta situación, la religión es un apoyo para la persona–, aparecen “**objetos religiosos**”. En este caso, un rosario, pero hay ocasiones en que los informantes explican la presencia de otros objetos como estampitas, crucifijos o la biblia.

En el ámbito hospitalario, hay pacientes que necesitan ser acompañados espiritualmente y recibir los sacramentos. Percibiendo la participación en la Santa Misa o recibir la comunión como un gran soporte [157]. Sin embargo, es una opción que el profesional sanitario puede ofrecerle. Otra opción es la de permitirle ver la misa los domingos en la tele o que la escuche por la radio.

El sistema religioso que profesa cada persona es un tema muy íntimo y una persona no tiene por qué revelárselo a nadie si no quiere hacerlo, tampoco es ético preguntarle. Es algo que, si la persona cuidada tiene necesidad, o le apetece compartirlo con el profesional, puede hacerlo, pero no tiene ninguna obligación.

En conclusión, las necesidades espirituales se interrelacionan entre ellas, y, en repetidas ocasiones, una misma situación requiere la asistencia de varias necesidades espirituales a la vez.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

El ser reconocido como persona es muy importante, porque te hace valorarte a ti mismo y saber empezar a afrontar y ver en lo que te has podido equivocar y comprenderte a ti mismo, entonces te va a llevar a las siguientes (haciendo referencia a las siguientes necesidades espirituales que va leyendo en la hoja). P-1005

Además, por un lado, se produce una **repercusión a nivel espiritual por causa de la enfermedad**, y, por el otro, una repercusión de la espiritualidad hacia la enfermedad. Ante el primero de ellos **la persona se replantea su propia vida**, pudiendo repercutir esto en **un cambio en su sistema de valores**.

Es que, en realidad, la gente solo se acuerda de la espiritualidad y las creencias cuando tienen una enfermedad grave y es la última oportunidad que les queda. P-3003

Yo creo que la enfermedad es una apertura de puerta hacia algo que no me gusta. Que es como umm darte cuenta de que no eres omnipotente y... y que eres vulnerable. Vivimos de espaldas a la muerte, como si eso... todos tuviéramos que morir de 90 años y viejecitos y, de pronto, hay algo que rompe tus planes de vida y te pone de frente a algo [...] P-4001

No obstante, el impacto de la espiritualidad sobre la enfermedad supone un apoyo, tanto si es la espiritualidad ligada a lo religioso, como si se trata de la necesidad de aferrarse a alguien o algo.

Porque muchos pacientes, cuando están enfermos, pues buscan o necesitan creer en algo. P-3005

[...] cuando en una... un proceso de crisis, yo creo que la esfera espiritual lo que va a llevar a cualquier persona es a tener un mayor confort emocional. P-4002

Paralelamente, **la repercusión de la espiritualidad sobre la enfermedad** puede ser vivenciada de forma **positiva** o **negativa**, relacionado con la vivencia personal de cada individuo.

Yo, el cómo repercute la espiritualidad sobre la enfermedad yo diría en cómo afronta. O sea, en sí, cómo son esos mecanismos de afrontamiento. Es decir, el cómo esa atención a la persona el reto que tiene que afrontar todo eso... Y, al revés, yo diría el cómo la enfermedad afecta sobre la

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

espiritualidad pues yo lo resumiría en dos palabras, es decir: la vulnerar la dignidad de esa persona. P-4006

En este sentido, cuando una persona, al padecer una enfermedad se encuentra en una situación de vulnerabilidad; es decir, aparece aquí la fragilidad humana del individuo al sentirse amenazado por un proceso de enfermedad que le puede llevar a la muerte [158, 159].

La vulnerabilidad, susceptibilidad o fragilidad toman aquí especial importancia por su significado y repercusión en la persona enferma. Ser vulnerable significa poder ser vencido, herido o recibir lesión, física o moralmente [1, 3]. Por lo tanto, siendo consciente de su finitud, el ser humano se siente amenazado por elementos propios y ajenos tales como enfermedad, sufrimiento, vejez y muerte, repercutiendo a nivel existencial [158].

Sin embargo, este término –al igual que espíritu, alma, ánimo y esencia–, posee una gran complejidad, pudiendo ser aplicable, no solo al ser humano, sino también al entorno. A nivel antropológico, además implica poder ser persuadido o tentado, poder ser receptor, ser traspasable, no ser invencible, no tener absoluto control de la situación, no estar en una posición de poder, o al menos tener la posibilidad de que dicho poder se vea debilitado [160].

El dolor, el sufrimiento y la vulnerabilidad son aspectos intangibles y subjetivos, algo que el profesional de enfermería no puede sentir si no es él quien los padece, pero si detectar su presencia por la actitud o expresión de quien lo sufre, en el caso que nos ocupa, la persona cuidada.

Socialmente, vivimos de espaldas al dolor, la enfermedad, la vejez y la muerte. Este hecho puede ocasionar que quien los padece tenga dificultades para expresar su sufrimiento. En este sentido, ocultar la muerte puede llegar a ser un deber moral para preservar la felicidad del otro, la persona que está en situación cercana a la muerte no debe hacer pasar un mal rato a nadie [161].

Aunque, siendo el ser humano más frágil que otros seres vivos, también es más hábil para defenderse de la vulnerabilidad de su propio ser, si encuentra una motivación. Motivar, por su parte, es influir o estimular en el ánimo de alguien para que proceda de un determinado modo [1], y, en este sentido, una motivación es una influencia positiva.

En consecuencia, el significado de espíritu se relaciona con alma, ánimo, y esencia [1], correspondiéndose con dimensiones no materiales del ser humano. El alma y la esencia constituyen lo más profundo de la persona, mientras, el ánimo y las emociones constituyen la alteración de estado anímico. Estos términos se relacionan mucho con la motivación. Así, se explica que, en un momento dado, la persona recurre a su espiritualidad como apoyo, tanto si ésta está relacionada con sus creencias religiosas y la fe, como si lo está con el propósito de su vida.

Así, en aquellas situaciones en que la dolencia se vivencia de forma positiva, la espiritualidad es considerada como un apoyo que contribuye a un bienestar espiritual, favoreciendo el afrontamiento de la enfermedad:

Pues bueno, el bienestar espiritual puede favorecer el proceso que está pasando esta persona de enfermedad. Porque, al expresarte todos sus... sus sentimientos y sus estos, estás cubriendo esa necesidad que... P-1009

Sin embargo, cuando se vivencia de forma negativa, pueden suceder dos cosas: la primera de ellas es una situación de **sufrimiento espiritual**, pudiendo llevar a la persona a empeorar su situación emocional y capacidad de afrontamiento.

Yo creo que, una persona, si no tiene unos mmm un buen espíritu, un buen alimento espiritual no puede sentirse bien. No puede dar nada. P-2004

La persona que vive ignorando a la dimensión espiritual, que tiene una serie de estado de decadencia que a la larga, eso pasa factura de una manera o de otra. Desde cambiar el carácter y convertirse en un terco, refunfuñón, que hace que toda la familia se aleje y se siente solo porque:- "Nadie quiere venir a verme, porque soy un rancio..." y eso, evidentemente repercute

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

en la salud de la persona. A es decir, una... una mala gestión de la parte espiritual se puede convertir en una enfermedad. P-4001

En este sentido, la enfermedad repercute en el sistema de valores y creencias de la persona, y una mala gestión de la espiritualidad puede generar sufrimiento espiritual y, como consecuencia, un empeoramiento del estado de salud o una dificultad en la mejora y en el afrontamiento de la enfermedad. Tal es el caso de aquellas situaciones en que la persona enferma tiene asuntos que resolver con sus familiares o allegados: situaciones de enfado, rencor o conflicto. Porque estas circunstancias generan en la persona un malestar interno que dificulta el afrontamiento de la enfermedad. Este sería el caso de la necesidad de perdonar y ser perdonado no cubierta, lo cual supone un estado de rencor y desamor entre la persona enferma y quien tenga algún conflicto con ella.

La segunda es que la **enfermedad puede ser percibida como un castigo divino**, que, a su vez puede hacer reflexionar a la persona sobre qué ha podido hacer para haber adquirido este padecimiento. Aunque, este hecho, a su vez se origina de manera individualizada en función de la gravedad y repercusión en la vida cotidiana de la persona.

Bueno, pues hay gente que son de testigo de Jehová que te dicen que por qué Jehová les ha mandado esto, si ellos han sido buenos. ¿Sabes? P-2008

En cualquier caso, es una relación recíproca la que se establece entre enfermedad y espiritualidad, no obstante la vivencia es individual: Por tanto, puede ser vivenciado como un apoyo o como un castigo por parte de quien lo padece.

Yo creo que enfermedad y espiritualidad van de la mano, por desgracia. P-4005

Están las dos vertientes: el desahogo y el dejar de creer. P-3006

En cualquier caso, una de las funciones de los profesionales del EE es aliviar el sufrimiento espiritual que estas situaciones generan en la persona. Como ya se mencionó al inicio del capítulo, el sufrimiento espiritual es un diagnóstico enfermero

MARCO METEOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

descrito por NANDA, Carpenito y otros autores. En el centro hospitalario donde se llevó a cabo este estudio, ATIC® y Gacela care® también lo contemplan y se puede cargar el diagnóstico y algunas actividades de cuidado en las agendas. Sin embargo, ninguno de los informantes lo mencionó.

- Reflexión conclusiva sobre necesidades espirituales

Las NE afloran durante un proceso de enfermedad percibido como grave o importante en la persona que lo padece. Están estrechamente relacionados con el replanteamiento interior que surge a partir de la repercusión de su proceso de salud en su vida cotidiana.

Es que, cuando tienes una enfermedad tienes un revoltorio interior que no te deja estar en paz contigo mismo, quiero decir. Y, entonces, para conseguir estar en paz contigo mismo, tiene que haber un proceso, si es una enfermedad incurable, pues es difícilísimo, claro. Y la esperanza sale por medio, pero si llegas a... a este estado de.. pues, posiblemente, tanto vaya mal o vaya bien pues tu vida ya no lo puede soportar. P-4004

2.2.3. Percepción ante el cuidado espiritual

El profesional del equipo enfermero recibe o detecta una demanda de cuidado espiritual, que puede vivenciarla a distintos niveles: a nivel de **sensación** y a nivel de **autopercepción** relacionada con la propia capacitación para resolverla. Ambos casos se ven mediatizados por el tipo de demanda; el tiempo de relación terapéutica y grado de confianza establecido entre profesional y persona atendida; y la sobrecarga laboral en relación al tiempo de jornada. En relación a esto, el profesional puede auto-percibirse capaz de resolverla o no, pudiendo necesitar ayuda de una tercera persona.

La sensación es la impresión que percibe un ser vivo cuando uno de sus órganos receptores es estimulado. En este caso, tomamos como referencia la sensación psíquica de un hecho [1]. Así, ante la demanda de cuidado espiritual, el EE puede percibir una sensación psíquica.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En primer lugar, en el momento de la recepción de la demanda, se originan varios tipos de sensación. La primera de ellas es la de gratitud, ya que éste hecho constituye una motivación en sí mismo:

Eso de que hay alguien mal y está con la actitud de lo que es entrar y establecer una conversación y poder darle una salida ¿no? [...] Yo contentísima. P-1007

Para mí sí que es gratificante. Y más que ellos también te lo digan. P-3007

Yo creo que la persona que le gusta hacer lo que está haciendo puede dar mejor... ¿no? Mejor servicio a la persona que lo que precisa. P-4005

Esta última cita (4005) está muy relacionada con la vocación, en tanto que enfermería realiza una labor que le resulta agradable. Y esta gratitud percibida, a nivel general, está estrechamente relacionada con la percepción del profesional de que la persona deposita cierto grado de confianza en él por compartirle algo que pertenece a una esfera íntima y personal.

Cuando una persona me hace una demanda espiritual me hace sentir que tiene confianza en mí. P-1001

Por tanto, se hace necesario un tiempo de relación entre profesional y paciente para que se establezca una relación terapéutica de confianza, en la que la persona atendida puede expresar ante enfermería una demanda de cuidado espiritual.

La sensación agradable emerge también cuando la demanda se resuelve eficazmente. Sin embargo, también se dan ocasiones en las que el profesional siente temor o angustia si piensa que no es capaz de resolver la atención espiritual requerida:

A veces siento angustia, porque yo tampoco sé si voy a poder ayudarles. P-2005

Fue la primera vez que yo entré en una habitación cuando le estaban dando una mala noticia a una persona y luego salí y tenía miedo de afrontar esa situación ¿no? Pero luego eso lo vi y llegué al control y me sentí bien conmigo misma porque había sabido... P-1004

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Efectivamente, en un momento inicial, el EE refiere una sensación de temor por no saber cómo resolver la situación, relacionada con el grado de complejidad del cuidado espiritual requerido. Sin embargo, ésta desaparece cuando el profesional se da cuenta de que la afronta de manera eficaz, percibiendo una sensación de bienestar. Además, estos profesionales, pese a no sentirse preparados, tratan de resolver la demanda de cuidado espiritual, mostrando una actitud de predisposición. Por tanto es una actividad altruista que resulta grata en sí misma, sobre todo si aporta un bienestar a la persona, que es la finalidad referida por los informantes.

Asimismo, en esta cita (P-1004) se hace referencia a un impacto terapéutico en una persona que estaba recibiendo una mala noticia relacionada con su diagnóstico. Por tanto, se trata de una situación muy compleja que requiere un grado de asertividad, escucha activa y empatía por parte d enfermería para poder resolverla de manera eficaz.

Sin embargo, la información relativa al proceso de enfermedad y el dar una información para la que no se esté cualificado o no se tenga responsabilidad, genera cierto grado de temor o angustia en los participantes.

A veces, intentando ayudar, puedes meter la pata por decir algo que no debas. P-2003

Cuando te pregunta un señor:- “Oye, ¿me voy a morir?” A ver qué le respondo a ese hombre. P- 3008

En segundo lugar, enfermería puede percibirse poco formada para resolver una demanda de cuidado espiritual y relaciona este hecho con su formación académica y continuada, llegando a sentir poco apoyo por parte de la institución donde trabaja:

Creo que no estamos preparados, hablo en general, para atender este cuidado espiritual. [...]Necesitamos más formación. P-2006

[...] pero cuando tú te sientas en la cama de un paciente, porque necesita hablar... eso no te lo explica una profesora, eso se adquiere. P-1002

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En esta última cita (P-1002), no solo se hace referencia a la falta de formación en cuidado espiritual en la formación académica, sino al aprendizaje en sí mismo a través de la práctica asistencial, que está relacionado, a su vez, con la predisposición del profesional y la propia elaboración de su espiritualidad. Pese a ello, hay profesionales que se sienten preparados porque tienen su espiritualidad elaborada o porque se han formado por su cuenta:

Yo creo que para empatizar tiene que ser una persona muy espiritual. [...] Tiene que ser una persona formada. P-1007

Bueno, me considero preparada, porque yo me he preparado, pero no porque me hayan preparado, o para mí me han preparado, pero no justamente los que están aquí. P-2008

Esto da muestra de que algunos profesionales enfermeros se sienten menos capacitados para ofrecer cuidados espirituales que físicos [162, 163] y, en mi opinión, esto se debe a que el término ofrece ambigüedades de significado no resueltas, que son empleadas por los hablantes de un modo no unívoco, porque tanto profesionales como pacientes dan un significado subjetivo a la espiritualidad. Así mismo, enfermería es consciente de su falta de preparación para ofrecer cuidados espirituales, reconociendo que necesitan formación y que estos cuidados deben incluirse en su práctica diaria [164].

En relación a la falta de formación, el código ético establece que es responsabilidad enfermera obtener los recursos necesarios en cuanto a formación y capacitación para realizar el ejercicio de su profesión de manera eficiente [165]. Según se establece en los artículos 33, 34 y 35 de los principios generales del Código Ético de la profesión enfermera [129]. Por lo tanto, en el caso de que un profesional de enfermería no se sienta preparado, deberá poner medidas. En el caso que nos ocupa, serán tener la propia espiritualidad elaborada y adquirir la formación necesaria para detectar y resolver una demanda de atención espiritual.

En esta línea, Zabalegui afirma que un profesional de enfermería competente utiliza sus conocimientos, actitudes y habilidades para llevar a cabo la emisión de juicios

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

clínicos, la solución de problemas y la realización de tareas costo eficaces [128]. Éstos son componentes de las competencias de la profesión enfermera, definidos por el Consejo Catalán de especialidades en ciencias de la salud [129].

Las competencias específicas relacionadas con el cuidado espiritual fueron estudiadas por Van Leewen [166], en el ámbito de la formación enfermera. A nivel estatal, las competencias enfermeras relacionadas con el cuidado espiritual es un tema poco explorado y sería beneficioso para la comunidad enfermera realizar estudios sobre esta temática para ampliar el cuerpo de conocimientos al respecto.

[...] si hablamos de competencia de enfermería, a enfermería le faltan conocimientos y le falta tiempo. Y después, también pienso que hay también un problema con la espiritualidad, porque no todo el mundo tiene que dedicarse a hacer un acompañamiento espiritual a todo el mundo.

P-4005

A través de esta cita, (4005) reconoce la falta de tiempo para el personal –a pesar de haber afirmado anteriormente que era una excusa, utilizada por aquellas personas que no atendían la espiritualidad de los pacientes por no tener la propia previamente elaborada–.

Así, las situaciones anteriores –relativas a la vivencia de los cuidados espirituales por parte del EE–, no solo están relacionadas entre sí, sino que repercuten sobre el afrontamiento de la demanda de cuidado espiritual, ya que de éstas dependerán las actividades desempeñadas por el profesional para resolverla.

Por lo tanto, para que la persona reciba el cuidado o atención espiritual requerida, enfermería, en caso de no poder resolver la demanda, buscará a alguien más adecuado con el fin de que esa persona se quede correctamente atendida.

Hacerle sentir que hay una persona que le escucha y, según yo, lo que pueda hacer lo haré y lo que no lo derivaré. P-1001.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Finalmente, destacar que la persona que ofrezca cuidados espirituales debe tener su propia espiritualidad previamente elaborada. Se requiere un bienestar espiritual previo:

Sí, pero es que yo creo que aquí hay también como una lucha interna. Porque ya no es que tú no quieras tocar ese tema con la persona que está enferma porque tienes um... quizás, falta de recursos para establecer con ella un diálogo o un confort. Sino que, inherentemente hay... hay una serie de tabúes tuyos como persona que, quizás, tú tampoco tienes trabajados... P-4005

Esta última cita relaciona la falta de preparación sobre el cuidado espiritual con una falta de elaboración previa de la propia espiritualidad.

En conclusión, para ofrecer cuidados espirituales eficientes, un profesional debe sentirse preparado –a nivel formativo, a nivel propio previo y a nivel de capacitación–.

- Reflexión conclusiva sobre la percepción ante el cuidado espiritual

Se debe tener en consideración que los informantes no están acostumbrados a que se les haga este planteamiento. Por tanto, se encuentran ante una situación que, en la mayoría de casos, ellos mismos no se habían planteado de ese modo.

Pues la verdad es que así, con esta contundencia y con esta claridad, yo diría que, en 11 años, no me he encontrado, prácticamente a nadie. P-1007

Así, los profesionales del equipo de enfermería se sintieron, en su mayoría, con temor o angustia por no saber si serían capaces de resolver una demanda de cuidado espiritual, y manifestaron una falta de capacitación por causa de una carencia formativa que, por otra parte, iban adquiriendo a partir de la experiencia.

En ese caso, fue la primera vez que yo entré en una habitación, cuando le estaban dando una mala noticia a una persona y luego salí y tenía miedo a afrontar esa situación ¿No? Pero luego eso lo vi y llegué al control, me sentí bien conmigo misma. Porque había sabido.. bueno, por lo que hablé con ella, creo que supe darle el consuelo que demandaba y y fuerza, para que continuara luchando. P-1004

2.2.4. Afrontamiento de cuidados espirituales

A continuación, nos centramos en la actitud que tiene el profesional ante una demanda de cuidado espiritual ya que repercute directamente en la resolución de la misma. Esta actitud puede ser de **predisposición** para resolverla o de **barrera** auto-protectora.

Esta predisposición por parte del profesional constituye un acto altruista y vocacional. En este sentido, siguiendo a algunos autores que han estudiado sobre la historia de la profesión enfermera, como Donahue [33, 39], Chamorro [34] y Collière [26], entre otros, se puede establecer que esta actitud altruista y vocacional del cuidado del otro y de amor al prójimo, se iniciaron con el Cristianismo y la aparición de los primeros cuidadores seguidores de Jesús [39, 34, 36]. Además, en esta misma línea, como señala Erich Fromm [167], el amor fraternal implica el sentido de responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento sobre la otra persona. En este caso, enfermería como agente de cuidados, se responsabiliza de tener estas actitudes porque emergen de su propia naturaleza.

Y es importante darle confort al paciente. Si esto es lo que necesita, pues esto es lo que se le da. Luego, a nivel de dar, ya no en sí religioso, sino como persona, yo creo que aquí en el ICO el tema este se lleva muy bien. Primero, porque tenemos una ratio de personas que nos permite dedicarle tiempo a la gente. P-3008

En esta última cita, queda claro que la carga asistencial no es el problema, sino que está en la actitud del profesional, ya que la ratio de profesionales/ pacientes en ICO-Badalona es similar al de las unidades hospitalarias del HUGTiP.

En este sentido, sale de uno la actitud de querer dedicar tiempo o aprovechar otras actividades asistenciales para atender la espiritualidad de la persona, como señala este informante:

MARCO METEOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

[...] yo creo que es la gente de... que sabe que está atendiendo unas necesidades... Lo que pasa es que no todo el mundo... Dos cosas: una, tiene las habilidades, y, dos, tiene e la empatía o digamos el grado de no ponerse la coraza de defensa. P-4002

A menudo, el detalle de dedicar unos minutos a un paciente, presentarse y decirle tu nombre y ofrecerle la posibilidad de llamar al timbre ante cualquier necesidad que le surja, es un detalle educacional que facilita la relación terapéutica y que, en ocasiones, por prisa o por descuido, algunos profesionales no hacen. Por lo tanto, los factores positivos que se relacionan con el afrontamiento de la atención espiritual son el tiempo de relación y la confianza. Sin embargo, el tiempo puede ser un factor negativo, porque el ingreso hospitalario es el primer contacto de enfermería con el paciente y en un primer contacto no suele haber una relación de confianza.

Relación terapéutica de confianza: Establecer una relación de confianza es fundamental para facilitar los resultados esperados. No solo con el paciente, no solo con aquellos a quienes cuidamos, sino también a la hora de trabajar dentro de un equipo interdisciplinario [168].

Por otra parte, si entendemos el tiempo como espacio dentro de una jornada laboral, en relación a la carga asistencial, la manera en que el personal enfermero gestiona su tiempo es algo subjetivo y para lo que, en un momento determinado, se requiere habilidad y organización. Esto ocasiona que algunos participantes tengan la sensación de falta de tiempo, otros tengan la habilidad de encontrar un momento adecuado para brindarles un bienestar.

[...] encontrar sentido a según qué cosas les cuesta, pero bueno, intentas que, pues eso, que el día a día tenga un sentido. Aunque sea la "charradeta" de cinco minutos. P-2002

Así, en muchas ocasiones, se ofrece un cuidado espiritual durante la realización de un cuidado físico:

Y claro, tú, en una higiene es cuando intimas, cuando tienes... cuando llegas a esa... esa confianza con el paciente. P-2007

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Yo, cuando trabajaba en la unidad hospitalaria era de las que, los fines de semana: "Dejarme hacer higienes" Porque, para mí, la higiene es un acto íntimo. Es que te vincula. Tener ahí sentada a la persona es donde más... Podías detectar muchas más cosas. P-4006

Por lo tanto, constituye una habilidad por parte del profesional para gestionar su tiempo y reservar un espacio para ofrecer cuidados espirituales durante la realización de cualquier cuidado físico.

No obstante, la actitud de barrera puede deberse a un temor a sobrecargarse emocionalmente por el estado emocional del paciente. Con lo cual, no es solo una actitud humanitaria, sino también es una habilidad profesional el saber dar respuesta implicándose sin afectarse.

Hombre, te cargas un poquito... a veces, según el paciente, te puedes llegar a cargar un poquito emocionalmente... y sales un poco tocadillo, pero bueno. Te pones una coraza. P-3002

Por otra parte, algunas de las actividades de cuidado realizadas por enfermeros y auxiliares de enfermería son diferentes: Los primeros preparan y reparten medicación, además de realizar un mayor número de registros y revisión de historias clínicas; mientras los segundos realizan actividades que les permiten un contacto más directo con el paciente, como el control de diuresis, el reparto y ayuda durante las ingestas alimentarias. Esto hace que, en ocasiones, sea el auxiliar quien alerte al enfermero cuando detecta la demanda de atención espiritual, aunque hay diplomados que, durante la realización de una técnica clínica detectan estas carencias. Esto es lo que genera algún matiz en las respuestas de cada categoría. También hay otra diferencia, y es que los auxiliares no escriben cursos clínicos, como los diplomados, por lo tanto se les preguntó si les comunicaban estas situaciones a los enfermeros y explicaron que sí, pero sin llamarles 'necesidad espiritual', al igual que los diplomados, que tampoco lo registran bajo ese nombre.

Lo que es la escucha activa y eso, lo debe cubrir la persona que pasa más horas, que son el personal sanitario, enfermería en general. P-1009

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Si tiene algo... una inquietud o algo que le pasa en ese momento, yo me entero y si tengo que decírselo a la enfermera, voy y se lo comento. Las auxiliares muchas veces alertamos a la enfermera de cosas que le está sucediendo al paciente. P-2008

Cuando lo registro, no le digo directamente "cuidado espiritual". P-1005

No le dices un "cuidado espiritual", no le pones la etiqueta, pero está ahí. P-1003

Para mí no es importante el registro. No es importante. Es mi conciencia. Es tener... saber que yo estoy conociendo a quien estoy cuidando, puedo generar un vínculo, acercarme, explorar, detectar, um... si no se manejarlo derivarlo a un profesional más experto, o sea un poco estar... P-4006.

La falta de transcripción hace que pasen desapercibidos, sin embargo, los profesionales dan más importancia al poder brindar el cuidado espiritual adecuadamente que a su registro.

Por otra parte, llama la atención el hecho de que siendo un cuidado enfermero, cuyos diagnósticos enfermeros y actividades relacionadas hayan sido descritos por NANDA y Carpenito, ni el profesional ni la persona cuidada lo identifican específicamente como cuidado espiritual. Sin embargo, NANDA no incluye algunos criterios diagnósticos que emergen de la revisión literaria y la taxonomía no tiene un dominio espiritual para incluir este y otros diagnósticos actualmente dispersados en otros dominios [169], porque hay pocos trabajos empíricos que investiguen sobre el diagnóstico enfermero de sufrimiento espiritual en contextos de hospitalización general. Esto dificulta el establecimiento de diferencias entre el sufrimiento espiritual y la depresión, ya que algunas características definitorias son similares¹⁴.

¹⁴ Diferencias entre sufrimiento espiritual y depresión:

Sufrimiento espiritual: Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida, mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo [81].

Depresión: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos [1].

Adicionalmente, en el hospital donde se realiza este estudio, se utiliza la terminología ATIC®, de interfase, con lenguajes más próximos a la forma en que los profesionales se comunican habitualmente en su práctica diaria. Cada uno de sus elementos ha sido sometido de forma independiente a un proceso de validación de toda la producción científica enfermera [83].

Este sistema contempla la *dimensión espiritual* de la persona dentro del *ser consciente*. En este contexto, se concibe la dimensión espiritual como un conjunto de facultades que regulan el desarrollo y la regulación de los principios que permiten reflexionar sobre los propios orígenes, la propia identidad y la relación que se considera trascendental. Sin embargo, en los planes de cuidados estandarizados del software Gacela care®, donde está incluida la terminología ATIC®, solo aparece incluido el diagnóstico enfermero de Riesgo de sufrimiento espiritual. No obstante, aparece la dimensión espiritual en la valoración de ingreso en las unidades hospitalarias.

Además, se dan ocasiones en que el profesional resuelve directamente la demanda, y, si hay un acuerdo con el paciente en que es un asunto íntimo, éste no lo revelará ni registrará, atendiendo al derecho a la intimidad del paciente. Porque, la intimidad del paciente interfiere en el hecho de que se registre la situación en el curso clínico o se comente con otras personas. Así, por ejemplo, si hay una relación terapéutica de confianza entre profesional y paciente, será más fácil que el paciente exprese sus sentimientos y la repercusión de la enfermedad sobre su espiritualidad en un momento dado. En tal caso, si es auxiliar de enfermería no se lo comentará al diplomado y si es diplomado no lo registrará.

El personal de enfermería, como se establece entre los artículos 41 y 46, enfermería velará por la intimidad del paciente, garantizando un entorno íntimo; no emitiendo juicios de valor; procurando intimidad corporal y cualquier otra; no revelando lo que el paciente le explique y explicando la finalidad de la recogida de datos, evitando preguntas innecesarias [130].

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Resulta difícil hablar de aspectos tan íntimos como este, ya que para que el paciente exprese sus experiencias espirituales en relación a la enfermedad que padece necesita confiar en la persona que le atiende [89]. A esto se le suma que el profesional puede encontrarse ante el dilema de preguntar o no, por no vulnerar la intimidad de un paciente al que acaba de conocer.

[...] cuando llegas y hablas con ellos y entablas la primera... el primer contacto, tú ya ves cómo la gente se quiere dar o no se quiere dar. Entonces, también hay que mantener pues eso, el espacio vital. P-2002

EL ENCUENTRO ENTRE TU “YO” Y MI “YO”: Este hecho surge cuando enfermería y la persona cuidada muestran una apertura interior y recíproca donde se produce una demanda de cuidado espiritual que se resuelve queda entre ellos dos y deciden mantener esa complicidad dentro de su parcela más íntima.

Esto queda entre el paciente y yo. P-1007

Contrariamente, algunos profesionales muestran una actitud de barrera para auto protegerse y no implicarse demasiado en la situación del paciente.

Lo que yo no me puedo es implicar con el paciente, yo le puedo solucionar cosas, yo lo puedo derivar a situaciones, pero tenemos que tener la barrera clara [...] para no llevarme los problemas del hospital a casa. P-1001

Sin embargo, otros informantes refieren no poder ofrecer cuidados espirituales por falta de tiempo o por priorización del cuidado físico:

Y yo los físicos se los tengo que hacer a todo el mundo. Obligatoria. P-2007

En esta cita, se deja entrever que la institución obliga al profesional a realizar una serie de cuidados físicos, relacionados con el tratamiento del paciente, definidos previamente como cuidados prescritos y ubicados en el paradigma mecanicista de Parse [146].

Sin embargo, los cuidados espirituales, que, según los informantes, surgen de ellos mismos, no se registran ni se les da el nombre de espirituales, por tanto, nuevamente,

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

nos encontramos ante un escenario donde estos cuidados –necesarios para la atención integral del paciente, y que acompañan a los cuidados físicos–, no se promueven al mismo nivel que éstos. A pesar de ser considerados relevantes por el EE. Estos cuidados pasan inadvertidos para las instituciones sanitarias y ya han sido definidos como cuidados invisibles en el contexto de la investigación aplicada a los cuidados (IAC) [170].

Esto es lo que puede dar lugar, en un momento dado, a la priorización de un cuidado físico sobre un cuidado espiritual. Así mismo, la presión asistencial hace que algunos profesionales en muchas ocasiones prioricen sobre cuidados físicos u otras necesidades, en lugar de las espirituales [171].

No deja de ser que seguimos trabajando por tareas y seguimos e... trabajando e... pues um... como si tuviéramos una gráfica, ¿no?:-“A esta hora me toca hacer esto; a esta hora me toca hacer lo otro...” y ese acompañamiento que necesita esa persona que está enferma muchas veces lo dejamos para... para un segundo término. P-4005

Pues sí. Si yo tuviera más tiempo, me dedicaría más a ellos. Reconozco que el tiempo que tengo prefiero hacer educación sanitaria. P-1008

En esta cita el profesional (1008) tiene sensación de falta de tiempo por causa de la presión asistencial, entonces prioriza las actividades de cuidado. Esta situación me hace reflexionar sobre si el profesional prioriza en un cuidado físico porque se siente más seguro o porque debe registrarlo.

En algunos centros sanitarios españoles, hay enfermeros que atienden de manera simultánea hasta 18 pacientes [172]. En el hospital donde se realiza este estudio, el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP), el ratio de enfermera varía entre 8 y 12 pacientes, en función del turno y el día de la semana (Los fines de semana, turnos de noche y festivos, el EE puede llegar a tener 16 pacientes a su cargo). Una persona que cuida a otra difícilmente puede hacerlo si está sometida a situaciones de

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

estrés, porque el cuidado del otro requiere un interés, un apoyo, una empatía e, incluso, una forma de amor [173].

Paralelamente, el modelo biomédico que rige la atención hospitalaria centra su atención en las dimensiones biológicas de la enfermedad, sin considerar lo que ésta significa para la persona que la padece, su vivencia o las repercusiones en su entorno [139, 174]. Por lo tanto, deja de lado toda la parte humanística que caracteriza la atención integral enfermera, y, como consecuencia, el cuidado espiritual. En mi opinión, eso hace que no haya guías ni escalas de valoración para que enfermería detecte, clasifique y aborde las necesidades de cuidado espiritual.

Sin embargo, se dan dos circunstancias: la primera es que el EE no ofrece cuidados espirituales y se escusa con el tiempo; la segunda es que se ofrecen estos cuidados, pero no se registran porque no tienen esa noción.

El tema del tiempo es una manera en que el profesional tiende a defenderse del por qué no está cumpliendo con esa tarea. P-4005

Porque hay mucho acompañamiento. Que, para mí, que esa espiritualidad o sea, esas necesidades esenciales que lo hacen mucho, pero, sobre todo auxiliares y enfermeras. ¡Lo hacen Mucho! Pero no tienen conciencia de que lo están haciendo. Entonces, claro, juegan con la presión y el tiempo. Y entran todos en el tópico... P-4006

En esta última cita un informante (4006) va más allá y hace referencia a que se realiza acompañamiento espiritual, sin embargo, suceden varias cosas en cadena que llaman la atención: La primera, es que no se tiene conciencia de ello. Como consecuencia, no se registra y se queda en un cuidado informal. Posteriormente, se utiliza la excusa del tiempo y la presión asistencial, pensando que no se ha ofrecido un cuidado para el que no se estaba preparado.

Paralelamente, la actitud de barrera puede estar relacionada con la no elaboración de la espiritualidad de profesional y puede ser un mecanismo de huida.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

[...] a nivel profesional tenemos una especie de TABÚ a la hora de enfrentarnos a todos esos problemas o esas preguntas que nos pueda hacer el propio paciente que quiere respuestas. Entonces, no to... creo que todo esto lo estamos dejando siempre en un bolsillo y decimos: -“Hoy no tengo tiempo”. “Hoy no puedo hacerlo”. “Ahora tengo un ingreso” [...] P-4005

El informante (4005) reporta que el EE evade la atención espiritual poniendo como excusa la falta de tiempo o prefiriendo realizar antes un cuidado físico, como mecanismo de huida, en relación a la falta de abordaje de la espiritualidad.

Sin embargo, una actitud de barrera también puede constituir una habilidad profesional, siempre que se procure la atención de esa demanda, delegando o buscando otros recursos:

La atención que ofrece enfermería es muy humana. Pero tienes que protegerte, tienes que hacer un poco de defensa, porque si no, es mucho lo que te llevas a casa. P-3001

Informo o busco, o delego. La cuestión es que esa persona acabe sintiéndose completa. Y si eso tú no se lo puedes proporcionar, habrá gente que sí [...]. P-1005

Yo siento esa responsabilidad, porque quizás no estoy preparada y no estoy en condiciones. P-2005

Entonces, ante eso, e creo que hay que crear, evidentemente una distancia, pero eso no me... no me tiene que confundir al tener también esa cercanía, ese lenguaje no verbal, ese estar, esas miradas, ese comportamiento atípico o no, o dar, que le puedo hacer a un paciente [...] P-4002

Todas estas situaciones sacan a la luz tres hechos fundamentales: El primero de ellos es que la persona que atiende las necesidades espirituales del paciente no solo debe tener su espiritualidad elaborada previamente, sino también sentirse cómodo realizando esta labor asistencial. Observando las anteriores citas. El segundo, es que constituye una habilidad el brindar cuidado espiritual, utilizando un mecanismo auto-protector: los profesionales de ICO-Badalona mostraron la habilidad de tomar una actitud autoprotectora durante la atención espiritual, mientras otros se implicaban

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

emocionalmente o delegaban. Y, el tercero, aunque no ha sido mencionado por los participantes –porque todos ellos manifestaron actuar desde el respeto y la tolerancia, a pesar de profesar sistemas de creencias diferentes–, está relacionado con la ética de las virtudes, y es que un profesional no debe inculcar su sistema de valores y creencias a ningún paciente, como también menciona Hildegard Peplau en su modelo de la enfermería psicodinámica [63].

En cuanto a la parte religiosa, yo no soy creyente. Respeto si los pacientes creen, pero yo no tengo creencias. En lo que pueda ayudar al 1000 x 1000 los apoyaré. No necesitan mi opinión, necesitan una escucha en ese momento. P-3006

Finalmente, no se preguntó a los informantes sobre su propio sistema de creencias porque se consideró que un profesional deja de lado sus creencias y respeta las de la persona a quien cuida, aunque no las comparta. Algunos se manifestaron no creyentes y pensaron que esto podría suponer una dificultad. Sin embargo, en las entrevistas o participación en grupo focal, se mostraron respetuosos con los dogmas de sus pacientes y el suyo propio no generó diferencias en sus respuestas que con respecto a participantes creyentes.

- Reflexión conclusiva sobre el afrontamiento de cuidados espirituales

A menudo, los profesionales del EE temen implicarse demasiado en las situaciones. Esta situación les lleva a tomar una actitud autoprotectora, en la que asumen el rol de cuidador en una unidad hospitalaria determinada, tomando una posición despersonalizada de sí mismos, a la vez que profesional en todos los sentidos. Esta actitud –para la que se requiere una habilidad profesional–, constituye una apertura.

Después hay quien se implica directamente, aunque se lleve las cuestiones del trabajo a casa. Por último, hay quien decide tomar una actitud de barrera, evitando implicarse en las situaciones personales de la persona a quien cuida o delegando la atención espiritual en otros profesionales.

Desde el punto de vista de ellos, yo creo que la mayor parte se sienten satisfechos. ¿Desde el punto de vista tuyo? Hombre, te cargas un poquito... a veces, según el paciente, te puedes llegar

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

a cargar un poquito emocionalmente... y sales un poco tocadillo, pero bueno. Te pones una coraza. [...]Yo creo que puedes hacer un papel. Creo que podemos sobreactuar un poco. Puedes, a lo mejor, no estar en tu mejor momento o más óptimo de... Pero estás trabajando y te toca. P-3008

- Ideas clave sobre las vivencias de cuidados espirituales
 - I. Los cuidados espirituales no fueron nombrados como tal, por parte de los informantes. Sin embargo, se refirieron a ellos como cuidados del ánimo, mimo, detalles, escucha y presencia entre otros. No son registrados por los informantes como cuidados espirituales. Pese a ello, los profesionales del EE se comunican entre ellos al respecto y, siempre que no vulnere la intimidad de la persona, pueden operativizar algún signo clínico observado. Como, por ejemplo, una situación de desánimo, en relación a un sufrimiento espiritual. Ellas, registrarían únicamente el desánimo.
 - II. Las NE han sido percibidas y atendidas por los participantes en repetidas ocasiones, una vez han identificado el nombre y significado de cada una de ellas. Además, los cuidados espirituales, dan respuesta a estas NE, aunque, en muchas ocasiones, ni profesionales ni pacientes conocen si estos cuidados y situaciones tienen un nombre.
 - III. La vivencia de las NE por parte de las personas cuidadas, presentan diferencias en función de la edad, etapa vital o responsabilidades. Por tanto, será diferente en un niño, un adolescente, un adulto, o una persona con edad avanzada. También en función del grado de vulnerabilidad percibida por la pérdida de la integridad física o la proximidad de la muerte.
 - IV. La NE más importante para los informantes, en su gran mayoría, ha sido la de ser reconocido como persona, relacionando ésta con la dignidad y el trato humanitario. Cualquier carencia o alteración en las NE puede producir un sufrimiento espiritual en la persona cuidada. Siendo éste un diagnóstico enfermero que, como cualquier otro, es responsabilidad de enfermería dar una respuesta eficaz.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

- V. En un inicio, los informantes sintieron temor y una falta de capacitación ante el cuidado espiritual.
- VI. El cuidado espiritual resulta grato a los profesionales del EE en la medida en que es efectivo.
- VII. Los profesionales se sintieron poco formados para atender la espiritualidad de sus pacientes.
- VIII. La actitud de apertura por parte del profesional del EE facilita la verbalización de la situación de sufrimiento espiritual o la manifestación de una necesidad espiritual que requiera ser cubierta, aunque sea de forma indirecta.
- IX. Pese a que los informantes profesaban diversos dogmas y algunos se manifestaron ateos, este hecho no ha influido en su predisposición hacia el cuidado espiritual de las personas a quienes cuidan, desde una posición respetuosa.
- X. La despersonalización autoprotectora del propio profesional constituye una habilidad durante la actitud de apertura que le permite ofrecer una atención espiritual sin afectarse emocionalmente.

2.3. Identificación de la demanda de cuidados espirituales

La identificación de la demanda de cuidados espirituales constituye un hecho complejo y subjetivo, determinado por la situación concreta que atraviesa la persona cuidada, la capacidad de detección de la demandada por parte del profesional y el tipo de cuidado requerido.

Los pacientes ingresados en las distintas unidades hospitalarias que precisan un cuidado espiritual pueden requerirlo en un sentido más relacionado con la expresión de su dogma religioso o en un sentido más relacionado con el estado de su ánimo o emociones, con su alma o esencia, o con cuestionamientos internos. Esto hace que la demanda se exprese o no de forma directa, porque las demandas directas han sido asociadas a la necesidad de atención espiritual religiosa, mientras las indirectas se relacionaron con demandas de cuidado espiritual no religioso por parte de los

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

informantes de ambas categorías profesionales. Por lo tanto, en aquellos casos en que la persona no realiza una demanda directa el profesional de enfermería debe ser capaz de identificarla y de procurar que el paciente obtenga una atención adecuada, atendiendo a su capacidad de juicio clínico.

En aquellas situaciones en que el profesional detecta la demanda, las respuestas ofrecidas por auxiliares de enfermería y enfermeros han mostrado un pequeño matiz, a pesar de las similitudes en sus respuestas, porque los auxiliares de enfermería afirmaron pasar mayor tiempo con los pacientes y compartir más momentos íntimos con ellos –como, por ejemplo, la higiene del paciente–, lo cual les permitió detectar demandas de atención espiritual y alertar a los enfermeros diplomados. Pese a ello, éstos últimos también detectaron demandas indirectas mediante la relación con el paciente.

Por lo tanto, estas diferencias están directamente relacionadas con las tareas de cuidado y, nuevamente, con la capacidad de predisposición y gestión del tiempo del profesional. En cualquier caso, la capacidad de detección de la demanda de cuidado espiritual requiere implicación y autenticidad.

La acompaño a la ducha, estoy con ella, la ducho o la ayudo a ducharse, ee... por lo tanto ya estoy ahí, empatizando con esta persona, más tiempo que quizás que la enfermera. P-2008

En este caso, el auxiliar de enfermería detecta la demanda de cuidado espiritual durante la realización de un cuidado físico y alertará al enfermero, sobre todo si necesita su ayuda o que el paciente sea derivado.

Sin embargo, las enfermeras reconocen su insistencia en la realización de higienes y otras técnicas más comúnmente realizadas por auxiliares, para ofrecer cuidados espirituales durante las mismas.

Y es verdad que el tiempo influye, pero tú, cuando estás haciendo una cura a un paciente, o una higiene... Yo, cuando trabajaba en la unidad hospitalaria era de las que, los fines de semana:- "Dejarme hacer higienes" Porque, para mí, la higiene es un acto íntimo. Es que te vincula. P-4006

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Por otra parte, la demanda directa de cuidado espiritual se ocasiona si un paciente necesita hablar con el sacerdote o con una persona de referencia por sus creencias, lo suele solicitar él o la familia pero ningún paciente le dice a un profesional del equipo enfermero que tiene un estado de sufrimiento espiritual, porque no le da ese nombre a su estado. Por tanto, las dos formas básicas de demanda de atención espiritual son la demanda directa de atención espiritual religiosa y la demanda indirecta de atención espiritual no religiosa. Éstas pueden comunicarse al personal de enfermería y éste suele contactar con el sacerdote por teléfono y, en el caso de que quieran hablar con alguna persona en concreto, pueden hacer de mediadoras.

El que te pide ayuda espiritual, te la pide directamente, si es hablando de religión. P-1001

Ante casos como este, enfermería pone en contacto al paciente con uno de los sacerdotes del hospital, que se rige por la religión cristiana. Sin embargo, cabe destacar que el servicio religioso no está disponible las 24 horas del día y, en caso de que la persona realice la petición durante la noche, no será atendida hasta el día siguiente. Con lo cual, será el profesional del EE quien trate de resolver la demanda, a través del rezo o una conversación.

La solicitud de **cuidado espiritual religioso** se relaciona con la necesidad de la persona de buscar apoyo en su dogma religioso para afrontar la enfermedad [175, 176, 177]. Los centros hospitalarios suelen ofrecer servicios religiosos, en el centro donde se realizó el estudio, el HUGTiP, se ofrecen servicios religiosos católicos. Hay 4 sacerdotes, dos voluntarias que ofrecen libros y un voluntario en la capilla. Pese a que la atención religiosa es católica, se puede derivar a otras personas adecuadas, según la creencia del paciente [178]. En relación a esto, la constitución española contempla el derecho a la libertad religiosa e ideológica [179].

Sin embargo, se dan ocasiones se solicita atención por parte del sacerdote, sin permiso del paciente. Tal es el caso de familiares, que sin saberlo el paciente, por su mal estado general, solicitan la recepción de sacramentos para el paciente al EE, pero el paciente no lo ha expresado anteriormente:

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

[...] se ha de pedir que venga el servicio religioso cuando realmente el paciente o la familia te lo demanda” P-4005

La participante 4005 hace referencia a solicitudes realizadas por familiares previamente verbalizadas por el paciente. De lo contrario, se puede producir un dilema ético, porque no constituye un acto ético solicitar atención espiritual religiosa sin la previa autorización o solicitud de la persona que lo requiere.

Después, los informantes refirieron la detección de dos tipos de demandas indirectas: la actitud demandante, donde realizan **llamadas de atención**, y la **actitud apática** o triste.

[...] ya te das cuenta de que necesitan, porque te llaman para nada. Em... suelen llamar al timbre y... “¿Puedes venir?” o, incluso, llegar allí, después de haberte dicho si puedes venir y decirte: “He llamado sin querer”. ¿No? Entonces, tú ya estás viendo que ahí necesita que te sientes dos segundos y que le preguntes. P-2007

O sea, muchos pacientes hacen llamadas de atención. [...] “¡Buff... Qué ganas tengo de vomitar!” Cuando tú estás viendo que no tiene ganas de vomitar [...]. Yo creo que muchas veces no son conscientes de que les pasa esto. P-2001

A través de esta cita, además de mostrar una llamada de atención por parte del paciente, mediante una actitud diferente, el informante 2001 expresa dos tipos de no conciencia por parte del paciente: la primera de ellas es que no es consciente de que está llamando la atención con su actitud; la segunda es que no es consciente de que necesita atención espiritual. Estas actitudes pueden relacionarse con la fase de duelo establecidas por Kübler-Ross en la que se encuentre el paciente: negación, ira, pacto, depresión y aceptación [77]. En el caso que nos ocupa, se relacionan con la negación.

Finalmente, la actitud apática o triste se produce también como manifestación de la necesidad de cuidados espirituales por parte de los pacientes, según la narrativa de los informantes.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Hay unos que supongo que esperan que alguien les diga algo, porque se muestran apáticos, no hablan... a o te contestan todo así con monosílabos... P-2005

Y el paciente lo transmite con la mirada. Con una... Un paciente que necesita ser acompañado te lo está pidiendo cuando te mira. P-4005

Ambos casos muestran un paciente que no pide verbalmente un cuidado espiritual, quizás porque no sabe darle nombre a lo que vivencia o porque no lo percibe como un problema que requiere atención espiritual. La mirada, se hace intensamente expresiva sobre todo en aquellos pacientes que no pueden expresarse verbalmente por causa de la enfermedad que padecen, como, en el caso de una afasia producida por un ICTUS o un paciente laringectomizado, portador de traqueotomía. Ante estas situaciones, el profesional puede establecer una conversación por medio de preguntas cerradas, donde, mediante un código conjuntamente establecido, el paciente puede hacerse entender.

El establecimiento de una adecuada comunicación entre profesional y paciente, se hace más necesario en aquellos pacientes que tienen afectado el habla, repercutiendo favorablemente en la prestación de calidad en los cuidados integrales de los pacientes [180].

- Reflexión conclusiva sobre la identificación de la demanda de cuidados espirituales

Muchos pacientes no expresan directamente una demanda de atención espiritual. Esto hace que la identificación de la misma sea más compleja, ya que no todo el mundo expresa con el mismo patrón de conducta ante este tipo de situaciones. Tampoco se les da este nombre abiertamente porque, entre otras cosas, la espiritualidad es un aspecto íntimo de la persona y no es fácil que alguien hable abiertamente de ello sin el establecimiento previo de un cierto grado de confianza.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

No te lo suelen pedir. Nunca, nunca, te lo dirán directamente. Nunca te van a decir: "Necesito hablar" No. Empiezan con preguntas, quizá, o con dudas, o con .. Explicándote una historia...

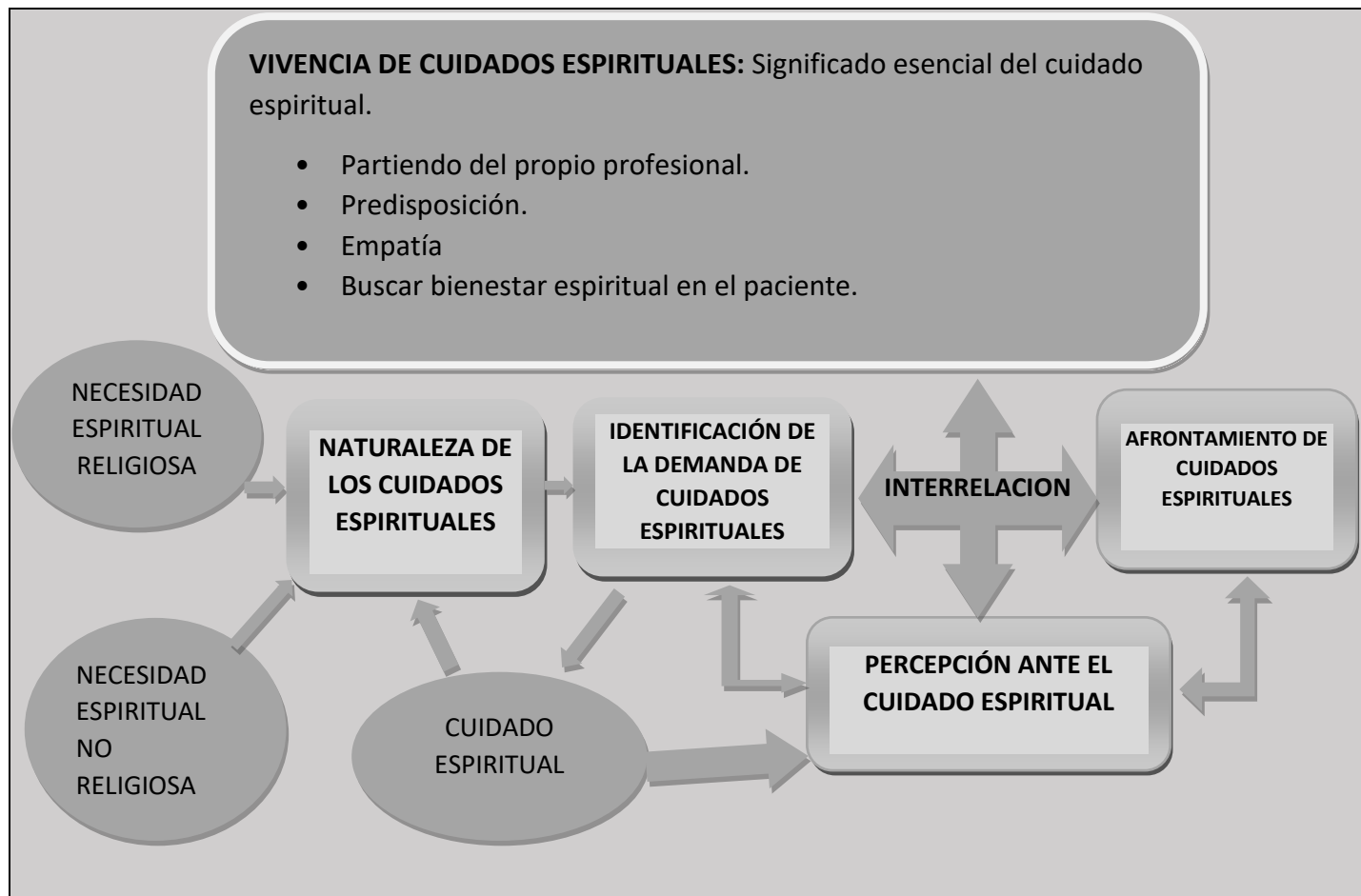
P-1002

- Ideas clave sobre la identificación de la demanda de cuidados espirituales
 - I. La demanda de atención espiritual religiosa se realiza directamente por parte del paciente. Aunque no son pocas las ocasiones en que los familiares, en el lecho de muerte de la persona cuidada, la solicitan para que ésta reciba la unción. Este hecho puede generar controversias si no ha habido un expreso deseo previo por parte del paciente. Porque no sería correcto solicitar una atención religiosa sin su permiso.
 - II. La demanda de cuidados espirituales debe ser detectada por los profesionales de enfermería y, siendo las auxiliares quienes más tiempo pasan con el paciente, alertan a menudo a las enfermeras sobre la presencia de éstas.
 - III. No sería éticamente correcto solicitar los servicios de un sacerdote, si el paciente no está conforme con recibirlos.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Figura 2: Diagrama de relación entre la categoría de análisis vivencia de cuidados espirituales, sus subcategorías, y la identificación de la demanda de cuidados espirituales



Fuente: Realización propia.

3. Resultados y discusiones de la investigación secundaria

A continuación, se describen los resultados procedentes de la investigación secundaria, compuesta por el grupo focal de pacientes y el sacerdote, para aportar una perspectiva diferente a la ofrecida por los profesionales de enfermería.

3.1. Grupo focal de pacientes

A continuación, nos centramos en la narrativa ofrecida por un grupo de pacientes que han sido ingresados en diferentes áreas del HUGTiP y cada uno de ellos comparte su vivencia con nosotros. Cabe señalar que, en su mayoría, son personas mayores que no están acostumbradas a realizar este tipo de actividades y que no se expresaron tan abiertamente en la reunión de grupo focal como lo hicieron en la entrevista previa individual.

Dividiremos lo expuesto por los participantes en las categorías de análisis correspondientes con las preguntas realizadas y señalaremos las coincidencias con los informantes del grupo anterior.

3.1.1. Necesidades espirituales y factores relacionados

Al mostrarles el listado de NE y la definición de espiritualidad, los pacientes no terminaron de comprender con tales definiciones el significado, así que emplearon sus propias palabras, y se les preguntó por los factores que se relacionaban con ellas.

Los factores relacionados con las necesidades espirituales son aquellas cuestiones trascendentales en la vida cotidiana de los informantes. Se les preguntó con qué relacionaban la espiritualidad y necesidades espirituales, una vez clarificadas ambas cosas, para que todos tuvieran un mismo punto de partida y pudieran explicar cómo influyeron estos aspectos en su vida cotidiana y cómo los vivenciaron.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

A nivel general, los informantes relacionaron las necesidades espirituales con la fe y con las creencias:

Para mí las necesidades espirituales se relacionan con la fe. Yo creo que si no hay fe, no puedes... te tienes que agarrar en algo ¿no? P-5001

Que hay algo... P-5005

Bueno, yo creo que las necesidades espirituales, este, para mi persona, es: En primer lugar, tener fe, como dijo ella (Haciendo referencia a 5001). Pero tener una relación con Dios espiritualmente, también. P-5003

Pues yo pienso que es portarte bien, o estar bien, o ser persona bien o... No sé, si voy por ese camino... P-5002

En las dos primeras citas, hicieron referencia al propio sistema de creencias, como algo más íntimo. Sin embargo, en las dos últimas citas, no solo que hay algo o alguien en quién creer, sino que uno debe estar bien consigo mismo y seguir su camino. Es decir: tener una conducta moralmente correcta, de modo que, el ser supremo –en este caso Dios–, tenga con ellos una buena relación. Por tanto, de alguna manera, deja entrever que, si uno hace el bien, Dios estará bien con ellos.

Todos los informantes relacionaron la fe y las creencias con lo espiritual y, mientras hablaban, se miraban unos a otros y miraban a los investigadores. Respuestas que también ofrecieron otros informantes procedentes de las entrevistas en profundidad, grupo focal de profesionales e ICO-Badalona.

Por otra parte, un participante, admitió que las personas solían recurrir a lo espiritual en el momento en el que les apareció la enfermedad o una desgracia. Algo que también apareció en la narrativa de otros informantes procedentes de las entrevistas y grupo focal de profesionales.

Yo pienso... a ver, lo espiritual.. Lo espiritual, normalmente te acuerdas cuando te pasa una desgracia grande. [...] Yo he tenido una desgracia grande y, en esos momentos, pues he pensado que por qué me ha tocado a mí. Y esto, lo otro.. y entonces te haces preguntas. Sin embargo, cuando te pasa una cosa pequeña, -no sé-, como cuando me operaron del apéndice (sonríe), pues esos pensamientos no te vienen a la cabeza. P-5004

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Esta cita deja entrever que cuando uno padece una enfermedad importante que pueda poner en peligro su vida, recurre a su sistema de creencias. Utilizando los términos “desgracia grande” el significado no solo abarca una enfermedad importante, sino también un accidente o algo que pueda ocasionar una terminalidad o muerte. Además, esta afirmación hace referencia al cuestionamiento interno que ya mencionaron los anteriores participantes en relación a la situación de enfermedad o ingreso hospitalario y su repercusión en la vida cotidiana y en las cuestiones trascendentales del ser humano.

Por tanto, son situaciones extremas, donde la persona recurre a su espiritualidad buscando un sentido y unas respuestas. Porque la aparición de una “desgracia grande”, sobretodo, si se vivencia en primera persona, pone al ser humano en contacto con su propia finitud y vulnerabilidad.

Sin embargo, estos otros informantes aportaron otra visión más amplia, vinculando el ánimo y la fe con las cosas que les sucedieron. Al mismo tiempo, mostraron una actitud positiva ante tales eventos:

Si, Dios ayuda. Porque, cuando dices: “¡Dios mío..!” P-5002

Esta afirmación hace referencia a que las personas recurren a su fe o a Dios ante cualquier necesidad, en busca de algún apoyo o esperanza.

Yo la fe y el ánimo lo ligo siempre con las cosas. Por ejemplo, cuando me hago daño o así. Lo acepto, porque es que ha pasado y,... y pienso que, si no me pasa eso, puede pasarme otra cosa peor. P-5005

A esta declaración, otro participante respondió resaltando su positividad:

Es una persona positiva P-5001

Estas afirmaciones conjuntamente, dejan entrever que no todas las personas aceptan de la misma manera la enfermedad, la vejez o situaciones desagradables. Hay quien las acepta tal cual vienen, y hay quien no. Así, la forma de afrontar la enfermedad, se

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

relaciona con la percepción que ellos tienen sobre lo que es la enfermedad, su propia auto-percepción, y con el grado de aceptación de la misma.

Por lo tanto, a nivel general, y coincidiendo con las aportaciones realizadas por los informantes de la investigación principal, los participantes han relacionado la espiritualidad y necesidades espirituales con el ánimo, con su sistema de creencias, la forma en que experimentan, en relación a éste, las enfermedades o situaciones percibidas como muy malas. Por otra parte, las afirmaciones realizadas de alguna manera, muestran que la persona tiene distintas esferas: física, psicológica, social y espiritual -aunque los pacientes no les den estos nombres-. Además, reconocen que cada persona puede reaccionar de una manera distinta ante la situación de enfermedad, en relación a su individualidad y, en su ámbito relacional, son capaces de evitar preocupar a sus familiares.

3.1.2. Repercusión de la enfermedad sobre la espiritualidad

Se preguntó a los pacientes por la repercusión de la enfermedad sobre la espiritualidad, y estos, generalmente, relacionaron este asunto con su sistema de creencias:

En primer lugar, **la enfermedad repercute sobre la espiritualidad** en el sentido de la propia vivencia de la enfermedad, ya sea a través de una buena relación espiritual con Dios o con seres queridos, se experimenta como algo que le ha tocado vivir. También aparecen cuestionamientos por parte de quien padece la enfermedad y puede aparecer temor a la vejez o la muerte:

Así, inicialmente, aparece la aceptación o resignación. De tal modo que, si está en su destino tener un problema de salud importante, será el todopoderoso quien le ayude a sobrellevarlo o quien le haya enviado esta situación. Así, volviendo a la relación con Dios y a la conducta moral que uno tiene o a la relación kármica de causa efecto, en un momento dado.

MARCO METEOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Yo pienso que sí, y, a más a más, yo creo que la fe, ya lo he dicho antes, mueve montañas. Yo creo que sí, porque si no tienes fe... Y si te pones muy mala, muy mala, siempre tienes la opción de pensar: -"Bueno, que sea lo que Dios quiera". Es como un karma. Cuando me ha llegado la hora me ha llegado, y ya está. P-5001

Pues tienes que llevarlo con serenidad y decir: -"Pues me ha pasado y lo tengo que llevar". No... no angustiarse demasiado, ni angustiarse a los demás, y donde estás, estar agradecido con lo que sea. Y ya está. P-5002

Este testimonio, resalta la resignación, el no querer preocupar a los seres queridos y el agradecer por la situación que uno afronta.

A esta afirmación, otros participantes responden, señalando que se trata de una reacción individual:

Creo que.. Yo creo que eso está más en el carácter de cada uno. P-5004

Si (a la vez). P-5005

Así, se trataría de que la persona lo viva como algo positivo o negativo en función de su ánimo, su manera de ser o su carácter.

No obstante, este participante 5004 va un paso más allá y resalta que la repercusión de la enfermedad sobre la espiritualidad no solo está la vivencia personal de cada uno sino que es algo multifactorial:

A ver, yo pienso que hay personas que están muy mal.. y no quieren que nadie les tenga lástima. Y se... llámalo como quieras, que apechugan .. y.. tal y como va la cosa.. Y hay gente que, no sé, se cortan un dedo (se señala el dedo) y parece que.. :-"Me voy a morir" Entonces... pero yo pienso que... Y también influye mucho es el trato que te den, el sitio en el que estás, también.. P-5004

Además, añade la importancia del trato recibido y el lugar donde uno es atendido. Esto repercute directamente sobre el personal de enfermería, por ser quien más tiempo pasa con ellos, y otros profesionales sanitarios.

MARCO METEOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Y pienso: -“Bueno, un apéndice, va, ya me operan y andando”. Ahora, cuando es una desgracia grande, pues entonces, los que nos hemos criado de echar cólicos, por decirlo de alguna manera. Porque no sé cómo va esto, que no conozco. Entonces siempre piensas: -“¿Por qué me ha tocado a mí?” ¿Por qué esto? ¿Por qué lo otro?” P-5004

Si, eso es lo que me pasó a mi. P-5002

Si.. P-5005

Y entonces es cuando te empiezas a hacer preguntas. P-5004

Por otra parte, los participantes consideraron frecuente que, a partir de una enfermedad, una persona creyera más, y consideran minoritario que hubiera personas que pierdan la fe a causa de una enfermedad. Porque se les preguntó si era posible una pérdida de fe por causa de una enfermedad:

También... P-5003

(A la vez) No todo el mundo... P-5005

O, a lo mejor, cree mucho más (a la vez). P-5004

Yo creo.. es que soy poco creyente, pero yo creo que el que tiene una enfermedad, te tiene que dar más ánimo a querer creer.. P-5005

[...] Si, se podría dar algún caso que alguna persona que creyera mucho le pasara, pero yo creo que a una minoría muy pequeña. P-5004

Además, ante la pregunta de si culpabilizarían a Dios por haberle mandado una enfermedad dijeron que no, algunos gesticulaban con la cabeza:

Yo no, no... P-5001

No. P-5005

Finalmente, el ser humano teme la enfermedad, el sufrimiento, la vejez la pérdida de las capacidades y la muerte, como señala esta otra participante:

¿Sabes a lo que le tengo pánico, perdona? A lo que tengo pánico es a la vejez, que no la puedo ver. Y ya estoy en ella. Eso que yo me hago las mil y una cosas, que yo no quiero dar trabajo a mi hijo, yo no quiero ir a una residencia donde yo no sepa ya lo que me he puesto [...]. P-5002

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En la anterior cita, la informante, una mujer de 81 años, va un paso más allá y expresa que no quiere ser una carga para su hijo ni quiere estar institucionalizada. Expresa que se cuida para evitar enfermar y envejecer para no darle trabajo a su hijo.

3.1.3. Repercusión de la espiritualidad sobre la enfermedad

Se preguntó a los pacientes cómo creían que repercutía la espiritualidad sobre la enfermedad. A nivel general, consideraron que la **espiritualidad repercute sobre la enfermedad** en el sentido de que la persona puede utilizar como apoyo su sistema de creencias, ya sea en busca de una esperanza o en busca de una fuente de ayuda para afrontar sobrellevar la enfermedad. Por tanto, la espiritualidad repercute en el afrontamiento de la enfermedad:

Porque, bueno, hay personas que no son espirituales, y esas personas, cuando cuando no e... es como una fe también, cuando la persona... P- 5003

(Interrumpe) Y si eres creyente, aun más... ¿No? P-5005

No se han de dejar morir. Y, mientras que si el espiritual le da más fuerza a uno de... de creer en eso y .. por la misma fe. P-5003

Por otra parte, hay personas cristianas cuya fe les puede abrir una esperanza o ayudarles a aceptar lo que les venga:

Te hace más fuerte... P-5005

Yo estuve ingresada, hace muy poquito, porque me han operado del pecho, del cáncer, hace un año y, bueno. A mí me dijeron. Y estaba mi hijo al lado, y yo le dije a mi hijo: -'Lo que sea, Dios nos ayudará'. P-5002

En la anterior cita, la informante espera la ayuda de Dios para sobrellevar la enfermedad padecida.

Esta cita, hace referencia al poder que se le otorga a un objeto religioso. En este caso, una estampa de la Virgen de Lourdes:

Mira si pensaba, que nos mandaron a Lourdes a traer una estampa. Y le dijimos: -"No podemos, Milagros, porque mira que no podemos, que es muy largo... ". "Tenéis que traérmela, porque en

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

cuanto que vengáis, yo ya estoy fuera del hospital". No era... no tenía ninguna demencia ni estaba de nada... estaba cuerda, cuerda. P-5002

Estas afirmaciones corroboran lo afirmado por los informantes de la investigación principal, que relacionaron la búsqueda de apoyo en el sistema de creencias durante la enfermedad o ante situaciones muy adversas de las personas, abriendo una esperanza hacia el afrontamiento. Por otra parte, y, en referencia a la individualidad en las reacciones ante estas adversidades, la citas expuestas corroboran lo anteriormente afirmado por otros participantes, tales como 6002 o 1001, que hablaron sobre el ánimo positivo o negativo que podía tener una persona ante una situación de enfermedad, en relación al afrontamiento y a la amenaza sobre su integridad percibida.

3.1.4. Recursos que ofrece el centro para la atención espiritual

El centro ofrece como recursos para la atención espiritual religiosa los servicios religiosos y para la atención espiritual no religiosa, considerada parte de la atención integral del paciente, por el personal cuidador. Así, esta categoría de análisis define los recursos ofrecidos para resolver la demanda de atención espiritual y tiene la finalidad de mostrar la diferencia entre la atención espiritual religiosa y no religiosa que hay realmente en el centro y la que han percibido los participantes.

En primer lugar, los pacientes reconocen al EE como responsable de los cuidados espirituales, sobre todo quienes más tiempo pasan con ellos, pero al preguntarles por los servicios que ofrece el centro lo asocian a los servicios religiosos.

Sí, si de servicios que están te puedo decir que hay un cura y hay una iglesia. P-5001

Por tanto, y, como ya manifestaran los informantes anteriormente, se espera un trato de cordial, de ánimo, tolerancia y mimo por parte del personal de enfermería. Con lo cual, aunque no lo hayan identificado como tal, esperan recibir cuidados espirituales por parte del EE. Este tipo de atenciones y cuidados que salen de uno, toma especial importancia para la persona enferma.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En segundo lugar, la mayoría de participantes sabe que hay servicio religioso católico y capilla. Cabe señalar que antiguamente no se anunciaba el servicio como se hace hoy en día, a través de unos carteles informativos en las salitas de espera. Los pacientes lo solicitaban a las enfermeras y éstas llamaban a la capilla o ponían un buscaperonas para localizar al capellán, pero hoy en día, los usuarios pueden llamar directamente a un número de teléfono móvil –ya que están anunciados los números de teléfono de los tres sacerdotes del centro en los carteles informativos de las salitas– y, en caso de que el cura no esté disponible, hay un contestador para dejarle un mensaje.

Finalmente, hay pacientes creyentes, pero a quienes no les gusta la figura del sacerdote:

Mi padre es que a los curas no los podía ni ver. Pero decía:-“ No hay mejor católico que la persona que no le gusta... No hagas tú lo que no te gusta que te hagan”. P-5004

Ya ves, yo... es que en los curas tampoco no tengo mucha fe... P-5001

3.1.5. Visión sobre la atención espiritual ofrecida por enfermería

Esta categoría de análisis define la visión que tienen los pacientes sobre la atención espiritual ofrecida por enfermería. Los pacientes esperan que enfermería tenga unas atenciones con ellos que van más allá del cuidado prescrito, es decir, sentir que tienen su apoyo y comprensión durante el trance que supone estar enfermo e ingresado en un hospital. Además consideraron necesario cierto grado de confianza.

Las siguientes citas dan muestra de la asociación entre enfermera y cuidado o dedicación y de que el paciente espera un trato empático por parte de enfermería. Además, también que se espera un apoyo por parte de enfermería:

Yo, cuando tuve el accidente, bueno, pues, quieras o no, los primeros días tenía un poco de mal carácter, y, entonces... Pero, las enfermeras, eran conscientes de lo que me había pasado, porque sabía toda la planta lo que me había pasado. Y, entonces, pues, como lo sabían, pues más o menos, um... te tratan de... te toleran más. P-5004

El apoyo de enfermería es lo principal. P-5002

Si. El cómo te acojan. P-5005

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En esta línea, el paciente espera un trato humanitario y altruista para con su situación de enfermedad, como expresaron los integrantes del grupo focal de participantes de este estudio, que consideraron que el personal de enfermería realizaba su labor vocacionalmente. Además, este hecho repercute positivamente en el trato del profesional para con el paciente.

Además, la recepción de un cuidado tolerante, especial o de mimo, definido anteriormente como *cuidados que salen de uno* que además, pasan inadvertidos para la institución, son muy bien recibidos por los pacientes y, cuando los recuerdan y explican, aparece en sus ojos un brillo especial y una sonrisa en sus labios. Porque estos cuidados son muy importantes y reconfortantes para ellos.

Por otra parte, la vocacionalidad, no fue una categoría de análisis para los grupos de profesionales y pacientes, sin embargo, los pacientes consideran que enfermería es una profesión que le tiene que gustar a quien la realiza y que requiere ciertas habilidades y actitudes profesionales, relacionada con el trato a enfermos.

Pienso que, el que se mete a enfermera, no es como otros oficios que dices: "Me meto aquí y ya..." Como lo de minero, y tal... P-5004

Si (A la vez) P-5005

No, esto tendría que ser por vocación. Que la persona que está cara al público, y más a más gente enferma y todo. P-5004

Yo creo que las que entran aquí, también entran por vocación. Porque, si no. Es que es un trabajo muy fuerte... [...] son muchos estudios esto que hacen. P-5001

Estas citas muestran además que, como profesión, enfermería requiere unas actitudes, habilidades y una formación adecuada. Por lo tanto, como en los resultados de las entrevistas, a uno le tiene que gustar, pero, a la misma vez, tiene que tener unas actitudes y habilidades profesionales. Pese a ello, aparece una coincidencia con la participante 1001, en relación a la presencia de profesionales de enfermería que escogen la profesión por la salida laboral que tiene:

La mayoría sí, pero yo creo que se miran el mercado laboral y dicen: "Mira, esto está bien". También existe eso. P-5004

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Los pacientes, sobre todo a partir de ciertas edades, no distinguen mucho entre enfermeras y auxiliares de enfermería, saben que ellas les cuidan y es lo que esperan de ellas, pero, en la mayoría de los casos, generalizan y les dicen enfermeras a ambas categorías profesionales. Además ellos saben que pueden contar con ambos profesionales y que si, por ejemplo, tienen más afinidad con el auxiliar enfermería, éste puede alertar al enfermero sobre las necesidades de cuidado del paciente, en el caso de que éste no pueda resolverlos o no sea su cometido. En relación a esto, los participantes del grupo focal de pacientes han generalizado sobre enfermería sin diferenciarlas ni especificar si hablaban de una categoría u otra. También han generalizado con el trato recibido, en general, incluyendo a los médicos.

Paralelamente, también ha salido el tema del respeto por parte de los pacientes a los profesionales de la salud, sin ser una pregunta realizada, como también fuera mencionado por los participantes de la investigación principal:

[...] Pero, de todos modos, al médico se le tenía un respeto. Y hoy en día los tratan a patadas: -"Oye... ahh..." Yo, mi chaval mismo, mi chaval... fui el otro día a acompañarlo y mi chaval le dijo al médico: -"Oye, tú". Y le dije yo: "¿Qué es eso de 'oye tú'?! "¿Qué te he dicho yo a ti? Que a un médico no hay que hablarle de tú". Hombre, eso está ridículo... P-5004

Pero, el respeto creo yo que... Vamos, tiene que estar por encima del... Vamos un "Don..." P-5002

Ambos participantes hacen referencia a la pérdida de consideración que se tiene hoy en día hacia ciertos profesionales tales como médicos, enfermeros, policías, o curas, considerados antiguamente como profesionales a los que se les daba un trato de "Don" –en el caso específico de los médicos "Doctor"–, y de usted.

Finalmente, aparece como necesario un cierto grado de confianza en la relación terapéutica, como ya apareciera en la investigación principal:

Bueno, si te pones en manos de alguien y no tienes confianza en él... [...] Que le tienes que explicar algo que no se lo explicas a nadie.. P-5004

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En conclusión, el paciente espera ser tenido en consideración por enfermería y un trato especial, de tolerancia, comprensión y confianza. Es decir, espera recibir esos *cuidados que salen de uno* donde se encuentran ubicados los cuidados espirituales.

3.1.6. Priorización de las necesidades espirituales (NE)

Esta categoría de análisis señala la necesidad espiritual prioritaria para los informantes. Ante la petición de que colocaran un número de orden en la hoja de preguntas que se correspondía con la necesidad espiritual más importante y valoraran en qué orden las clasificasen, todos ellos tenían claro cuál sería la primera, pero mostraban inseguridad sobre cuales pondrían a continuación. Todos los participantes del grupo focal de pacientes consideraron como prioritaria la necesidad de ser reconocido como persona. Por lo tanto, consideraron prioritario el trato recibido y la forma de cuidar que tienen los profesionales del equipo de enfermería, coincidiendo con la mayoría de profesionales que participaron. A excepción de un informante procedente del EE de ICO, que priorizó en la necesidad de esperanza.

- Reflexión conclusiva sobre los resultados del grupo focal de pacientes

Las personas atendidas en las unidades de hospitalización relacionan la espiritualidad y necesidades espirituales con las creencias y la fe y el ánimo, en el sentido de seguir unos códigos de conducta moral. Cuando aparece una enfermedad vivenciada como grave por parte de quien la padece afloran las necesidades espirituales y el replanteamiento interior de la persona afectada, que repercute en su estado de ánimo y en su sistema de creencias, en relación a su ámbito relacional, su vida cotidiana y el sentido de ésta y sus responsabilidades. Por lo tanto, la persona cuidada se autopercibe como ser holístico, aunque no le de este nombre.

Los pacientes esperan un trato agradable, comprensivo, tolerante y de confianza, por parte de los profesionales del EE y reconocen al personal sanitario como responsable de los cuidados espirituales, sobre todo a quienes más tiempo pasa con ellos. Por lo tanto, quieren unos cuidados eficientes y de calidad, que les aporten una seguridad y

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

un bienestar. Por tanto, *los cuidados que salen de uno* son los que el paciente desea recibir, a pesar de poder requerir otros cuidados más técnicos. Este trato más cercano, facilita el establecimiento d una relación terapéutica de confianza y la apertura mutua entre profesional y paciente.

Hay pacientes que se manifiestan creyentes, pero a quienes no les gusta la figura del sacerdote. En ocasiones, dieron más importancia a un objeto religioso en sí –como, por ejemplo, una estampita– que a recibir un sacramento. También aceptaron con fe lo que Dios tuviera para ellos, aunque algunos reconocieron la presencia de la pregunta: “¿Por qué a mí?”.

- Ideas clave sobre los resultados del grupo focal de pacientes
- I. La espiritualidad aflora durante el proceso de enfermedad, pudiendo repercutir directamente sobre el sistema de creencias de una persona, tras autocuestionarse sobre sí mismo.
- II. La persona cuidada espera un trato humanitario eficaz y de confianza por parte del equipo de enfermería.
- III. Los pacientes consideraron prioritaria la necesidad de ser reconocido como persona.
- IV. A menudo, los pacientes aceptan con resignación una enfermedad o accidente grave “porque Dios lo ha querido así” y asumen que su fe les ayudará en el afrontamiento de la misma. Sin embargo, también se plantean por qué les ha tocado vivir esa situación.
- V. No es correcto solicitar un servicio religioso sin el consentimiento del paciente.
- VI. Aspectos en los que coinciden profesionales y pacientes:
 - Establecimiento de una relación terapéutica de **confianza**.
 - Efectividad de un trato de “**mimo**”.
 - Presencia de “objetos religiosos” como representativos del apoyo en el sistema de creencias para el afrontamiento de la enfermedad.

3.2. Entrevista a un sacerdote del centro:

La finalidad de la entrevista al capellán se centró en conocer: los servicios religiosos del centro, la atención que él ofrece, qué visión tiene sobre la espiritualidad de la persona, y cómo ve la atención espiritual ofrecida por enfermería.

3.2.1. Servicios religiosos ofrecidos en el centro

El HUGTiP ofrece servicios religiosos católicos. La categoría de recursos religiosos ofrecidos para resolver la demanda de atención espiritual tiene la finalidad de mostrar la atención espiritual religiosa que hay realmente en el centro, narrada por uno de los sacerdotes.

Hay una capilla ubicada en la primera planta del hospital, pero, además, los sacerdotes ofrecen sacramentos en la habitación a los pacientes que lo soliciten: unción, eucaristía, y confesión.

Se oficia una **misa** todos los días a las 9 de la mañana. Sin embargo, este no es un horario fácil para que el paciente pueda bajar a disfrutar de este servicio porque coincide con el horario de pase de visita de algunos médicos, con el reparto del desayuno y la administración de algunas medicaciones. Sería interesante establecer un horario de misa que facilitara el acceso a los pacientes que pudieran salir de las unidades hospitalarias, como, por ejemplo, las 11 de la mañana y las 16 de la tarde, ya que no coinciden con horarios de ingestas ni administración de medicaciones.

El servicio de **unción** es conocido popularmente como extremaunción, y no es necesario que la persona esté en su lecho de muerte para recibirlo. Cualquier cristiano que desee recibirlo durante su proceso de enfermedad puede hacerlo. Lo ideal es que el paciente pueda disfrutar de este servicio.

Normalmente nos llaman para la unción [...] Y, ahora, incluso hay parroquias que una vez al año o dos veces al año hacen la unción de los enfermos a las personas mayores o que se considera que están un poco enfermas. P-6001

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Tanto el sacerdote como alguno de los participantes señalan la asociación estigmática muerte-sacerdote y piensan que es un motivo por el que este servicio no se solicita, porque la gente tiene miedo.

Ahora es... a la gente les da miedo. Y, si no te acercas... Eso está comprobado. Está comprobado; si te acercas, bueno pues se deshacen. Se deshacen. Se deshacen todos los mensajes que se han hecho, le han hecho a... en los medios de comunicación. P-6001

Además el sacerdote añade que esto se debe a una mala campaña que se hace de la Iglesia en los medios de comunicación.

Los servicios de **confesión** y **eucaristía** no son nombrados por los informantes ni muy solicitados por los usuarios.

Uno es la confesión, que no es necesario estar en peligro de muerte, sino que es un sacramento, pues, para recibirlo con frecuencia, y comenzar de nuevo, volver a empezar. P-6001

La sagrada eucaristía pues que hay muchos, hay muchos enfermos que lo reciben, y cuando están aquí lo reciben diariamente, cosa que no hacen después, en sus casas. P-6001

Sin embargo, en estas diferencias establecidas entre lo explicado por el sacerdote y el resto de informantes, destaca que, aunque los participantes saben que hay atención religiosa en el centro, no conocen exactamente los servicios que se ofrecen. Por lo tanto, no pueden informar a los pacientes con una precisión adecuada al respecto. Por ejemplo, mencionan la extremaunción, la misa y el capellán. Pero no mencionan la eucaristía.

Además, aunque está anunciada la atención espiritual en las diferentes unidades hospitalarias y hay un teléfono para llamar. Pese a ello, las personas que se encuentran encamadas no saben que tienen ese servicio o no tienen un acceso directo, a no ser que alguien les informe al respecto.

Finalmente, hay un voluntario que colabora en la capilla y dos voluntarias que pasean por las unidades y ofrecen libros de lectura a los pacientes.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Hay unas señoras, que se llaman voluntarias [...] Pero vienen dos o tres días, entonces hablan con los enfermos, les dejan libros. P-6001

Por lo tanto, en el centro hospitalario se ofrecen servicios religiosos de misa y sacramentos; servicios de enlace con otros sistemas de creencias; y préstamo de libros por parte de voluntarias que acuden a las unidades de hospitalización.

3.2.2. Recepción de la demanda de atención espiritual religiosa

Esta categoría de análisis describe cómo recibe el sacerdote la demanda de atención espiritual religiosa.

En primer lugar, el sacerdote explica que suele recibir las demandas de forma directa por parte de pacientes o familiares, a través del teléfono:

Sí, algunas veces, viene a través de que nos llaman, por el teléfono. Nos llaman por el teléfono móvil, a la central esta, y entonces, los vamos distribuyendo. P-6001

En segundo lugar, él se pasea por las diferentes unidades de hospitalización para ver si alguien requiere algún servicio o quiere conversar con él.

A ver, a las habitaciones no podemos entrar eh, sin permiso, sin permiso. Es así la norma. Aunque, a veces, ves alguien que te está mirando con la cara que te está mirando, pues entras ahí y le dices cualquier tontería y... P-6001

Con esto quiere decir que, cuando se pasea por las unidades, saluda a los pacientes y les da conversación, y, como no puede entrar en las habitaciones, se asoma y saluda, y, si le invitan a entrar, y entabla una conversación con las personas que están dentro.

La habitación de la persona ingresada constituye un entorno privado, nadie puede entrar sin permiso. Es por ello que, tanto voluntarios como sacerdotes, acuden primero al personal de enfermería para que intervengan y pregunten si desean recibir estos servicios.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En tercer lugar, hay ocasiones en que enfermería recibe una demanda de atención espiritual por parte de los pacientes o familiares y contacta telefónicamente con el sacerdote. Hoy en día, hay carteles colgados en la salitas y controles de enfermería, por tanto, esta situación es menos frecuente. Así, usuarios y familiares tienen acceso directo y no necesitan que enfermería intermedie. Esto hace que, como ya mencionaron los informantes de enfermería, se reciban menos demandas de atención espiritual religiosa.

Finalmente, cabe destacar que, mayoritariamente, el servicio religioso reclamado es la extremaunción. Este hecho favorece la asociación estigmática muerte-cura y sus consecuencias, como en el caso de contactar con el sacerdote en el lecho de muerte del paciente. Sin embargo, algunos pacientes a quienes les gusta la lectura leen los libros ofrecidos por las voluntarias. Ellas ofrecen novelas pertenecientes a la biblioteca del centro, no son de contenido religioso, pero en este servicio no suele intervenir el EE.

3.2.3. Atención espiritual religiosa ofrecida por el sacerdote

Esta categoría describe cómo ofrece el sacerdote sus servicios religiosos. Como se ha explicado anteriormente, el sacerdote oficia la misa y ofrece sacramentos, y, si alguna persona de otra creencia necesita atención religiosa, lo deriva telefónicamente con alguna otra persona más adecuada. Por ejemplo, si la persona es musulmana, le pone en contacto con un imán; si es evangelista, con un pastor; y, si es judía, con un rabino.

Además, el sacerdote de un modo empático, compara el sufrimiento del paciente con el sufrimiento del cuerpo de Cristo:

La Iglesia es el cuerpo místico de Cristo. Y en esto estamos todos, en esto no somos seres... y, entonces, un enfermo que está sufriendo la cruz, es que se está ayudando todo el cuerpo, a veces ¿Eh? No es un ser que está allí sufriendo. No. Es que es todo el cuerpo de la Iglesia.

P-6001

Con ello confirma la religiosidad y la fe como ayuda durante la enfermedad.

MARCO METEOROLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

En este sentido, cuando se solicita la unción para una persona en su lecho de muerte, si el paciente está en situación de últimas horas, recibe la atención religiosa, pero no la atención espiritual, porque no está consciente. Esta costumbre hace que sea frecuente la estigmatización y asociación muerte-cura, y, lo que sucede en realidad es que se establece un bucle negativo en donde no se llama al cura en conciencia del paciente para no asustarlo o para protegerlo y éste no percibe la atención de forma adecuada por su deterioro físico, según señala el sacerdote:

La gente, eso lo tienen como si vieran la muerte. Buf, hombre, es que, ¿sabes qué pasa? Que hay muchas veces que lo están esperando que ya no tenga conciencia para darle la unción.
P-6001

Cuando explicaba esta situación, el sacerdote tenía una expresión seria y triste. Pero, además, esto lleva a la reflexión sobre si, realmente, el paciente hubiera querido recibir esta atención por parte del sacerdote o si fueron los familiares quienes la reclamaron sin que el paciente tuviera conciencia de ello. Ya que estas situaciones se han producido alguna vez en el lecho de muerte de alguna persona que se ha manifestado creyente pero que no le gustaban los curas, como también apareció en los grupos focales de pacientes y profesionales. Por lo tanto, si se diera el caso de que una persona no quiere recibir la unción por parte de un sacerdote y la familia solicita este servicio, como ya manifestara el informante 4005 en el grupo focal de profesionales, sería una actuación incorrecta. Así, en un momento dado, el personal de enfermería, como intermediario, se puede encontrar ante este tipo de situaciones donde un familiar le pide que le ponga en contacto con un sacerdote para dar la extremaunción a un paciente que previamente ha verbalizado que no le gustan los curas o que no es creyente.

Sin embargo, el sacerdote, además de obrar en los servicios religiosos, durante los mismos, realiza otras funciones asistenciales como la escucha y la compañía -del mismo modo que haría un profesional de enfermería o un psicólogo-. De tal modo que aporta un bienestar interior a los pacientes durante la atención.

Ah, no, no, no... La escucha claro, es que es muy importante y la compañía. P-6001

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Así, como ya señalaron otros participantes, se requieren conocimientos, actitudes y habilidades para realizar atención espiritual –en relación al servicio religioso en sí, la escucha activa, el acompañamiento y la empatía-. Por tanto, el sacerdote, el psicólogo y el personal de enfermería están capacitados para ello, durante sus actividades asistenciales.

Es que todo esto está... está condimentado con el amor. Es que, si no hay amor, si no piensas en el otro, si no te metes dentro del otro, si no sientes sus sufrimientos... difícilmente podrás hacer nada. P-6001

Por tanto, la atención ofrecida por el sacerdote es empática, cercana, respetuosa y discreta. Mayoritariamente, hace funciones de mediador: tanto como pontífice con Dios, como de intermediario para otras culturas o sistemas de creencias. Además, a él le apasiona su labor y desearía recibir más solicitudes de atención religiosa, según sus aportaciones.

3.2.4. Visión sobre la atención espiritual ofrecida por enfermería

Esta categoría define la visión que tiene el sacerdote sobre la atención espiritual que ofrece el personal de enfermería a los pacientes.

El sacerdote considera que enfermería tiene un papel importante en la atención espiritual de los pacientes, pero que, a veces, unas enfermeras están condicionadas por otras. Por otra parte, afirma que constituye una actitud por parte del profesional.

Estáis un poco condicionadas, las enfermeras, por las otras. [...]Pero la enfermera puede hacer todo. Yo me he encontrado con alguna enfermera aquí, eh que, en plan dispuesta a ayudarme y me ha ayudado pues... Bueno, aquí normalmente es, vamos, tampoco se cierran ¿Eh? P-6001

Además ve mucha humanización en la labor asistencial de enfermería.

Yo lo veo excelente, por la humanidad que ponéis. Eso ayuda mucho. Eso... sólo la cosa de decir el nombre, que lo hacéis siempre, esto ya anima a la otra persona. P-6001

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

El sacerdote no siempre conoce el nombre de las personas a quienes atiende, son muchas las ocasiones en las que tiene que preguntar el nombre a las personas.

Finalmente, no disfruta de la continuidad de trato en el tiempo que tiene un profesional de enfermería asistencial con un paciente ingresado, y este hecho no favorece una relación de confianza entre él y los pacientes y familiares, porque mayoritariamente los ve una sola vez. Sin embargo, se transmite la información con sus compañeros, los otros sacerdotes.

Aunque nos lo contamos todo... yo sé los que mi compañero vio ayer. P-6001

- Reflexión conclusiva sobre la entrevista a un sacerdote

Los profesionales del EE no conocen adecuadamente los servicios religiosos que ofrece el centro y, por lo tanto, no pueden asesorar correctamente a los pacientes sobre éstos.

Antiguamente, el personal de enfermería hacía de enlace entre la persona y los servicios religiosos. Hoy en día, hay unos carteles informativos y unos teléfonos a los que se puede llamar directamente, por tanto, enfermería no interfiere. En mi opinión, los sacerdotes del centro podrían preguntar a los EE si hay algún paciente que pueda requerir atención religiosa, porque, en muchas ocasiones, enfermería puede ser conocedora de estos aspectos. También sería bueno ofrecer conjuntamente con los derechos del paciente y los folletos que se entregan al paciente durante su ingreso en hospitalización, un folleto con los servicios religiosos del centro, incluyendo la derivación a otras culturas.

El sacerdote se muestra triste ante la solicitud de la unción cuando el paciente está en periodo de últimos días o ha fallecido, ya que lo ideal es que pueda disfrutar de estos servicios en vida. Este hecho produce que se establezca una relación estigmática entre muerte y cura.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

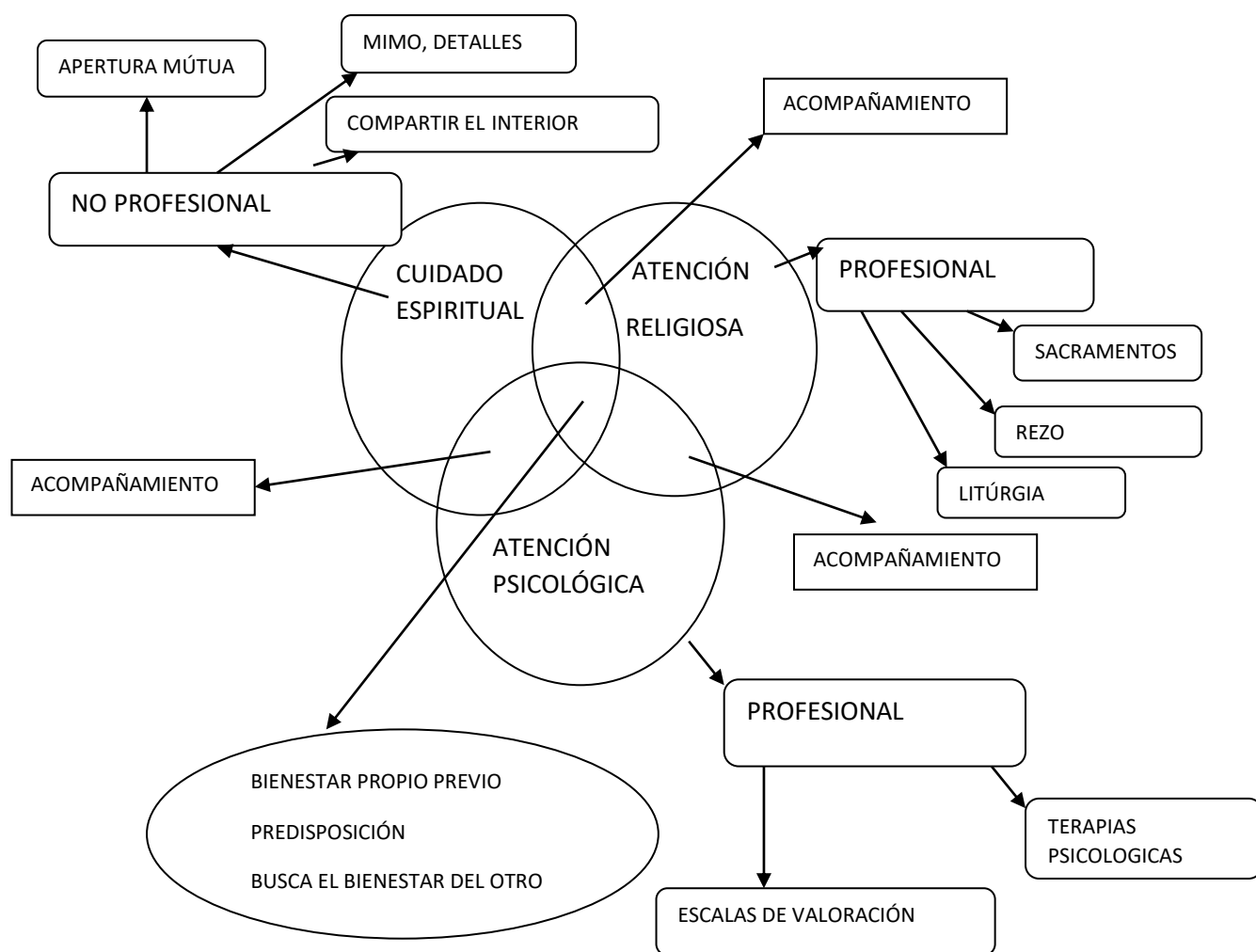
- Ideas clave sobre la entrevista al sacerdote
 - I. El sacerdote pasa por las habitaciones y saluda a los pacientes en busca del ofrecimiento de sus servicios.
 - II. Las demandas de atención religiosa han disminuido en los últimos años y el horario de la santa misa no es el más adecuado.
 - III. Algunos usuarios y profesionales no conocen bien los servicios religiosos ofrecidos en el centro, por tanto, no pueden asesorarlos adecuadamente.
 - IV. A menudo se solicita la unción en el lecho de muerte del paciente.

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

A continuación, mostramos un gráfico con la convergencia entre cuidados y atención espiritual, religiosa y psicológica, para que se puedan observar diferencias y convergencias (Ver figura 3):

Figura 3: Convergencia entre cuidados/ atención espiritual, psicológica y religiosa:



Fuente: Elaboración propia.

MARCO METOLÓGICO

CAPÍTULO 5: RESULTADOS Y DISCUSIONES

Esta figura, (Figura 3) muestra que no hay un límite claramente establecido entre lo que es atención espiritual enfermera, psicológica y religiosa. Hay unos espacios donde coinciden los tres, que es el bienestar interior previo de la persona que brinda esta atención o cuidados y la capacidad de escucha activa y asertividad. Después, hay otros aspectos que se diferencian más entre ellos:

- La atención religiosa profesional se relaciona con la necesidad de rezo, la recepción de los sacramentos y el seguimiento de la liturgia.
- La atención puramente psicológica profesional se relaciona con la valoración del estado emocional de la persona antes y durante la enfermedad, la valoración del estado psicológico a través de escalas y aplicación de terapias psicológicas individuales o grupales.
- El cuidado puramente espiritual es un cuidado que sale de uno, es subjetivo, individual, no es profesional. Durante el mismo, el cuidador desde la caridad y el amor busca un bienestar interior para el paciente que va más allá de lo estrictamente psicológico o religioso y no es un cuidado promovido ni reconocido por las instituciones sanitarias. Es un cuidado en el que los profesionales del equipo de enfermería tienen mucha responsabilidad y requieren una preparación previa.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

***“Amor significa colocar
la propia felicidad en la
felicidad de los otros”.***

Pierre Teilhard de Chardin.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. CONCLUSIONES

El interés principal de esta investigación se ha centrado principalmente en explorar la vivencia de la atención espiritual del equipo de enfermería. Así, el estudio realizado ha permitido la consecución una serie de objetivos correspondientes a las preguntas iniciales de investigación. A continuación, valoraremos su consecución:

- Este estudio ha podido constatar que los **cuidados espirituales han sido vivenciados** como parte de la atención integral del paciente en el ámbito hospitalario y que para ser ofrecidos de manera eficaz se requieren una serie de competencias y habilidades. Éstas han sido poco exploradas en nuestro entorno.
- Los profesionales de enfermería no supieron ofrecer con seguridad una definición sobre espiritualidad, pero la relacionaron con el ánimo, las creencias, el interior, la psique y el auto-cuestionamiento. Además, tanto si los profesionales se han sentido preparados, como si no para ofrecer cuidados espirituales en un ámbito hospitalario, han tratado de que los pacientes sean debidamente atendidos.
- En este escenario, según la narrativa de los informantes, **la persona cuidada** es alguien que se encuentra bajo una situación de vulnerabilidad –por su situación de enfermedad o ingreso hospitalario y por estar fuera de su entorno–. Este aspecto se relaciona con el existencialismo del individuo, por lo que se hace más necesaria la atención espiritual. Por lo tanto la naturaleza de los cuidados espirituales radica en aquellas situaciones en que el paciente se encuentra ante una situación de vulnerabilidad que se deriva de la vivencia de su enfermedad o ingreso hospitalario, donde necesita ser escuchado, conversar, recibir ánimo y acompañamiento. Y, en los casos en que su cuestionamiento se relacione con su sistema de creencias, puede requerir atención espiritual religiosa. En ambos sentidos, un buen soporte espiritual facilita el afrontamiento de la enfermedad y la resistencia ante las situaciones adversas que de ella se derivan.

- A nivel general, **el cuidado se proclama como sello identificativo de la profesión enfermera**, y hay una clara diferenciación entre dos tipos de cuidados establecida por los informantes –coincidente con la diferenciación que estableciera Parse (1989) paradigma mecanicista y paradigma de la totalidad–, que fueron definidos como **cuidados prescritos u obligatorios y cuidados del ánimo o que salen de uno** o detalles/ mimo, respectivamente. Precisamente, éstos últimos, que son una serie de cuidados “invisibles” o “no reconocidos” por la institución, y que pasan inadvertidos por causa de la falta de registro de los mismos. No obstante, son los más agradecidos por las personas que los reciben en las unidades de hospitalización, quienes los valoran de forma muy positiva.
- El EE y los pacientes reconocen que el ejercicio de enfermería, por su parte, es vocacional y para su realización se requieren una serie de actitudes; conocimientos y habilidades; y responsabilidad. Por lo tanto, los profesionales esperan de sí mismos ofrecer unos cuidados de calidad, considerando a la persona en su integralidad, y los receptores de esta atención desean recibir un cuidado que no se limita a una prescripción, sino que aporta, además un trato de confianza, tolerancia y un bienestar.
- Las demandas de cuidado espiritual fueron directas cuando las personas atendidas desearon recibir servicios religiosos. Sin embargo ningún paciente había solicitado de forma directa un cuidado espiritual ni refería de forma rotunda que tenía una necesidad espiritual que cubrir. Por tanto debían ser identificadas por los profesionales, quienes debían saber detectarlas.
- El personal enfermero, ante tales requerimientos podía auto-percibirse preparado pese a no estar formado si tenía experiencia profesional previa, pero reconocía que la institución no promovía este tipo de conocimientos relacionados con la espiritualidad de la persona. Sin embargo, los profesionales de ICO explicaban que había sesiones de terapias alternativas y cursos de autoayuda para profesionales y pacientes. En cualquier caso, los cuidados espirituales eficientes resultaron gratificantes para enfermería.

- Después, el **afrontamiento de cuidados espirituales** por parte de los profesionales se vino realizando con actitud de apertura en la mayoría de casos. Sin embargo, algunos informantes, sobre todo los profesionales de ICO, tomaron una actitud de barrera que les permitió auto protegerse y no llevarse una carga emocional. Por lo tanto, **el cuidado espiritual es un cuidado informal**, que sale de uno y con el que los profesionales se identifican porque va más allá de la realización de un cuidado prescrito o la administración de un tratamiento, que considera a la persona en su totalidad e individualidad, que resulta gratificante para el profesional porque aporta un bienestar a la persona cuidada y ésta a su vez espera recibir este tipo de cuidados porque le hacen sentir tenido en consideración por el personal enfermero y desean tener un trato tolerante y de confianza. Además, para brindar este cuidado de forma eficaz, el profesional enfermero no solamente debe sentirse preparado a nivel formativo y de capacidades, sino que debe tener previamente elaborada su propia espiritualidad.
- Finalmente, hubo una serie de coincidencias entre profesionales y pacientes, en relación al cuidado espiritual: El establecimiento de una relación terapéutica de confianza; la efectividad de un trato de “mimo”; y la presencia de “objetos religiosos” como representativos del apoyo en el sistema de creencias para el afrontamiento de la enfermedad.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

CAPÍTULO 7

APORTACIONES Y LIMITACIONES

***“Lo importante no es lo que nos hace
el destino, sino lo que nosotros
hacemos de él”.***

Florence Nightingale

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. APORTACIONES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

1.1. Aportaciones

Este estudio muestra una falta de exploración sobre las competencias y el cuerpo de conocimientos necesario para ofrecer unos cuidados espirituales de calidad en un entorno de hospitalización general. A pesar de que se han realizado estudios de este tipo en otros países y, a nivel nacional, en entornos de cuidados paliativos.

Además, saca a la luz destacables diferencias y similitudes establecidas entre atención espiritual enfermera, psicológica y religiosa (Ver figura 3).

Finalmente, expone un tipo de cuidados informales no prescritos, ofrecidos de forma altruista por los profesionales del equipo de enfermería, muy importantes para los pacientes, pero invisibles para las instituciones: los cuidados espirituales.

1.2. Limitaciones de este estudio

En la elaboración de este estudio exploratorio, intervinieron exclusivamente los participantes que accedieron a colaborar y la investigadora. Aunque, se contó con un segundo investigador que colaboró durante las grabaciones de los grupos focales

El estudio se realizó con informantes del EE de distintas unidades hospitalarias de hospitalización general, al que se aportaron las vivencias de los profesionales del EE de ICO y los de otras áreas diferentes a la de hospitalización general. Además, se contó con un grupo focal de pacientes adultos que, aunque presentaban cronicidades, todos ellos eran autónomos para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

En este sentido, y, en relación al grupo focal de profesionales, se obtuvieron sólo las informaciones procedentes del personal del EE y una celadora, quedando fuera posibles experiencias procedentes de otros miembros del equipo interdisciplinario,

como se pretendió en un inicio (médicos, fisioterapeutas, trabajadora social, psicooncólogos...) por falta de participación de los mismos.

Pese a no haber obtenido la muestra deseada en los grupos focales, se dieron algunos hechos favorables:

- En el grupo focal de profesionales, la mayoría de informantes fueron enfermeros que, por su actividad laboral, y al no pertenecer a áreas de hospitalización general, conocen muy bien las dinámicas de dichas unidades hospitalarias, y el hecho de contar con una celadora correturnos también aportó un punto de vista diferente. Los enfermeros pertenecieron a unidades de Oncología, Pediatría, Ufiss geriatria, Ufiss Paliativos y supervisión, y aportaron sus perspectivas derivadas de su experiencia profesional, por lo que la información fue variada, pero coincidente o clarificadora de la obtenida en las entrevistas de la investigación principal.
- En el caso del grupo focal de pacientes, sólo hubo cinco participantes, aún y así, la información coincidió bastante con informaciones anteriores, alcanzándose la saturación de los datos. Los informantes, cuyas edades eran superiores a 40 años e inferiores a 90 años, fueron parecidas, pese a haber ingresado por distintos motivos y patologías. No se incluyeron a pacientes muy jóvenes porque no accedieron a participar. Esto pareció positivo al investigador porque en edades jóvenes no se suele ver la muerte cercana a no ser que padezcan una enfermedad grave o se encuentren en su etapa de vida final.

1.3. Líneas de investigación futura

A continuación se proponen unas líneas de mejora para futuras investigaciones a partir de la realización de esta tesis doctoral:

- La elaboración de este estudio se podría producir en una escala mayor, contando con un mayor soporte de recursos para la investigadora principal. En este sentido, comparar un centro de gestión pública con otro de gestión privada sería interesante.

- Una optimización de la captación de informantes, mediante trípticos informativos y una mayor clarificación de los términos a tratar.
- Recolectar una mayor variabilidad de participante para poder establecer comparaciones entre sub-grupos. Por ejemplo, por edades o diferencias culturales.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

CAPÍTULO 8

APLICABILIDAD

“Los medicamentos alivian el dolor, pero solo el amor alivia el sufrimiento”.

Hunter Doherty, Patch Adams

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. APLICABILIDAD

1.1. Práctica asistencial

Esta tesis ayuda a la reflexión sobre la presencia de cuidados espirituales que pasa desapercibida por parte de los profesionales y, a menudo, de pacientes, y saca a la luz una falta de unificación de criterios desde lo que es la disciplina académica y la taxonomía NANDA o ATIC® en la identificación del problema. Porque la cuestión no es que profesionales y pacientes le den un significado diferente, puesto que le dan un significado similar, sino que no hay una unificación de criterios a nivel profesional, pese a haber una etiqueta diagnóstica establecida desde hace años que identifique cada diagnóstico enfermero relacionado con la espiritualidad de la persona.

En este sentido y, a modo de símil, si los profesionales y los pacientes desconocieran los cuidados físicos y prevención de enfermedades de la misma manera que desconocen los espirituales no se podría establecer una adecuada a la educación sanitaria ni la promoción del autocuidado, y esto es lo que está sucediendo con la espiritualidad. Porque el profesional detecta unos signos que resuelve, pero ¿sabe realmente la causa que genera un malestar espiritual en un paciente? ¿Etiqueta adecuadamente una situación de sufrimiento espiritual, pese a tener conocimientos, actitudes y habilidades, y pese a ser la atención espiritual una competencia enfermera?

Por ello, es recomendable crear o validar una escala de valoración para utilizarla con pacientes ingresados en un hospital de agudos con una situación de enfermedad a la que deban adaptarse. En casos de pacientes con patologías tales como: cirrosis hepática, VIH, insuficiencia renal crónica, enfermedad de Crohn, broncopatías, pacientes con enfermedades oncológicas y cardiopatías, entre otras. La idea sería valorar el estado espiritual al ingreso o en la primera semana, no de una forma muy intrusiva, sino para que pudiera expresar cómo lleva su situación de enfermedad a nivel personal y si puede necesitar algún tipo de apoyo, y, a partir de entonces, una valoración semanal, por si sufre una recidiva o una mala noticia.

Esta escala descargaría unos diagnósticos enfermeros como resultado, que, en caso de alteración en algún ítem, aparecerían unas intervenciones y actividades relacionadas que se descargarían en la agenda de cuidados Gacela care®. Además, favorecería la utilización del lenguaje taxonómico para los diagnósticos enfermeros en ATIC®.

No obstante, antes de la utilización de la escala, se deberían realizar unas sesiones de enfermería con las necesidades espirituales y los diagnósticos enfermeros relacionados, para promover la identificación de *cuidados no prescritos* como *cuidados espirituales* por parte de los profesionales. Esto facilitaría un registro que no revelara intimidades del paciente, por tratarse de una escala y haría que el propio personal enfermero, se considerara adecuado para atender la espiritualidad de sus pacientes por sus actitudes, conocimientos y habilidades, y no por pasar más o menos tiempo con el paciente.

Por otra parte, se podrían crear sesiones formativas y terapéuticas para profesionales, familiares y pacientes, para promover el bienestar espiritual. Esto, por un lado, ayudaría a profesionales que así lo requirieran a la elaboración de su propia espiritualidad y, por el otro, a familiares y pacientes a sobrellevar la situación de enfermedad. Por ejemplo, se podrían realizar sesiones de reiki, como las que se realizan para profesionales de ICO, y talleres formativos para familiares y pacientes. El HUGTiP ya ofrece algunos cursos on-line sobre manejo del estrés y situaciones difíciles, pero este tipo de actividades es más recomendable realizarlas de modo presencial por la temática y porque ayudan a liberar estrés.

1.2. Docencia

En este sentido, la esta tesis doctoral abre paso para realizar un estudio sobre cuáles son los conocimientos necesarios de espiritualidad que deberían ser incluidos en la base curricular de los estudios de grado de enfermería, por un lado, y en los de TCAE por el otro. De este modo, los profesionales de ambas categorías tendrían un mayor conocimiento y seguridad ante el cuidado espiritual y la atención de las necesidades

espirituales de las personas a las que cuidan, ya que ellas son quienes deben liderar tales cuidados.

Así mismo, sería preciso incluir en la formación continuada una mayor profundización de las nociones de espiritualidad y necesidades espirituales. No solo en entornos terapéuticos donde las personas se encuentren en situaciones cercanas a la última etapa vital, sino durante cualquier proceso que haga a una persona autocuestionarse a nivel interno y trascendental, como se ha visto durante este estudio.

1.3. Investigación

Esta tesis doctoral también ofrece una apertura hacia el hallazgo del límite establecido entre la atención espiritual ofrecida por enfermería, la ofrecida por el sacerdote y la ofrecida por el psicólogo. Como se ha mostrado anteriormente, hay puntos donde convergen, sin embargo, hay algunas diferencias claramente establecidas en función de si la atención espiritual es ofrecida por enfermería, un sacerdote o un psicólogo. (Ver figura 3)

Por ejemplo, la atención espiritual ofrecida por el sacerdote y el psicólogo es profesional y está reconocida por las instituciones, la atención espiritual enfermera es un conjunto de cuidados informales, más allá de las coincidencias establecidas con el sacerdote y el psicólogo (como en el caso de la escucha activa y actitud empática), que pasan desapercibidos y no son registrados, y donde los cuidados del ánimo, que salen de uno, o de **mimo**, juegan un papel muy importante. Sin embargo, la responsabilidad sobre el cuidado espiritual recae sobre las enfermeras asistenciales.

Finalmente, los verbatim utilizados por los informantes podrían ser utilizados como descriptores en futuras investigaciones, abriendo paso a una clarificación conceptual sobre espiritualidad.

2. DIFUSIÓN: ARTÍCULOS Y COMUNICACIONES DERIVADAS DE ESTA TESIS DOCTORAL

2.1. Artículos

Terceño López, C. Espiritualidad y cuidados de enfermería: una visión panorámica. *Ética de los Cuidados*. 2010 ene-jun; 3(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado /eticuidado/n5/et7346.php>

Terceño López, C. Comparación documental sobre el concepto de espiritualidad en publicaciones de enfermería y ciencias de la salud. *Ética de los Cuidados*. 2013 ene-jun; 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n11/et9169.php>.

Terceño-López, C. Ferré-Grau, C.* Jurado-Campos, J. Jiménez-Hernández, M.F. A Systematic Review about Spirituality in Nursing Care: Avoiding a Specific Illness Care Environment. *Journal of Advanced Practices in Nursing*, 2017; 2:3. DOI: 10.4172/2573-0347.1000135

Terceño-López, C. Jiménez-Hernández, M.F.* Jurado-Campos, J. Ferré-Grau, C. Nursing team spiritual care experience at a Spanish public hospital. *Nursing and Health Sciences*. (Submitted, under review)

Terceño-López, C. Ferré-Grau, C.* Jurado-Campos, J. Jiménez-Hernández, M.F. Identificación de la demanda de cuidados espirituales en el área de hospitalización. *Revista Rol de Enfermería*. (Enviado a la editorial, bajo revisión)

2.2. Comunicaciones

Publicación en línea de un póster científico en:

3º Congreso internacional en contextos clínicos y de salud (CICCS), Universidad de Almería. Actuación de enfermería durante la dilatación y legrado uterino en el área obstétrico-ginecológica de Urgencias**.

*Corresponding Author.

** Trata de la atención integral durante la dilatación y legrado uterino, incluyendo la vertiente espiritual y el posible proceso de duelo por la pérdida de un embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE) Diccionario de la lengua española. Vigésimo segunda edición. [Publicación On line]
Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html> (Consultado el 12-10-2013)
- [2] Segura Mungía, S. Diccionario etimológico latino-español. Anaya: 1985, Madrid.
- [3] Coromines, J. Breve diccionario etimológico de lengua castellana. 3ª Ed. Revisada. Madrid: Gredos, 2008.
- [4] Pike, J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10 *British Journal of Nursing*, 2010, Vol.20, Nº12.
- [5] Bash, A. Spirituality: The emperor's new clothes? *Journal of Clinical Nursing*, 2004 Jan;13(1):11-6.
- [6] Baldacchino, D.R. (2006) Nursing competences for spiritual care *Journal of Clinical Nursing*, 15, 885-896.
- [7] Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Estudio 2776 Religión (II). Ámbito nacional, tamaño 2373. Realizado el 20 de octubre de 2008. [Publicación on line]
Disponible en: http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/2760_2779/2776/es2776.pdf (Consultado el 23-04-2013)
- [8] Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) Barómetro de septiembre de 2014. Estudio 3038. Ámbito nacional, tamaño 2440. Realizado del 2 al 13 de septiembre de 2014. [Publicación online]
Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3038mar_A.pdf (Consultado el 03-11-2014)
- [9] Poupard, P. Diccionario de las religiones. Barcelona: Herder; 1987.
- [10] König, F. Diccionario de las religiones. Vol. 54. Barcelona: Herder; 1964.
- [11] Tamayo Acosta, J.J. Nuevo diccionario de Teología. Madrid: Trotta; 2005.
- [12] Sobrino, J. Liberación con espíritu: Apuntes para una nueva espiritualidad. Santander: Salterae, 1985. ISBN 84-293-0730-3. En: Tamayo Acosta, J.J. Nuevo diccionario de Teología. Madrid: Trotta; 2005.

- [13] Torralba, F. Necesidades espirituales del ser humano *Revista labor hospitalaria: organización pastoral y de salud*, Nº. 271, 2003. ISSN 0211-8268.
- [14] Bermejo, J.C. El acompañamiento espiritual: Necesidades espirituales de la persona enferma *Revista Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, Nº. 278, 2005. ISSN 0211-8268.
- [15] Terceño, C. Espiritualidad y cuidados de enfermería: una visión panorámica. *Ética de los Cuidados*. 2010 ene-jun; 3(5). ISSN: 1988-7973
- [16] Navarro, J. Religiones del mundo. Barcelona: Océano; 2002.
[Disponible en: http://www.librería-mundoarabe.com](http://www.librería-mundoarabe.com) (Consultado el 23-04-13).
- [17] Ferrater Mora, J. Diccionario de Filosofía. 5ª Ed. Buenos Aires: Sudamericana Editores, 1971.
- [18] Kenny, A. Breve historia de la filosofía occidental. Barcelona: Paidós; 2005.
- [19] Fresquet, J.L. La medicina en la antigüedad clásica: Galeno y su obra. En: Historia de la Medicina. Universitat de Valencia. [Publicación online].
[Disponible en: http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1_6.html](http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1_6.html)
(Consultado el 25-04-13).
- [20] Ferrater Mora, J. Diccionario de Filosofía: Nueva edición actualizada por la catedra de Ferrater Mora bajo la dirección de Josep Maria Terricabras. 2ª Ed. (Tomo II) Barcelona: Ariel, 2009.
- [21] Escandell, J.J. Espontaneidad de la mónada y metafísica de lo posible en Leibniz. *Anuario Filosófico*, 2005 (38); 241-253.
- [22] González, M. Introducción al pensamiento filosófico: Filosofía y modernidad. 6ª Ed. Madrid: Tecnos, 2009.
- [23] Torralba, F Antropología del cuidar. Institut Borja de Bioética. Barcelona: Fundación Mapfre de Medicina; 1998. P.119-120.
- [24] Asociación Española de Personalismo (AEP) ¿Qué es el personalismo? En: Asociación Española del Personalismo. [Publicación online].
[Disponible en: http://www.personalismo.org/filosofia-personalista/](http://www.personalismo.org/filosofia-personalista/) (Consultado el 05/05/13).
- [25] Comte Spondile, A. Diccionario filosófico. Barcelona: Paidós; 2003.
- [26] Collière, F.M. Promover la vida. Madrid: Mc Graw-Hill- Interamericana; 1993.

- [27] Alfaro, R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2007. P.66.
- [28] Narayanasamy, A. Draper, Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today*, 1999 Jul; 19(5): 386-95.
- [29] Wheathers, E. Mc Carty, G. Coffey, A. Concept analysis of spirituality: An evolutionary approach. *Nursing Forum*, 2015; Feb. (2): 1-18.
- [30] Boff, L. El cuidado necesario Madrid: Trotta; 2012. P.p.18, 19.
- [31] Coromines, J. Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana. Volum I (A-BL) Barcelona: Curial edicions catalanes- Caixa de Pensions "La caixa", 1981. P.1107.
- [32] Domínguez Alcón, C. Los cuidados y la profesión de enfermería. Madrid: Pirámide; 1986. P15.
- [33] Donahue, M.P. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma; 1985.
- [34] Chamorro, E. Martínez, M.L. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado. Madrid: Elsevier; 2011.
- [35] Frank, M. Elizondo, M.T. Desarrollo histórico de la enfermería. México: Ecompsa, 1987.
- [36] Gargantilla, P. Breve historia de la medicina: Del chamán a la gripe A. Madrid: Nowtilus Edición digital, 2012. [Publicación online].
- [37] Laín Entralgo, P. Historia de la medicina Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
- [38] García Martín-Caro, C. Martínez Martín, M.L. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado. Madrid: Harcourt; 2001.
- [39] Donahue, M.P. Historia de la Enfermería.Vol.1 Barcelona: Doyma, 1987.
- [40] Bize, H. Islam y salud: la medicina profética. En: Librería mundo árabe. *Revista Alif*, núm. 62 julio 2008. [Publicación online]
- [41] Hernández Conesa, J. Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Mc Graw-Hill- Interamericana; 1999.
- [42] Nightingale, F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Masson; 1990.
- [43] Marriner, A. Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Barcelona: Harcourt-Brace; 1999.

- [44] Meleis, A. *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkis; 2007.
- [45] Kérouac, S. Pepin, J. Ducharme, F. Duquette, A. Major, F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson – Salvat; 1996.
- [46] Juvé, M.E. et Al. Marco teórico y conceptual para de competencias del profesional hospitalario: Parte I. *Nursing*. 2007, Volumen 25, Número 4
- [47] Álvarez, J.L. Valoración de enfermería al paciente en la unidad de cuidados intensivos cardiovascular, según el modelo de adaptación al entorno de Callista Roy *Revista Científica de Enfermería*. Vol. XII, No 7. Julio – Diciembre 2012.
- [48] Fawcett, J. *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. 2nd. Ed. Philadelphia: F.A. Davis; 1989.
- [49] Marriner, A. Alligood, M. *Modelos y teorías en enfermería*. 7^º edición. Barcelona: Elsevier, 2011.
- [50] Adler, A. The fundamental views of individual psychology. En: Ansbacher R. *The individual psychology of Alfred Adler* (H. Ansbacher & R. Ansbacher Eds.) New York: Harper & Row, 1956.
- [51] Rogers, C. *Client-centered therapy: Its current Practice, Implications and theory*: Boston: Houghton Mifflin; 1951.
- [52] Maslow, A. A theory of human motivation. *Psychological review*, 58, 1943: p.378-396.
- [53] Luís Rodrigo, M. T. et Al. *De la teoría a la práctica. El pensamiento enfermero del siglo XXI*. 3^ª Edición. Barcelona: Elsevier.- Masson; 2005. P.145-146.
- [54] Roy, C. Jones, D.A. *Nursing Knowledge development and clinical practice*. New York: Springer Publishing Company L.L.C.; 2007. P.26. (Traducción libre)
- [55] Roy, C. Future of the Roy Model: Challenge to redefine adaptation *Nursing Science Quarterly*, 10 42-48. P.42.
- [56] Roy, C. Andrews, H. *The Roy Adaptation model*. 2nd. Ed. Connecticut: Appleton & Lange; 1999.P. 395.
- [57] Neuman, B. Fawcett, J. Thoughts about the Neuman Systems Model: A dialogue. *Nursing Science Quarterly*, 25(4):2012; 374-376.
- [58] Neuman, M. *Health as spanding conciousness* 2nd. Ed. Mississagua: Jones and Barnett Publishers International; 1994. P.35

- [59] Malinski, V. Spirituality as Integrality: A Rogerian Perspective on the Path of Healing. *Journal of holistic nursing*, 1991; vol. 9, 1: pp. 54-64.
- [60] Watson Caring Science Institute & International Caritas Consortium The Caritas Processes. En: *Caring Science: Definitions, procesos, Theory*. [Publicación On line].
URL: <http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/>
- [61] Swanson K.M. Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 1993; 25 (4): 352-57.
Disponible en: http://nursing.sites.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- [62] Peplau, H. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, Chestnut House Publications. 10 (4): 1997; 162–167.
- [63] Peplau, H. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat, 1990.
- [64] Reed, P. The Theory of selftranscendence. In: Smith, M.J. & Liehr, P.R. (Eds) *Middle range Theory for Nursing*. New York: Springer; 2003.
- [65] Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Suiza: Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Ginebra, 1971.
- [66] Martí, N. La gestió de cures a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. En: Juvé, ME (Editora) *Plans de cures estandaritzats per a malalts hospitalitzats: Programa ares d'harmonització d'estàndards de cures infermeres dels hospitals de l'ICS*. P.37-44.
- [67] Maslow, A. *Motivación y personalidad* 3ª Ed. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
- [68] Clark, D. Total pain: The work of Cicely Saunders and the Hospicce movement *American Pain Society Bulletin*, 10(4) 13-15. ISSN 1057-1590.
- [69] Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con ONUSIDA y la IAPAC. Atención integral por escenarios de atención y niveles: Pautas de atención integral para personas que viven con VIH/SIDA en las Américas.
URL:http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/BB_Summary_span.pdf
- [70] Batista Costeira, C.R. Influencia de terapias de toque en indicadores de salud. [Tesis Doctoral]. Extremadura, Universidad de Extremadura; 2011.
- [71] Muñoz Devesa, A. et Al. La enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, (Gran) 2014; 23(3):153-156.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [72] Bermejo, J.C. El acompañamiento espiritual: Necesidades espirituales de la persona enferma. *Revista Labor Hospitalaria*. 2005, 21-48.
- [73] Bermejo, J.C. Papel de los aspectos espirituales y religiosos en la actividad de cuidar. 2008. [Publicación On-line].
[URL://www.humanizar.es/documentos/doc_aspectos_espirituales.ppt](http://www.humanizar.es/documentos/doc_aspectos_espirituales.ppt) Consultado el 28-12-13.
- [74] Benito, E. Barbero, J. Payás, A. El Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta. Madrid: Aran; 2008. ISBN 9788496881501.
- [75] Torralba, F. El acompañamiento espiritual a los creyentes: diálogo y empatía. *Revista labor Hospitalaria*, 2002: 55-66.
- [76] Ramió, A. Necesidades espirituales de las personas en la última etapa de sus vidas. Madrid: PPC Editorial; 2009.
- [77] Kübler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos 4ª Ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo, SA; 1993.
- [78] Rivera- Ledesma, A Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología* 2007:23(1); 125-136.
- [79] Puchalski, C. Spirituality, religion and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 2004 Nov.; 20(4):689-714, vi-vii.
- [80] Koenig, H. Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advanced Mind/ Body Medicine*, 2015; 29(3):19-26.
- [81] Carpenito, LJ. Manual de diagnósticos enfermeros. 14ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- [82] NANDA Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013
- [83] Juvé, M.E. (Editora) Plans de cures estandaritzats per a malalts hospitalitzats: Programa ares d'harmonització d'estàndards de cures infermeres dels hospitals de l'ICS. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2013. P.37-44.
- [84] Juvé, M.E. Evaluación de la validez de una terminología enfermera de interfase. [Tesis Doctoral]. Barcelona; Universidad de Barcelona, 2012.
- [85] ATIC: Una terminología de interfase (II). *Revista Rol de Enfermería*. 2012; 35(5): 368-375.

- [86] NANDA Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Barcelona: Elsevier; 2002.
- [87] Johnson, M. et Al. Vínculos NANDA, NIC y NOC. 3ª Ed. Madrid- Elsevier; 2012.
- [88] Fernández- Lasquety, B. Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NIC y NOC Madrid: DAE; 2012.
- [89] Sánchez- Herrera, B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogota: Editorial de la Universidad de Colombia; 2004.
- [90] Juvé, E. Terminología ATIC: Eje diagnóstico. Barcelona, Axon; 2016.
URL: www.coloplast.es/Ecompany/ESMed Consultado el 02-02-14.
- [91] Creswel, J.W. Qualitative designs: Quantitative, qualitative and mixed methods. 4th. Ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2013. (p.37).
- [92] Morse, J. (Ed) Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. San Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante; 2005.
- [93] Dezin, N.K. Lincoln, Y.S. The SAGE handbook of Qualitative Research. 3th Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.; 2005.
- [94] Vallés, M. Técnicas cualitativas en investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis Sociológica, 2000.
- [95] Vallés, M. Entrevistas cualitativas. En: Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009.
- [96] Vasilachis, I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa, 2009.
- [97] Burns, N. Grove, S. Investigación en enfermería 3ª Ed. Madrid: Elsevier, 2005.
- [98] Reig- Ferrer, A. et Al. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, 2012; 32(6):731-42
- [99] Rivera- Ledesma, A. Montero- López, M. Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*, 2007:23(1); 125-136.
- [100] Granero-Molina, J. Díaz Cortés, M.M. Márquez-Membrive, J. Castro-Sánchez, A.M. López-Entrambasaguas, O.M. Fernández-Sola, C. Religious faith in coping with terminal cancer: what is the nursing experience? *European Journal of Cancer Care*, (Engl). 2014 May; 23(3):300-9. doi: 10.1111/ecc.12150.

- [101] Van Manen, M. Investigación educativa y experiencia vivida: ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad. Barcelona: Idea Books; 2003. ISBN 84-8236-283-6.
- [102] Coromines, J. Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana. Volum VII. Barcelona: Curial; 1987
- [103] Ferrater - Mora, J. Diccionario de Filosofía 5ª Ed. Tomo 1 (A-K). Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1986. p. 646.
- [104] Solano-Ruiz, M.C. Fenomenología hermenéutica y enfermería. *Cultura de cuidados: revista de enfermería y humanidades*, Nº. 19, 2006, págs. 5-6. ISSN 1138-1728.
- [105] Palacios-Ceña, D. Corral Liria, I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*, 2010; 21(2): 68-73.
- [106] Fernández-Lasquetty, B. Introducción a la investigación enfermera Madrid: DAE; 2013. P.176-178.
- [107] Website Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Disponible en URL: <http://mngt.cpd1.grupics.intranet/> (Consultado el 12-06-15)
- [108] Guba, E.G. The alternative paradigm dialog. In E.G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 17-30). Newbury Park, CA: Sage; 1990.
- [109] Kvale, S. *Interviews: An introduction to qualitative reasearch interviewing*. London: Sage; 1996. En: Vallés, M. *Entrevistas cualitativas*. En: Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
- [110] Bardin, L. *El análisis de contenido* Madrid: Akal; 1986.
- [111] Lincoln, Y. & Guba, E. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage publications Inc.; 1985.
- [112] Corbin, J. & Strauss, A. *Basics of Qualitative research: Tecniques and Procedures for developing Grounded Theory*. 3rd. Ed. Thousandd Oaks, CA: Sage publications Inc.; 2008.
- [113] Calderón, C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 2002; 76: 476-482.
- [114] Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, (LOPD). Boletín Oficial del Estado de 14 de Diciembre de 1999, núm. 298.

[115] Tosao, C. Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2012; 19(6):331-8.

[116] NANDA Internacional Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona-Elsevier; 2015.

[117] Carpenito, L.J. Manual de diagnósticos de enfermería. 14ª Ed. Barcelona-Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

[118] Luís Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 9ª Ed. Barcelona-Elsevier; 2013.

[119] Alberdi Castell, RM. Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia*. 2005 julio; 1(2). ISSN: 1885-0219.

Disponible en:

URL: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>

(Consultado el 10-08-15)

[120] Ramió, A. Noción de cuidar: valores y actitudes de la profesión enfermera. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*. ISSN 0211-8268, Nº. 280, 2006; 39-48

[121] Fawcett, J. The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, June 1984; 16 (3): 84–87.

[122] Siles González, J. Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en enfermería*, 2010; vol.28: 120-128.

[123] Santa Clotilde Jiménez, E. Casado del Olmo, M.I. Fernández Araque, A.M. Opinión de los usuarios sobre la profesión y el trabajo de los profesionales enfermeros.

Biblioteca LasCasas, 2006; 2 (4).

Disponible en:

URL: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0188.php>

(Consultado el 10-08-15)

[124] Errasti- Ibarrondo, B. et Al. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2012; .35 (2): 269-283. [Publicación online]

Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200009&lng=es&nrm=iso)

[66272012000200009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000200009&lng=es&nrm=iso). ISSN 1137-6627 (Consultado el 10-08-15)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [125] Domínguez Alcón, C. Para una sociología de la profesión de enfermería en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 8/79 2008. P.p. 103-129.
- [126] Gómez Arboleda, E. Sociología de los grupos profesionales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 83/98 2014. Pp.313-320.
- [127] Resolución de 5 de noviembre d 2012, de la Universidad de León, por la que se publica el pan de estudios de grado en enfermería Boletín Oficial del estado nº 282 de 23 de noviembre de 2012, páginas 81658 - 81661.
- [128] Zabalegui, A. El rol del profesional en enfermería. *Revista Aquichan* [Publicación online] 2003, 3 (octubre).
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130304> (Consultado el 21-06-15)
- [129] Consejo Catalán de especialidades en ciencias de la salud En: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB) [Publicación online]
Disponible en: <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=436&idMenu=212>
(Consultado el 21-06-15)
- [130] Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya Codi d'Ètica de les Infermeres i Infermers de Catalunya 1ª Edició. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2013.
- [131] Resolución de de 7 de abril de 1995, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería Boletín Oficial del Estado nº 134, de 6 de junio de 1995, páginas 16598 - 16603.
- [132] Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado nº 98, 24/04/2012, Disposición nº 5403, Páginas: 31278-31312
- [133] Gruart, P. Rol autónomo del profesional de enfermería en CAPD. *Revista Seden*, Vol. nº 1; 1996.
- [134] Laguna, V. El trabajo de enfermería en atención primaria ¿Hacia dónde va? *Sede web*, 2009 [Publicación On line]

Disponible en:
[http://www.caps.cat/.../El trabajo de enfermera en atencion primaria para enviar.pdf](http://www.caps.cat/.../El_trabajo_de_enfermera_en_atencion_primaria_para_enviar.pdf)

(Consultado el 16-08-15)

[135] Martínez Cadaya, N. Fernández Fernández, M.L. El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario de enfermería. *Revista Cultura de Cuidados* (Edición digital) 2012:16,33. Pp:22-29

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.03> (Consultado el 21-06-15)

[136] De la Cuesta, C. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2010: 19 (4); 762-766.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400020&lng=en&nrm=iso. (consultado el 6-8-2015)

[137] Pepín, J. Cara, C. La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Teologique*, 2001: 9 (2); 33-46.

Disponible en: <http://id.erudit.org/iderudit/007294ar>

[138] Cachón Rodríguez, E. El hospital y el paciente: declaraciones, principios, realidad y paradojas. *Index de Enfermería*, 2007:16(56); 35-39. Versión impresa ISSN 1132-1296.

[139] Poblete, M. Valenzuela, S. Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2007; 20(4)499-503.

[140] Torralba, F. Ética para profesionales de la salud: Guía práctica. Comité de ética de SARquavita. Barcelona: SARquavita; 2011

[141] Leininger, M. Caring: A central focus of nursing and health care services. *Nursing and Health care*, 1(3); 1980: 135-143

[142] Domínguez Alcón, C. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index de Enfermería*. 1998: 23, 15-21.

[143] Ramió, A. Noción de cuidar: valores y actitudes de la profesión enfermera. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, Nº. 280, 2006; 39-48. ISSN 0211-8268.

[144] Valverde, C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: DAE; 2007.

[145] Torralba, F. El acompañamiento espiritual a los no creyentes: Dialogo y empatía *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, Nº. 278, 2005. ISSN 0211-8268.

- [146] Parse, RR. Nursing Science: Major paradigms, theories and critiques. Philadelphia. W.B. Saunders company; 1987.
- [147] McSherry, W. Smith, J. How do children express their spiritual needs? *Paediatric Nursing*, 2007 Apr; 19(3):17-20.
- [148] Smith, J. McSherry, W. Spirituality and child development: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2004 Feb; 45(3):307-15.
- [149] Himelstein, B. P. Hilden, J. M. Boldt, A. Morstad Weissman, D. Pediatric Palliative Care. *The New England journal of medicine* 2004; 17(350): 1752-1762.
- [150] Taylor E.J., Petersen C., Oyedele O., Haase J. Spirituality and Spiritual Care of Adolescents and Young Adults with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 2015 Aug; 31(3):227-41.
- [151] De Miguel, J.M. El último deseo: Para una sociología de la muerte en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1995; 17-72: 109-156.
- [152] Medina, C. La bioética como ética aplicada. En: *Ética y legislación. Enfermería S.21.3ª Ed.* Madrid: DAE- Grupo Paradigma, 2015.
- [153] Bermejo, J. Villacieros, M. Carabias, R. Sánchez, E. Díaz-Albo, B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa*, 2012: 20(2), 49-59.
- [154] Borrell, F. Cómo dar malas noticias. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. Vol. 16, Nº 8, 2009, pág. 524
- [155] Arranz, P. Barbero, J. Barreto, P. Bayés, R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.
- [156] Barbero, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2006: 29(3), 19-27.
- [157] Sobrevia, X. Torradeflot, F. (Coords.) Atención religiosa al final de la vida: Conocimientos útiles sobre creencias y convicciones. OBRA SOCIAL LA CAIXA. Barcelona; 2013.
- [158] Torralba, F. Hacia una antropología de la vulnerabilidad. *Revista Forma*, vol.2 tardor, 2010.
- [159] Anruba, E. La fragilidad de los hombres. Madrid: Ediciones Cristianidad; 2008.

- [160] Feito, L. Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2007; 30 (Supl. 3): 7-22.
- [161] Frutos, M.M. Iglesias, G.J.A. Frutos, M.J.M. Calle, P.A. La persona en el proceso de muerte. *Enfermería global*, 2007; (10):1-14.
- [162] Baldacchino, D.R. Nursing competences for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 2006: 15, 885-896.
- [163] Narayanasamy, A. Baldacchino, D.R. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Education Today*, 2008; 28(5):550-62.
- [164] McSherry, W. Lewenson, L.P. Kevern, P. Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Education Today*. 2015; 35(6): 806–814.
- [165] Consejo Internacional de Enfermería (CIE) Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 2012. ISBN: 978-92-95094-99-4.
Disponible en:
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- [166] Van Leewen, R. Cusveller, E. Nursing competences for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, Nov; 48(3):234-46.
- [167] Fromm, E. El arte de amar: una investigación sobre la naturaleza del amor. Barcelona: Paidós; 1959.
- [168] Alfaro, R. Pensamiento crítico en enfermería: Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en resultados. 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [169] Caldeira, S. Spiritual distress proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 2013 Jun; 24(2):77-84
- [170] Huércanos Esparza, I. Cuidado invisible: Donde los medicamentos no llegan. *Index de Enfermería*. 2013, vol.22, n.1-2. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>.
- [171] SATSE Percepción de estrés en los profesionales de Enfermería en España 2012 [Publicación On line]

Disponible en: URL: <http://www.satse.es/media/documentos/informes/estudio-satse-percepcion-de-estres-en-los-profesionales-de-enfermeria-en-espana> (Consultado el 28-11-14)

[172] Aiken, L. et Al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. May 2014 vol.383, issue 9931; 1824-1830.

[173] Quintero, N.C. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Grupo de cuidado y práctica de enfermería. Bogotá: Unibiblos; 2000. p. 184-91.

[174] Valverde, C. Enfermería centrada en los Significados del Paciente: Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro. *Index de Enfermería*. (edición digital) 2008: 17(3). [Publicación on line] Disponible en: [URL:http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/1578.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/1578.php).

[175] Murray, R.B. Zentner, J.B. Nursing assessment and health promotion strategies through the life Span. 5th Ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1993.

[176] Villalba, ME. Cots, I. Romero, N. ¿Las creencias religiosas condicionan el afrontamiento de la enfermedad y muerte de un familiar? *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, ISSN-e 1697-638X, Vol. 9, Nº. 39, 2012

[177] Urbano Aquino, V. Zago Márcia, MF. El significado de las creencias religiosas para un grupo de pacientes oncológicos en rehabilitación. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007: 15(1); 42-47. (Consultado el 23-05-2015)
[Publicación online] Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100007&lng=en&tling=es10.1590/S0104-11692007000100007.

[178] A.A. V.V. Guía para la gestión pública de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios Editorial Observatorio del pluralismo religioso en España Ministerio de Sanidad y Política Social e igualdad 2011. [Publicación online] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Guia_gestion_diversidad_religiosa.pdf. (Consultado el 12-08-15)

[179] Ley Orgánica 7/1980 del 5 de julio, de Libertad Religiosa. Boletín Oficial del Estado núm. 177, de 24 de julio de 1980. Págs 16804 - 16805.

[180] Bernal, F. La comunicación: Herramienta fundamental en la calidad de atención integral de pacientes laringectomizados. *Ciber revista SEEUE*. IV Época: Septiembre-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Octubre 2013. Nº 33 [Publicación online]. Consultado el (18-02-17) Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2013/pagina6.html>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

ANEXOS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

ANEXOS:

1. Tabla A1: Diferentes traducciones de alma y espíritu.....	259
2. Consentimiento Informado.....	260
3. Certificado CEIC HUGTiP.....	261
4. Certificado CEIC ICO-Badalona.....	262
5. Preguntas iniciales a profesionales de enfermería y grupo focal de profesionales.....	263
6. Preguntas iniciales para GF pacientes.....	264
7. Preguntas iniciales a sacerdote.....	265
8. Tabla A2: Cuadro sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia.....	266
9. Tabla A3: Cuadro sobre principales autores que han abordado la espiritualidad.....	273
10. Tablas A4 y A5: Abordaje de la espiritualidad en distintas universidades....	274
11. Figura A.1: Imágenes de Gacela care®.....	275

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

1. Tabla A.I: Diferentes traducciones de alma y espíritu

TRADUCCIONES DE ALMA				TRADUCCIONES DE ESPÍRITU			
Lengua	Traducción	Escritura	Otros significados	Lengua	Traducción	Escritura	Otros significados
Español	Alma			Español	Espíritu		
Catalán	Ànima			Catalán	Esperit		
Francés	Âme			Francés	Esprit		
Latín	Animus-a			Latín	Spiritus		
Griego	Psiqué	Ψυχή		Griego	Pneuma Nous	πνεύμα νους	Neuma → soplo, viento, exhalación Nous → gnosis → noción, conocimiento
Árabe	Nefs Ruh	تنفس	→ Aliento	Árabe	Nefs	روح	
Hebreo	Nefesh	נשמה	Neshmah → Aliento	Hebreo	Rúaj	רוח	
Sanscrito	Atman		Prana → Aliento	Sanscrito			
Inglés	Soul			Inglés	Gost, spirit		Gist → Esencia
Alemán	Seele			Alemán	Geist		
Holandés	Ziel			Holandés	Geest		
Noruego	Sjel			Noruego	And	ånd	
Sueco	Själ			Sueco	Ande		
Danés	Sjæl			Danés	And	ånd	

Fuente: Elaboración propia a partir de diferentes diccionarios:

DICCIONARIS DE L'ENCICLOPEDIA Diccionari Neerlandès – català. Barcelona – Enciclopèdia catalana; 2009.

Diccionario danés: danés-español, español-danés. Barcelona- LU (Librería universitaria), 2007.

Halbout, B. Schmidt, J.J. El árabe: colección sin esfuerzo. Barcelona – Assimil; 2015.

KUNNSKAPSFORLAGET Spansk skoleordbok: Spansk – norsk / Norsk – spansk. Oslo – Kunnskapsforlaget; 2003.

VOX Diccionari esencial: Français – catalan / Català – francés. Barcelona – Bibliograf; 1998.

VOX Diccionario básico Latino – español / español – latino. Barcelona – Bibliograf; 1994.

VOX Diccionario manual griego: Griego clásico – español. Barcelona – Pabón de Urbina; 2004.

Wörterbuch, H. Deutsch als Fremdsprache / Diccionario práctico Alemán –español / Español – alemán. Ismaning: Hueber Verlag; 2008.

2. Formulario sobre consentimiento informado (CI):

Denominación del estudio: Vivencia del equipo de enfermería sobre la demanda de atención espiritual.

Investigador principal: Cristina Terceño

Institución: Universitat Rovira i Virgili. Departamento de enfermería

Propósito del estudio: Comprender y analizar las vivencias del personal de enfermería asistencial con respecto a atender la espiritualidad de los pacientes a los que atienden en el hospital de agudos.

Procedimientos: Participación en un grupo focal de discusión grabado por el investigador para su posterior transcripción y análisis. Se mantendrá la confidencialidad de los datos del participante mediante la codificación de las entrevistas, siguiendo todo lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la ley sobre protección de datos.

Riesgos: No hay riesgos involucrados en este estudio a excepción de su valioso tiempo. No hay ningún beneficio directo sobre su persona. Sin embargo, los resultados del estudio nos pueden ayudar a formular directrices para una atención más holística y respetuosa a pacientes hospitalizados.

Derecho de negarse a participar y la retirada: Usted es libre de optar por participar en el estudio. También puede negarse a participar sin ningún compromiso. También puede negarse a responder a algunas o todas las preguntas si no se siente cómodo con las preguntas.

Confidencialidad: La información proporcionada por usted se mantendrá confidencial. Nadie, excepto el investigador principal tendrá un acceso a ella. Su nombre y su identidad tampoco se descubrirán en ningún momento. Sin embargo, los datos pueden ser vistos por el comité de revisión ética y puede ser publicado en alguna revista, sin dar su nombre o revelar su identidad.

Fuentes de contacto disponibles: Si tiene alguna duda puede comunicarse con el investigador principal: CristinaTerceño (terce77@hotmail.com)

Teléfono de contacto: 647733955

He leído y entiendo esta forma de consentimiento, y me ofrezco como voluntario para participar en este estudio de investigación. Entiendo que recibiré una copia de este formulario.

Nombre del participante:.....Fecha:

Firma del participante o impresión de su dedo pulgar:.....Fecha:

Firma Investigador Principal:.....Fecha:

Firma de la persona que obtiene el certificado:.....Fecha:

3. Certificado CEIC HUGTiP:



Germans Trias i Pujol
Hospital

Direcció centre
Crta. De Canyet, s/n
08916 Badalona



Institut Català
de la Salut

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

El Dr. Jordi Ara del Rey, Director del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación.

CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por el la **Sra. C. Terceño López (Infermeria - HUGTiP)**, para que sea realizado en este Centro el estudio titulado:

"¿Cómo vivencia el equipo de enfermería asistencial del HUGTiP atender la espiritualidad de sus pacientes?", código de protocolo (no consta) y versión (no consta), y que será realizado por la **Sra. C. Terceño López** de la Unidad de Enfermería como investigadora principal.

Que está de acuerdo con su viabilidad desde el punto de vista económico.

Que acepta la realización de dicho estudio en este Centro.

Lo que firma en Badalona a 16 de enero de 2015

Firmado:



El Dr. Jordi Ara del Rey

Ref. CEI: PI-14-097

4. Certificado CEIC ICO-Badalona:



AUTORITZACIÓ DE RECERCA CLÍNICA

La **Dra. Clara Pujol Ribó** Directora Assistencial i **Sra. Rosa Comabella Pobes** Directora de Cures de l'Institut Català d'Oncologia Badalona,

CERTIFICA

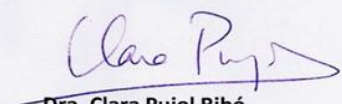
Que el projecte de Tesi Doctoral "*¿Cómo vivencia el personal de enfermería asistencial del HUGTIP atender la espiritualidad de sus pacientes?*", promogut per la investigadora **Cristina Terceño López**, del servei d'hospitalització HUGTIP, ha estat avaluat per la Unitat de Recerca en Cures.


Fa constar que:

- Es compleix amb els requisits d'idoneïtat metodològica per l'assoliment dels objectius plantejats.
- L'equip investigador es comprometen al compliment de les normes bioètiques en recerca clínica i bones pràctiques clíniques vigents, així com les normatives pròpies del centre.
- La capacitat de l'equip investigador, així com recursos plantejats són adequats pel desenvolupament de l'estudi.

La Direcció Assistencial del centre **accepta** el desenvolupament de l'estudi en l'Institut Català d'Oncologia Badalona per l'investigador/a **Cristina Terceño López**

Signat, Badalona, a 26 de febrer de 2015


Dra. Clara Pujol Ribó
Directora Assistencial
Institut Català d'Oncologia Badalona


Sra. Rosa Comabella
Direcció de Cures
Institut Català d'Oncologia Badalona

La Direcció Assistencial ICO Badalona es reserva el dret a revocar aquesta autorització en cas que es detecti qualsevol irregularitat.

5. Preguntas iniciales para profesionales de Equipo de enfermería y grupo focal de profesionales

Puede surgir alguna pregunta entre las que aparecen a continuación, en función de las necesidades de la persona.

1. Describe tu visión sobre enfermería y tu visión sobre la persona cuidada.
2. Un paciente ingresado tiene necesidades físicas, psicológicas y espirituales que requieren atención. ¿Con que se relacionan las necesidades espirituales?
3. ¿Cómo se produce una petición o demanda de atención espiritual?
4. ¿Cuáles son los cuidados espirituales que tú ofreces?
5. ¿Cómo te sientes ante una demanda de atención espiritual que te realiza un paciente al que cuidas?
6. ¿Cómo afrontas y realizas un cuidado espiritual?
7. DUE: ¿Registras este tipo de cuidados?/TCAE: ¿Comentas este tipo de cuidado con la enfermera?
8. ¿Qué repercusión tiene el estado espiritual de una persona sobre su enfermedad?
9. ¿Cuáles de las necesidades espirituales que aparecen en el siguiente cuadro atiendes con más frecuencia? Pon un número de mayor a menor.

Necesidades espirituales en la enfermedad Bermejo (2008) y Barbero, Bayés, Payàs (2009)		Nº orden
Ser reconocido como persona		
Releer la propia historia		
Encontrar sentido a la propia existencia		
Liberarse de culpa, perdonarse		
Trascendencia: depositar la vida en algo más que en sí mismo		
Continuidad		
Esperanza auténtica, no falsas esperanzas		
Expresar sentimientos y vivencias religiosas		

Espiritualidad

La espiritualidad es un acto de reflexión sobre el saber religioso, la experiencia con lo absoluto o los valores últimos que trascienden a la persona, sobrepasando así el dominio de lo religioso. Se encuentra inherente en cada ser humano, -como la corporalidad, la socialidad y la praxicidad-, (Tamayo, 2005) y, por tanto, las personas que pasan por una situación de enfermedad pueden requerir ayuda o acompañamiento para sentir un bienestar en esta dimensión durante el proceso de atención de enfermería

6. Preguntas iniciales para grupo focal de pacientes

Puede surgir alguna pregunta entre las que aparecen a continuación, en función de las necesidades de la persona.

1. ¿Con que se relacionan las necesidades espirituales?
2. ¿Cómo repercute la espiritualidad sobre la enfermedad y viceversa?
3. ¿Qué recursos tiene el centro hospitalario para responder a las necesidades espirituales que puede usted presentar como paciente?
4. ¿Qué visión tiene sobre la atención espiritual que ofrece el personal de enfermería?
5. ¿En qué orden priorizaría las necesidades espirituales según su propia experiencia como paciente?

Necesidades espirituales en la enfermedad Bermejo (2008) y Barbero, Bayés, Payàs (2009)		Nº orden
Ser reconocido como persona		
Releer la propia historia		
Encontrar sentido a la propia existencia		
Liberarse de culpa, perdonarse		
Trascendencia: depositar la vida en algo más que en sí mismo		
Continuidad		
Esperanza auténtica, no falsas esperanzas		
Expresar sentimientos y vivencias religiosas		

Espiritualidad

La espiritualidad es un acto de reflexión sobre el saber religioso, la experiencia con lo absoluto o los valores últimos que trascienden a la persona, sobrepasando así el dominio de lo religioso. Se encuentra inherente en cada ser humano, -como la corporalidad, la socialidad y la praxicidad-, (Tamayo, 2005) y, por tanto, las personas que pasan por una situación de enfermedad pueden requerir ayuda o acompañamiento para sentir un bienestar en esta dimensión durante el proceso de atención de enfermería

7. Preguntas iniciales a un sacerdote del centro

Puede surgir alguna pregunta entre las que aparecen a continuación, en función de las necesidades de la persona.

1. ¿En qué consisten los servicios religiosos y quién o quienes desempeñan esta labor?
2. ¿Cómo se produce la demanda de atención espiritual religiosa?
3. ¿Cómo es la atención espiritual que ofrecéis a los pacientes?
4. ¿Cómo vivencias atender a las necesidades espirituales de los pacientes?
5. ¿Qué visión tienes sobre la atención espiritual que puede ofrecer el personal de enfermería?

Necesidades espirituales en la enfermedad Bermejo (2008) y Barbero, Bayés, Payás (2009)	Nº orden
Ser reconocido como persona	
Releer la propia historia	
Encontrar sentido a la propia existencia	
Liberarse de culpa, perdonarse	
Trascendencia: depositar la vida en algo más que en sí mismo	
Continuidad	
Esperanza auténtica, no falsas esperanzas	
Expresar sentimientos y vivencias religiosas	

Espiritualidad

La espiritualidad es un acto de reflexión sobre el saber religioso, la experiencia con lo absoluto o los valores últimos que trascienden a la persona, sobrepasando así el dominio de lo religioso. Se encuentra inherente en cada ser humano, -como la corporalidad, la socialidad y la praxicidad-, (Tamayo, 2005) y, por tanto, las personas que pasan por una situación de enfermedad pueden requerir ayuda o acompañamiento para sentir un bienestar en esta dimensión durante el proceso de atención de enfermería

8. Tabla A2: Cuadros sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia.

EPOCA	CREENCIAS	CONCEPTO DE SALUD –ENFERMEDAD CAUSA DE LA ENFERMEDAD	CONCEPTO DE ALMA Y ESPÍRITU VS CORPORALIDAD	CUIDADOS FÍSICOS	CUIDADOS ESPIRITUALES	CUIDADORES
PRE-HISTÓRIA	ESPÍRITUS DEL MÁS ALLÁ CON LOS QUE PRETENDEN RELACIONARSE DIOSES	FIRME CREENCIA EN LA EXISTENCI DE ESPÍRITUS DEL MÁS ALLÁ CAUSAN ENFERMEDADES CORPORALES ----- DESEQUILIBRIO DEL HOMBRE CON EL ENTORNO	CUALQUIER ELEMENTO DE LA NATURALEZA PUEDE ESTAR DOTADO DE UN ALMA Y SER VENERADO O TEMIDO POR LOS DIOSES.	PRIMERAS IDEAS SOBRE EL CUIDADO FÍSICO→OBSERVACIÓN EN LOS ANIMALES CUIDADOS DOMÉSTICOS OFRECIDOS POR MUJERES REMEDIOS HERBALES, TREPANACIONES, CIRUGÍA..	HECHICERAS →PÓCIMAS CHAMAN→ RITUALES	MUJERES HECHICERAS CHAMANES
BABILONIA	RELIGIÓN POLITÉISTA	DIOSES/ ESPÍRITUS MALIGNOS CASTIGAN CON LA ENFERMEDAD A QUIEN COMETE TRANSGRESIÓN A LA NORMA CÍVICA O MORAL O POR INCUMPLIMIENTO DE DESEOS DIVINOS O POR TRANSGRESIÓN MORAL ASTROLOGÍA DESEQUILIBRIO ENTRE HUMORES	EL CUERPO NO PUEDE EXISTIR SIN EL ESPÍRITU.	CAVIDADES CORPORALES CÓDIGO DE HAMMURABI REMEDIOS HERBALES Y MEDICINALES, CIRUGÍA.. CUIDADOS DOMÉSTICOS	VENERACIÓN Y SACRIFICIOS A SU DIOS CÓDIGO DE CONDUCTA MORAL ESTUDIO DE LAS ENTRAÑAS DE LOS ANIMALS R/C VOLUNTAD DE LOS DIOSES	SACERDOTES AYUDANTES ESCLAVOS MUJERES
EGIPTO	RELIGIÓN POLITÉISTA ASTROLOGÍA	ENFERMEDADES A CAUSAS NATURALES Y SOBRENATURALES: ASTROLOGÍA Y DIOSES	PREOCUPACIÓN POR LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE: EMBALSAMAMIENTO DE LOS CUERPOS PARA PREPARAR EL REGRESO DE LAS ALMAS	REMEDIOS HERBALES Y MEDICINALES, CIRUGÍA.. CUIDADOS DOMÉSTICOS	VENERACIÓN Y SACRIFICIOS A LOS DIOSES EMBALSAMAMIENTO DE CADÁVERES	SACERDOTES AYUDANTES ESCLAVOS MUJERES

8. Tabla A2: Cuadros sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia (Continuación).

EPOCA	CREENCIAS	CONCEPTO DE SALUD –ENFERMEDAD CAUSA DE LA ENFERMEDAD	CONCEPTO DE ALMA Y ESPÍRITU VS CORPORALIDAD	CUIDADOS FÍSICOS	CUIDADOS ESPIRITUALES	CUIDADORES
IRLANDA	POLITEÍSMO E IDOLATRÍA IMMANENCIA DE LAS DEIDADES CONVERSIÓN AL CRISTIANISMO EN EL S IV a.C.	ORÍGEN SOBRENATURAL DE LAS ENFERMEDADES Y OTROS PROCESOS	REENCARNACIÓN CUALQUIER ELEMENTO DE LA NATURALEZA PUEDE ESTAR DOTADO DE UN ALMA Y SER VENERADO O TEMIDO POR LOS DIOSES.	REMEDIOS MEDICINALES Y MÁGICOS A LA MISMA VEZ, MANEJADOS POR LOS DRUIDAS CUIDADOS DOMÉSTICOS	DRUIDAS→ PÓCIMAS, BREBAJES RITUALIZACIÓN DE LA RECOGIDA DE HIERBAS PARA PÓCIMAS	DRUIDAS MUJERES
LA INDIA	BUDISMO BRAHAMANISMO	SALUD –ENFERMEDAD O SUERTE- DESDICHA R/C CONDUCTA MORAL Y CASTIGO DE LOS DIOSES ----- ENFERMEDAD CAUSADA POR IMPUREZA DE HUMORES Y LIQUIDOS (AIRE, FLEMA, BILIS)	REENCARNACIÓN (R/C CONDUCTA MORAL) CUERPO COMO ABRIGO DEL ESPÍRITU (R/C YOGA, MASAJES..ETC..)	REMEDIOS HERBALES Y MEDICINALES MASAJES CIRUGÍA CUIDADOS DOMÉSTICOS SISTEMA DE HIGIENE PUBLICA(AGUAS, POZOS, BAÑOS)	FELICIDAD A TRAVÉS DE RENUNCIAR A BIENES MATERIALES HECHICERÍA Y MANTRAS CÓDIGO DE CONDUCTA MORAL	ENFERMEROS MÉDICOS
CHINA	BUDISMO TAOHISMO CONFUCIONISMO	LA SALUD ES UN ESTADO DE ARMONÍA ENTRE EL ESPÍRITU CONSIGO MISMO Y CON EL UNIVERSO (EQUILIBRIO ENTRE YING Y YANG)	TODOS LOS MIEMBROS CORPORALES DEL DIFUNTO JUNTOS (NO SE PUEDE ENTRAR MUTILADO AL REINO DE LOS MUERTOS) DISECCIÓN DE CADÁVERES PROHIBIDA	REMEDIOS HERBALES Y MEDICINALES MASAJES CIRUGÍA CUIDADOS DOMÉSTICOS	FELICIDAD A TRAVÉS DE RENUNCIAR A BIENES MATERIALES DOMINIO DE LOS DESEOS DEL HOMBRE PARA ALCANZAR LA FELICIDAD VENERACIÓN DE LOS ANTEPASADOS CÓDIGO DE CONDUCTA MORAL SACRIFICIOS A LOS DIOSES/ RITUALES	
NUEVO MUNDO	RELIGIÓN POLITEÍSTA	DIOSES CASTIGAN CON LA ENFERMEDAD A QUIEN COMETE PECADO/ POR INCUMPLIMIENTO DE DESEOS DIVINOS SALUD= EQUILIBRIO HOMBRE- NATURALEZA - LO SOBRENATURAL	TRANSMIGRACIÓN REENCARNACIÓN	MASAJES, SANGRÍAS, TREPANACIONES, ... CUIDADOS DOMÉSTICOS OFRECIDOS POR MUJERES	RITUALES MÁGICO-RELIGIOSOS SACRIFICIOS TRANSFERENCIA DE LA ENFERMEDAD A UN ANIMAL	CHAMANES MUJERES

8. Tabla A2: Cuadros sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia (Continuación).

EPOCA	CREENCIAS	CONCEPTO DE SALUD –ENFERMEDAD CAUSA DE LA ENFERMEDAD	CONCEPTO DE ALMA Y ESPÍRITU VS CORPORALIDAD	CUIDADOS FÍSICOS	CUIDADOS ESPIRITUALES	CUIDADORES
GRECIA	RELIGIÓN POLITEÍSTA Y ANTROPOMÓRFICA PERIODO PRE – HIPOCRÁTICO A PARTIR DE HIPÓCRATES	DIOSES CASTIGAN CON LA ENFERMEDAD POR INCUMPLIMIENTO DE DESEOS DIVINOS ----- ESTADO DE IMPUREZA Tª HIPOCRÁTICA EXPLICACIÓN LÓGICA DE LA ENFERMEDAD R/C DESEQUILIBRIO ENTRE HUMORES FISIS INTELLECTUALIDAD HEREDADA DE LOS FILÓSOFOS	PRESOCRÁTICOS: VERDAD= ALETHEIA PHYSIS(LO QUE LA VISTA ALCANZA) ETHOS/ NOMOS ARISTÓTELES ALMA: FORMA O ESENCIA HACE QUE UN ENTE SEA LO QUE ES. PLATÓN ALMA: DIMENSIÓN MÁS IMPORTANTE DEL SER HUMANO. ESPÍRITU: ALGO ESENCIALMENTE INMATERIAL Y DOTADO DE RAZÓN. OPUESTO A LA MATERIA O LA CARNE ALMA = PRINCIPIO VITAL	CULTO AL CUERPO FÍSICO PRÁCTRICA DE DEPORTES, MASAJES, BAÑOS... REMEDIOS HERBALES Y MEDICINALES CIRUGÍA CUIDADOS DOMÉSTICOS	CULTO A LOS DIOSES ORACIONES Y SACRIFICIOS EN BUSCA DE PERFECCIÓN ESPIRITUAL	
ROMA	RELIGIÓN POLITEÍSTA Y ANTROPOMÓRFICA	DIOSES CASTIGAN CON LA ENFERMEDAD POR INCUMPLIMIENTO DE DESEOS DIVINOS ----- INTERPRETACIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD 1. DIATHESIS, O DISPOSICIÓN ALTERADA DEL CUERPO, DE CARACTER DURADERO 2. NOSOS, O TRANSTORNO DE LA CRISIS O MEZCLA DE LAS CUALIDADES ELEMENTALES 3. PÁTHOS, O PADECIMIENTOS DE LAS FUNCIONES ORGÁNICAS	GALENO: EL PNEUMA /SPIRITUS (AIRE, SOPLO) PONE EN EJERCICIO LAS ACTIVIDADES DE LAS PARTES ORGÁNICAS: 1. PNEUMA NATURAL (HIGADO-VENAS) 2. PNEUMA VITAL (CORAZON-VENAS) 3. PNEUMA ANIMAL(CEREBRO-NERVIOS) ALMA: PPIO. DEL QUE DEPENDE EL MOVIMIENTO Y CAMBIO DE LOS SERES VIVOS. Tª ARISTOTÉLICA Y Tª HIPOCRÁTICA: 4 HUMORES	CULTO AL CUERPO FÍSICO PRÁCTRICA DE DEPORTES, MASAJES, BAÑOS... REMEDIOS HERBALES Y MEDICINALES CIRUGÍA SANEAMIENTO DE LAS CIUDADES (DESAGÜES, ACUEDUCTOS, ETC..) CUIDADOS DOMÉSTICOS CONQUISTADORES→ HOMRES SANOS PARA ALISTARSE EN EL EJERCITO/ CUIDADOS A ENFERMOS HERIDOS EN EL CAMPO DE BATALLA	CULTO A LOS DIOSES METODOS CREENCIALES R/C SUPERSTICIONES	

8. Tabla A2: Cuadros sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia (Continuación).

EPOCA	CREENCIAS	CONCEPTO DE SALUD –ENFERMEDAD CAUSA DE LA ENFERMEDAD	CONCEPTO DE ALMA Y ESPÍRITU VS CORPORALIDAD	CUIDADOS FÍSICOS	CUIDADOS ESPIRITUALES	CUIDADORES
BAJA EDAD MEDIA	PRIMERAS COLECTIVIDADES CRISTIANAS INVASIÓN DE LOS BÁRBAROS ESTABLECIMIENTO DEL CRISTIANISMO	ES UN CASTIGO DIVINO POR LOS PECADOS COMETIDOS ENFERMEDAD CONSIDERADA COMO UNA GRACIA RECIBIDA, A MODO DE REDENCIÓN.	ANTIGUO TESTAMENTO: EL SER HUMANO ES UN CUERPO ANIMADO EN UN SER VIVIENTE EN SUS DISTINTAS FORMAS DE EXPRESIÓN. EL CUERPO (CARNE) DIFERENCIA RADICALMENTE AL SER HUMANO DE DIOS, EN SU ASPECTO DE DEBILIDAD Y CADUCIDAD. NUEVO TESTAMENTO: CUERPO: INSTANCIA SEPARADA A LA CUAL EL ESPÍRITU DOTA DE UN VALOR SUPREMO. ES UNA TOTALIDAD ORGANIZADA, EN DONDE EL ALMA DESIGNA AL SER HUMANO COMO TOTALIDAD VIVIENTE. SER HUMANO: SER ESPIRITUAL, INTELIGENTE, CONCIENTE, LIBRE Y RESPONSABLE.	CUIDADOS CARITATIVOS CUIDADO DEL CUERPO COMO ABRIGO DEL ESPÍRITU REMEDIOS EMPÍRICOS CIRUGÍA, MEDICINA TÉCNICA MONASTICISMO	REMEDIOS CREENCIALES ORACIÓN EL CUIDADO DEL ENFERMO ES UNA ACTIVIDAD QUE COMPLACE A DIOS DE FORMA ESPECIAL, A TRAVÉS DE ESTE SE OPTA A LA VIDA ETERNA. LA CARIDAD ES AMOR EN ACCIÓN. CUIDAR AL ENFERMO → VOCACIÓN SAGRADA.	DIACONISAS VÍRGENES VIUDAS MATRONAS MONJES Y MONJAS
ALTA EDAD MEDIA	CRISTIANISMO ISLAMISMO	LA ENFERMEDAD ES UN CASTIGO DIVINO POR LOS PECADOS COMETIDOS NO HAY VERDADERA SALUD SIN FELICIDAD, LA SALUD ES UN ESTADO DEL ALMA; LA PEOR ENFERMEDAD ES LA DEL CORAZÓN, (ORGANO CENTRAL DEL ALMA, SEDE DEL INTELECTO Y LA INTELECCIÓN).	CRISTO “SALVA AL HOMBRE”, EN CUERPO Y ALMA. (BAUTISMO, MUERTE EN LA CRUZ Y RESURRECCIÓN) ESCOLÁSTICOS: ESPÍRITU: DIVERSOS MODOS DE SER QUE TRASCIENDEN A LO VITAL ALMA: VIDA SUPERIOR A LA BIOLÓGICA SAN AGUSTÍN ALMA: DOTADA DE ESPONTANEIDAD E INTIMIDAD. RIGE EL CUERPO. SANTO TOMÁS ALMA SUBSITENTE (VEGETATIVA, ANIMAL Y HUMANA) PPIO. DE ACTIVIDADES: INTELECTIVA, SENSITIVA Y VEGETATIVA.	(INFLUENCIA DE ORDENES MILITARES, RELIGIOSAS Y SEGLARES EN EL TIPO DE CUIDADO) REMEDIOS EMPÍRICOS, SANGRÍAS CIRUGÍA, MEDICINA TÉCNICA	REMEDIOS CREENCIALES EXORCISMOS, RELIQUIAS ENSEÑANZAS EN EL CORÁN PREMIO ETERNO MATERIALISTA	MONJES Y MONJAS DIACONISAS

8. Tabla A2: Cuadros sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia (Continuación).

EPOCA	CREENCIAS	CONCEPTO DE SALUD –ENFERMEDAD CAUSA DE LA ENFERMEDAD	CONCEPTO DE ALMA Y ESPÍRITU VS CORPORALIDAD	CUIDADOS FÍSICOS	CUIDADOS ESPIRITUALES	CUIDADORES
EDAD MODERNA: RENACIMIENTO ILUSTRACIÓN	CRISTIANISMO PROTESTANTISMO → IDEALISMO (DESCARTES)	AVANCES CIENTÍFICOS , DESARROLLÁNDOSE UNA SERIE DE TEORÍAS FILOSÓFICAS, QUÍMICAS Y FÍSICAS, ENTRE LOS SIGLOS XV Y XVIII. LAS TEORÍAS SOBRE EL ORIGEN DE LAS ENFERMEDADES ADQUIEREN GRAN IMPORTANCIA.	DUALISMO CUERPO-ALMA: ALMA: DESCARTES: COSA PENSANTE OPUESTA A COSA "EXTENSA". RELACIÓN ALMA- CUERPO: CONCEBIR, SENTIR, IMAGINAR. ESPINOZA : ATRIBUTO Y MODO DE LA SUBSTANCIA DIVINA. LEIBNIZ: MÓNADA CERRADA EN SÍ MISMA. HEGEL: AUTODESARROLLO DE LA IDEA; PROCESO DIALÉCTICO QUE INCLUYE LO FINITO. KANT: IMPOSIBILIDAD DE APREHENDER LO ABSOLUTO. (ALMA: SÍNTESES DE TODA EXPERIENCIA INTERNA; DIOS: POSIBLE; MUNDO: EXTERNA).	CUIDADOS BÁSICOS CUIDADOS TÉCNICOS	REMEDIOS CREENCIALES	CUIDADORES RELIGIOSOS CUIDADORES SEGLARES ENFERMERAS

ANEXOS

8. Tabla A2: Cuadros sobre la relación entre alma, espíritu, cuidados físicos y espirituales a lo largo de la historia (Continuación).

EPOCA	CREENCIAS	CONCEPTO DE SALUD –ENFERMEDAD CAUSA DE LA ENFERMEDAD	CONCEPTO DE ALMA Y ESPÍRITU VS CORPORALIDAD	CUIDADOS FÍSICOS	CUIDADOS ESPIRITUALES	CUIDADORES
S.XIX	CRISTIANISMO PROTESTANTISMO	INFLUENCIA SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD, DEBIDA A GRANDES AVANCES CIENTIFICOTÉCNICOS→ SURGIMIENTO DE UNA CORRIENTE DE PENSAMIENTO EN EL CAMPO DE LA MEDICINA, ORIENTADO HACIA EL FACTOR CAUSANTE DE LA ENFERMEDAD. LA SALUD ES CONSIDERADA COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL DE LAS PERSONAS Y LA ASISTENCIA MÉDICA ES UN DERECHO DE LOS TRABAJADORES.	HEIDEGGER: ENTE VS LA NADA MARX: REALIDAD(CONTEXTO HCO.SOCIAL Y MUNDO DEL HOMBRE) DARWIN: Tº EVOLUCIÓN; EMOCIONES. FREUD: SUPERYO VS. YO	CUIDADOS BÁSICOS CUIDADOS TÉCNICOS	REMEDIOS CREENCIALES	ENFERMERAS
S.XX	DIVERSIDAD CULTURAL Y RELIGIOSA SECULARISMO	OMS: SALUD: COMPLETO ESTADO DE BIENESTAR FÍSICO, PSICOLÓGICO Y MENTAL Y NO SOLAMENTE AUSENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLUENCIA DEL SURGIMIENTO DE OTRAS CIENCIAS: ANTROPOLOGÍA, PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA, BIOESTADÍSTICA, EPIDEMIOLOGÍA, ETC... LA SALUD ES CONSIDERADA COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL DE LAS PERSONAS Y LA ASISTENCIA MÉDICA ES UN DERECHO DE LOS TRABAJADORES.	ZUBIRI INTELIGENCIA: CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DE HOMBRE FRENTE AL ANIMAL. (sustantivo vs sustancial) ORTEGA Y GASET PERSPECTIVA (FORMA QUE ADOPTA LA REALIDAD DEL INDIVIDUO) KIERKEGARARD RELACIÓN DEL YO CON EL MUNDO (reflexión e introspección del yo) NIETZSHE: VITALISMO→ NIHILISMO (-)→(+) → SUPERHOMBRE.SCHOPENAUER: REALIDAD EN SI= VOLUNTAD (IDEAS→ESPACIO, TIEMPO Y CAUSALIDAD). ENFERMERÍA: SER HUMANO ÚNICO E IRREPETIBLE, COMPUESTO POR UN CUERPO Y UN ESPÍRITU QUE, A SU VEZ, TIENE DIFERENTES ESFERAS (BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y ESPIRITUAL), QUE APORTAN UNA VISIÓN INTEGRAL DEL MISMO.	TRATAMIENTO MÉDICO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CUIDADOS TÉCNICOS DELEGADOS	REMEDIOS CREENCIALES	ENFERMERAS
S.XXI	DIVERSIDAD CULTURAL Y RELIGIOSA		ENFERMERÍA, PERSONA, SALUD, Y ENTORNO COMPONENTES DEL METAPARADIGMA ENFERMERO EN LOS DIFERENTES MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA (MARRINER) /PARADIGMAS (KEROUAK) INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD	CUIDADOS PROPIOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA 14 NECESIDADES BÁSICAS DE CUIDADO (VH): 1. RESPIRAR NORMALMENTE. 2. COMER Y BEBER ADECUADAMENTE. 3. ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES. 4. MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS. 5. DORMIR Y DESCANSAR. 6. USAR ROPAS ADECUADAS, VESTIRSE Y DESVESTIRSE. 7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES. 8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL. 9. EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y LESIONAR A OTRAS PERSONAS. 10. COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES. 11. VIVIR DE ACUERDO CON SUS PROPIAS CREENCIAS Y VALORES. 12. OCUPARSE EN ALGO PARA REALIZARSE. 13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS. 14. APRENDER, DESCUBRIR Y SATISFACER LA CURIOSIDAD.		

ANEXOS

Fuentes bibliográficas de la Tabla A2:

1. Chamorro, E Martínez , M L Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado. Madrid: Elsevier, 2011
2. García Martín-Caro, C Martínez Martín, M.L. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado. Madrid: Harcourt, 2001
3. Donahue, M.P. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma, 1985.
4. Donahue, M.P. Historia de la Enfermería. Vol.1 Barcelona: Doyma, 1987.
5. Frank, M Elizondo, MT Desarrollo histórico de la enfermería México: Ecompsa, 1987.
6. Salazar García, DC Medicina primitiva: íberos y celtas. En: Crisol médico en la Península Ibérica. [Publicación on line]
[URL:http://mural.uv.es/dosaqar/index.htm](http://mural.uv.es/dosaqar/index.htm) (Consultado el 25-03-13).
7. Bize, H Islam y salud: la medicina profética. En: Librería mundo árabe. *Revista Alif* nun 62 julio 2008 [Publicación on line]
[URL:http://www.librería-mundoarabe.com](http://www.librería-mundoarabe.com) (Consultado el 25-03-13).
8. Ferrater Mora Diccionario de Filosofía. 5ª Ed. Sudamericana Editores: Buenos Aires; 1971
9. La medicina en la antigüedad clásica: Galeno y su obra. En: Historia de la Medicina. Universitat de Valencia [Publicación on line]
[URL:http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1_6.html](http://historiadelamedicina.org/Fundamentos/1_6.html) (Consultado el 25-03-13).
10. Saenz, SJ La cuestión del ser humano en la Edad Media. Documento. [Publicación on line] (Consultado el 25-03-13).
[URL:http://www.fodonto.uncu.edu.ar/upload/lacuestiondelserhumanoenlaedadmedia.doc](http://www.fodonto.uncu.edu.ar/upload/lacuestiondelserhumanoenlaedadmedia.doc) (Consultado el 25-03-13).
Wikipedia: la enciclopedia libre. [Pagina web - on line]
[URL:http://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada](http://es.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Portada) (Consultado el 26-03-13).
11. Henderson , V. La naturaleza de enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación : reflexiones 25 años después. Madrid: Mc Graw –Hill – Interamericana, 1994.
12. Burgarín, A. Esquemas de Historia de la Filosofía para P.A.U. En: Edublog de Filosofía [Publicación on line]
[URL: http://jacgmur.blogspot.com.es/2010/05/esquemas-de-historia-de-la-filosofia.html](http://jacgmur.blogspot.com.es/2010/05/esquemas-de-historia-de-la-filosofia.html) (Consultado el 01-04-2013)
13. Ayllón JR Izquierdo, M Díaz, C Historia de la Filosofía 8ª Ed. Barcelona: Ariel, 2010.

ANEXOS

9. Tabla A3: Cuadros sobre los principales autores que han abordado la espiritualidad, divididos por temáticas.

Disciplina O lugar	CONCEPTUALIZACIÓN	FORMACIÓN	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	ROLES DE ENFERMERÍA	NECESIDADES ESPIRITUALES	ESCALAS DE VALORACIÓN	CUIDADOS PALIATIVOS/ FINAL DE VIDA	ÉTICA/ ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN	R/C OTRAS ENFERMERDADES	CUIDADO HOLÍSTICO	CUIDADORES INFORMALES	HISTORIA
Enfermería	McSherry, Ross (Guías NHS) Narayanasamy Paley Pike Clarke Liren Chiu Seesana Buck Wheathers	McSherry Ross Narayanasam y Van Leewen	Narayanasamy Seesana	Narayanasamy Van Leewen (competencias) Pesut (Liderazgo)	McSherry Ross Narayanasamy Baldacchinno Seesana Draper	Monod Liren Chiu Burkhart Lewis		Pike Bash Paley (religión) Pesut (religión) Clarke (Religión)	McSherry (pediatría)	Narayanasamy McSherry Ross Narayanasamy Lewis. Draper (Afrontamiento)		Narayanasamy Draper
Medicina Paliativa	Puchalski (Guías de enseñanza)	Formación <u>médica:</u> Puchalski Chochinov Ferrel		Puchalski (Cuidadores profesionales)			Puchalski Chochinov Ferrel			Puchalski Chochinov Ferrel		
Medicina Psiquiátrica y conductas humanas	Harold Koenig											
ESPAÑA	Terceño (Comparación documental)		Muñoz-Devesa Tomás-Sabado	Ramió (Valores)			Bermejo Benítez Barbero Payás Bayés	Torralba Bermejo Valverde		Terceño Muñoz-Devesa Tomás-Sabado Torralba Bermejo Valverde		
Latino / Portugués Francés	Caldeira Gussi		Caldeira Chaves et Al						Caldeira (Neonatos) Pereira (demencia) Caldeira (Neonatos)	Pepín et Al. (Francés) Gaillard et al. (Francés)	Pereira Ando (Korea)	

Fuente: Elaboración propia.

ANEXOS

10. Tablas A4 y A5: Abordaje de la espiritualidad en distintas universidades:

Tabla A4: Espiritualidad en universidades en otros países

Tabla A4: ESPIRITUALIDAD EN UNIVERSIDADES EN OTROS PAÍSES:										
UNIVERSIDAD DE HULL	UNIVERSIDAD DE SOUTH WALES	UNIVERSIDAD DE DURHAM	UNIVERSIDAD DE LA COLONIA BRITÁNICA	UNIVERSIDAD DE STIRLING	UNIVERSIDAD DE MONTREAL	UNIVERSIDAD DE MALTA	UNIVERSIDAD DE GRONINGEN	UNIVERSIDAD DE MANITOBA	GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY	CITY OF HOPE
Narayanasamy* Caldeira	Ross McSherry*	Bash (Theology)	Pessut	Paley	Pepin et al. (Expertas en teorías y modelos)	Baldachinno	Van Leewen	Chochinov (Medical Doctor)	Puchalsky (Medical Doctor)	Ferrel

Fuente: Elaboración propia.

Tabla A5: Espiritualidad en universidades de nuestro entorno y tesis doctorales publicadas relacionadas con la espiritualidad.

ESPIRITUALIDAD EN UNIVERSIDADES CATALANAS:				TESIS DOCTORALES DE TEMAS RELACIONADOS CON LA ESPIRITUALIDAD:
UNIVERSITAT SANT JOAN DE DEU (UB)	UNIVERSITAT RAMON LLULL	UNIVERSITAT DE BARCELONA	UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA	M ^ª Ramona Getino UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA La espera Cristina Monforte UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA El deseo de adelantar la muerte en procesos adelantados de enfermedad Montserrat Guillaumet UNIVERSITAT DE BARCELONA L'experiència viscuda del sr cuidat en l'hospital perspectiva des de l'inmigrant extracomunitari María Sevilla Casado UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI Cuidando en cercanía de la muerte María Jesús Aguarón UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI La historia de vida como herramienta de mejora de los cuidados gerontológicos María Rufino Castro UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA Las necesidades espirituales como elementos en el bienestar del paciente paliativo
Anna Ramió (Postgrau en Humanització i atenció espiritual en societats plurals)	Francesc Torralba José Carlos Bermejo (Coaching) Dr. Jordi Font (Máster en Espiritualidad transcultural)	Alba Pallàs (Coaching)	María Rufino Castro (Psicooncóloga) (Tesis Necesidades espirituales)	Ángela María Ortega Galán UNIVERSIDAD DE HUELVA El proceso de la muerte en el ámbito formal de los cuidados: Un estudio cualitativo desde la perspectiva profesional sanitaria de Huelva Miguel Ángel Cánovas UNIVERSIDAD DE MURCIA La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión

Fuente: Elaboración propia.

ANEXOS

11. Figura A1: Imágenes de Gacela care®: Valoración al ingreso del paciente.

50

A.P.: **Med: XARELTO 20.VIMPAT 100MG C/12.KEPRA 500 C/12.DE...** Servei: **NRLSVGT**

Diagnòstic: **EPILEPSIA** Episodi: **040015357644**

Al·lèrgies: **No conegudes** Aïllament: **No**

Dieta: **Bàsica C: Sense carnis O: ACOMPAÑANTE: BÀSICA NO CAR...** Grup Sang.:

VALORACIÓ
RESUM
HISTÒRIC

Adult complex

Valorar sense alteració

- Oxigenació
- Alimentació i Nutrició
- Eliminació
- Mobilitat i immobilitat
- Repòs i son
- Vestir
- Termoregulació
- Higiene
- Seguretat
- Comunicació
- Adaptació
- Rol i relacions
- Aprenentatge
- Dispositius terapèutics

Elements en desús

AP Antecedents Personals

Altres dades del pacient

Adaptació (Valorat sense alteració)

Característiques de Normalitat	Manifestacions clíniques	Factors de Risc
<p>▼ Afrontament</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacitat d'afrontar la situació íntegra <input type="checkbox"/> Capacitat per la presa de decisions conservada <input type="checkbox"/> Fortalesa emocional <input type="checkbox"/> Respostes emocionals adaptatives <input type="checkbox"/> Verbalització dels problemes / sentiments <p>▼ Espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Benestar espiritual <input type="checkbox"/> Fortalesa espiritual <input type="checkbox"/> Qüestionaments transcendents funcionals <input type="checkbox"/> Sol·licita assistència espiritual <p>▼ Estat d'ànim</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tranquil / Relaxat <input type="checkbox"/> Optimista / Positiu 	<p>▼ Afrontament</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abúlia <input type="checkbox"/> Anticipació disfuncional <input type="checkbox"/> Entumiment emocional <input type="checkbox"/> Evitació disfuncional <input type="checkbox"/> Fragilitat emocional <input type="checkbox"/> Negació disfuncional <input type="checkbox"/> Ordenació nocturna de pensaments <input type="checkbox"/> Paràlisi emocional <input type="checkbox"/> Paràlisi per la presa de decisions <input type="checkbox"/> Pensaments intrusius <input type="checkbox"/> Racionalització disfuncional <input type="checkbox"/> Repressió emocional <input type="checkbox"/> Sensació d'incertesa <input type="checkbox"/> Sensació de manca de control <input type="checkbox"/> Sentiments de culpa <input type="checkbox"/> Sentiments de frustració <input type="checkbox"/> Sentiments negatius vers hom mateix <input type="checkbox"/> Sentiments de soletat <p>▼ Espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conflicte amb les pròpies creences <input type="checkbox"/> Expressions / Actitud d'imptència <input type="checkbox"/> Expressions / Actitud de patiment <input type="checkbox"/> Expressions / Actitud de rendició 	

Fuente: Gacela care®.

ANEXOS

11. Figura A1: Imágenes de Gacela care®: Valoración al ingreso del paciente (Continuación).

A.P.: Med: XARELTO 20,VIMPAT 100MG C/12,KEPRA 500 C/12,DE... Servei: NRLSVGT
Diagnòstic: EPILEPSIA Episodi: 040015357644
Al·lèrgies: No conegudes Aïllament: No
Dieta: Bàsica C: Sense carnis O: ACOMPAÑANTE: BÀSICA NO CAR... Grup Sang.:

VALORACIÓ RESUM HISTÒRIC

Adult complex Adaptació (Valorat sense alteració)

Valorar sense alteració

- Oxigenació
- Alimentació i Nutrició
- Eliminació
- Mobilitat i immobilitat
- Repòs i son
- Vestir
- Termoregulació
- Higiene
- Seguretat
- Comunicació
- Adaptació
- Rol i relacions
- Aprenentatge
- Dispositius terapèutics

Elements en desús

Antecedents Personals

Altres dades del pacient

Espiritual

- Conflicte amb les pròpies creences
- Expressions / Actitud d'impotència
- Expressions / Actitud de patiment
- Expressions / Actitud de rendició
- Expressions / Actitud de desesperança
- Malestar espiritual
- Qüestionaments transcendents disfuncionals
- Sensació d'abandonament

Estat d'ànim

- Afligit
- Conformat
- Enfadat
- Espantat
- Eufòric
- Inquiet
- Insatisfet
- Insegur
- Irritable
- Làbil
- Negatiu
- Nerviós
- Passiu
- Preocupat

Fuente: Gacela care®.

***“El que vive en armonía consigo mismo
vive en armonía con el mundo”.***

Marco Aurelio.



Foto realizada por Cristina Terceño.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López



UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

VIVENCIA DE LA ATENCIÓN ESPIRITUAL DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Cristina Terceño López



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI